

Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner

ISBN: 978-91-85999-81-1

Artikelnr: 2008-101-7

Omslag och

illustrationer: Typoform

Sättning: Edita Västra Aros, Västerås

Tryck: Andra upplagan, första tryckningen, november 2008
Edita Västra Aros, Västerås

Förord

Smittspårning har en viktig roll i det arbete som utförs inom hälso- och sjukvården för att förebygga och bekämpa spridningen av sexuellt överförbara infektioner och många andra infektionssjukdomar. För de sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen (2004:168) är smittspårningen reglerad i lag.

Socialstyrelsen har ett övergripande nationellt ansvar för att befolkningen har ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar, och myndigheten ansvarar också för nationell samordning av de olika insatserna mot spridning av smittsamma sjukdomar. Socialstyrelsen följer och vidareutvecklar smittskyddsarbetet genom bl.a. föreskrifter och rekommendationer till hur lagstiftningen skall tillämpas (allmänna råd) samt genom tillsyn över smittskyddet i landet.

Denna handbok är tänkt som en vägledning och ett hjälpmedel för den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar praktiskt med smittspårning av sexuellt överförbara infektioner. Den kompletterar Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittspårning (SOSFS 2005:23) med fördjupande fakta, kommentarer och uttalanden från förarbeten.

Projektledare för denna handbok har i tur och ordning varit Johan Carlsson, Staffan Hallin och Torsten Berglund. En expertgrupp bestående av följande personer har tagit fram det kunskapsunderlag som ligger till grund för handboken: Bodil Gärdén, Högskolan Skövde (samordnare i expertgruppen), Lars Falk, Hudkliniken och FoU-enheten Landstinget i Östergötland, Anita Jonsson, Hudkliniken Södersjukhuset Stockholms läns landsting samt Torsten Berglund, Smittskyddsinstitutet (nu i Socialstyrelsen). Dessutom har ett tidigare underlag tagits fram av Kristina Ramstedt, Statens folkhälsoinstitut (nu i SIDA), och använts i delar av expertgruppens arbete. Under arbetets gång har expertgruppens kunskapsunderlag och den slutliga versionen av handboken remissbehandlats, och ett särskilt remissmöte med kliniker och smittskyddsläkare har genomförts.

Socialstyrelsen tackar alla som på olika sätt bidragit till denna handbok.

Håkan Ceder
Tf generaldirektör

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning	9
Ordförklaringar och förkortningar	11
Inledning	15
1. Smittspårning	17
1.1 När smittspårar man?	18
1.2 Varför smittspårar man?	18
1.3 Vem smittspårar?	19
1.3.1 Smittskyddsläkarens roll i smittspårningen.....	20
1.4 Smittspårningens innehåll	21
1.4.1 Smittspårningens metod	22
1.5 Patienten och sjukvården – vad säger lagen?	23
1.5.1 Information och förhållningsregler till patienten	27
2. Mötet mellan patient och smittspårare	28
2.1 Samtalet.....	29
2.1.1 Särskilda överväganden vid hivinfektion.....	29
2.2 Samtalsmetodik	30
2.2.1 Tidsaxel	32
2.3 Smittspårning av ungdomar under 18 år	33
3. Spåra och kontakta partner.....	35
3.1 Kalla och kontakta partner	35
3.2 Spårning av ”anonyma partner”	36
3.3 Patienten kontaktar partner.....	38
3.4 Smittspåraren kontaktar partnern	39

3.5	Provtagning och behandling av partner.....	40
3.6	Utlandskontakter	41
4.	Hiv och kronisk hepatit B – kontinuerlig uppföljning, stöd och ny smittspårning	43
4.1	Fortsatt uppföljning av levnadsförhållanden.....	43
4.2	Ny smittspårning	44
5.	Fakta om sexuellt överförbara infektioner	47
5.1	Fakta om genital klamydiainfektion.....	49
5.1.1	Att tänka på vid smittspårning vid klamydiainfektion	51
5.2	Fakta om gonorré	52
5.2.1	Att tänka på vid smittspårning vid gonorré	54
5.3	Fakta om syfilis	54
5.3.1	Att tänka på vid smittspårning vid syfilis.....	56
5.4	Fakta om hiv.....	57
5.4.1	Att tänka på vid smittspårning vid hivinfektion	60
5.5	Fakta om hepatit A, hepatit B och hepatit C	61
5.5.1	Att tänka på vid smittspårning vid hepatiter.....	64
5.6	Infektioner som överförs sexuellt men inte är smittspårnings- pliktiga	65
6.	Dokumentation.....	67
6.1	Smittskyddsanmälan.....	67
6.2	Patientjournal	70
6.3	Smittspårningshandlingar.....	71
6.4	Uppföljningslista	73
6.5	Förvaring och arkivering av smittspårningshandlingar.....	73
7.	Kvalitetssäkring av smittspårningsarbetet	75
7.1	Smittskyddsläkarens uppföljning	75
7.2	Rita en smittkedja.....	76
7.3	Årlig uppföljning av smittspårningen	77

Bilagor

1. Smittskyddslag (2004:168) (SmL)	78
2. Smittskyddsförordning (2004:255) (SmF)	99
3. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:5) om smittspårningspliktiga sjukdomar	103
4. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:23) om smittspårning.....	105

Sammanfattning

Denna handbok har tagits fram som ett hjälpmedel och stöd för hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med smittspårning av sexuellt överförbara infektioner (STI).

Smittspårning är en viktig aktivitet i det preventiva arbetet och i bekämpningen av smittsamma sjukdomar, och är därför obligatorisk för en rad sjukdomar som ingår i smittskyddslagen (2004:168). Detta gäller bl.a. gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis samt hepatit A–C, som alla tas upp i denna skrift. Socialstyrelsen har tidigare utfärdat föreskrifter och allmänna råd om smittspårning (SOSFS 2005:23) och denna handbok är ett komplement till dessa.

Handboken tar i kapitlen 1 till 3 upp lagstiftningen och de bakomliggande resonemangen om varför man smittspårar, ansvarsfördelning, samtalsmetodik, metodik och tips för smittspårningen ”steg för steg”. Smittspårning av ungdomar under 18 år berörs också i kapitel 2.

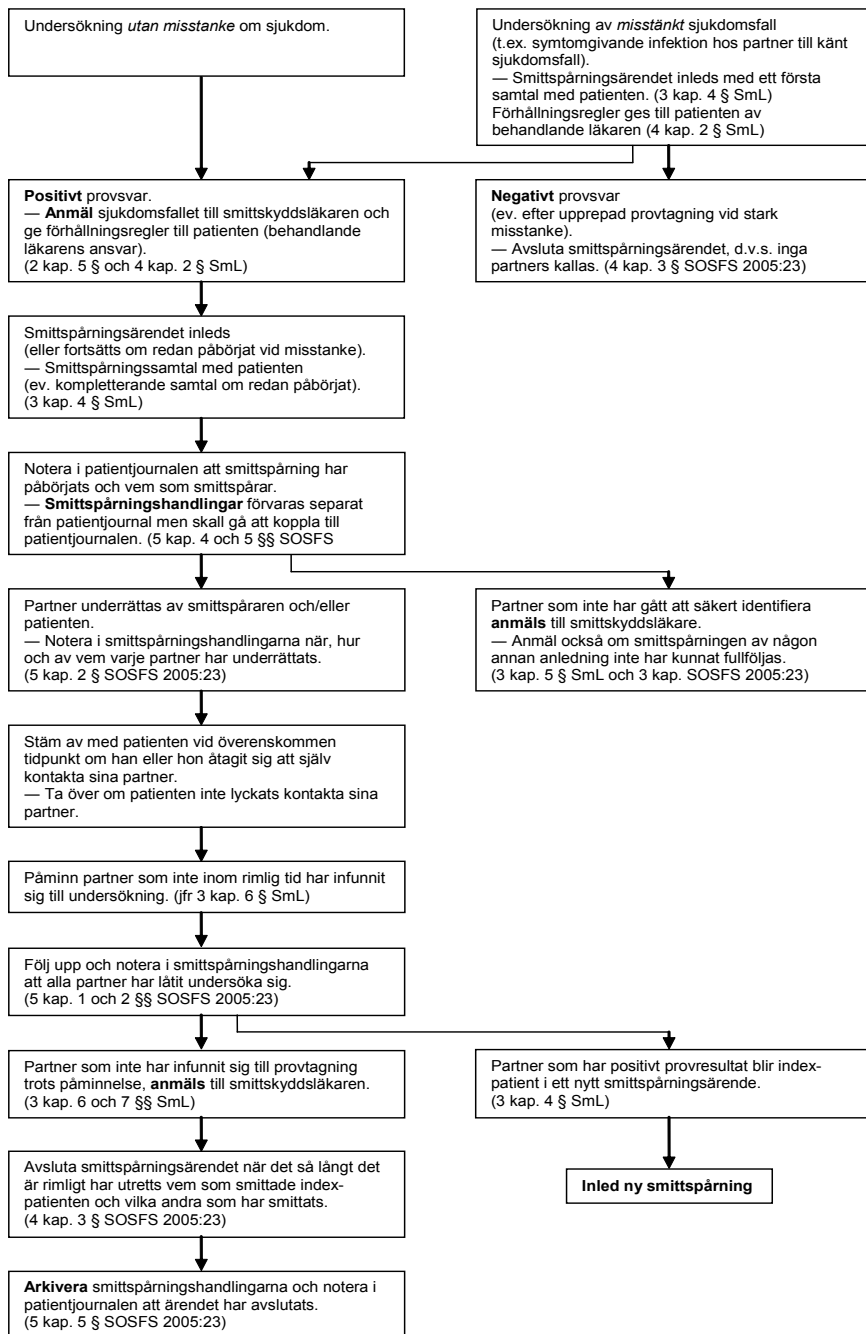
Kapitel 4 handlar om arbetet med den fortsatta uppföljningen av och stödet till patienter med hivinfektion och kroniskt bärarskap av hepatit B.

I kapitel 5 ges medicinska och kliniska fakta om klamydiainfektion, gonorré, syfilis, hivinfektion, hepatit A, B och C. Här tas också upp vad man särskilt bör tänka på vid smittspårning av dessa infektioner. Kapitlet innehåller även ett avsnitt om sexuellt överförbara infektioner som inte omfattas av smittskyddslagens bestämmelser.

De avslutande kapitlen 6 och 7 tar upp bestämmelser och rutiner för dokumentation och arkivering av smittspårningshandlingar, journalhantering och smittskyddsanmälan, samt kvalitetssäkring och uppföljning av smittspårningsarbetet.

Flödesschemat på nästa sida är en enkel skiss och sammanfattning av gången vid smittspårning och kan användas som en checklista i det praktiska arbetet.

Flödesschema vid smittspårning



Ordförklaringar och förkortningar

Agens: Smittämne (verkande kraft, ämne eller medel, t.ex. sjukdomsväckande agens).

Analsex: Se faktaruta s. 48.

Analingus: Se faktaruta s. 48.

ART: Antiretroviral terapi (mot hivinfektion), även kallat HAART, som vanligen ges i olika former av kombinationsbehandlingar.

Cervicit: Infektion i livmoderhalsen.

Cervix: Livmoderhals.

Counselling: Fördjupad rådgivning, där man förvissas sig om att råden och stödet förstås på ett djupare plan, integreras och i bästa fall leder till ett förändrat beteende, t.ex. minskat risktagande.

Cunnilingus: Se faktaruta s. 48.

Duration: Tidsrymd, varaktighet.

E-antigen: Antigen i hepatit B-virusets kärna (eng. = *envelope*), förkortat HBeAg. Om patienten har HBeAg betraktas han eller hon som mycket smittsam.

Endemi och endemisk: (av grek. *en* = uti, hos, och *demos* = folk). Sjukdom som ständigt är närvarande, d.v.s. inhemsk, eller regelbundet återkommande hos en begränsad grupp av människor eller i ett definierat geografiskt område, utan större variationer i antalet inträffade fall. Termen används t.ex. om infektionssjukdomar (som också sägs vara endemiska). Ökar frekvensen av insjuknade i ett samhälle eller i en viss grupp talar man om en epidemi.

Epidemi: (av grek. *epidemios* = sjukdom utbredd bland folket). Ökning av en viss sjukdom, under en definierad tidsperiod och i ett visst geografiskt område eller i en befolkningsgrupp. Uttrycks ofta som ”fler fall än förväntat”. Om en epidemi täcker en hel världsdelen eller flera världsdelen benämns den pandemi (av grek. *pandemia* = ”hela folket”).

Epidemiologi: Vetenskaplig disciplin om sjukdomars utbredning, orsaker och förlopp (jämför epidemi).

Fellatio: Se faktaruta s. 48.

Fisting: Se faktaruta s. 48.

IgG: Immunoglobuliner av klass G. Finns i blodplasma och vävnader.

IgM: Immunoglobuliner av klass M, makroglobuliner. Finns i blodplasma och vävnader.

Incidens: Antalet inträffade fall av en viss sjukdom inom en viss befolkning inom en tidsperiod, t.ex. under ett år (jämför prevalens).

Indexpatient: Se faktaruta s. 22.

Inkubationstid: Tid från smittotillfället tills en sjukdom manifesterar sig med symtom eller besvär.

Kongenital: Medfödd, genom födseln.

Latent: Dold, vilande.

Latensperiod: Tidsperiod då man har exempelvis en sjukdom eller är smittad med bakterie eller virus men inte har några symtom.

LYHS: Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531).

MSM: Män som har sex med män. Beskriver beteende utan koppling till sexuell identitet. En man som har sex med män kan identifiera sig som homo-, bi- eller heterosexuell.

”Nick”: Alias eller signatur på Internet (av eng. *nickname*).

Nukleinsyra: Bärare av cellernas genetiska information och ansvarig för uppbyggnaden av proteiner i cellerna. Förekommer antingen som deoxiribonukleinsyra (DNA) eller ribonukleinsyra (RNA) hos bl.a. bakterier och virus.

Oralsex: Se faktaruta s. 48.

Partner: Sexuell partner eller kontakt, fast eller tillfällig.

PCR: Polymerase Chain Reaction (eng.). Diagnostisk metod för att påvisa bland annat bakterier och virus, och som har en specifik gen hos bakterien eller viruset som måltavla.

PEP: Postexponeringsprofylax. Behandling som ges i syfte att förhindra att någon som nyligen exponerats för t.ex. hiv eller hepatit utvecklar en infektion.

Prevalens: Antalet personer i en definierad befolkningsgrupp som har en viss sjukdom vid en viss tidpunkt (jämför incidens).

Preventiv: Förebyggande.

Primärprevention: Att förebygga att nya personer blir infekterade.

Primärinfektion: Inledande symtomgivande infektion i ett sjukdomsförlopp, t.ex. vid en hivinfektion.

Primärstadium: Första stadiet i utvecklingen av en infektion eller sjukdom, t.ex. syfilis.

Profylax: Förebyggande åtgärd.

Reinfektion: Att bli smittad av samma infektionssjukdom igen.

Rimming: Se faktaruta s. 48.

RNA: Se nukleinsyra.

Screening: Rutinmässig provtagning för en sjukdom i hela befolkningen eller i en viss del av befolkningen, t.ex. alla som söker på en venereologisk mottagning eller alla kvinnor som är gravida eller söker för abort.

SekrL: Sekretesslagen (1980:100).

-
- Sekundärprevention:** Att förebygga att redan smittade personer för smittan vidare.
- Sekundärstadium:** Andra stadiet i utvecklingen av en infektion eller sjukdom, t.ex. sekundär syfilis.
- Sensitivitet:** En diagnostikmetods tillförlitlighet att påvisa alla som är positiva, d.v.s. som har en viss sjukdom. Sensitiviteten brukar anges i procent.
- Specificitet:** En diagnostikmetods tillförlitlighet att påvisa alla sant negativa. Om det finns många falskt positiva i ett test minskar specificiteten. Specificiteten brukar anges i procent.
- Smittspårningsärende:** Utredning om vem eller vad som kan ha överfört smittan till en patient och vilka andra personer som kan ha smittats.
- Smittspårningshandlingar:** Anteckningar som görs och handlingar som upprättas eller kommer in i samband med smittspårningen.
- SmL:** Smittskyddslagen (2004:168).
- SOSFS:** Socialstyrelsens författningssamling.
- STI:** Sexually Transmitted Infections, d.v.s. sexuellt överförbara infektioner. Ersätter mer och mer det tidigare begreppet STD (Sexually Transmitted Diseases), d.v.s. sexuellt överförbara sjukdomar.
- Tertiärstadium:** Tredje stadiet i utvecklingen av en infektion eller sjukdom, t.ex. tertiär syfilis.
- TMA:** Transcription-Mediated Amplification (eng.). Diagnostisk metod för att påvisa bland annat bakterier och virus, och som har en specifik gen hos bakterien eller viruset som måltavla.
- UNAIDS:** Förenta Nationernas (FN:s) särskilda program för bekämpning av hiv och aids.
- Uretrit:** Urinrörskatarr (infektion).
- Utomkvedshavandeskap:** (Extrauteringraviditet). Det befruktade ägget implanteras, växer fast, utanför livmodern, vanligen i äggladarslemhinnan eller ibland i bukhålan.
- Vaginalsex:** Se faktaruta s. 48.
- Venereologi:** Läran om veneriska sjukdomar (könssjukdomar, d.v.s. sexuellt överförbara infektioner – STI).
- WHO:** Världshälsoorganisationen, Förenta Nationernas (FN:s) organisation för hälsofrågor.

Inledning

Denna handbok vänder sig till all vårdpersonal som arbetar med smittspårning av sexuellt överförbara infektioner, STI (av engelskans Sexually Transmitted Infections). Enligt smittskyddslagen (2004:168) räknas bland annat gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion, syfilis samt hepatit A–E till de allmänfarliga sjukdomarna och är därmed smittspårningspliktiga. Smittskyddsförordningen (2004:255) definierar gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion samt syfilis som ”anmälningsskyldiga sjukdomar med huvudsakligen sexuell smittväg”. Eftersom hepatit A, B, och C också kan smitta vid sexuella kontakter och är relativt vanliga tas även dessa sjukdomar upp i denna skrift.

Handboken tar i kapitlen 1 till 4 upp metodiken för smittspårning av sexuellt överförbara infektioner, och de bakomliggande resonemangen. Kapitel 5 ger medicinska och kliniska fakta om de olika infektionerna och tar upp vad man bör tänka på vid spårning av den specifika smittan. Kapitel 6 och 7 informerar om bestämmelser och rutiner för dokumentation och journalhantering vid utredningar och smittskyddsanmälan, samt kvalitets-säkring.

Det är viktigt att inse att patienten kan uppleva smittspårning kring sexuellt överförbara infektioner som mycket integritetskränkande. Sexualiteten är en mycket personlig och intim sfär, och en sexuellt överförbar infektion får medicinska, psykologiska, sociala och juridiska konsekvenser. Detta kan innebära stora påfrestningar för patienten och försvåra smittspårningen. Samtidigt har patienten alltid en avgörande roll i smittspårningsarbetet och är därigenom en resurs i det förebyggande arbetet.

Sexuell identitet och sexuella handlingar och beteenden upplevs som mycket personliga och det är inte alltid lätt att berätta när, var, hur och med vem eller vilka man har haft sexuellt umgänge. När det gäller hiv och hepatiter kan det också handla om sprutdelning mellan narkomaner, där själva användandet och innehavet av narkotika innebär ett lagbrott. För att kunna genomföra en smittspårning krävs därför att ett förtroendefullt förhållande etableras mellan patient och vårdpersonal.

Smittspårning är till sin natur inriktad på individen, hur smitta överförs från en individ till en annan eller vem som kan ha smittat eller blivit smittad. Det är dock viktigt att placera smittspårningen i ett brett förebyggande perspektiv där smittspårning tillsammans med individuell testning, behandling och rådgivning leder till minskad smittspridning bland befolkningen i

stort. Smittspårning och testning bidrar också till en ökad epidemiologisk överblick och ger viktig kunskap för relevanta preventionsinsatser och behandlingsplaneringar

1. Smittspårning

Arbetet med att identifiera smittkällan och söka efter möjliga smittade personer, kallas i smittskyddslagen (SmL) och dess förarbeten smittspårning.¹ I STI-sammanhang handlar det om att ta reda på av vem en patient blivit smittad och vilka andra som kan ha blivit smittade. Andra vanliga termer för smittspårning av STI är kontaktspårning, partnerspårning och partneruppföljning, eftersom ordet smittspårning kan uppfattas som negativt laddat av patienten. Oberoende av vilken term som används i det dagliga kliniska arbetet är det dock i lagens mening smittspårning som utförs. Engelskans motsvarigheter är ”contact tracing” respektive ”partner notification”. Det är människors möten som utgör kontakten och det är individer som är smittade. Därför är det av yttersta vikt att personalen respekterar patientens integritet i smittspårningsarbetet.

Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner är inget nytt. I Sverige uppmanade Socialstyrelsens föregångare Sundhetskollegium redan på 1820-talet provinsialläkarna att undersöka spridningen av veneriska sjukdomar och försöka ta reda på från vem och till vem smittan överförts. Läkarens skyldighet att spåra sexualpartner stadfästes i lag 1918 om åtgärder mot utbredning av könssjukdomar (”Lex veneris”).

Som en medveten epidemiologisk metod kom smittspårningen att få sitt egentliga genombrott först på 1940-talet, när man i USA lade upp en nationell strategi för att bekämpa syfilis. Med patientens medverkan spårades systematiskt så många sexualpartner som möjligt. Dessa provtogs och de som visade sig ha syfilis behandlades. Från en smittad partner fortsatte spårningen så långt det var möjligt. Strategin fick stor effekt i kombination med effektiv antibiotikabehandling, och syfilisförekomsten i USA sjönk påtagligt under 1940- och 50-talen. I Sverige har den stora minskningen av gonorré under 1970-talet på motsvarande sätt bland annat förklarats med effektiv smittspårning.

¹ Regeringens proposition 2003/04:30 Ny smittskyddslag m.m., s. 106–110.

1.1 När smittspårar man?

I 3 kapitel 4 § smittskyddslagen (2004:168) fastslås när smittspårning skall påbörjas:

Om en behandlande läkare konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom, skall läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats. Den enskilde patienten är skyldig att lämna de upplysningar han eller hon förmår lämna.

Smittspårningsutredningen inleds således efter undersökningen när läkaren konstaterat eller misstänker att en patient har en sexuellt överförbar infektion. I praktiken påbörjas alltså smittspårningen redan vid patientens första besök i samband med provtagningen, om det då finns en stark misstanke om sjukdom. I annat fall – när det inte finns någon misstanke – inleds smittspårningen först när provsvaret visat sig positivt. Om en partner till en patient med konstaterad infektion har en symtomgivande infektion vid undersökningen, kan alltså smittspåraren påbörja utredningen om vem eller vilka som kan ha smittats och vem som kan ha smittat partnern i fråga. Om provsvaret visar sig vara positivt har smittspåraren då redan underlag för att direkt gå vidare och kontakta hans eller hennes partner eller kontakter.

1.2 Varför smittspårar man?

Den övergripande målsättningen för smittspårning är att finna de personer som är smittade för att ge dem lämplig vård och förhållningsregler och därmed minimera risken för att fler människor smittas.

Sexuellt överförbara infektioner är i många fall asymtomatiska – man kan alltså vara smittad, och därmed föra smittan vidare, utan att ha några symtom. Smittspårning tillsammans med bred provtagning (s.k. screening) av riskutsatta personer och grupper blir därför viktiga instrument i insatserna för att förhindra att andra människor blir smittade, och på sikt minska förekomsten av sexuellt överförbara infektioner.

Smittspårning görs alltså för den smittade personens egen hälsas skull, för att minska eller förhindra det lidande som en obehandlad infektion kan orsaka och för att förebygga reinfektion. Dessutom finns det folkhälsoskäl och epidemiologiska motiv för att minska smittspridningen i befolkningen. Där utöver finns även en samhällsekonomisk aspekt. Effektiv smittspår-

ning för att snabbt hitta personer som har en sexuellt överförbar infektion minskar samhällets kostnader för till exempel diagnostik, behandling och kontroll.²

1.3 Vem smittspårar?

Förutom ansvaret för vård och behandling har den behandlande läkaren enligt smittskyddslagen även ansvaret för att smittspårning utförs.³ Samma paragraf i lagen ger också möjlighet för annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften att utföra smittspårning. Läkaren kan överlämna smittspårningen till t.ex. en barnmorska, sjuksköterska eller kurator, som får ansvaret för att utföra smittspårningen. Läkaren skall dock vara förvissad om att den som får överta ansvaret har den särskilda kompetens som krävs i lagen.⁴

Även om den behandlande läkaren överlåtit smittspårningen har han eller hon fortfarande ansvar för patienten i alla andra delar som omfattas av smittskyddslagen, till exempel att ge förhållningsregler samt följa upp dem och anmälan till smittskyddsläkaren.⁵ Den behandlande läkaren har också skyldighet att informera den som övertagit smittspårningen om det skulle framkomma ytterligare uppgifter som är av betydelse för smittspårningsutredningen.⁶

Om ansvaret för smittspårningen överlämnas till någon annan hälso- och sjukvårdspersonal skall den behandlande läkaren förvissa sig om att ärendet tagits emot.⁷ Namnet på smittspåraren skall också antecknas i patientjournalen.⁸ Den som övertagit ärendet skall underrätta den behandlande läkaren när smittspårningen avslutats, vilket också skall noteras i patientjournalen.⁹

² Regeringens proposition 2003/04:30 Ny smittskyddslag m.m., s. 106–110.

³ 3 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168).

⁴ 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:23) om smittspårning.

⁵ 2 kap. 5 § och 4 kap. smittskyddslagen (2004:168).

⁶ 2 kap. 5 § och allmänna råd under 2 kap. 5 § SOSFS 2005:23.

⁷ 2 kap. 2 § SOSFS 2005:23.

⁸ 5 kap. 5 § SOSFS 2005:23.

⁹ 2 kap. 3 § och 5 kap. 5 § SOSFS 2005:23.

Den behandlande läkaren får inte överlämna smittspårningen till någon som själv inte anser sig vara tillräckligt kompetent för uppgiften.¹⁰ Den särskilda kompetens som kan krävas för smittspårning framgår av de allmänna råden till 2 kap. 1 § (SOSFS 2005:23):

För att en person skall anses ha särskild kompetens för uppgiften [d.v.s. smittspårning] bör det krävas att denne har vissa medicinska kunskaper, bl.a. om smittsamhet, smittvägar och inkubationstider samt kunskaper i samtalsmetodik och om gällande regelverk. Dessutom bör den som mottar uppgiften ha lämpliga personliga egenskaper och, när det t.ex. gäller sjukdomar som överförs sexuellt, ett förhållningssätt som inger förtroende och motiverar [patientens] delaktighet i utredningen.

Kompetenskraven kan variera beroende på vilken sjukdom det gäller. Förutom det kan skrivningarna i de allmänna råden om personliga egenskaper och förtroendeingivande förhållningssätt förtydligas när det gäller sexuellt överförbara infektioner. I de sammanhangen är det viktigt att smittspåraren har goda kunskaper om sexualitet och är medveten om sina egna värderingar kring just sexualitet. Det är också viktigt att man inte moraliserar över patientens värderingar.

1.3.1 Smittskyddsläkarens roll i smittspårningen

Smittskyddsläkaren, som har ett övergripande ansvar för smittskyddet i respektive landsting, har också en roll i smittspårningen. I förlängningen blir det också smittskyddsläkarens ansvar att personalen som arbetar med smittspårning har tillräcklig kompetens.¹¹

Av 3 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) framgår att den som ansvarar för smittspårningen skall underrätta smittskyddsläkaren om smittspåraren ”i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen”. Smittskyddsläkaren får i sådana fall överta smittspårningsärendet eller överlämna det till någon annan person som har särskild kompetens för uppgiften. Smittskyddsläkaren får också överta eller överlämna smittspårningsärendet till någon annan person om han eller hon ”finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförs på ett tillfredsställande sätt.”

I smittskyddsläkarens ansvarsuppgifter ingår också att ”följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt

¹⁰ 2 kap. 1 § SOSFS 2005:23.

¹¹ Regeringens proposition 2003/04:30 Ny smittskyddslag m.m., s. 234–235.

att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats”.¹²

1.4 Smittspårningens innehåll

Smittspårning bygger alltid på ett möte mellan patienten och den person som skall utföra spårningen. Huvudsyftet är både epidemiologiskt och preventivt, det vill säga att med patientens hjälp finna andra personer som kan vara smittade och på det sättet förhindra att fler personer blir smittade. Samtidigt behandlas patientens infektion vilket förhindrar eventuella komplikationer och bidrar till att förebygga vidare smittspridning. Enligt smittskyddslagen skall den behandlande läkaren dessutom ge medicinska och praktiska råd och förhållningsregler till patienten om hur han eller hon skall göra för att undvika att utsätta andra för någon smittrisk.¹³

Smittspårningen ger vårdpersonalen en unik möjlighet att arbeta preventivt genom att se patienten som en resurs. I samband med smittspårningen kan en patient lämna upplysningar som gör det möjligt att

- förhindra att fler människor blir smittade,
- förkorta tiden mellan infektion och diagnos för redan smittade,
- identifiera andra smittade och behandla dem,
- förhindra komplikationer hos de smittade genom tidig behandling,
- arbeta med rådgivning (s.k. counselling) så att en smittad person blir medveten om och får den kunskap om sin infektion som krävs för att undvika att smittan förs vidare,
- arbeta med rådgivning och information om sexuellt överförbara infektioner till individer som fångats upp i smittspårning men som inte blivit smittade, samt
- uppmärksamma och erbjuda hjälp till patienter med riskbeteende.

En framgångsrik smittspårning förutsätter att

- patienten motiveras att medverka,
- smittspårningen påbörjas så snart smitta misstänks eller konstateras,
- personer som misstänks vara smittade snarast kan undersökas,
- alla partner identifieras och undersöks.

¹² 6 kap. 2 § punkt 5 smittskyddslagen (2004:168).

¹³ 4 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen (2004:168).

Indexpatient = *Varje* ny person med positivt testresultat eller misstänkt sjukdomsfall, som påträffas i smittspårningsarbetet och följaktligen kan ha smittat eller kan komma att sprida smittan vidare till andra personer. (3 kap. 4 § SmL)

Alla kontakter med positivt testresultat (eller misstänkta sjukdomsfall) blir nya indexpatienter och ger upphov till en ny smittspårning. I smittskyddslagen (2004:168) och Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2005:23) om smittspårning används termen *patient* som har samma innebörd som termen *indexpatient* när den används i denna handbok.

1.4.1 Smittspårningens metod

I smittspårningsarbetet är grundprincipen att smittspåraren utgår från indexpatienten för att finna alla som är smittade, d.v.s. både den som har smittat indexpatienten och den eller dem som indexpatienten i sin tur kan ha utsatt för smitta. Smittspårningen rör sig alltså både bakåt och framåt i tiden från smittotillfället. Smittspårningen upphör sedan när man i en smittkedja träffar på en person som inte är smittad, eller en person som smittats av indexpatienten men som inte har fört smittan vidare. Det innebär att man inte gör någon fortsatt smittspårning med utgångspunkt från dessa partner. I en och samma smittspårningsutredning kan indexpatienten givetvis ha fler än en partner som är smittad. Smittspårningen upphör alltså inte förrän alla identifierade partner har testats. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:23) om smittspårning definierar när smittspårningen skall avslutas:

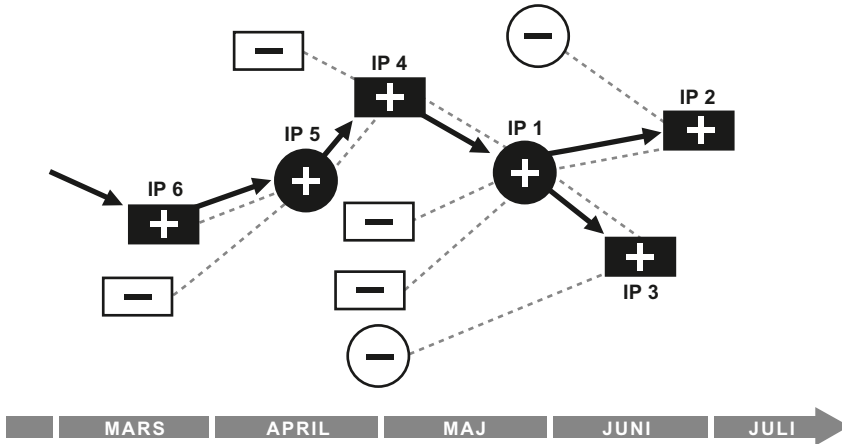
Ett smittspårningsärende skall avslutas när det konstaterats eller så långt det är rimligt utretts av vem eller vad patienten smittats och vilka andra personer som har smittats.

Om det konstaterats att den misstänkt smittade patienten inte är smittad, skall smittspårningsärendet också avslutas. (4 kap. 3 §).

Om det, sedan smittspårningsärendet avslutats, framkommer uppgifter om att patienten kan ha smittat ytterligare personer, skall en ny utredning påbörjas. (4 kap. 4 §)

En smittspridningskedja visar hur en infektion spridits i ett tidsperspektiv. Den löper följaktligen från en ”nollpunkt” då smittan konstaterades för första gången, och framåt i tiden. I bästa fall kan hela smittkedjan klarläggas i smittspårningsarbetet. I praktiken är det dock ofta svårt att klarlägga smittkedjor i sin helhet, bl.a. för att alla smittade kontakter i smittkedjan sällan handläggs vid samma klinik. En smittspårningskedja däremot går både

bakåt och framåt i tiden med den infekterade patienten (indexpatienten) som utgångspunkt. Man kan illustrera detta på följande sätt (se figur 1):



Figur 1. Smittkedja med flera smittspårningskedjor och smittspårningsärenden. IP = indexpatient.

Rektanglarna i bilden symboliserar män och cirklarna kvinnor. Fyllda symboler med plustecken (+) är infekterade personer och ofyllda symboler med minustecken (-) är negativa. De svarta pilarna visar hur infektionen spridits i ett tidsperspektiv och bildar en smittkedja där smittspridningen går över tid från vänster till höger. En smittspårningskedja (streckade linjer) går både bakåt och framåt i tiden utifrån varje positiv patient (ny indexpatient) som identifieras i smittkedjan. Varje indexpatient (IP) blir sedan utgångspunkten för ett nytt smittspårningsärende.

1.5 Patienten och sjukvården – vad säger lagen?

Smittskyddslagens inledningsparagraf anger att ”samhällets smittskydd skall tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar”. Lagen beskriver patientens rättigheter och skyldigheter liksom sjukvårdens och samhällets skyldigheter vid smittsam sjukdom. Smittspårning är en betydelsefull del i arbetet med att förhindra smittspridning och på sikt minska förekomsten av sjukdomar.

Smittskyddslagens 2 kap. 1 § framhåller den enskilde personens skyldighet att förebygga smittspridning: ”Var och en skall genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.”

Smittskyddslagen kompletteras av en smittskyddsförordning (2004:255) och olika föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen (SOSFS). Smittspårning regleras särskilt i SOSFS 2004:5 och SOSFS 2005:23.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) anger att sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den bland annat skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessutom skall vården och behandlingen utformas och genomföras i samråd med patienten, så långt det är möjligt.¹⁴

Följande punkter i smittskyddslagstiftningen berör skyldigheter och rättigheter för patienten, den behandlande läkaren och smittskyddsläkaren när det gäller smittspårningen.

Patienten

- Den som misstänker eller vet om att han eller hon smittats av en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare för att låta sig undersökas och ta de prover som behövs.¹⁵
- Patienten är skyldig att medverka vid smittspårning och ge alla upplysningar som han eller hon kan lämna om varifrån smittan kan ha kommit och vart den kan ha förts vidare.¹⁶
- All undersökning, vård och behandling som behövs ur smittskyddssynpunkt vid en allmänfarlig smittsam sjukdom är kostnadsfri för personer bosatta i Sverige eller inom annat EU-land, samt för utländska sjömän enligt en internationell konvention. Förutsättningen är att vården ges inom landstingens hälso- och sjukvård eller av en läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, eller enligt ett vårdavtal med landstinget. De läkemedel som läkaren bedömer minska risken för smittspridning är kostnadsfria, oavsett vilken behörig läkare som föreskrivit läkemedlet.¹⁷

¹⁴ 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

¹⁵ 3 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168).

¹⁶ 3 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168).

¹⁷ 7 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen (2004:168). För ytterligare information, se Socialstyrelsens meddelandeblad ”Kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling av allmänfarlig sjukdom”, juni 2005.

- Den som behöver psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring skall erbjudas detta.¹⁸
- Den som vill bli testad för hiv har rätt att få testet taget anonymt.¹⁹
- En person som underrättats av en läkare eller smittspårare om att han eller hon misstänks vara smittad av en sexuellt överförbar infektion är skyldig att utan dröjsmål söka läkare för undersökning.²⁰ Personen kan låta sig undersökas av någon annan läkare, men han eller hon måste då snarast meddela läkaren eller smittspåraren som informerat om misstanken att han eller hon blivit undersökt och resultatet av undersökningen.²¹ Den läkare som genomför undersökningen bör dock erbjuda patienten att på dennes vägnar ge denna information till den underrättande läkaren eller smittspåraren.²²

Behandlande läkaren

Enligt smittskyddslagstiftningen har den behandlande läkaren följande uppgifter:

- Skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs om misstänke finns om att han eller hon har hiv eller någon annan sexuellt överförbar infektion (d.v.s. syfilis, gonorré, klamydiainfektion eller hepatit A, B eller C).²³
- Ge patienten individuella råd och förhållningsregler, medicinska och praktiska, om hur man undviker att smitta andra.²⁴
- Erbjuder psykosocialt stöd till den som behöver detta för att ändra sin livsföring eller kunna hantera sin sjukdom.²⁵
- Så långt det är möjligt se till att patienten följer förhållningsreglerna.²⁶
- Ansvarar för att smittspårningen genomförs (uppgiften kan överlämnas till annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens).²⁷

¹⁸ 4 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168).

¹⁹ Förordning (2008:363) om provtagning för hivinfektion.

²⁰ 3 kap. 6 § smittskyddslagen (2004:168).

²¹ 8 § smittskyddsförordningen (2004:255).

²² Allmänna råd under 4 kap. 1 § SOSFS 2005:23.

²³ 3 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168).

²⁴ 4 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen (2004:168).

²⁵ 4 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168).

²⁶ 4 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168).

²⁷ 3 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168).

- Om smittspårningen överlämnats till någon annan skall den behandlande läkaren informera honom eller henne om det framkommer nya uppgifter som har betydelse för smittspårningsärendet. Det kan t.ex. gälla undersökningsresultat för personer som ingår i utredningen eller ytterligare personer som borde ingå i utredningen.²⁸

Smittskyddsläkaren

Enligt smittskyddslagstiftningen har smittskyddsläkaren följande uppgifter:

- Stödja behandlande läkare, övrig sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet, och vid behov ge dem råd om lämpliga åtgärder.²⁹
- Bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får den vård eller det stöd som behövs.³⁰
- Följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att personalen gör det som behövs för att finna smittkällan och de personer som kan ha smittats. Smittskyddsläkaren skall dessutom se till att de som kan ha smittats får ändamålsenliga råd och förhållningsregler.³¹
- Får överta ett smittspårningsärende om den behandlande läkaren eller smittspåraren i ett enskilt fall finner att han eller hon inte kan fullgöra smittspårningen.³²
- Får överta utredningen om han eller hon finner att smittspårningen i ett enskilt fall inte utförts på ett tillfredställande sätt.³³
- Får överlämna ett smittspårningsärende som han eller hon övertagit till någon annan som har särskild kompetens och erfarenhet för uppgiften, eller, efter överenskommelse, till en annan smittskyddsläkare.³⁴

²⁸ 2 kap. 5 § och allmänna råd under 2 kap. 5 § SOSFS 2005:23.

²⁹ 6 kap. 2 § punkt 4 smittskyddslagen (2004:168).

³⁰ 6 kap. 2 § punkt 6 smittskyddslagen (2004:168).

³¹ 6 kap. 2 § punkt 5 smittskyddslagen (2004:168).

³² 3 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168).

³³ 3 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168).

³⁴ 3 kap. 5 § och 6 kap. 8 § smittskyddslagen (2004:168).

1.5.1 Information och förhållningsregler till patienten

Det är viktigt att varje patient får muntlig och skriftlig information om sin sjukdom. För att patienten skall kunna hantera sin situation behöver han eller hon kunskaper om sjukdomen, hur den smittar, dess symtom, förlopp, behandling och eventuella bot. Sådana kunskaper underlättar rådgivning, motivationsarbete och stöd.

Det är den behandlande läkaren som skall besluta om individuellt utformade förhållningsregler.³⁵ Syftet är att den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte skall sprida smittan vidare. Enligt smittskyddslagen får förhållningsreglerna endast innehålla följande:

- inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,
- förbud mot att donera blod och organ,
- förbud mot att låna ut eller överlåta begagnade injektionsverktyg,
- skyldighet att informera vårdgivare och personer som utför icke-medicinska ingrepp (t.ex. tatuering och piercing) om smittbärarskap,
- skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap,
- skyldighet att vid sexuella kontakter agera så att risken för smittspridning minimeras,
- skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner,
- skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

Förhållningsreglerna skall alltid meddelas både muntligt och skriftligt. Läkaren skall också notera i patientjournalen att patienten fått sina förhållningsregler, samt vilka de är.

³⁵ 4 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168).

2. Mötet mellan patient och smittspårare

Smittspårningsarbetet bygger på ett förtroende mellan patienten och vårdpersonalen, och kan ta tid. Förutom det primära målet att hitta smittade är smittspårningen också en betydelsefull del i mötet mellan patienten och vården. En väl genomförd smittspårning kan förstärka patientens självförtroende och stötta hans eller hennes förändring mot ett säkrare sexbeteende i framtiden.

Samtalet är också ett ovärderligt tillfälle att upptäcka bristande kunskaper hos patienten, och en välinformerad patient blir en utmärkt ”ambasador” i samhället. Det är vårdpersonalens ansvar att patienten får korrekt och användbar information. I annat fall kan missuppfattningar och okunskap bidra till att han eller hon omedvetet sprider felaktig information till andra.

Det är mycket viktigt att förklara att alla som kan vara smittade måste låta undersöka sig. Smittspåraren bör vara medveten om att patienten av olika skäl inte alltid uppger alla kontakter, men han eller hon kan ändå informera partnern utan smittspårarens vetskap. Smittspårningsarbetet bygger på att patienten skall känna förtroende och förstå vikten av att alla partner som kan vara smittade får möjlighet till rådgivning och testning. Om man lyckats med detta ökar även chansen att patienten berättar om sådana partner som kan vara svåra att uppge.

Sammanfattningsvis och med utgångspunkt i Socialstyrelsens allmänna råd om kompetens för smittspårning³⁶ kan man säga att smittspåraren bör

- ha medicinsk kunskap om sexuellt överförbara infektioner; om t.ex. smittsamhet, smittvägar, inkubationstid och behandling,
- använda en bra samtalsmetodik,
- känna till och kunna tillämpa de lagar och föreskrifter som har betydelse för smittspårningsarbetet,
- ha goda kunskaper om sexualitet och vara medveten om sina egna värderingar rörande sexualitet,
- inte moralisera över andras värderingar.

³⁶ Allmänna råd till 2 kap. 1 § SOSFS 2005:23.

Sådana kunskaper och insikter ger smittspåraren självförtroende och bidrar till att patienten känner förtroende för honom eller henne. Sammantaget bidrar det till ett gott smittspårningsarbete. Motsatsen uppstår om en moraliserande attityd och eventuella fördomar hos smittspåraren lyser igenom i samtalet, vilket kan omintetgöra hela smittspårningen. På samma sätt kan frågan ”Varför?” uppfattas som att man ifrågasätter patientens sexualitet och sexualvanor, så att han eller hon kommer i försvarsställning.

2.1 Samtalet

Det är viktigt att smittspårningen sker i en trygg atmosfär. Tänk på att

- stänga av telefonen och vara koncentrerad under samtalet,
- stänga dörren och markera att du är upptagen,
- ingen annan än patienten och smittspåraren bör vara i rummet vid samtalet,
- inte använda någon anhörig som tolk eller stöd.

Om det behövs en tolk, bör det vara en utbildad och auktoriserad tolk som har erfarenhet av tolkning inom hälso- och sjukvården. Informera patienten om att tolken har tystnadsplikt och bara skall översätta det som sägs i samtalet. Om det är möjligt bör smittspåraren i förväg informera tolken om smittspårningssamtalens syfte, så att tolken är förberedd och hans eller hennes egna värderingar kring sexualitet och samlevnad inte blir ett hinder. Eventuellt kan tolkning via telefon vara att föredra så att patienten kan förbli anonym gentemot tolken.

2.1.1 Särskilda överväganden vid hivinfektion

Smittspårning vid hivinfektion kräver alltid särskilda överväganden, och uppgiften skiljer sig från övriga STI eftersom den ofta tar lång tid. Inledningsvis är det oftast viktigast att den nydiagnostiserade patienten får hjälp med krisbearbetning.

Det krävs lyhördhet och en individuell bedömning för att hitta den rätta tidpunkten att påbörja smittspårningsarbetet och fråga patienten om hans eller hennes tidigare partner och kontakter. Om smittspåraren försöker forcera smittspårningsarbetet utan att patienten är redo att berätta om sina kontakter riskerar hela smittspårningen att försvåras eller omintetgöras. Om patienten har en pågående relation eller kontakt skall partnern givetvis – om möjligt – snarast kallas till mottagningen för information och eventuell provtagning.

2.2 Samtalsmetodik

Samtalet får inte bli en utfrågning, utan en dialog som ger patienten utrymme att berätta. Att kunna lyssna skapar förtroende. Här följer några tips om frågeställningar och hur samtalet kan läggas upp för att underlätta smittspårningsarbetet:

- Fråga först patienten om han eller hon är medveten om syftet med samtalet. Om inte måste smittspåraren förklara syftet så att patienten förstår varför han eller hon ombeds att berätta om och namnge sina sexuella partner, eller sprutdelningskontakter om det gäller blodsmitta.
- Be först patienten berätta vad han eller hon vet om sin infektion, innan samtalet om sexualpartner börjar. Rätta eventuella missuppfattningar om till exempel smittvägar och klargör att smittan kan överföras genom andra sexuella kontakter än samlag, till exempel oralsex. Det är viktigt att uttryck som sexuell kontakt har definierats innan samtalet kommer in på partner eller kontakter. Sexuella smittvägar kan givetvis också vara aktuella vid smittspårning med injektionsmissbrukare.
- Visa empati – patienten behöver varken medlidande eller pekpinna.
- Fråga om tidigare eventuella erfarenheter av könssjukdomar (STI).
- Tänk på att ha en könsneutral ingång i samtalet när det gäller sexualpartner. Ställ neutrala frågor – fråga om partner eller sexuella kontakter, i stället för hon eller han, flickvänner eller pojkvänner etc. Då finns det utrymme för patienten att berätta om han eller hon har eller haft homosexuella kontakter. Ta inte för givet att alla patienter enbart har haft heterosexuella kontakter, även om de uppfattar sig själva som heterosexuella.

Om patienten är narkotikamissbrukare eller någon gång har injicerat narkotika finns det förstås även en risk för blodsmitta om smittspårningen rör hiv, syfilis, hepatit B och C. Då skall personer som använt samma sprutor eller kanyler som den smittade också undersökas och betraktas som ”partner” eller kontakter.

I samtalet om olika enskilda sexualpartner eller -kontakter är det oftast lämpligt att börja i nutid och sedan gå successivt bakåt i tiden. Inled med följande fråga:

- Har du en pågående relation eller sexuell kontakt?
Om svaret är ja, fortsätt:
- Hur länge har relationen eller kontakten varat?
- När hade du senast sex med partnern i den pågående relationen eller kontakten?

Om svaret på den första frågan istället är nej, fortsätt:

- När hade du senast en sexuell partner eller kontakt?
- Hur länge varade relationen eller kontakten?
- När hade du senast sex med partnern i den avslutade relationen eller kontakten?

Låt patienten berätta om sina partner eller kontakter, såväl pågående som avslutade, och ta reda på så mycket som möjligt³⁷ om deras identitet och adresser, eller andra tänkbara vägar att få kontakt med personerna i fråga:

- fullständigt namn
- ålder
- etniskt ursprung eller språk
- arbete, yrke eller skola
- adress och telefonnummer
- mobiltelefonnummer
- e-postadress eller Internetalias ("nick")
- var kontakten togs eller var man träffades (för tillfällig kontakt)

Fråga även om kondomanvändning och sexualtekniker. Det är betydelsefull information för att bedöma smittriskerna och fördjupar samtalet till att även handla om säkrare sex och risktagande.

³⁷ I 5 kap. 1 § och 2 § SOSFS 2005:23 finns föreskrifter om vad som skall dokumenteras i smittspåringshandlingarna.

Glöm inte att fråga om andra partner vid sidan av den aktuella relationen eller kontakten:

– När hade du senast sex med någon annan person än din nuvarande partner?

Låt patienten berätta om partnern, relationen eller kontakten. Fråga aldrig hur många partner patienten haft exempelvis under det senaste året – detta kan låsa samtalet – utan fortsatt i stället på samma sätt bakåt i tiden med en partner i taget:

– När var du senast sexuellt tillsammans med någon annan än den eller de vi nu har talat om?

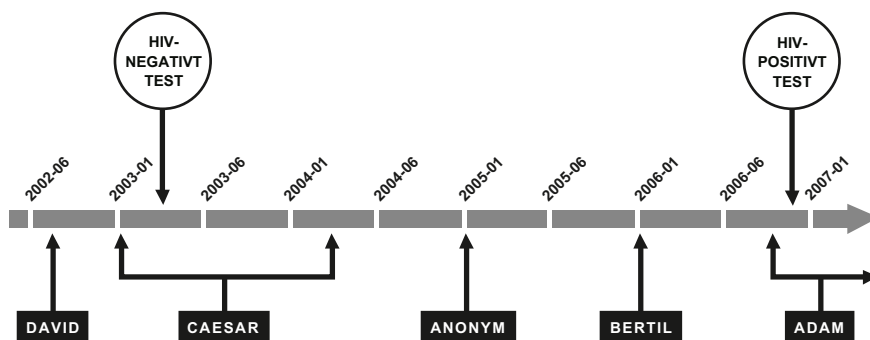
Samtalet fortsätter på detta sätt beroende på vilka sexuella erfarenheter patienten har. Hur långt tillbaka i tiden som smittspårningen måste göras varierar beroende på vilken infektion det handlar om, patientens sexualhistoria och om det finns något tidigare negativt testresultat. En bedömning måste göras i varje enskilt fall. Se även avsnitten ”Att tänka på vid smittspårning” för respektive infektion i kapitel 5.

2.2.1 Tidsaxel

Ibland kan en tidsaxel hjälpa patienten att minnas vilka personer han eller hon tidigare haft sexuella kontakter med. Detta kan vara särskilt värdefullt om patienten haft många partner eller kontakter, eller om smittspårningen sträcker sig över flera års tid, vilket är vanligt vid hivinfektion.

På tidsaxeln hjälps patienten och smittspåraren åt att markera de tillfällen patienten varit tillsammans med respektive partner (se figur 2). Sexualteknik och kondomanvändning vid olika kontakter eller partnerrelationer kan också noteras på tidsaxeln för att ge en tydligare bild av smittriskerna. Detta kan även ge en djupare epidemiologisk kunskap.

Dokumentet med tidsaxeln skall förvaras bland de övriga smittspårningshandlingarna (se kapitel 6 om dokumentation).



Figur 2. Tidsaxel.

Exempel på tidsaxel vid hivinfektion (indexpatienten = vågrät linje).
Tre tillfälliga partner, en avslutad relation och en pågående relation.

2.3 Smittspårning av ungdomar under 18 år

När det gäller smittspårning som involverar personer under 18 år är det viktigt att notera att sekretesslagens (1980:100) (SkrL) bestämmelser om sekretess (7 kap. 1 c § SkrL) gäller. En omyndig person (d.v.s. under 18 år), som bedöms ha tillräcklig mognad och omdömesförmåga, har rätt till skydd för sin integritet även mot sina vårdnadshavare. Detta innebär att vårdnadshavaren, vanligtvis en förälder eller båda föräldrarna, behöver den omyndiges samtycke för att få ta del av de sekretessbelagda uppgifterna.

Även om den unga kvinnan eller mannen inte bedöms vara tillräckligt gammal och mogen för att ha fått ett integritetsskydd gentemot vårdnadshavaren, kan sjukvården i vissa fall ändå vara skyldig att hålla uppgifter om en ung patient hemliga för vårdnadshavaren. Det gäller fall där man kan anta att patienten skulle lida ”betydande men” om uppgifterna röjs för vårdnadshavaren, enligt 14 kap. 4 § andra stycket SkrL.

När det gäller synen på integritetsskyddet gentemot vårdnadshavaren kan man jämföra en omyndig som förekommer i en smittspårningsutredning med en underårig kvinna som genomgår abort. Den som ansvarar för en smittspårningsutredning som omfattar en underårig person kan därför få viss vägledning beträffande sjukvårdens eventuella kontakter med vårdnadshavarna i Socialstyrelsens meddelandeblad ”Kvinnor under 18 år som söker abort” (2004).

I kontakterna med den unga kvinnan eller mannen kan sjukvårdspersonalen få reda på något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till hennes eller hans skydd, exempelvis sexuellt utnyttjande eller

övergrepp. Då skall sjukvårdspersonalen anmäla detta till nämnden enligt bestämmelserna i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).³⁸

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdens rutiner och praxis utformas så att unga kvinnor och män inte drar sig för att kontakta sjukvården på grund av rädsla för att personalen skall kontakta vårdnadshavaren mot deras vilja.

När det gäller den faktiska smittspårningen är det den unga kvinnan eller mannen som själv vet vem hon eller han har smittats av eller kan ha smittats. Vårdnadshavaren vet oftast ingenting om sitt barns sexuella kontakter. Av smittspårningsskäl finns det därför vanligen inte någon anledning att informera vårdnadshavaren om sjukvårdens kontakter med barnet. Om kontakt med vårdnadshavaren förekommer är det klart olämpligt att tala med vårdnadshavaren utan att den unga är införstådd med detta och själv är närvarande under samtalet.

Smittspåraren kan ställas inför komplicerade ställningstaganden. Då kan det vara bra att, med beaktande av sekretessen, diskutera frågan med någon annan hälso- eller sjukvårdspersonal, till exempel en barnmorska eller läkare. Det kan också vara lämpligt att samarbeta med en kurator på en ungdoms- eller STI-mottagning eller en sjuksköterska eller en läkare med psykiatrisk vidareutbildning. Ibland kan det behövas flera samtal mellan patienten och vårdpersonalen för att förstå vad det skulle innebära om vårdnadshavarna kopplas in. I vissa fall är det klart olämpligt att kontakta dem. Patienter från familjer eller grupper med en annan inställning i sexuella frågor än den som är rådande i samhället i övrigt kan fara direkt illa och i värsta fall utsättas för livsfara om föräldrarna får reda på att patienten debuterat sexuellt eller haft sex före äktenskapet.

Ungdomar som inte identifierar sig som heterosexuella och ungdomar som har sex med personer av samma kön (homo- och bisexuella, transsexuella etc.) kan också ha svårt att berätta detta för sina föräldrar och för omgivningen i övrigt.

³⁸ Se även Socialstyrelsens allmänna råd (SOF 2003:16) om anmälan om missförhållanden enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), samt Socialstyrelsens handbok "Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn" (artikelnr 2004-101-1).

3. Spåra och kontakta partner

Smittspårningsarbetet bygger på att försöka utveckla en förtroendefull relation med patienten och få honom eller henne att förstå vikten av att alla som kan vara smittade får möjlighet till testning, rådgivning och eventuell behandling. Om man lyckats utveckla en sådan relation ökar även chansen att patienten berättar om sådana partner eller kontakter som kan vara svåra att namnge.

Patienten måste kunna känna sig trygg och veta att uppgifterna som han eller hon lämnar förvaras säkert och inte är tillgängliga för någon utomstående. Informera därför patienten om viktiga bestämmelser i sekretesslagen³⁹ och förklara att patientens namn inte kommer att lämnas ut till någon av de partner som sjukvården kontaktar. Partnern eller kontakten skyddas också på motsvarande sätt och patienten kan inte få någon återföring på sina uppgifter, t.ex. om en partner kommit till provtagning eller vad testresultatet blev.

3.1 Kalla och kontakta partner

Nästa steg i smittspårningen blir att tillsammans med patienten göra upp en planering om vem som skall kontakta partnern eller kontakten, och när och hur det skall ske. I samråd med patienten lägger man upp en plan om

- vilken eller vilka partner som måste kallas till undersökning beroende på hur man bedömer risken för smitta (utifrån smittämne, sexualpraktik, kondomanvändning, tidsaspekt etc.),
- vem som skall ta kontakt – patienten själv eller smittspåraren,
- lämpligaste, säkraste eller mest praktiska sättet att ta kontakt (brev, telefon, mobiltelefon, e-post etc.),
- lämplig tidpunkt att ta kontakt med partnern (tänk på när de aktuella STI- och hivmottagningarna har öppet).

Smittspåraren kan överlåta till patienten att själv kontakta sina partner, om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig detta.⁴⁰ Ofta upplevs det som bäst för både patient och partner om patienten själv kontaktar sina

³⁹ 1 kap. 5 § och 7 kap. 1 c § sekretesslagen (1980:100).

⁴⁰ Allmänna råd under 4 kap. ”Samtliga smittspårningspliktiga sjukdomar” SOSFS 2005:23.

nuvarande och tidigare partner. Kom i så fall alltid överens om en tidpunkt när smittspåraren skall stämma av detta med patienten och ta över om patienten inte skulle lyckas kontakta partnern (se avsnitt 3.3). Även om patienten åtagit sig att kontakta en partner är smittspåraren skyldig att följa upp att partnern faktiskt har underrättats och att han eller hon har låtit sig undersökas av en läkare.⁴¹

Det är viktigt att respektera att det kan vara svårt för patienten att tala med en före detta partner om att han eller hon kan vara smittad av en STI. Det kan också finnas andra skäl som gör att man kommer överens om att smittspåraren skall kontakta patientens partner eller kontakter. Vid hivinfektion, som i många avseenden skiljer sig från övriga infektioner, är det vanligast att smittspåraren kallar de tidigare partnerna.

En rollspelsövning kan underlätta för patienten att informera sina nuvarande och tidigare partner eller kontakter. I samtalet tar smittspåraren då patientens plats och patienten övertar partners roll. Erfarenheten visar att patienten ofta klarar att ta kontakten själv, om han eller hon fått stöd och information. Självklart får man inte tvinga någon att ta kontakt med en partner mot sin vilja.

Observera också att alla patienter inte enbart har heterosexuella kontakter, även om de uppfattar och beskriver sig själva som heterosexuella.

3.2 Spårning av ”anonyma partner”

En patient kan berätta att han eller hon haft sexuella kontakter eller delat injektionsverktyg med okända personer eller flyktiga bekanta. Då måste smittspåraren förklara vikten av att få tag i kontakten, och att all information som patienten kan ge är värdefull. Fråga exempelvis om patienten känner till

- förnamn
- ungefärlig ålder
- särskilda kännetecken
- etniskt ursprung eller språk
- arbetsplats eller skola
- yrke
- bostadsort eller -område
- var någonstans de träffades

⁴¹ 4 kap. 2 § SOSFS 2005:23.

- var någonstans de hade sex eller delade spruta
- mobiltelefonnummer
- e-postadress
- Internet- eller chattalias ("nick") på en webcommunity eller medlems-sida på Internet.

Uppfinningsriktighet och ett öppet sinnelag lägger grunden för ett bra samtal mellan smittspårare och patient, och kan leda till att "okända" partner kan hittas. Till exempel kan ett sparad telefonnummer i mobiltelefonens samtalslista eller en resa till adressen där man hade sex, göra det möjligt för patienten själv eller för smittspåraren att komma i kontakt och informera partnern.

Om indexpatienten träffat partnern via Internet är det möjligt att han eller hon endast har en anonym e-postadress eller ett "nick" (alias, av engelskans nickname) från en kontakt- eller chattsida på Internet. I dessa fall kan det ändå vara möjligt för patienten eller smittspåraren att komma i kontakt med den anonyme partnern via Internet och informera om att han eller hon kan vara smittad av en STI och därför måste låta undersöka sig. Tänk dock på att Internet och e-post ur sekretessynpunkt är en mindre säker väg att kontakta någon än telefon eller vanligt brev. I ett sådant meddelande kan det därför vara lämpligt att bara skriva att personen ifråga ombeds kontakta en namngiven person (med angivet telefonnummer och telefontider) i ett angeläget och brådskande ärende.

Även om det inte går att nå den anonyme partnern kan information om var eller i vilket sammanhang patienten träffat eller tagit kontakt med den anonyme partnern vara viktig för det STI-förebyggande arbetet. Det kan göra det lättare att rikta interventioner och preventionsinsatser till de platser, sammanhang eller nätverk av människor där sexuella kontakter tas och smittspridning pågår.

I smittskyddslagen står att om smittspårningen inte kunnat fullgöras skall smittskyddsläkaren underrättas. Enligt de allmänna råden bör smittskyddsläkaren likaså underrättas om smittkällan inte påträffats eller kunnat identifieras. Det betyder att smittskyddsläkaren alltid bör underrättas om en partner inte kunnat nås eller säkert identifieras. Rådgör vid behov med smittskyddsläkaren om smittspårningsutredningen och hur man bör hantera uppgifter om anonyma partner eller kontakter.⁴²

⁴² 3 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) och allmänna råd i 3 kap. SOSFS 2005:23.

3.3 Patienten kontaktar partner

När patienten själv vill ta kontakt med partnern bör smittspåraren överlämna ett brev som patienten i sin tur överlämnar till den som kan ha smittats. Brevet skall vara ifyllt med partnerns namn, adress eller telefonnummer, så fullständigt som möjligt, och underskrivet med smittspårarens namn, klinik och telefonnummer inklusive eventuella telefontider.

I de allmänna råden under 4 kap. om ”Samtliga smittspårningspliktiga sjukdomar” (SOSFS 2005:24) anges att brevets innehåll kan bero på vilken sjukdom det gäller, men det bör dock bl.a. innehålla

- besked om att personen kan ha smittats och vilken diagnos det gäller,
- meddelande om att personen är skyldig att söka läkare för undersökning,
- information om den aktuella sjukdomen,
- information om hur man undviker att sprida smittan vidare (d.v.s. avstå från sexuellt umgänge),
- information om att personen måste uppge sitt provresultat till den läkare eller smittspårare som uppmanat till undersökningen. Det räcker alltså inte att bara meddela att man låtit undersöka sig eller att förutsätta att den provtagande enheten förmedlar dessa uppgifter till smittspåraren.⁴³

För att förenkla för den som testat sig och underlätta rapporteringen anges i de allmänna råden att läkaren som undersöker partnern bör ”erbjuda den undersökte att efter samtycke och på dennes vägnar meddela den underrättande läkaren [eller smittspåraren] att undersökningen har genomförts och resultatet av denna. Underrättelse om att undersökningen har genomförts bör lämnas så snart det är möjligt.”⁴⁴

Smittspåraren bör förvissa sig om att patienten kontaktade partnern direkt. En sådan avstämning med patienten görs vanligen inom några få dagar, så att smittspårningsutredningen inte tappar tempo. Om patienten inte lyckats kontakta partnern tar smittspåraren över, men inte utan att samtidigt berätta för patienten vad som kommer att ske. Patienterna är de som känner partnern bäst och vet oftast därför hur och när han eller hon lämpligast kan kontaktas. Smittspåraren tar givetvis också över om patienten har underrättat partnern, men denne inte låter undersöka sig. Smittspåraren är skyldig att följa upp att partnern faktiskt har underrättats och att han eller hon har

⁴³ 8 § smittskyddsförordningen (2004:255) och 4 kap. 1 § SOSFS 2005:23.

⁴⁴ Allmänna råd till 4 kap. 1 § SOSFS 2005:23.

låt it undersöka sig av läkare.⁴⁵ Om en partner inte låter undersöka sig trots påminnelse, skall anmälan göras till smittskyddsläkaren (se avsnitt 3.4).

3.4 Smittspåraren kontaktar partnern

När patienten själv inte vill eller kan kontakta partnern, eller inte har lyckats nå henne eller honom, skall smittspåraren kontakta partnern. Det gäller förstås också när smittspåraren redan från början bedömer att detta är lämpligast. Oftast använder man då brev eller telefon för att underrätta partnern. Eventuellt kan ett telefonsamtal vara bättre än ett brev, men detta får man diskutera med indexpatienten. Innehållet i brevet eller telefonsamtalet är detsamma som i det ”partnerbrev” som beskrivs i avsnitt 3.3.

Om partnern underrättas per brev är det viktigt att tänka på följande:

- Visa patienten hur partnerbrevet är utformat och berätta vad som händer om partnern inte svarar på brevkallelsen.
- Skicka brevet med svarstalong i ett neutralt kuvert (inte ett tjänstekuvert!).
- Kontrollera så långt det är möjligt att adressen till partnern är korrekt. Man kan till exempel använda sig av Skatteverkets folkbokföringsregister, telefonkatalogen eller söka adress via Internet.
- Skicka ett påminnelsebrev eller ring till partnern om han eller hon inte kontaktat smittspåraren inom rimlig tid (vanligen cirka 2 veckor).
- Bifoga gärna patientinformation om den infektion det gäller.
- För att underlätta arbetet kan man förse partnerbrevets svarstalong om undersökning och provtagning med en kod som kopplar svaret till det enskilda smittspårningsärendet.

Smittspåraren måste följa upp att partnern har nåtts av underrättelsen och att han eller hon har låtit undersöka sig av läkare.⁴⁶ Om partnern inte låter undersöka sig utan dröjsmål skall den som ansvarar för smittspårningstredningen anmäla ärendet till smittskyddsläkaren. Vanligen påminner smittspåraren först partnern genom ett brev eller telefonsamtal om han eller hon inte hört av sig inom rimlig tid (vanligen cirka 2 veckor), eller om smittspåraren inte fått något meddelande om att han eller hon låtit undersöka sig. Om partnern inte heller hör sammar påminnelsen eller inte har kunnat nås med underrättelsen skall anmälan göras utan dröjsmål till

⁴⁵ 4 kap. 2 § SOSFS 2005:23.

⁴⁶ 4 kap. 2 § SOSFS 2005:23.

smittskyddsläkaren som då övertar ärendet.⁴⁷ Om den som misstänks vara smittad av en allmänfarlig sjukdom motsätter sig läkarundersökning, kan smittskyddsläkaren i yttersta fall ansöka hos länsrätten om ett beslut om tvångsundersökning.⁴⁸

3.5 Provtagning och behandling av partner

Innan en partner får någon behandling måste han eller hon alltid genomgå undersökning och provtagning samt få information om sjukdomen. Vid klamydiainfektion bör alla personer som patienten har pågående sexuella kontakter och relationer med testas och behandlas vid deras första sjukvårdsbesök, oavsett om de har några symtom eller inte. Detta gäller även för den senast avslutade relationen eller kontakten om det inte finns någon pågående relation. Om partnern behandlas utan någon föregående provtagning vet vårdpersonalen inte om han eller hon är infekterad eller inte, och därmed försvåras eller omintetgörs en eventuell fortsatt smittspårning utifrån den personen.

Eftersom partnern är skyldig att utan dröjsmål låta sig undersökas och testas⁴⁹ är det viktigt att mottagningen har rutiner för partner som är kallade till provtagning. Enligt smittskyddslagen måste läkaren också skyndsamt undersöka en patient som misstänks vara smittad av en allmänfarlig eller annan smittspårningspliktig sjukdom, och ta de prover som behövs.⁵⁰ Vid provtagning på grund av smittspårning bör man alltid överväga om det kan vara aktuellt även med provtagning för andra STI. Det förekommer att en smittspårad person kan vara smittad av mer än en STI eller ha en annan STI än den som smittspårningen gällde. T.ex. är det inte ovanligt att personer som diagnostiseras med hivinfektion samtidigt har en annan pågående STI.

En partner eller kontakt som kallats till provtagning bör ses som en ny patient med misstänkt smitta, oavsett om han eller hon har symtom eller inte, och skall därför undersökas snarast så att en eventuell ny smittspårning kan påbörjas.

I en smittspårningsutredning bör undersökning av partner ha högsta prioritet, eftersom målet är att snabbast möjligt identifiera smittade personer och minimera tiden mellan smittotillfälle och diagnos. Det ger också möjlighet för rådgivning och stöd för att förhindra vidare smittspridning.

⁴⁷ 3 kap. 6 och 7 §§ smittskyddslagen (2004:168).

⁴⁸ 3 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168).

⁴⁹ 3 kap. 4 och 6 §§ smittskyddslagen (2004:168).

⁵⁰ 3 kap. 1 § andra stycket smittskyddslagen (2004:168).

3.6 Utlandskontakter

Det finns ingen skyldighet för smittspåraren att kalla partner eller kontakter som är bosatta utomlands och har påträffats i smittspårningen. Svensk smittskyddslagstiftning gäller förstås bara för personer som är bosatta eller vistas i Sverige. Det kan dock ändå kännas viktigt att underrätta en partner som bor i utlandet om att han eller hon kan vara smittad med en STI, särskilt om det rör hivinfektion. Smittspåraren kan stötta patienten att ta kontakt med partnern, till exempel genom att hjälpa till att formulera ett brev.

När det gäller utlandskontakter är det också viktigt att beakta att det inte är ovanligt att svenskar har sexuella kontakter utomlands med personer som är bosatta i Sverige och tillfälligt vistas utomlands, t.ex. under en semesterresa. Fråga alltså patienten om partnern eller kontakten som han eller hon har haft i utlandet är bosatt i Sverige. Om så är fallet skall alltid smittspårning utföras och partnern kallas. Det kan också vara lämpligt att underrätta svenska partner som är bosatta i utlandet och som varit riskutsatta, särskilt när det gäller hivinfektion. Möjligheten finns ju att en sådan partner besöker eller återflyttar till Sverige och har sexuella kontakter här.

Smittskyddslagen gäller självfallet även för personer med utländskt medborgarskap som är bosatta i Sverige eller bara vistas här tillfälligt. Även här skall smittspårning utföras och partnern kallas.

4. Hiv och kronisk hepatit B – kontinuerlig uppföljning, stöd och ny smittspårning

De tidigare avsnitten har handlat om den smittspårning som utförs i samband med att patienten nydiagnostiseras med STI eller hiv, och alltså inte kände till sin infektion. När det gäller patienter med diagnosen hiv eller kronisk hepatit B fortsätter kontakten med sjukvården under lång tid. Vårdpersonalen får då en stödjande och kurativ funktion som också har ett sekundärpreventivt innehåll, d.v.s. att stärka och stötta patienten så att hans eller hennes fortsatta sexvanor och beteenden minimerar risken för smitta.

Den behandlande läkaren är skyldig att ge patienten medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för någon smittrisk. För allmänfarliga sjukdomar som hiv och hepatit B måste den behandlande läkaren dessutom ge patienten individuella förhållningsregler i syfte att hindra vidare smittspridning. Sjukvården skall också erbjuda psykosocialt stöd till de patienter som behöver det för att kunna hantera sin sjukdom eller ändra sin livsföring.⁵¹

4.1 Fortsatt uppföljning av levnadsförhållanden

Enligt smittskyddslagen måste den behandlande läkaren så långt det är möjligt se till att patienten följer sina förhållningsregler.⁵² I den fortsatta kontakten med patienten är det en utomordentligt viktig uppgift för hälso- och sjukvårdspersonalen att regelbundet ta upp frågan om hans eller hennes levnadsförhållanden, sexualliv och partner, och att stödja patienten att inte föra smittan vidare i pågående relationer och vid nya sexuella kontakter eller relationer, eller via injektionsverktyg om patienten missbrukar narkotika. Det är också viktigt att stötta patienten att informera sina nya partner och kontakter om infektionen.⁵³

⁵¹ 4 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen (2004:168).

⁵² 4 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168).

⁵³ 4 kap. 2 § punkt 3, 5 och 6 smittskyddslagen (2004:168).

Det är dock viktigt att inse att själva smittspårningen upphör ”när det konstaterats eller så långt det är rimligt utretts av vem eller vad patienten smittats och vilka andra personer som kan ha smittats.”⁵⁴

4.2 Ny smittspårning

I samband med diagnosen får patienten förhållningsregler enligt smittskyddslagen om att inte utsätta andra för smittrisk (se avsnitt 1.5.1). Detta gäller förstås inte bara patienter med hiv och kronisk hepatit B utan alla allmänfarliga sjukdomar. Således gäller förhållningsreglerna även patienter med andra STI som omfattas av smittskyddslagen, så länge behandlingen inte är avslutad och ett kontrollprov visar negativt resultat (kraven kan variera beroende på infektion, se kapitel 5). Skillnaden är naturligtvis att en infektion med hiv är livslång och att kronisk hepatit B kan vara det. Reglerna gäller därmed i dessa fall för oöverskådlig tid eller till den dag man kan visa att det inte längre finns någon risk för smittöverföring.

Den behandlande läkaren skall så långt det är möjligt se till att patienten följer förhållningsreglerna.⁵⁵ Om det visar sig att patienten inte följt förhållningsreglerna och därmed bidragit till att smitta kan ha spridits, skall en ny smittspårningsutredning inledas.⁵⁶

Enligt smittskyddslagen skall den behandlande läkaren också göra en anmälan till smittskyddsläkaren om han eller hon misstänker eller får veta att patienten inte följer sina förhållningsregler. En sådan anmälan behöver dock inte göras om läkaren bedömer att han eller hon själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende.⁵⁷

Arbetet med att bygga upp en förtroendefull relation mellan patienten och sjukvården behöver alltså inte störas av eventuell oro hos patienten för att ett enstaka misstag som innebär en avvikelse från förhållningsreglerna måste leda till en anmälan. Den behandlande läkaren och vårdpersonalen kan därmed bygga upp en förtroendefull relation med patienten och öppna vägar till en dialog kring dessa känsliga och personliga frågor.

Om den behandlande läkaren bedömer att han eller hon inte kan ge eller se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende skall han eller hon anmäla detta till smittskyddsläkaren. I yttersta fall kan smittskyddsläkaren ansöka i länsrätten om isolering av patienten. I sådana

⁵⁴ 4 kap. 3 § SOSFS 2005:23.

⁵⁵ 4 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168).

⁵⁶ 4 kap. 4 § SOSFS 2005:23.

⁵⁷ 4 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168).

fall måste det finnas en påtaglig risk för andra människor att smittas, och patienten vill inte eller är inte i stånd att frivilligt acceptera de åtgärder som behövs för att minska risken för smittspridning.⁵⁸

⁵⁸ 5 kap. smittskyddslagen (2004:168).

5. Fakta om sexuellt överförbara infektioner

Gonorré, klamydiainfektion, syfilis, hivinfektion, hepatit B och ibland hepatit A och C kan smitta vid olika former av sexuella kontakter. Bakterier och virus kan även överföras genom infekterat sekret från person till person och från en kroppsöppning till en annan via sexuella hjälpmedel, t.ex. massagestav och fingrar. Graden av smittsamhet varierar beroende på vilket smittämne som är aktuellt och på den sexuella aktiviteten. Hivinfektion, hepatit B och C samt syfilis kan också överföras genom kontakt med smittat blod, t.ex. via orena injektionsverktyg vid narkotikamissbruk.

Dessa infektioner har följande gemensamt:

- Ofta ger de inga eller ottydliga symtom, det vill säga en person kan vara smittad och smittsam utan att själv veta om det. Därför är det många smittade som aldrig själva söker sjukvård, och smittspårning blir en mycket viktig metod för att hitta personer som är smittade.
- De är inte så vanliga i befolkningen. Vore de mycket vanliga skulle det vara mer kostnadseffektivt att undersöka hela eller delar av befolkningen än att bedriva smittspårning. Det är STI-patienternas sexualpartner och personer som delat injektionsverktyg med någon som har en blodburen smitta som löper störst risk att vara infekterade.
- De kan ge upphov till betydande komplikationer (gonorré, klamydiainfektion och hepatit) eller vara livshotande (syfilis och hivinfektion) om de inte behandlas.

Skillnaderna mellan infektionerna påverkar metoden för smittspårning. Vid alla infektioner gäller dock att smittkedjan, om det är möjligt, skall följas tills alla tänkbara smittade har hittats och eventuellt behandlats, eller tills smittkedjan slutar utanför landet. I praktiken kan det dock vara svårt för smittspåraren att klarlägga en hel smittkedja eftersom alla kontakter i ett ärende inte alltid undersöks vid samma mottagning, och delar av samma smittkedja därför kan komma att utredas på andra mottagningar.

Om smittspårningen i ett visst ärende inte kunnat fullgöras skall smittskyddsläkaren alltid underrättas, och har inte smittkällan kunnat identifieras bör också smittskyddsläkaren underrättas.⁵⁹

Olika begrepp för sexuella kontakter

Vaginalsex:

- Penis, sexleksak (till exempel massagestav), fingrar eller någon annan kroppsdel förs in i slidan.

Analsex:

- Penis, sexleksak (till exempel massagestav), fingrar eller någon annan kroppsdel förs in i analöppningen och ändtarmen (rektum).
- Receptivt (passivt) analsamlag: vara mottagare för penis i ändtarm, ”bli påsatt”.
- Penetrerande (aktivt) analsamlag: att föra in penis i ändtarm, ”sätta på”.
- Fisting eller fingering: föra in hand eller fingrar i ändtarm eller analöppning.

Oralsex:

- Cunnilingus: tunga mot kvinnans slidmynning, d.v.s. att slicka eller bli slickad.
- Fellatio: penis i munhålan eller svalget, d.v.s. att suga eller bli sugen.
- Analingus eller rimming: tunga mot mellangården (perineum), runt och i analöppningen, d.v.s. att slicka eller bli slickad.

⁵⁹ 3 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) och allmänna råd i 3 kap. SOSFS 2005:23.

5.1 Fakta om genital klamydiainfektion

Hur smittar klamydia?

Klamydiainfektion orsakas av bakterien *Chlamydia trachomatis*. Inkubationstiden är dåligt känd, men troligen sju till fjorton dagar eller längre. Infektionen smittar huvudsakligen vid vaginala och anala samlag, men smitta har konstaterats även vid oralsex. Ta reda på om patienten haft analsex så att ändtarmsprov inte förbises. Om patienten haft oskyddat oralsex bör man även överväga ett svalgprov, särskilt om kontakten enbart bestod av oralsex. Patienten anger inte alltid vilken sexualteknik som använts, eller har glömt eller inte tänkt på att infekterat sekret kan överföras med exempelvis fingrarna. Provtagning från samliga kroppsöppningar (uretra, cervix, anus och svalg) bör således alltid övervägas.

Klamydia kan också överföras från mor till barn vid förlossningen och orsaka ögoninfektioner (konjunktivit) eller luftvägsinfektioner hos nyfödda. Även hos vuxna förekommer ibland ögoninfektioner orsakade av klamydiabakterien, som då vanligen överförs t.ex. med hjälp av fingrarna från en infekterad slemhinna till ögat.

Klamydia är mycket smittsam, men kan å andra sidan läka spontant. Det finns inga säkra uppgifter om hur länge en obehandlad infektion kan vara smittsam hos den enskilde individen, men tillgängliga data visar att det kan vara minst 18 månader.

Symtom

Klamydia är en infektion som oftast inte ger några symtom. Färre än hälften av männen som diagnostiseras med klamydia har symtom, oftast då som en flytning eller sveda vid urinering. För kvinnor är andelen med symtom ungefär en tredjedel. Symtom för kvinnor är ökad flytning, sveda i urinröret vid urinering, mellanblödningar och ibland nedre buksmärter. Proktit, d.v.s. infektion i ändtarmen, förekommer också, och kan ge symtom som blödningar eller flytningar, eller vara symtomlös.

Komplikationer

Klamydia kan ge äggledarinfektion och som följd av detta innebära risk för sterilitet och utomkvedshavandeskap. Män kan få bitestikelinfektion. Ögoninfektion (konjunktivit) förekommer också, särskilt hos nyfödda barn som även kan få luftvägsinfektioner om de smittas i samband med förlossningen.

Diagnostik

Olika diagnostiska metoder har använts för att påvisa klamydia, men i dag är de enda accepterade metoderna odling och nukleinsyraamplifieringsmetoder som t.ex. PCR. Dessa har en mycket hög sensitivitet, dock högst 95 procent. Detta innebär att minst 5 procent av de smittade har falskt negativa prov.

Det finns i dag även kommersiella självtest för klamydia, men deras tillförlitlighet kan ifrågasättas. Läkare och sjukvårdspersonal som möter och behandlar personer som utfört självtest för klamydia bör undersöka och behandla dessa personer – oavsett självtestets resultat – på samma sätt som andra patienter som misstänker att de smittats av en infektion som omfattas av smittskyddslagens bestämmelser om allmänfarliga sjukdomar.

Epidemiologi

Först i början av 1980-talet fanns diagnostik på alla större sjukhuslaboratorier och en nationell rapportering blev möjlig. Från närmare 40 000 fall om året minskade antalet rapporterade fall i Sverige fram till 1994 till knappt 14 000, varpå kurvan planade ut och efter några år vände uppåt. Från och med 1998 ökade antalet rapporterade fall årligen med 10–20 procent och nådde 2005 drygt 33 000 fall. Antalet rapporterade fall hos kvinnor har hela tiden varit större än antalet hos män, även om det finns en tendens till utjämning mellan könen. Denna snedfördelning mellan könen kan förklaras med att flertalet av de närmare 500 000 klamydiaprover som tas i Sverige varje år kommer från kvinnor.

Behandling

Den i Sverige vanligaste behandlingen är doxycyklin 200 mg första dagen och därefter 100 mg dagligen i ytterligare 8 dagar. Alternativet är azithromycin 1 g i engångsdos om läkaren bedömer att patienten skulle ha svårigheter att slutföra kuren. Terapisvikt är mycket ovanligt. Informera om att sexuell avhållsamhet gäller tills behandlingen fullföljts.

Lymfogranuloma venereum

Lymfogranuloma venereum (LGV) orsakas av subtyperna L1–3 av *Chlamydia trachomatis*, det vill säga särskilda undertyper av bakterien som orsakar vanlig klamydiainfektion. LGV smittar genom sexuella kontakter, men är troligen inte lika smittsam som vanlig klamydiainfektion. Sjukdomen är i dag mycket ovanlig i västvärlden, men under senare tid har det förekommit utbrott i Västeuropa bland män som har sex med män, med analsex som huvudsaklig smittväg.

LGV yttrar sig i form av sår och lymfkörtelförstoring eller anorektala symtom, men infektionen kan också vara symtomlös. LGV diagnostiseras genom kliniska symtom och bekräftas med hjälp av genetisk typning (detta utförs dock inte rutinmässigt) vid ett positivt klamydiaprov. LGV kräver längre och kraftfullare behandling än vanlig klamydiainfektion: doxycyklin 200 mg i 21 dagar.

Eftersom LGV orsakas av *Chlamydia trachomatis* är infektionen anmälnings- och smittspårningspliktig enligt smittskyddslagen, och skall anmälas med samma blankett som en vanlig klamydiainfektion.

5.1.1 Att tänka på vid smittspårning vid klamydiainfektion

Partner i pågående relationer eller kontakter skall undersökas och behandlas snarast för att undvika att smittan sprids ytterligare och indexpatienten reinfekteras. I dessa fall behöver man inte vänta på testresultaten, utan behandlingen ges direkt efter provtagningen. På grund av den långvariga smittsamheten bör man även kalla tidigare partner till en patient som lever i ett monogamt förhållande sedan flera månader.

Eftersom man kan vara symtomfri smittbärare av klamydia under lång tid finns det oftast anledning att gå åtskilliga månader tillbaka i tiden i smittspårningen. Studier har visat att det lönar sig att spåra åtminstone 12 månader tillbaka i tiden; nära en tredjedel av de identifierade partner som indexpatienten haft sex med för mer än ett halvår sedan var smittade av klamydia.⁶⁰

Vid smittspårning måste man ta hänsyn till klamydiatestets sensitivitet, d.v.s. möjligheten att ett falskt negativt resultat föreligger. Spontan utläkning och utläkning hos personer som av någon annan orsak ätit antibiotika, kan också innebära att en partner med negativt testresultat ändå varit smittad. Den höga smittsamheten och ”falska” testresultat innebär att smittspårningen måste göras snabbt för att den skall leda till ett resultat. Från smittotillfället till ett möjligt positivt test tar det dock 6–7 dygn.

Den som behandlats för klamydiainfektion kan erbjudas ett återbesök om situationen medger detta, dock tidigast fyra veckor efter det att behandlingen påbörjats. Då undviker man risken för ett falskt positivt prov om nukleinsyraamplifieringsmetoder (såsom PCR och TMA) används.

⁶⁰ Carré H., Boman J., Gärdén B., Nylander-Lundqvist E. Kontaktspårning ett år tillbaka lönar sig. Läkartidningen 2005;102:7:468–471.

Återbesök (eller telefonsamtal) skall alltid göras

- om kompletteringar behövs för att fullfölja smittspårningen.

Återbesök kan även erbjudas för att

- kontrollera att behandlingen fungerat,
- erbjuda counselling för att försöka påverka patienten till ett säkrare sexuell beteende i framtiden.

Det finns ytterligare ett skäl till att erbjuda klamydiapatienter återbesök. Studier har visat att den som redan haft klamydia har en betydligt högre risk än andra att smittas av klamydia igen, d.v.s. det är vanligt med reinfektion hos dem som haft klamydia. Några mottagningar har därför infört ett erbjudande till patienten att i samband med diagnosen boka ett återbesök cirka 4–6 månader efter behandlingen, för en uppföljande provtagning och rådgivning.

Klamydiainfektion är en allmänfarlig sjukdom som är anmälnings- och smittspårningspliktig enligt smittskyddslagen.

5.2 Fakta om gonorré

Hur smittar gonorré?

Gonorré orsakas av bakterien *Neisseria gonorrhoeae*, som även kallas gonokock. Inkubationstiden är mycket kort, två till sju dagar. Gonorré smittar lätt och överförs huvudsakligen vaginalt och analt men smittar också lätt vid oralsex (cunnilingus, fellatio och analingus). Patienten anger inte alltid vilken sexualteknik som använts, eller har glömt eller inte tänkt på att infekterat sekret kan överföras med exempelvis fingrarna. Provtagning från samtliga kroppsöppningar (uretra, cervix, anus och svalg) bör därför alltid övervägas.

Infektionen kan också överföras från mor till barn vid förlossningen och det nyfödda barnet kan drabbas av ögoninfektion (konjunktivit).

Det finns inga säkra uppgifter om hur länge infektionen kan smitta, men det rör sig om många månader hos en obehandlad asymtomatisk individ. Det finns exempel på personer som varit infekterade upp till ett år utan några symtom.

Symtom

Gonorré är ofta asymtomatisk. Endast hälften av de smittade kvinnorna har vaginala symtom, vanligen i form av flytningar. Större delen av män-

nen med en genital infektion får flytningar och sveda vid urinering. Rektal infektion (proktit), liksom svalginfektion, är nästan alltid utan märkbara symtom hos såväl kvinnor som män, men kan vid symtomatisk proktit ge upphov till flytningar, blödningar, klåda och smärta. Ögoninflammationer kan också förekomma.

Komplikationer

Gonorré kan hos kvinnor ge komplikationer som äggledarinfektion med risk för infertilitet och utomkvedshavandeskap som följd. Gonorré kan även orsaka ledinflammation och blodförgiftning samt bitestikelinfektion och sterilitet hos män. Kongenital smitta kan ge en allvarlig ögoninfektion hos nyfödda.

Diagnostik

Sedan 1960-talet finns bra odlingsteknik med mycket hög sensitivitet och nära nog 100 procents specificitet (inga falskt positiva resultat). Eftersom resistentastammar blir allt vanligare ökar dock behovet av stamtypning och bestämning av antibiotikaresistens. Typningen är dessutom mycket användbar vid smittspårning. Att enbart förlita sig på mikroskopi för gonorrédiagnostik kan inte längre anses vara lämpligt.

Epidemiologi

I slutet av 1960-talet och början av 70-talet var gonorré en mycket vanlig infektion, och som mest rapporterades nära 40 000 fall i Sverige 1970. Antalet fall sjönk dock snabbt under 1970- och 1980-talet tack vare förbättrad diagnostik och behandling, screening och intensiv kondominformation, men också med hjälp av förbättrad smittspårning. Som lägst rapporterades cirka 200 fall i mitten av 1990-talet. I slutet av 1990-talet bröts den minskande trenden, och en procentuellt kraftig ökning skedde till omkring 600–700 fall om året. Framför allt berodde ökningen på en tilltagande inhemsk smittspridning, som även omfattat utbrott bland tonåringar, något man inte sett i Sverige sedan 1980-talet. Gruppen män som har sex med män är proportionellt överrepresenterad i den stigande incidensen av gonorré.

Behandling

Gonorré behandlas med antibiotika, som regel i tablettform, men injektionsbehandling förekommer också. Antibiotikaresistens är inte ovanligt och behandlingssvikt p.g.a. resistens eller andra orsaker är vanligt förekommande. Därför bör gonorré handläggas av en specialist. Informera patienten om sexuell avhållsamhet tills han eller hon fått ett negativt provsvar efter behandlingen.

5.2.1 Att tänka på vid smittspårning vid gonorré

Patienter med gonorré bör behandlas vid en STI- eller infektionsklinik eftersom det är vanligt med resistens mot antibiotika vid gonorré och resistensmönstren varierar geografiskt. Vid smittspårning är det extra viktigt att ta reda på vilken typ av sexuell kontakt som förekommit eftersom gonorré är mycket smittsam såväl oralt och analt som vaginalt.

Falskt negativa prov kan förekomma på grund av otillräcklig provtagning, exempelvis när man enbart tar ett genitalt prov. I sällsynta fall kan en antibiotikabehandling p.g.a. någon annan sjukdom leda till att en smittad person blivit frisk. Om odlingen är negativ trots att sannolikheten för smitta är stor, bör nya prov tas inom någon vecka. Smittade personer kan bära på gonorré mycket länge och kortare spontan utläkningstid än ett år är förmodligen ovanlig.

På grund av de geografiska variationerna i gonokockernas antibiotikaresistens kan uppgiften om smittland vid eventuell utlandssmitta vara betydelsefull för valet av rätt antibiotika.

Återbesök skall alltid göras för att

- kontrollera att behandlingen fungerat,
- fullfölja smittspårningen om kompletteringar behövs.

Återbesöket kan även utnyttjas till

- counselling för att försöka påverka patienten till ett säkrare sexuell beteende i framtiden.

Gonorré är en allmänfarlig sjukdom som är anmälnings- och smittspårningspliktig enligt smittskyddslagen.

5.3 Fakta om syfilis

Hur smittar syfilis?

Syfilis eller lues, som sjukdomen också kallas, orsakas av bakterien *Treponema pallidum* och är mycket smittsam vid sexuella kontakter. Inkubationstiden är tio dagar upp till tre månader, men oftast omkring tre veckor. Syfilis smittar vid vaginal- och analsamlag, vid oralsex och vid kontakt mot syfilissår eller utslag. Infektionen kan också smitta vid djupa kyssar.

En gravid kvinna kan smitta sitt foster under graviditeten. Smittriskan är som störst vid tidig syfilis (primär och sekundär) och avtar ju äldre moderns infektion är.

En obehandlad infektion kan smitta vid sexuella kontakter i upp till två år. Det finns också risk för blodsmitta, t.ex. vid intravenöst missbruk om flera personer delar sprutor och kanyler.

Symtom

Syfilis delas in i tre olika stadier, men dessa kan variera eller helt saknas och man kan redan från början ha en symtomfri (*tidig latent*) syfilis.

Primär syfilis

Primär syfilis inträffar tidigast tre veckor efter smittotillfället men kommer ofta något senare. Ett oömt sår uppstår vid infektionsstället, vanligen könsorganen, ändtarmen eller munnen, och de närliggande lymfkörtlarna svullnar. Såret eller ibland såren – multipla sår kan förekomma – läker spontant inom tio veckor. Omkring en fjärdedel av de smittade har dock inget märkbart sår alls.

Sekundär syfilis

Sekundär syfilis innebär att man får ett utbrett eller lokaliserat lätt fjällande utslag, roseol. Man har ofta lätt feber och ibland kan patienten få slemhinneflikar anogenitalt, *condyloma lata*. Smittsamheten är då mycket stor. Den sekundära syfilisen brukar debutera cirka tio veckor efter smittotillfället. Även dessa symtom försvinner spontant.

När den tidiga syfilisperioden på två år har passerat – med eller utan symtom – går sjukdomen in i en andra asymtomatisk fas (*sen latent*) då den inte längre är sexuellt smittsam. För majoriteten av de infekterade personerna spontanläker sjukdomen inom några år. Hos omkring 30 procent av dem som smittats och inte fått antibiotikabehandling kvarstår dock infektionen och bakterien kan gradvis angripa olika organsystem. Detta kan orsaka symtom så sent som 30 år senare, och sjukdomen har då gått över i det tredje stadiet, tertiär syfilis.

Tertiär syfilis

Den tertiära syfilisen, som kan manifesteras sig 1–30 år efter smittotillfället, delas in i tre huvudgrupper, neurosyfilis, kardiovaskulär syfilis och benign hud- och slemhinnesyfilis. Tertiär syfilis är orsak till den dödlighet som kan förekomma i denna sjukdom. Syfilis i tredje stadiet smittar dock inte sexuellt.

Diagnostik

Diagnosen ställs huvudsakligen med ett blodprov. Testerna VDRL, RPR och WR, som ofta används i screening, är ospecifika, och positiva test följs upp med ett specifikt test för treponemasjukdomarna, exempelvis TPHA. Dessa prover har mycket hög sensitivitet.

Epidemiologi

Efter att ha varit mycket sällsynt i Sverige sedan mitten av 1980-talet har man under 2000-talet konstaterat en viss ökning både bland män som har sex med män (MSM) och heterosexuella kvinnor och män. Inhemsk smittspridningen är dock ovanlig och har framför allt setts bland MSM i storstäderna.

Behandling

Den vanligaste behandlingen i Sverige är långverkande penicillin som ges intramuskulärt med en veckas mellanrum i en till tre veckor. Vid neurosyfilis får patienten intravenös penicillinbehandling. Antibiotikabehandling i tablettform förekommer också. När behandlingen är avslutad tas ett blodprov, och patienten följs sedan upp med ytterligare kontrollprover under en längre tid.

Alla syfilisfall bör handläggas av en specialist vid en STI- eller infektionsklinik. Informera om att patienten skall avstå från sex i minst en vecka efter att behandlingen av patienten och eventuell partner i ett pågående förhållande avslutats.

5.3.1 Att tänka på vid smittspårning vid syfilis

Vid smittspårning bör man tänka på att ett blodprov tidigast är positivt sex veckor efter smittotillfället. Ofta kan det dock ta mer än dubbelt så lång tid. Det betyder att man måste följa en partner upp till fyra månader efter det förmodade smittotillfället, eftersom det första testet kan vara negativt trots att han eller hon är smittad. Skulle personen dessutom ha fått antibiotikabehandling fördröjs blodprovssomslaget, eller sker ibland inte alls.

Eftersom syfilis i dag är ovanlig som inhemsk smitta måste smittspårningen givetvis alltid gå så långt tillbaka att man säkert kan finna smittkällan eller till dess smittkedjan slutar utanför landets gränser.

Om en person som missbrukar narkotika intravenöst har syfilis finns det även risk för blodsmitta, och därför skall man också undersöka personer som använt samma sprutor eller kanyler som den smittade.

En syfilispatient gör vanligen flera besök på kliniken för behandling och för kontrollprover efter behandlingen. Dessa återbesök ger tillfälle att

också följa upp smittspårningen och ta reda på om patienten har någon ny information att tillföra utredningen.

Återbesök skall alltid göras för att

- kontrollera att behandlingen har fungerat,
- fullfölja smittspårningen om det behövs kompletteringar.

Återbesöket kan även utnyttjas till

- counselling för att försöka påverka patienten till ett säkrare sexuellt beteende i framtiden.

Syfilis är en allmänfarlig sjukdom som är anmälnings- och smittspårningspliktig enligt smittskyddslagen. I anmälan skall sjukdomsstadiet anges eftersom denna information är viktig för den epidemiologiska analysen. Observera att endast syfilis i smittsamt skede är anmälningspliktig, d.v.s. tidig syfilis (de första två åren efter smittotillfället).⁶¹

5.4 Fakta om hiv

Hur smittar hiv?

Hivinfektion orsakas av ett retrovirus, HIV-1 (humant immunbristvirus). Det finns också en virusvariant i Västafrika, HIV-2, som är mycket ovanlig i Sverige.

Hiv smittar huvudsakligen vid sexuella kontakter, främst vaginala och anala samlag men också vid oralsex. Smittan kan även överföras om man får i sig blod eller annan vävnad från en smittad person, t.ex. när man delar spruta, eller vid blodtransfusioner eller organ- och vävnadsdonationer. Hiv kan också överföras från mor till barn under graviditeten, förlossningen och amningen.

Smittrisken är störst mycket tidigt i infektionen, och senare i förloppet om patienten utvecklat aids. Den individuella smittsamheten är dock mycket varierande. Smittsamheten är sannolikt mycket låg om patienten står på antiretroviral behandling (ART) och har ”icke mätbara” virusnivåer i blodet. En samtidig infektion med någon annan STI kan dock öka smittsamheten hos den hivinfekterade, även om han eller hon står på behandling med ART mot hivinfektionen. Infektioner med andra STI kan också öka mottagligheten för den som exponeras att smittas av hiv.

⁶¹ ”Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen.” Socialstyrelsen, juni 2008 (artikelnr 2008-130-11)

Symtom

Cirka en tredjedel av alla smittade får inom två till fyra veckor efter smittotillfället en akut så kallad *primär hivinfektion* med influensaliknande symptom som halsont, feber och ibland hudutslag samt även lymfkörtelsvullnad som kan komma omkring en vecka efter insjuknandet. Dessa symptom kan vara mycket lindriga och uppfattas som en vanlig virusinfektion och väcker oftast ingen oro.

Därefter fortsätter infektionen, i sitt naturalförlopp, utan några symptom tills immunförsvaret försvagats så pass att smittämnen, som oftast är helt harmlösa hos friska personer, leder till svåra livshotande så kallade opportunistiska infektioner som orsakas av till exempel svamp (*candida*) och olika herpesvirus. Det kan ta över tio år innan en obehandlad hivinfektion når detta stadium och patienten får diagnosen *aids* (förvärvat immunbristsyndrom, av engelskans *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*).

Diagnostik

Hivinfektion diagnostiseras med hjälp av blodprov och antikroppstest. I undantagsfall kan det ta upp till tre månader från smittotillfället tills testet slår om och blir antikroppspositivt. Med de känsliga test som används i dag uppvisar dock de flesta smittade ett positivt test inom sex veckor från smittotillfället.

Vid vanlig screening används oftast ett antikroppstest (t.ex. ELISA). Antikroppstestet kan dock vara falskt positivt med en oftast svagt positiv reaktion. Därför upprepas alltid ett positivt prov och då med en säkrare och mer tidskrävande metod (t.ex. Western blot eller RIBA).

Vid stark misstanke om hivinfektion – särskilt om man misstänker att patienten nyligen exponerats eller har en primär hivinfektion – kan viruset upptäckas med andra slags blodprov (hiv-RNA eller hivantigen). Dessa prov blir positiva mycket tidigt i infektionens förlopp (2–4 veckor efter smittotillfället). För att minska risken att tidiga hivinfektioner inte upptäcks har flera laboratorier infört kombinerade screeningtester, som upptäcker både hivantigen och hivantikroppar.

Epidemiologi

Det första säkra fallet i världen av hivinfektion har, genom ett i efterhand analyserat blodprov som sparats till eftervärlden, kunnat dateras till 1959 i Kongo, men man tror att epidemin startade tidigare än så. De första fallen av *aids* konstaterades 1981 i USA bland homosexuella män. I Sverige diagnostiserades det första fallet 1982, också det en homosexuell man, men det var fortfarande okänt vad som orsakade *aids*. I Sverige och övriga väst-

världen följdes utbrottet bland män som har sex med män (MSM) snart av ett utbrott bland injicerande narkomaner. Forskare lyckades 1983 isolera viruset som orsakar hivinfektion och 1985 lanserades ett antikroppstest som gjorde det möjligt att testa blod för hiv.

UNAIDS uppskattade i slutet av 2006 att omkring 70 miljoner människor i världen smittats av hiv sedan epidemin startade och av dem levde 40 miljoner människor i slutet av 2006.

Länderna i Afrika söder om Sahara är fortfarande hårdast drabbade och står sammantaget för två tredjedelar av den globala epidemin. Östeuropa och delar av Centralasien har dock en mycket snabbt stigande hivincidens med övervägande smittspridning bland unga injektionsmissbrukare. I ett globalt perspektiv sprids hiv dock främst vid sexuella kontakter. I Afrika är också smitta från mor till barn mycket vanligt förekommande.

I Sverige har antalet konstaterade hivfall hållit sig på en relativt konstant nivå som i ett globalt perspektiv är mycket låg. Sedan 1990 har mellan 200 och 400 fall rapporterats per år. Den inhemska smittspridningen sker fortfarande huvudsakligen bland MSM och i lägre utsträckning bland injicerande missbrukare. Ökningen av heterosexuellt smittade avspeglar i hög grad den globala epidemin, och består till största delen av immigranter och asylsökande från högendemiska områden, samt personer som smittats vid utlandsvistelser. Detta har lett till en ökad hivprevalens i dessa grupper.

Behandling

Patienter med hivinfektion bör handläggas av en specialist på en infektions- eller STI-klinik. Vid tecken på sviktande immunitet, men ibland tidigare, ges antiretroviral behandling (ART) i tablettform och i olika kombinationer. Den första aktiva antiretrovirala behandlingen kom redan i slutet av 1980-talet, men det fanns stora problem med snabb resistensutveckling fram till 1996 när nya kombinationsbehandlingar introducerades.

Behandlingarna är mycket verksamma och har lett till att dödligheten i aids sjunkit drastiskt i de delar av världen där det finns ekonomiska resurser att sätta in en sådan behandling. Behandlingarna är dock krävande för patienten och kan leda till följsamhetsproblem, med resistensutveckling som följd. 1996 lanserades ett test för att mäta virusmängd (hiv-RNA) direkt i blodet (viral load), något som tillsammans med parallell kontroll av immunförsvarets nivå av T-hjälparlymfocyter (CD4+ T-celler) är av stor betydelse för att bestämma när behandlingen skall starta och om den fungerar. Observera att en ökad virusmängd i blodet kan bero på en samtidig infektion med någon annan STI, t.ex. syfilis.

5.4.1 Att tänka på vid smittspårning vid hivinfektion

Alla patienter med hivinfektion bör behandlas vid en specialistklinik, vanligen en infektions- eller STI-klinik.

Om en person vill testa sig redan någon vecka efter det misstänkta smittotillfället – innan man kan avläsa ett antikroppssvar – bör ett blodprov tas för att få ett så kallat nolltest, d.v.s. ett test som vid negativt svar visar att personen inte redan var smittad tre månader innan blodprovet togs. Detta innebär i sin tur att man inte behöver spåra tillbaka mer än maximalt tre månader före nolltestet, om personen i fråga senare visar sig vara hivpositiv. Om man misstänker att exponeringen skedde nyligen bör man givetvis också alltid överväga andra testmetoder (hiv-RNA eller hivantigen) som kan påvisa hivinfektion tidigare i förloppet än ett antikroppstest (se ovan om diagnostik). Detta kan ha avgörande betydelse ur smittspridningssynpunkt med tanke på att smittrisker oftast är störst mycket tidigt i hivinfektionens förlopp, innan det går att påvisa några antikroppar.

Om exponeringen skett inom de senaste 1–3 dygnen kan det finnas skäl att överväga antiretroviral behandling med så kallat postexponeringsprofylax (PEP) för att försöka förhindra att personen smittas. PEP kan erbjudas vid infektionsklinik, men i regel endast om personen utsatts för hög smittrisk inom angiven tidsram, t.ex. på grund av att kondomen spruckit vid ett vaginalt eller analt samlag med en hivpositiv partner. Har sådan behandling givits påverkas dock möjligheten att upptäcka hivinfektionen och uppföljningstiden för hivtestning förlängs till 6 månader.

Om ett prov är antikroppsspositivt för hiv, bör man ta reda på om och i så fall när patienten senast tog ett hivtest, och testets resultat.

Hiv har en relativt stor smittsamhet vid vaginala och anala samlag när den smittade har sin primära hivinfektion, och vid aids. Däremellan är smittsamheten vanligen betydligt mindre, men varierar från individ till individ och beroende på om den hivpositive står på någon effektiv behandling med ART eller inte. Det innebär att en hivnegativ partner kan ha haft oskyddat samlag flera gånger med indexpatienten utan att ha blivit smittad. Smittspårningen måste trots detta inkludera indexpatientens tidigare partner, som haft sexuell kontakt med honom eller henne på sådant sätt att hiv kan ha överförts.

Smittspårningen bör utföras ända till det datum indexpatienten senast testade sig med negativt resultat och ytterligare tre månader tillbaka. Om det inte finns något negativt test får den behandlande läkaren och smittspåraren tillsammans med patienten avgöra hur lång tid tillbaka det är rimligt att spåra. Det kan ibland vara nödvändigt att smittspåra så långt tillbaka i

tiden som tio år, med tanke på hivinfektionens långsamma naturlförlopp.

Om en intravenös narkotikamissbrukare har en hivinfektion finns det stor risk även för blodsmitta, förutom sexuell smitta, och därför skall personer som använt samma sprutor eller kanyler som den smittade också undersökas och betraktas som ”partner”.

Smittspårning vid hivinfektion innebär en stor mängd särskilda överväganden och bör därför alltid handläggas av hivkompetent personal vid en infektions- eller STI-klinik. Kapitel 4 innehåller mer om den fortsatta kontinuerliga uppföljningen av den hivpositive patientens levnadsförhållanden, och behovet av stöd så att han eller hon inte för smittan vidare i pågående relationer eller vid nya kontakter.

Ett undantag från journallagens regler gör det möjligt att testa sig anonymt för hiv. I stället för personnummer används vanligen ett så kallat reservnummer, en personlig kod som tillhandahålls genom sjukvården. Anonymiteten gäller dock bara så länge testresultatet är negativt.

Hivinfektion är en allmänfarlig sjukdom som är anmälnings- och smittspårningspliktig enligt smittskyddslagen.

Anonym provtagning vid hivinfektion

Enligt förordning (2008:363) om provtagning för hivinfektion gäller följande:

- Den som vill kan begära att testas anonymt för hiv.
- Om svaret är negativt räcker det med att detta antecknas i den provtagnes anonyma journal.
- Om hivtestet däremot är positivt gäller inte anonymiteten längre. Efter att diagnosen hivinfektion ställts skall anmälan göras enligt smittskyddslagen och läkaren skall anteckna den smittades identitet i journalen.

5.5 Fakta om hepatit A, hepatit B och hepatit C

Hepatit A

Hepatit A orsakas av ett virus som huvudsakligen smittar genom avföring som förorenat vatten och föda (fekal-oral smittväg). Sexuell smitta, särskilt via anal- och oralsex förekommer också. Om fingrar eller tunga används i analregionen vid sexuellt umgänge kan hepatit A lätt överföras. Då och då rapporteras utbrott bland män som har sex med män (MSM), som har en ökad risk att smittas genom sexuella kontakter.

Hepatit A är en leverinfektion som kan ge trötthet och gulsot (bland annat gula ögonvitor) eftersom leverns förmåga att bryta ned vissa ämnen inte fungerar. Ungefär hälften av dem som smittas i vuxen ålder får symtom. Diagnosen ställs genom att påvisa förekomst av antikroppar mot hepatit A. Under 2–4 veckor i samband med insjuknandet kan man också hitta viruset i blodprover. Infektionen läker alltid ut och smittsamheten varar endast 2–3 veckor.

Omgående provtagning och serologisk diagnostik av misstänkta fall av infektion med hepatit A är viktigt, eftersom det finns möjlighet att ge post-expositionsprofylax till indexpatientens kontakter som nyligen kan ha utsatts för smitta. Förekomst av IgM-antikroppar mot hepatit A hos indexpatienten talar för en aktuell infektion, och i sådana fall ges postexpositionsprofylax med gammaglobulin till indexpatientens kontakter. Behandlingen skall ges snarast och senast två veckor efter det misstänkta smittotillfället. Hepatit A kan inte ge en kronisk infektion. Därmed finns ingen kvarstående smittsamhet efter en genomgången sjukdom och immuniteten är livslång.

Det finns också vaccin mot hepatit A som har mycket god skyddseffekt om det ges före expositionen. Om vaccinet ges som profylax efter expositionen måste det ges inom en vecka efter det misstänkta smittotillfället.

Hepatit B

Hepatit B orsakas av ett virus som smittar via blodkontakt, t.ex. vid intravenöst narkotikamissbruk och vid sexuellt umgänge. Personer som har ökad risk att smittas med hepatit B är sexualpartner och familjemedlemmar till personer med en smittsam infektion, liksom intravenösa missbrukare som delar sprutor. Personal inom sjukvården löper också risk att smittas om man sticker sig på orena injektionsnålar. Hepatit B är vanligt i stora delar av världen som Sydostasien, Afrika och östra Europa.

Inkubationstiden, d.v.s. tiden från smitta till sjukdomssymtom, är lång, oftast 2–4 månader men ibland upp till sex månader. Hepatit B-viruset orsakar en infektion i levern som kan vara asymtomatisk, särskilt hos barn. Av de vuxna som smittas får drygt hälften sjukdomssymtom som uttalad trötthet, ledvärk och gulsot. De allra flesta som smittas i vuxen ålder läker ut sin hepatit B-infektion, men ett fåtal blir kroniska bärare med livslång smittsamhet. Barn som smittas vid födelsen eller under sina första levnadsår löper däremot stor risk att bli kroniska bärare. Kroniska bärare är smittsamma trots att de är symtomfria. Graden av smittsamhet varierar där de som har en akut infektion är mest smittsamma, men även kroniska hepatit B-bärare med e-antigen (HBeAg) är mycket smittsamma. Kroniska bärare har också en ökad risk att utveckla leversjukdom med risk för levercancer.

Det går att påvisa hepatit B-virus i blodet redan 4–8 veckor innan det finns några sjukdomssymtom. Asymtomatiska infektioner förekommer också. En patient som fått sjukdomssymtom har både smittämnen (HBsAg) och antikroppar av både IgM- och IgG-typ i blodet. Diagnosen ställs med ett blodprov där förekomsten av virus och antikroppar analyseras. Genom provet kan man också bedöma om infektionen är akut eller kronisk, och vid en kronisk infektion hur stor smittsamheten är.

Patienter med akut hepatit B-infektion bör skötas på infektionsklinik. Patienter med kronisk hepatit B kan skötas i primärvården, men de som har inflammatorisk aktivitet i levern bör bedömas av en specialist som får ta ställning till behandling.

Det finns vaccin mot hepatit B. Osmittade sexualpartner och familjekontakter till patienter med smittsam hepatit B bör därför erbjudas vaccination. Dessutom bör personer som tillhör grupper med högre risk att smittas av hepatit B erbjudas vaccination. Dit räknas intravenösa missbrukare, interner på fängelser och män som har sex med män. Vaccinet ges vanligen före exposition men kan också ges om någon redan har utsatts för hepatit B-smitta. I det senare fallet skall vaccinet ges så fort som möjligt efter expositionen för att förhindra att den som exponerats utvecklar en infektion med hepatit B.⁶²

Hepatit C

Hepatit C orsakas av ett virus som huvudsakligen smittar via blodkontakt. Smittrisken vid sexuellt umgänge är låg. Smitta från mor till barn kan förekomma – risken för smittöverföring från mor till barn under graviditet eller förlossning är cirka fem procent. Den dominerande smittvägen i dag är dock intravenöst missbruk. Före 1991 förekom också inhemsk hepatit C-smitta genom blodtransfusion, eftersom det inte fanns något antikroppstest före det. Personal inom sjukvården löper också risk att smittas genom stickskador.

Tidiga symtom i form av trötthet och gulsot är sällsynta vid infektion med hepatit C. Virusets orsakar en infektion i levern, men de flesta smittade får inga symtom. De flesta (75–80 procent) blir emellertid kroniska bärare, d.v.s. viruset finns kvar i kroppen under mycket lång tid, oftast livet ut. Kroniska smittbärare har också en ökad risk att utveckla skrumplever. Patienter med hepatit C bör regelbundet kontrolleras vid en infektionsklinik för ställningstagande till behandling. Det finns behandling att få och för majoriteten av de behandlande patienterna läker infektionen ut och de blir därmed smittfria.

⁶² Se vidare ”Rekommendationer för profylax mot hepatit B. Profylax med vaccin och immunoglobulin – före och efter exposition.” Socialstyrelsen, oktober 2005 (artikelnr 2005-130-6).

Hepatit C-infektion kan påvisas med ett antikroppstest av blod som blir positivt inom tre månader efter smittotillfället.

I dag finns inget vaccin mot hepatit C.

5.5.1 Att tänka på vid smittspårning vid hepatiter

Smittvägarna och smittsamheten skiljer sig mellan de olika hepatiterna. För att kunna genomföra en adekvat smittspårning krävs därför att man känner till vilken hepatit patienten är infekterad med.

Vid hepatit A och B bör man snabbt kartlägga alla pågående och nyligen avslutade relationer och kontakter. Det är mycket viktigt att inleda smittspårningen snarast efter upptäckten så att smittspridningen minimeras och riskutsatta partner och kontakter kan få profylax så tidigt som möjligt. Vid smittspårning av personer med intravenöst missbruk måste man förstås beakta både blodsmitta och sexuella smittvägar.

Man måste också beakta inkubationstiden, som är längst för hepatit B – upp till sex månader. Därför måste smittspårning vid hepatit B göras upp till sex månader före symtomdebuten. Om personen inte har eller har haft några symtom eller om en kronisk infektion upptäcks kan smittspårningen behöva göras lägre tillbaka.

Vid infektion med hepatit C ligger smittotillfället ofta flera år tillbaka i tiden, vilket gör det svårare att spåra smittan och fastställa smittkällan. Fråga alltid efter blodtransfusioner liksom tidigare eller pågående intravenöst missbruk. Fasta sexualpartner till patienter med hepatit C skall också testas även om risken för sexuell smitta är låg – endast några få procent av de rapporterade fallen anges som smittade sexuellt. I ungefär 20 procent av fallen har man dock inte kunnat fastställa smittvägen. Barn till mödrar med hepatit C, som kan ha smittats i samband med förlossningen, måste testas efter 18 månaders ålder för att undvika påverkan av moderns antikroppar i barnets blod.

Barn som är kroniska bärare av hepatit B är inte alltid informerade om att sjukdomen kan överföras sexuellt och att de kan smitta sin partner när de debuterar sexuellt. Den behandlande läkaren skall informera barnen och deras föräldrar om detta, och om vilka förhållningsregler som gäller enligt smittskyddslagen. Stadigvarande partner till kroniska bärare av hepatit B bör erbjudas vaccination.

Hepatit A, B och C är allmänfarliga sjukdomar som är anmälnings- och smittspårningspliktiga enligt smittskyddslagen.

5.6 Infektioner som överförs sexuellt men inte är smittspårningspliktiga

Det finns andra sexuellt överförbara infektioner som inte är smittspårningspliktiga. Bland dessa finns kända sjukdomar som inte uppfyllt kriterierna för att omfattas av lagen, sjukdomar där agens (smittämnet) har identifierats men kunskapen om effekterna på folkhälsan ännu är ofullständiga, samt sjukdomar med ännu okända agens.

Ett sjukdomsförebyggande folkhälsoarbete skall givetvis också omfatta dessa sjukdomar när det finns preventiva metoder. Eftersom dessa sjukdomar inte ingår i smittskyddslagen har dock varken vårdpersonalen eller patienten de speciella skyldigheter och rättigheter som lagen ger. Det finns dock inget som hindrar att man genomför smittspårning även i andra fall om det finns epidemiologiska skäl och den smittade frivilligt medverkar till det.⁶³ Däremot kan man inte bedriva något smittspårningsarbete på det sätt som det beskrivs i denna handbok, d.v.s. utifrån smittskyddslagens bestämmelser.

Bland välkända sjukdomar som inte är smittspårningspliktiga finns de vanligt förekommande könssjukdomarna *genital herpes* och *kondylom*, som orsakas av virus. Till denna grupp hör också några sjukdomar som är mycket sällsynta i Sverige som *ulcus molle* (chancroid) och *granuloma inguinale* (donovanos). Dessa är sexuellt överförbara infektioner som orsakas av bakterier och leder till sår och lymfkörtelförstoring i ljumskarna. De är dock sällsynt förekommande i hela västvärlden. Sjukdomarna behandlas med antibiotika.

Mycoplasma genitalium är exempel på ett sjukdomsorsakande agens där kunskapen fortfarande är under utveckling. All forskning hittills tyder dock på att denna bakterie kan orsaka symtomgivande infektioner, att den överförs sexuellt och att den är vanlig. Däremot vet man ännu inte hur skadlig den är och om den kan orsaka utomkvedshavandeskap och infertilitet. Symtomen är desamma som vid klamydiainfektion, men en infektion med *Mycoplasma genitalium* är dock inte lika lättbehandlad som klamydia. Studier har visat att *Mycoplasma genitalium* orsakar nära en tredjedel av alla ospecificerade infektioner hos patienter som söker på venerologiska mottagningar.

Andra exempel på kända bakterier som diskuterats och varit föremål för forskning är *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* och *anaeroba bakterier* (som hos kvinnor orsakar bakteriell slidkatarr). Det saknas dock

⁶³ Regeringens proposition 2003/04:30 Ny smittskyddslag m.m., s. 109.

övertygande bevis om deras sjukdomsframkallande egenskaper. Vissa virus som till exempel kondylom- och herpesvirus kan ge inflammation i urinrör och livmodertapp, liksom också parasiten *Trichomonas vaginalis*.

När det gäller helt okända infektioner får man komma ihåg att redan i början av 1900-talet var det känt att gonorré inte låg bakom alla infektioner i livmodertapp och urinrör. Klamydiabakterien misstänktes relativt tidigt som en viktig orsak men det dröjde ända till slutet av 1970-talet innan rutinmässig klamydiadiagnostik fanns tillgänglig. Även i dag, med allmänt tillgänglig klamydiadiagnostik, är det vanligt med ospecificerade infektioner bland patienter på STI-mottagningar.

6. Dokumentation

Dokumentationen av smittspårningen omfattas av regler som skyddar den personliga integriteten för såväl patienten som hans eller hennes sexualpartner eller kontakter.

Av 7 kap. 1 c § sekretesslagen (1980:100) framgår att sekretessen inom smittskyddet gäller uppgifter om enskilda personers hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att personen eller någon närstående lider men. Enligt 14 kap. 4 § första stycket samma lag gäller sekretessen inte i förhållande till patienten själv och han eller hon kan helt eller delvis upphäva sekretessen.

Dokumentationen gör det möjligt för smittskyddsläkaren att följa upp och utvärdera smittspårningen enligt smittskyddslagens 6 kapitel. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittspårning (SOSFS 2005:23) kallas den dokumentation som görs i samband med ett smittspårningsärende för smittspårningshandlingar. Med detta menas ”anteckningar som görs och handlingar som upprättas eller kommer in i samband med smittspårningen”.⁶⁴ Smittspårningshandlingarna inkluderar alltså, förutom själva utredningsanteckningarna, även de partnerbrev som eventuellt skickas till patientens partner och kontakter, och eventuella svarsbrev från dem. Kopior av de utgående partnerbreven skall därför läggas till smittspårningshandlingarna. Om man använder standardiserade partnerbrev kan man i stället anteckna när brevet skickats.

Rutinerna och formerna för hur dokumentationen förs i smittspårningshandlingarna varierar mellan olika landsting, kliniker och mottagningar. Detta kapitel ger information om vad som måste dokumenteras enligt föreskrifterna, när anmälan skall göras till smittskyddsläkaren och hur smittspårningshandlingarna skall hanteras i förhållande till patientjournaler och arkiveringskrav.

6.1 Smittskyddsanmälan

Smittskyddslagen (2004:168) anger när den behandlande läkaren eller den som ansvarar för smittspårningen skall anmäla händelser till smittskyddsläkaren, vilket är möjligt med stöd av 14 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100). Följande händelser skall anmälas och dokumenteras.

⁶⁴ 1 kap. 4 § SOSFS 2005:23.

Anmälan av sjukdomsfall

I 2 kap. 5 § smittskyddslagen står att:

En behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom, skall utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren i det landsting där den anmälande läkaren har sin yrkesverksamhet och till Smittskyddsinstitutet.

Det är alltså den behandlande läkaren som skall anmäla en misstänkt eller konstaterad sjukdom. Socialstyrelsen har utfärdat falldefinitioner som vägledning för anmälan av sjukdomsfall enligt smittskyddslagen.⁶⁵ Vilken slags information en anmälan skall innehålla är reglerat i 2 kap. 6 § smittskyddslagen. För gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion och syfilis gäller dock viktiga inskränkningar. Enligt 4 § i smittskyddsförordningen (2004:255) är endast 2 kap. 6 § punkterna 3–5 SmL tillämpliga på dessa sjukdomar, vilket innebär att anmälan inte får innehålla några uppgifter om patientens och smittkällans identiteter (punkterna 1 och 2). Till skillnad från övriga anmälningspliktiga sjukdomar, görs anmälan utan full identitet i enlighet med 4 § i smittskyddsförordningen. I stället för namn, personnummer och adress anges endast en så kallad rikskod, d.v.s. födelseåret och de fyra sista siffrorna i patientens personnummer (t.ex. 1980–1234) eller i samordningsnumret för nyanlända asylsökande som saknar personnummer. Förutom kön, födelseår och hemortslän får inte anmälan innehålla några andra uppgifter om patientens identitet och inte heller om smittkällans identitet. Däremot skall det anges om patienten ”tillhör en grupp som är eller kan tänkas vara riskutsatt”.⁶⁶

Vidare skall anmälan i enlighet med 2 kap. 6 § punkterna 3–5 SmL alltid innehålla uppgifter om den sannolika smittvägen, åtgärder som den behandlande läkaren vidtagit för att hindra smittspridning (t.ex. givit förhållningsregler och påbörjat smittspårning), samt ”andra uppgifter av betydelse för smittskyddet”. Sådan betydelsefull information är exempelvis smittort och smittotidpunkt om det är känt, diagnosdatum, anledning till test, och sjukdomsstadium (vid syfilis och hivinfektion), samt laboratorienummer från provsvaret för att möjliggöra dubblettkontroll och kunna koppla ihop den kliniska anmälan med laboratoriets anmälan av samma sjukdomsfall. I anmälan anges också vem som ansvarar för smittspårningen, om det är någon annan än den behandlande läkaren.

⁶⁵ ”Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen.” Socialstyrelsen, juni 2008 (artikelnr 2008-130-11).

⁶⁶ 4 § smittskyddsförordningen (2004:255).

Särskilda anmälningssblanketter för alla anmälningsskyldiga sjukdomar har tagits fram och finns tillgängliga på Smittskyddsinstitutets hemsida, där kliniker med behörighetskod kan göra anmälan direkt via det elektroniska anmälningssystemet SmiNet (<http://www.sminet.se/>).

För att smittskyddsläkaren skall kunna följa upp anmälningarna och smittspårningen (se kapitel 7) måste kliniken ha rutiner som gör det möjligt att sammankoppla den kodade anmälan till rätt patientjournal och smittspårningshandlingar. En kopia av anmälan om sjukdomsfallet skall även förvaras i patientjournalen.

Uppgifterna i anmälan används bland annat till epidemiologisk statistik och analys av det epidemiologiska läget i landstingen och i riket. Denna statistik och analys utgör en viktig grund för inriktningen av samhällets förebyggande insatser av STI.

Anmälan av partner som uteblir från undersökning

En person som påträffats genom smittspårning och underrättats om misstanken att han eller hon kan ha smittats av en allmänfarlig sjukdom, måste utan dröjsmål låta sig undersökas av läkare. Om han eller hon inte gör det skall den som ansvarar för smittspårningen utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren, enligt 3 kap. 6 § i smittskyddslagen.

3 kap. 7 § smittskyddslagen reglerar vad en sådan anmälan av en partner eller kontakt skall innehålla: namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress och andra uppgifter som bedöms kunna vara av betydelse för smittskyddsläkarens fortsatta åtgärder. En sådan uppgift kan exempelvis vara tidpunkten för expositionen och den förmodade smittöverföringen. Anmälan skall även innehålla en redogörelse för varför den behandlande läkaren misstänker att en person bär på en allmänfarlig sjukdom.

En kopia av en sådan anmälan av partner skall förvaras bland de övriga smittspårningshandlingarna i ärendet.

Anmälan om att smittspårningen inte kan fullföljas

I Socialstyrelsens allmänna råd om smittspårning sägs att smittspåraren bör rådgöra med smittskyddsläkaren vid behov.⁶⁷ Om den som ansvarar för smittspårningen inte kan fullgöra den, skall det anmälas till smittskyddsläkaren.

Om en behandlande läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvar för smittspårningen i ett enskilt fall finner att han eller hon saknar möjlighet att fullgöra smittspårningen, skall han eller hon

⁶⁷ 3 kap. SOSFS 2005:23.

*underrätta smittskyddsläkaren om detta. Smittskyddsläkaren får över-
ta smittspårningsärendet eller överlämna det till en annan person med
särskild kompetens och erfarenhet för uppgiften. (3 kap. 5 § SmL)*

Av de allmänna råden framgår också att smittskyddsläkaren alltid bör underrättas om inte smittkällan har påträffats eller kunnat identifieras.⁶⁸

Anmälan av brott mot förhållningsregler

Ett annat tillfälle när anmälan skall göras är när en patient bryter mot förhållningsreglerna som den behandlande läkaren gett (se avsnitt 1.5.1):

*Om den behandlande läkaren misstänker eller får veta att en patient som bär eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom inte iakt-
tar eller kommer att iaktta förhållningsreglerna skall läkaren anmäla
detta till smittskyddsläkaren. (4 kap. 4 § SmL)*

Om den behandlande läkaren bedömer att han eller hon ”själv kan se till att patienten får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende” behövs dock ingen anmälan.⁶⁹ De åtgärder som vidtagits, exempelvis stöd och förnyad genomgång av förhållningsregler, noteras i sådana fall i patientjournalen. Om anmälan görs till smittskyddsläkaren skall en kopia av anmälan förvaras i patientjournalen.

6.2 Patientjournal

Vid första besöket är det inte alltid klart vad patientens besvär beror på. Anamnesuppgifter införs då på vanligt sätt i patientjournalen. Om patienten efter undersökningen visar sig ha eller misstänks ha en STI som omfattas av smittskyddslagens bestämmelser skall man påbörja en smittspårningsutredning.

Uppgifter om partnernas eller kontakternas identitet och testresultat får dock inte finnas i indexpatientens journal (jfr 3 § patientjournalagen [1985:562]). Däremot skall man alltid kunna göra en koppling mellan smittspårningshandlingarna och indexpatientens patientjournal.⁷⁰

I patientjournalen skall det alltid stå vem som utfört smittspårningen, om det är någon annan än den behandlande läkaren, samt datum för när smittspårningsärendet påbörjades och när det avslutades.⁷¹ Ett smittspår-

⁶⁸ 3 kap. SOSFS 2005:23.

⁶⁹ 4 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168).

⁷⁰ 5 kap. 4 § SOSFS 2005:23.

⁷¹ 5 kap. 5 § SOSFS 2005:23

ningsärende är inte avslutat förrän det konstaterats eller så långt det är rimligt har utretts vem som har smittat indexpatienten och om några ytterligare personer har smittats.⁷² Om ärendet övertas av smittskyddsläkaren skall det också antecknas i journalen.⁷³ Informationen är viktig för smittskyddsläkarens uppföljning och den interna kvalitetskontrollen av smittspårningsarbetet. Smittskyddsläkaren kan i efterhand komma att begära in uppgifter om smittspårningens utfall (se kapitel 7). Bland annat därför är det viktigt att det framgår i patientjournalen vem som ansvarat för smittspårningen.

Beträffande uppgifter i patientjournaler gäller bestämmelserna i 7 kap. 1 c § i sekretesslagen om sekretess i offentlig vård och i 2 kap. 8 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) om sekretess i den privata vården.

6.3 Smittspårningshandlingar

Uppgifter som rör smittspårningen förs i separata smittspårningshandlingar där man dokumenterar uppgifter som är av betydelse för smittspårningsärendet. I den offentliga hälso- och sjukvården betraktas smittspårningshandlingarna som allmänna handlingar som omfattas av sekretess.

Sekretess gäller [...] inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom [...] åtgärder mot smittsamma sjukdomar [...]. (7 kapitel 1 c § SekrL)

Liknande bestämmelser för den privata vården finns i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).⁷⁴

Det är viktigt att hålla isär vad som skall antecknas i smittspårningshandlingarna respektive patientjournalen. I journalen antecknas det som är relevant för patientens vård och behandling och direkt relaterar till honom eller henne (jfr 3 § patientjournalagen [1985:562]), samt uppgifter om när smittspårningen påbörjats och avslutats och vem som ansvarat för den.⁷⁵ Smittspårningshandlingarna skall däremot innehålla information och fakta som inte är relevanta för behandlingen, men väl för smittspårningen, och

⁷² 4 kap. 3 § SOSFS 2005:23.

⁷³ 5 kap. 5 § SOSFS 2005:23.

⁷⁴ 2 kap. 8 § lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531).

⁷⁵ 5 kap. 5 § SOSFS 2005:23.

som dessutom kan involvera andra personer. Dessa personers uppgifter skyddas också av sekretesslagens bestämmelser om sekretess i sjukvården. Man skall alltid kunna göra en koppling mellan indexpatientens patientjournal och samtliga smittspårningshandlingar som är relaterade till indexpatienten.⁷⁶

Av Socialstyrelsens föreskrifter (2005:23) framgår att i smittspårningshandlingarna skall man anteckna och samla alla uppgifter som behövs och kan ha betydelse för utredningen om indexpatienten och hans eller hennes partner eller kontakter. Identitet, adress och telefonnummer skall så långt möjligt alltid noteras för dem som kan ha överfört smittan eller som kan ha smittats. Vidare skall man alltid notera vilken sjukdom spårningen gäller (vid fastställd diagnos gärna också eventuell subtyp) och den sannolika smittvägen. Andra uppgifter som kan vara viktiga för smittspårningen skall också antecknas i smittspårningshandlingarna, t.ex. datum och plats där kontakten togs och smittöverföringen kan ha skett.⁷⁷ Därutöver kan man förstås även notera uppgifter som sexteknik, eventuell kondomanvändning, eventuellt drogmissbruk och typ av drog, om de har betydelse för utredningen och för bedömning av risken för smittöverföring.

I smittspårningshandlingarna noteras också de överenskommelser som görs med indexpatienten, t.ex. hur varje partner skall kontaktas och hur uppföljningen skall ske om patienten själv vill kontakta dem. Datum för telefonsamtal eller utskickat partnerbrev noteras, liksom datum för och resultatet av en eventuell undersökning eller andra vidtagna åtgärder.⁷⁸ Smittspårningshandlingarna skall också innehålla originalhandlingar som eventuella svarsbrev och meddelanden som inkommer i ärendet, liksom kopior av de utskickade partnerbrevens om man inte använder standardiserade brev.

På många mottagningar och kliniker används särskilda utredningsformulär som underlättar själva smittspårningsarbetet och den nödvändiga dokumentationen av smittspårningen. Utredningsformulären kan givetvis variera utifrån behov och vilken sjukdom som smittspårningen gäller. Ett sådant utredningsformulär skall förvaras bland de övriga smittspårningshandlingarna. Om smittspårningshandlingarna förs i dator är det förstås viktigt att också beakta sekretesskyddet och vem som har behörighet att ta del av handlingarna (se avsnitt 6.5).

⁷⁶ 5 kap. 4 § SOSFS 2005:23.

⁷⁷ 5 kap. 1 och 2 § SOSFS 2005:23.

⁷⁸ 5 kap. 1 och 2 § SOSFS 2005:23.

6.4 Uppföljningslista

På mottagningar med många utredningar kan det vara ohanterligt att regelbundet bläddra igenom de olika smittspårningshandlingarna för att försäkra sig om att alla partner och kontakter blivit undersökta. Det kan därför vara praktiskt att ha en särskild lista, en s.k. uppföljningslista, över de partner och kontakter som skall undersökas.

Uppföljningslistan förs löpande allt eftersom indexpatienterna uppger nya partner och kontakter. Sedan stryks personerna från listan efterhand som man får veta att de blivit undersökta och provtagna, eller om ärendet överlämnats till smittskyddsläkaren. Uppföljningslistan skall förvaras bland de övriga smittspårningshandlingarna.

6.5 Förvaring och arkivering av smittspårningshandlingar

Hantering av handlingar och anteckningar som läggs till smittspårningshandlingarna kräver ytterst strikta handläggningsrutiner. De skall förvaras inlåsta, åtskilda från patientens journal, så att endast den eller de som arbetar med smittspårningsutredningarna har tillgång till handlingarna. Detta gäller förstås också om patientjournalerna och smittspårningshandlingarna förs i dator. I sådana fall är det givetvis ett krav att bara den eller de som arbetar med smittspårningsutredningarna har behörighet att ta del av dem, även om koppling ska kunna göras mellan patientjournalen och smittspårningsutredningen.

Alla smittspårningshandlingar skall betraktas som allmänna handlingar som skyddas av sekretess. I arkivlagen (1990:782) finns bestämmelser om hur allmänna handlingar i landstingens arkiv skall bevaras och gallras. Bestämmelserna innebär att allmänna handlingar får gallras, men endast under vissa förutsättningar. Arkiven utgör en del av kulturarvet och det material som återstår skall alltid kunna tillgodose människors rätt att ta del av allmänna handlingar, behovet av information för rättskipningen och förvaltningen samt forskningens behov. Riksarkivet utfärdar allmänna råd för landstingens arkivvård, bl.a. för smittskyddsläkarnas arkiv, men det är landstingets arkivvårdsmyndighet eller arkivnämnd som avgör vilka gallringsregler som skall gälla i det enskilda landstinget. För smittspårningshandlingar rörande klamydia och andra sjukdomar som inte är kroniska är det vanligt att de sparas i minst tre år, medan smittspårningshandlingar rörande kroniska sjukdomar som hivinfektion inte gallras så länge patienten är aktuell inom sjukvården. Rådfråga smittskyddsläkaren vilka regler som

gäller för gallring av smittspårningshandlingar inom det aktuella lands-tinget.

Det finns flera skäl till att smittspårningshandlingarna skall vara tillgängliga även när smittspårningsutredningen avslutats. Exempelvis kan patienten vara fortsatt aktuell på kliniken, vilket ofta är fallet vid hivinfektion. STI-patienter har en relativt stor risk för reinfektion, och därför kan man behöva konsultera en tidigare smittspårningsutredning om samma patient återkommer till kliniken med en reinfektion.

Dessutom kan smittskyddsläkaren begära in uppgifter från en avslutad smittspårning för sitt uppföljnings- och kvalitetsarbete. Vidare kan det visa sig att en partner i den aktuella smittspårningsutredningen är infekterad med en annan smittspårningsskyldig STI. Indexpatienten och dennes övriga partner kan då behöva undersökas igen, om man inte redan tagit test för denna STI när de undersöktes.

Även när ett ärende har avslutats kan det framkomma nya uppgifter om att patienten kan ha smittat ytterligare personer, och då behöver man också åtkomst till smittspårningshandlingarna.⁷⁹

Smittspårningshandlingarna är även viktiga för att tillgodose patienternas och deras partners behov av rättssäkerhet. Detta kan ha stor betydelse för patienten i försäkrings- och ansvarsfrågor och i en granskning av om sjukvården fullgjort sina skyldigheter. Rättssäkerhetsaspekten är också viktig med tanke på att samhället i yttersta fall kan använda tvångsåtgärder om en person som uppgivits som kontakt i en smittspårningsutredning vägrar att låta sig undersökas av läkare.⁸⁰

⁷⁹ 4 kap. 4 § SOSFS 2005:23.

⁸⁰ 3 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168).

7. Kvalitetssäkring av smittspårningsarbetet

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) ställer krav på att personalen skall bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat kvalitetsarbete. Systemen skall bland annat säkerställa att patientens vård och omhändertagande är säker och håller hög kvalitet. Bland annat skall kvalitetssystemen innehålla rutiner för egenkontroll genom systematisk resultatuppföljning av verksamheten.

Även 6 kap. i smittskyddslagen (2004:168) ställer krav på smittskyddsläkaren att följa upp kvaliteten på och utfallet av smittspårningen. När det gäller smittspårningsarbetet saknas dock bra generella modeller. Här nedan ges några exempel på hur smittspårningsarbetet kan kvalitetssäkras.

7.1 Smittskyddsläkarens uppföljning

Smittskyddslagen har ett uttalat fokus på smittspårningen. I lagen anges att smittskyddsläkaren skall följa upp anmälningar av inträffade sjukdomsfall och se till att sjukvårdspersonalen gör det som behövs för att finna smittkällan och de personer som kan ha utsatts för smittrisk.⁸¹

För att kunna fullfölja detta uppdrag kan smittskyddsläkaren begära kompletterande information från den som ansvarat för smittspårningen. Kliniken skall därför ha rutiner som gör det möjligt att härleda de identitetskodade anmälningarna (se avsnitt 6.1) till rätt patientjournal och smittspårningshandlingar. Smittskyddslagen och smittskyddsförordningen anger vilka uppgifter som skall finnas i anmälan. Förutom dessa uppgifter kan smittskyddsläkaren begära kompletterande information som kan tjäna som kvalitetsindikatorer, t.ex.:

- när smittspårningen påbörjades och avslutades,
- vem som utfört smittspårningen,
- hur långt tillbaka i tiden smittspårningen utförts,
- hur många kontakter patienten uppgav,
- hur många av kontakterna som blev undersökta,

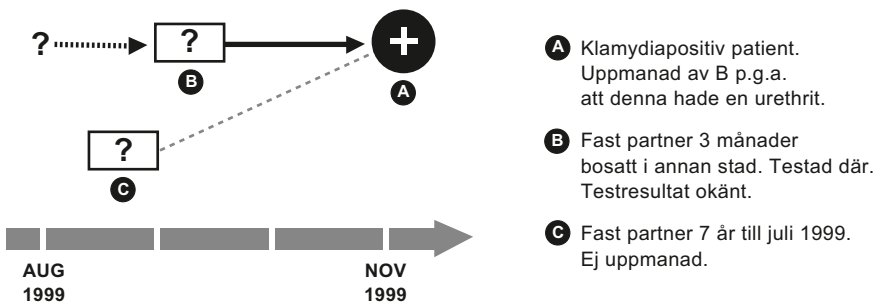
⁸¹ 6 kap. 2 § smittskyddslagen (2004:168).

- hur många kontakter som var smittade,
- anledningar till att kontakter inte har blivit undersökta (t.ex. nyligen undersökt, utlandskontakt, anonym kontakt etc.).

7.2 Rita en smittkedja

Som ett hjälpmedel i smittspårarens uppföljning av det egna arbetet kan man rita en smittkedja över varje smittspårningsutredning som gjorts. Smittspåraren ser då om smittspårningen utförts så långt det är möjligt eller om den behöver fortsättas. Detta blir en indikator på kvaliteten i smittspårningsarbetet.

Tidsaspekten och fördröjningar är dock ett problem när man ritar smittspårningskedjor. Det kan dröja innan svaren kommer för partner som testat sig på en annan mottagning, även om den som testar sig är skyldig att rapportera resultatet till smittspåraren.⁸² Därför kan det bli oklart hur smittkedjan egentligen ser ut, och risken är att en partner inte kontaktas fast det borde ha gjorts. Detta är ett liknande exempel från ett autentiskt klamydiafall:



Figur 3. Oklar smittkedja där den tidigare fasta partnern inte kallades till testning.

I exemplet borde man alltså ha kontaktat även den f.d. fasta partnern trots att indexpatienten och han haft ett långvarigt förhållande och detta upphörde flera månader tidigare. Dels är testresultatet för senaste partnern okänt, dels vet man inte om den tidigare fasta partnern hade någon sexuell kontakt med en annan person samtidigt som han fortfarande var tillsammans med indexpatienten. Detta blir extra viktigt att utreda om indexpatienten inte har några symtom, och man inte kan yttra sig om när han eller hon kan

⁸² 8 § smittskyddsförordningen (2004:255).

ha blivit smittad. Den senaste partnern som ledde till att indexpatienten uppmanades att testa sig kan mycket väl ha smittats av indexpatienten. Klamydiainfektion är en infektion med långvarig smittsamhet och ger oftast inga symtom.

7.3 Årlig uppföljning av smittspårningen

Ett antal STI-mottagningar har under några år prövat en annan modell för kvalitetsuppföljning. Modellen går ut på att vid samma tidpunkt varje år följa upp utfallet av smittspårningen inom den egna verksamheten, och göra jämförelser med tidigare år. Om medelantalet identifierade partner per indexpatient har minskat signifikant krävs en genomgång av smittspårningshandlingarna för att kunna beskriva eller se orsaken.

Kvalitetsuppföljning, klamydia år 2006

Månad	Antal index-patienter	Antal identifierade partner	Antal oidentifierade partner i Sverige
Januari	40	54	13
Februari		62	16
Mars	42	45	10
osv.	30		
Totalt	112	161*	39**

* Varav antal anmälda till smittskyddsläkaren: _____

** Dessutom ett antal utländska partner, både kända och okända.

Det genomsnittliga antalet partner som identifierats i det ovanstående exemplet är 1,4 (161/112) per indexpatient. Antalet partner som i genomsnitt inte kunnat identifieras är 0,3 (39/112) per indexpatient. Exemplet ovan kan kompletteras med antalet identifierade partner som låtit sig undersökas.

Bilaga 1

Smittskyddslag (2004:168)

Utfärdad: 2004-04-07

Ändring införd: t.o.m. SFS 2006:831

I dess lydelse 2007-01-01

1 kap. Allmänna bestämmelser

Smittskyddets mål

1 § Samhällets smittskydd skall tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.

Lagens tillämpningsområde

2 § I denna lag ges föreskrifter om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor.

Bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur eller livsmedel eller andra objekt finns i miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999: 657) och zoonoslagen (1999:658).

Definitioner

3 § Med smittsamma sjukdomar avses i denna lag alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.

Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.

Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

De allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar skall anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.

De allmänfarliga sjukdomarna anges i bilaga 1 och de samhällsfarliga sjukdomarna i bilaga 2 till denna lag. *Lag (2004: 877)*.

Allmänna riktlinjer för smittskyddet

4 § Smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för

människors hälsa. Åtgärderna skall vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

När åtgärder rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver.

Åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds.

5 § Insatser inom smittskyddet skall vara av god kvalitet. Den som är verksam inom smittskyddet skall ha kompetens och erfarenhet som är lämplig för uppgiften.

6 § Den som är verksam inom smittskyddet skall värna både om skyddet för osmittade och om dem som bär på en smittsam sjukdom. De smittade skall få det stöd och den vård som behövs från smittskyddssynpunkt.

Ansvaret för smittskyddet

7 § Socialstyrelsen ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och skall ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Socialstyrelsen skall följa och vidareutveckla smittskyddet.

Smittskyddsinstitutet skall som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd skall fungera effektivt.

8 § Varje landsting ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet, i den mån annat inte följer av denna lag.

Vad som sägs i denna lag om landsting gäller också en kommun som inte ingår i ett landsting.

9 § I varje landsting skall det finnas en smittskyddsläkare.

En smittskyddsläkare utses av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning skall denne verka under nämnden.

Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskydds-enhet eller vid en infektionsklinik inom landstinget att fullgöra uppgifter som smittskyddsläkaren har enligt denna lag.

10 § Myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal skall samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar.

2 kap. Förebyggande åtgärder och anmälan av sjukdomsfall

Den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning

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

2 § Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk.

Den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom är skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.

Information om förebyggande åtgärder

3 § Landstinget, och under landstinget smittskyddsläkaren, skall se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa.

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

Anmälan av sjukdomsfall och epidemiologisk övervakning

4 § Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skall vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt.

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

Anmälningsskyldigheten enligt första stycket första meningen gäller även

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

Lag (2004:877).

6 § En anmälan enligt 5 § skall innehålla uppgifter om

1. den smittades eller misstänkt smittades namn, personnummer eller samordningsnummer samt adress,
2. den sannolika smittkällan,
3. de sannolika smittvägarna,
4. de åtgärder som läkaren vidtagit för att hindra smittspridning, och
5. andra uppgifter av betydelse för smittskyddet.

7 § Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter

- om anmälan enligt 5 §,
- om uppgifter som avses i 6 § 5,
- om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om viss sjukdom,
- om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om till vem anmälan skall göras,
- om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om kravet på att anmälan skall ske utan dröjsmål, samt
- om undantag för uppgift i anmälan enligt 6 § vid viss sjukdom. *Lag (2006:194).*

3 kap. Utredning av sjukdomsfall

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

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

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

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

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

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

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

Smittspårning

4 § Om en behandlande läkare konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspåringspliktig sjukdom, skall läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som

kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats. Den enskilde patienten är skyldig att lämna de upplysningar som han eller hon förmår lämna.

Om den som enligt första stycket ansvarar för smittspårning på grund av uppgifter från patienten misstänker att andra personer kan ha smittats skall han eller hon se till att dessa underrättas om att de kan ha smittats av sjukdomen och uppmanas att uppsöka läkare.

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

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

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

Innehållet i anmälan

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

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

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

Extraordinära smittskyddsåtgärder

8 § Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får Socialstyrelsen besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel skall genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Hälsokontroll enligt första och andra stycket får inte vara förenad med frihets-

berövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Smittskyddsläkaren skall verkställa Socialstyrelsens beslut enligt andra stycket. *Lag (2004:877).*

9 § Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen skall hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får smittskyddsläkaren i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök. *Lag (2004:877).*

10 § Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får Socialstyrelsen besluta att ett visst område skall vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får Socialstyrelsen i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning. *Lag (2004:877).*

11 § Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket skall hållas i karantän att beslutet inte längre skall gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker om undantag enligt 9 § andra stycket från förbud att besöka den som hålls i karantän eller enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärrning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket eller 10 § första stycket skall beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet. *Lag (2004:877).*

4 kap. Vissa smittskyddsåtgärder

Råd och stöd

1 § Den behandlande läkaren skall ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom som omfattas av bestämmelserna i denna lag individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk.

Den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring skall erbjudas detta. Sådant stöd kan ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften.

Förhållningsregler

2 § Den behandlande läkaren skall besluta om individuellt utformade förhållningsregler i syfte att hindra smittspridning för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna får endast avse

1. inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet,
2. förbud mot att donera blod och organ,
3. förbud mot att låna ut eller på annat sätt överlåta begagnade injektionsverktyg,
4. skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap,
5. skyldighet att informera sexualpartner om smittbärarskap,
6. skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning,
7. skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner, eller
8. skyldighet att hålla regelbunden kontakt med behandlande läkare.

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

3 § Om patienten begär det skall smittskyddsläkaren pröva beslutet om förhållningsregler enligt 2 §. Smittskyddsläkaren får efter en sådan begäran eller på eget initiativ ändra förhållningsreglerna på det sätt han eller hon finner mest ändamålsenligt. Smittskyddsläkarens beslut skall meddelas den behandlande läkaren och av denne tas in i patientjournalen.

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

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

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

5 § Om någon som bär på en allmänfarlig sjukdom tas in på en kriminalvårdsanstalt, eller med tvång på en vårdinrättning, skall den läkare som ansvarar för hälso- och sjukvården där underrättas av den behandlande läkaren, när denne får kännedom om intagningen, om smittan och om de förhållningsregler som meddelats den intagne.

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

Vård och behandling

6 § Den som bär på en allmänfarlig sjukdom skall av behandlande läkare erbjudas den vård och behandling som behövs för att förebygga eller minska risken för

smittspridning. Om det finns behov av särskilda behandlingsinsatser för att förändra ett smittfarligt beteende skall detta också erbjudas den enskilde.

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

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

Underrättelse till närstående

8 § Om en behandlande läkare får veta eller misstänker att en patient som bär på en allmänfarlig sjukdom inte informerat en närstående om sjukdomen och läkaren bedömer att den närstående löper påtaglig risk att smittas skall läkaren anmäla detta till smittskyddsläkaren.

Smittskyddsläkaren skall, om han eller hon gör samma bedömning som den behandlande läkaren, underrätta den närstående om smittrisen och hur den kan förebyggas.

Innehållet i anmälan

9 § I en anmälan enligt 4 §, 7 § eller 8 § första stycket skall den behandlande läkaren ange

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

5 kap. Isolering

Förutsättningar för isolering

1 § Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras om

1. det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt som möjligt minska risken för smittspridning, eller
2. det finns grundad anledning anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats.

Beslut om isolering får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

2 § Länsrätten beslutar i fråga om isolering enligt 1 § efter ansökan av smittskyddsläkaren. Till ansökan skall smittskyddsläkaren foga en utredning om den enskildes situation och behov samt om vidtagna och erbjudna åtgärder. Utredningen skall också innehålla en individuell vårdplan som visar vilka insatser som behövs för

att tillgodose den enskildes behov av vård eller stöd för att minska risken för smittspridning och på vilket sätt sådana insatser kan tillhandahållas.

3 § Om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas får smittskyddsläkaren besluta om tillfällig isolering. Ett sådant beslut förfaller om det inte senast inom fyra dagar underställs länsrätten.

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

4 § Isolering enligt 1 eller 3 § skall ske på en vårdinrättning som drivs av ett landsting.

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

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

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

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

Landstinget eller kommunen skall i samråd med smittskyddsläkaren förbereda lämpliga åtgärder för att tillgodose den enskildes behov då isoleringen upphör.

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

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

Isoleringens innehåll

9 § Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § skall tas väl om hand. Nödvändiga förberedelser skall göras för att den enskilde efter isoleringen skall få den vård eller det stöd han eller hon behöver för att minska risken för smittspridning. Han eller hon skall även under isoleringen få det stöd och den hjälp som behövs för att risken för smittspridning skall förebyggas eller minskas så långt som möjligt.

Den isolerade skall ges möjlighet till sysselsättning och sådan fysisk träning som är lämplig med hänsyn till hans eller hennes ålder och hälsotillstånd.

Den isolerade skall ges möjlighet att dagligen vistas utomhus under minst en timme, om det inte finns synnerliga hinder mot detta.

10 § Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § har rätt att föra telefonsamtal och ta emot besök i den utsträckning det kan ske med hänsyn till vården och ordningen på vårdinrättningen. Besök kan förbjudas, om ändamålet med isoleringen annars skulle motverkas.

Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § har rätt att sända och ta emot brev och andra försändelser.

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

Särskilda befogenheter vid isoleringen

12 § Den som är isolerad enligt 1 eller 3 § får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han eller hon skall vistas och får i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för isoleringen. Rörelsefriheten får också inskränkas när det behövs av hänsyn till den isolerades egen eller andras säkerhet.

13 § Från den som isolerats enligt 1 eller 3 § får omhändertas

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor,
2. sådana medel som avses i lagen (1991: 1969) om förbud mot vissa dopningsmedel,
3. injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen,
4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel narkotika, eller
5. annan egendom som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för ordningen på vårdinrättningen.

14 § Om det är nödvändigt får den som skall isoleras enligt 1 eller 3 § kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas när han eller hon kommer till vårdinrättningen, för kontroll av att den isolerade inte bär på sig egendom som avses i 13 §. Detsamma gäller om det under vistelsen på vårdinrättningen uppkommer misstanke att sådan egendom kommer att påträffas hos den isolerade.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständigheterna medger skall iaktas. Om möjligt skall ett vittne närvara när åtgärden utförs.

Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

15 § Chefsöverläkaren får besluta att försändelser till den som isolerats enligt 1 eller 3 § får undersökas för kontroll av att de inte innehåller egendom som avses i 13 §. Om en försändelse innehåller sådan egendom får den omhändertas.

16 § Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor

omhändertagits enligt 13 eller 15 § eller har sådan egendom påträffats där någon är isolerad enligt 1 eller 3 § utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, eller i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Vistelse utanför vårdinrättningen

17 § Den som är isolerad enligt 1 § får ges tillstånd att under viss kort tid vistas utanför vårdinrättningens område, om det är påkallat av särskilda skäl som gäller den isolerade själv eller hans eller hennes närstående eller utgör ett led i den planerade vården eller behandlingen av den isolerade. Tillståndet får förenas med särskilda villkor.

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

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

Stödperson

19 § Chefsöverläkaren skall se till att den som har isolerats enligt 1 § upplyses om sin rätt att få en stödperson.

När den isolerade begär det, skall en stödperson utses. En stödperson kan utses också i annat fall, om den isolerade inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå den isolerade i personliga frågor så länge denne är isolerad enligt denna lag och, om den isolerade och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att isoleringen har upphört. Stödpersonen har rätt att besöka den isolerade under förutsättning att besöket kan genomföras på sådant sätt att det inte finns någon risk för smittspridning. Stödpersonen får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon under uppdraget har fått veta om den isolerades hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

20 § Stödpersonen utses av en sådan nämnd som avses i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Vid en nämnds handläggning av ärenden om stödpersoner gäller, utöver vad som i övrigt föreskrivs, följande bestämmelser i förvaltningslagen (1986:223), nämligen

- 14 § om muntlig handläggning,
- 15 § om anteckning av uppgifter,
- 16 och 17 §§ om parterers rätt att få ta del av uppgifter,
- 20 § om motivering av beslut,
- 21 § om underrättelse om beslut,
- 26 § om rättelse av skrivfel och liknande, och
- 27 § om omprövning av beslut.

21 § Chefsöverläkaren skall anmäla till en sådan nämnd som avses i 20 § första stycket när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

I en sådan anmälan skall chefsöverläkaren ange den isolerades inställning till att få en stödperson. Om den isolerade inte har uttryckt en klar uppfattning skall nämnden kontakta den isolerade eller vårdpersonal med kännedom om denne för att få besked om den isolerade vill ha en stödperson.

När isoleringen upphör för den som har en stödperson skall nämnden underrättas om detta samt om huruvida stödpersonens uppdrag fortsätter därefter.

22 § Om den isolerade önskar att stödpersonens uppdrag skall övergå till ett uppdrag som kontaktperson enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) när isoleringen upphört och stödpersonen samtycker till det, skall den nämnd som avses i 20 § första stycket underrätta socialnämnden i den kommun där den isolerade är folkbokförd om hans eller hennes önskemål.

23 § Om det finns särskilda skäl med hänsyn till en stödpersons säkerhet, skall chefsöverläkaren lämna ut nödvändiga upplysningar om den isolerade till stödpersonen eller till den nämnd som avses i 20 § första stycket.

Särskilt förordnande att fullgöra chefsöverläkares uppgifter

24 § Landstinget får förordna någon inom hälso- och sjukvården legitimerad befattningshavare, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att i chefsöverläkares ställe fullgöra de uppgifter som chefsöverläkaren har enligt 9–23 §§ vid isolering enligt 1 eller 3 §.

Vad som sägs i denna lag om chefsöverläkaren gäller också den som förordnats enligt första stycket.

6 kap. Smittskyddsläkaren

Smittskyddsläkarens ansvar

1 § Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar enligt 1 kap. 9 §. Smittskyddsläkaren skall planera,

organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.

2 § I smittskyddsläkarens uppgifter ingår att

1. se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en skall kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,
2. ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk,
3. se till att förebyggande åtgärder vidtas,
4. stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när det behövs ge råd om lämpliga åtgärder,
5. följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats,
6. bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisken,
7. följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt
8. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

Lag (2006:194).

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

4 § Efter att ha fått en anmälan enligt 4 kap. 4 § första stycket, 4 kap. 5 § andra stycket eller 4 kap. 7 § första stycket skall smittskyddsläkaren utreda den enskildes situation och behov samt vilka insatser som behövs för att förebygga smittspridning. I utredningen skall det ingå ett personligt samtal med den enskilde om inte skäl talar mot detta.

5 § Om smittskyddsläkaren uppmärksammar brister i smittskyddet skall han eller hon påpeka detta för den myndighet eller annan som har att avhjälpa bristerna. Om bristerna inte avhjälps och detta medför fara från smittskyddssynpunkt skall smittskyddsläkaren anmäla förhållandena till respektive tillsynsmyndighet.

6 § Smittskyddsläkarna skall samarbeta med varandra och med behandlande läkare i smittskyddsfrågor och lämna de uppgifter som behövs för verksamheten.

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

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

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

7 a § Smittskyddsläkaren skall skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för. *Lag (2006:194)*.

8 § En smittskyddsläkare får, om det är lämpligt och smittskyddsläkarna är överens om det, överlämna ett smittskyddsärende till en smittskyddsläkare i ett annat landsting.

Uppgiftsskyldighet

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

1. myndigheter som genom sin verksamhet får kännedom om uppgifter av betydelse för smittskyddet, och
2. personal inom enskild hälso- och sjukvård som i sin yrkesutövning står under tillsyn av Socialstyrelsen.

10 § Den som fullgör uppgifter inom miljö- och hälsoskyddsområdet samt läkare och andra som är ansvariga inom hälso- och sjukvården skall lämna upplysningar till smittskyddsläkaren om denne i ett enskilt fall begär det och behöver det för att kunna fullgöra sina uppgifter enligt denna lag.

11 § Om smittskyddsläkaren vid en utredning enligt 4 § har anledning att anta att socialnämnden, polismyndigheten eller Kriminalvården kan lämna upplysningar som behövs för utredningen, skall smittskyddsläkaren underrätta berörd myndighet.

En sådan underrättelse skall innehålla uppgifter om den enskildes identitet och de förhållningsregler han eller hon skall följa för att förebygga smittspridning. *Lag (2005:984)*

12 § Uppmärksammar socialnämnden, polismyndigheten eller Kriminalvården, efter att ha fått underrättelse enligt 11 §, i sin verksamhet förhållanden som tyder på att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler, skall detta anmälas till den smittskyddsläkare som lämnat underrättelsen. Om denne enligt 8 § överlämnat ärendet till smittskyddsläkaren i ett annat landsting, skall anmälan i stället göras till den smittskyddsläkaren. *Lag (2005:984)*

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

7 kap. Ersättning

1 § Läkemedel som har förskrivits av läkare mot en allmänfarlig sjukdom och som läkaren bedömer minska risken för smittspridning är kostnadsfria för patienten.

2 § Undersökning, vård och behandling som läkaren bedömer minska risken för smittspridning och som ges inom landstingets hälso- och sjukvård eller av en läkare som får ersättning enligt lagen (1993: 1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget är kostnadsfri för patienten om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom.

3 § Kostnadsfrihet enligt 1 och 2 §§ gäller

1. den som enligt 2 kap. 1-6 §§ socialförsäkringslagen (1999:799) är bosatt i Sverige,

2. den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, samt

3. utländska sjömän när det gäller undersökning, vård, behandling och läkemedel vid gonorré, klamydia och syfilis enligt en internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för sjömän vid behandling för könssjukdom av den 1 december 1924.

4 § Landstinget svarar för kostnader för läkemedel som avses i 1 § och för åtgärder som avses i 2 §.

8 kap. Överklagande m.m.

Överklagande hos domstol

1 § Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,

2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,

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

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

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

6. karantän enligt 3 kap. 9 §,

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

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

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

Socialstyrelsens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Socialstyrelsen enligt denna lag får inte överklagas. *Lag (2004: 877)*.

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

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. isolering enligt 5 kap. 1 §,
3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,
7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, eller
8. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §. *Lag (2004:877)*

3 § Frågor som ankommer på länsrätt enligt denna lag prövas av den länsrätt inom vars domkrets den som har beslutat i frågan eller ansökt om åtgärden har sin verksamhet.

Handläggningen i domstol

4 § Mål enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

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

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

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

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

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

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får länsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs. *Lag (2004:877)*.

6 § I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § eller upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 § skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. Muntlig förhandling skall alltid hållas i sådana mål om någon part begär det. Parterna skall upplysas om sin rätt att begära muntlig förhandling. Den isolerades stödperson har rätt att närvara vid och skall om möjligt underrättas om förhandlingen.

Om en enskild part som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han eller hon skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

7 § När muntlig förhandling hålls i mål om isolering enligt 5 kap. 1 § eller fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § skall länsrätten höra lämplig sakkunnig, om det inte är uppenbart obehövligt.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen skall för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

Från en verksamhet där sekretess gäller enligt 7 kap. 1 § eller 4 § första och tredje styckena sekretesslagen (1980:100) skall utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om den smittade som behövs för en sakkunnigs uppdrag.

8 § Vid handläggningen i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § skall nämndemän ingå i rätten.

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

1. isolering enligt 5 kap. 1 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,
6. beslut att inte medge undantag från avspärning enligt 3 kap. 10 §, eller
7. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

Offentligt biträde skall dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas. *Lag (2004:877)*.

10 § Vid delgivning med enskild i mål enligt denna lag gäller inte 12 och 15 §§ delgivningslagen (1970:428).

11 § Ett beslut enligt denna lag gäller omedelbart, om inte annat förordnas i beslutet.

Biträde av polismyndighet

12 § Polismyndighet skall lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren

1. för att genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. för att föra den som skall isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,
3. för att återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut skall vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,
4. för att genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och därvid upprätthålla ordningen,
5. för att föra den som skall hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen skall äga rum, eller
6. för att återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

Polismyndigheten skall lämna biträde på begäran av Socialstyrelsen för att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och för att upprätthålla dessa avspärningar. *Lag (2004: 877).*

9 kap. Övriga bestämmelser

Tillsyn

1 § Socialstyrelsen har tillsyn över smittskyddet i landet. Vid tillsynen enligt denna lag tillämpas bestämmelserna i 6 kap. 9-17 §§ och 8 kap. 16 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Vissa bemyndiganden

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

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

- att sjukdomen uppfyller kriterierna i 1 kap. 3 § andra eller tredje stycket, eller
- att smittspridning av sjukdomen skulle kunna förekomma i landet.

Föreskrifter som meddelas med stöd av denna paragraf skall snarast underställas riksdagens prövning. *Lag (2004:877).*

3 § Regeringen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som skall vara anmälningspliktiga.

Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som skall vara smittspåringspliktiga.

4 § Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på Försvarsmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

5 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag om landet kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som landet har befunnit sig i.

6 § Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt denna lag, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Övergångsbestämmelser

2004:168

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 juli 2004, då smittskyddslagen (1988:1472) (gamla lagen) skall upphöra att gälla.
2. Förhållningsregler som har meddelats enligt 16 § eller ändrats enligt 17 § gamla lagen gäller längst till och med den 31 december 2004.
3. Om tvångsundersökning som smittskyddsläkaren har beslutat enligt 36 § gamla lagen inte har genomförts före den nya lagens ikraftträdande, skall smittskyddsläkaren senast den 5 juli 2004 ansöka hos länsrätten om tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 § nya lagen. Till dess ansökan har prövats av länsrätten gäller den gamla lagen i tillämpliga delar.
4. Om en patient vid ikraftträdandet är tvångsisolerad enligt 38 § gamla lagen skall smittskyddsläkaren senast den 5 juli 2004 ansöka hos länsrätten om isolering enligt 5 kap. 1 § nya lagen. Till dess ansökan har prövats av länsrätten gäller den gamla lagen i tillämpliga delar.
5. Den som vid lagens ikraftträdande är isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 39 § gamla lagen skall anses tillfälligt isolerad enligt beslut av smittskyddsläkaren med stöd av 5 kap. 3 § nya lagen. Härvid skall smittskyddsläkarens beslut om isolering anses ha fattats vid ikraftträdandet.
6. Om ett mål om tvångsisolering enligt 38 eller 39 § gamla lagen inte är slutligt avgjort vid ikraftträdandet skall rätten pröva förutsättningarna för isolering enligt 5 kap. 1 § eller 5 kap. 3 § enligt nya lagen.
7. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om kostnader som har uppkommit före ikraftträdandet.

Bilaga 1

Allmänfarliga sjukdomar

- campylobacterinfektion
- difteri
- fågelinfluensa (H5N1)
- infektion med enterohemorragisk E.coli (EHEC)
- giardiainfektion
- gonorré
- hepatit A-E
- hivinfektion
- infektion med HTLV I eller II
- klamydiainfektion
- kolera
- infektion med meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)
- mjältbrand
- paratyfoidfeber
- pest
- infektion med pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin G
- polio
- rabies
- salmonellainfektion
- shigellainfektion
- smittkoppor
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS)
- syfilis
- tuberkulos
- tyfoidfeber
- virala hemorragiska febrar exkl. denguefeber och sorkfeber (nephropathia epidemica)

Lag (2006:661).

Bilaga 2

Samhällsfarliga sjukdomar

- smittkoppor
- svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) *Lag (2004:877).*

Smittskyddsförordning (2004:255)

Utfärdad: 2004-04-29

I dess lydelse 2007-01-01

Ändring införd: t.o.m. SFS 2006:1433 (träder i kraft 1 februari 2007)

Inledande bestämmelse

1 § I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till smittskyddslagen (2004:168). De uttryck och benämningar som används i förordningen har samma betydelse som i lagen.

Anmälningsskyldiga sjukdomar

2 § De smittsamma sjukdomar, utöver allmänfarliga sjukdomar, som skall vara anmälningsskyldiga och som därmed skall anmälas enligt föreskrifterna i 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) anges i bilaga 1 till denna förordning.

Anmälan

3 § En anmälan enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) skall göras skriftligen senast dagen efter den dag då den som är skyldig att göra anmälan

- misstänkt eller konstaterat fall av smittsam sjukdom, eller
- misstänkt eller funnit smittämne av sådan sjukdom vid analys i ett laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik.

Om den som är skyldig att göra anmälan misstänker att flera patienter har smittats av samma anmälningsskyldiga sjukdom skall denne, genom telefonsamtal eller på annat liknande sätt, omedelbart underrätta smittskyddsläkaren om detta.

4 § Om en anmälan enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) gäller en sjukdom som anges i bilaga 2 till denna förordning skall sådan uppgift som avses i 2 kap. 6 § 1 och 2 smittskyddslagen inte lämnas i anmälan. Anmälan skall då i stället, utöver vad som anges i 2 kap. 6 § 3-5 smittskyddslagen, innehålla uppgifter om de två första och de fyra sista siffrorna i den smittades eller misstänkt smittades personnummer eller samordningsnummer och om hans eller hennes hemortslän. Om den smittade eller misstänkt smittade tillhör en grupp som är eller kan tänkas vara riskutsatt skall detta anges i anmälan. Några andra uppgifter om den smittades identitet får inte lämnas i anmälan.

5 § Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om

- anmälan enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168),
- uppgifter som avses i 2 kap. 6 § 5 smittskyddslagen (träder i kraft 1 febr 2007)
- undantag från anmälningsskyldigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen i fråga om viss sjukdom,

- undantag från anmälningsskyldigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen i fråga om till vem anmälan skall göras,
- undantag från anmälningsskyldigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen i fråga om kravet på att anmälan skall ske utan dröjsmål, samt
- undantag för uppgift i anmälan enligt 2 kap. 6 § smittskyddslagen vid viss sjukdom.
- sammanställning och redogörelse av anmälningar (2006:1433)

6 § Smittskyddsinstitutet skall fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar till institutet enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) och på begäran från Socialstyrelsen eller andra myndigheter inom smittskyddet tillhandahålla sådan information. Institutet skall också med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser med sådan information till berörda myndigheter, läkare och veterinärer.

Smittspårningspliktiga sjukdomar

7 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka smittsamma sjukdomar, utöver de allmänfarliga sjukdomarna, som anges i bilaga 1 till denna förordning skall vara smittspårningspliktiga och som därmed skall bli föremål för smittspårning enligt föreskrifterna i 3 kap. 4 § första stycket smittskyddslagen (2004:168).

Underrättelser

8 § Om en behandlande läkare har anledning att anta att en person har smittats av en allmänfarlig sjukdom, skall läkaren på ett lämpligt sätt underrätta personen om hans eller hennes skyldighet att söka läkare för undersökning. Om den underrättade personen låter sig undersökas av någon annan läkare än den som har underrättat honom eller henne, skall personen snarast visa för den underrättande läkaren att han eller hon har blivit undersökt och meddela denne resultatet av undersökningen.

Om den behandlande läkaren inte omgående kan nå personen med en underrättelse skall läkaren omedelbart underrätta smittskyddsläkaren enligt 3 kap. 5 § smittskyddslagen (2004: 168).

9 § Om en smittskyddsläkare i ett ärende har underrättat socialnämnden, polismyndigheten eller Kriminalvården enligt 6 kap. 11 § smittskyddslagen (2004:168), skall smittskyddsläkaren om han eller hon har lämnat över ärendet till en annan smittskyddsläkare meddela berörd myndighet till vilken smittskyddsläkare ärendet har lämnats. *Förordning (2005:1031)*

Smittskyddet inom Försvarmakten

10 § Generalläkaren har tillsynen över smittskyddet inom Försvarmakten. Generalläkaren får efter samråd med Socialstyrelsen meddela föreskrifter om undantag från smittskyddslagens (2004: 168) tillämpning på Försvarmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

Förordnande av särskilda sakkunniga

11 § Socialstyrelsen skall i enlighet med 8 kap. 7 § andra stycket smittskyddslagen (2004:168) för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten i mål om isolering enligt 5 kap. 1 § eller fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § smittskyddslagen.

Ytterligare föreskrifter

12 § Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Övergångsbestämmelser

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2004, då smittskyddsförordningen (1989:301) skall upphöra att gälla.

Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om kostnader som har uppkommit före ikraftträdandet.

Bilaga 1

Anmälningsskyldiga sjukdomar utöver allmänfarliga sjukdomar

- infektion med atypiska mykobakterier
- botulism
- brucellos
- infektion med cryptosporidium
- denguefeber
- echinokockinfektion
- infektion med entamoeba histolytica
- infektion med enterobacteriaceae som producerar ESBL (extended spec-trum betalactamase)
- gula febern
- invasiv infektion β -hemolyserande grupp-A-streptokocker (GAS)
- invasiv infektion med haemophilus influenzae
- harpest (tularemi)
- kikhosta
- legionellainfektion
- leptospirainfektion
- listeriainfektion
- malaria
- invasiv meningokockinfektion
- mässling
- papegojsjuka
- invasiv pneumokockinfektion
- påssjuka

- röda hund
 - sorkfeber (nephropathia epidemica)
 - stelkramp
 - trikinos
 - Q-feber
 - infektion med vancomycinresistenta enterokocker (VRE)
 - vibrioinfektion exkl. kolera
 - viral meningoencefalit
 - yersiniainfektion
- (förrordning 2006:1433)*

Bilaga 2

Anmälningspliktiga sjukdomar med huvudsakligen sexuell smittväg

- gonorré
- hivinfektion
- klamydiainfektion
- syfilis

Socialstyrelsens författningssamling

Ansvarig utgivare: Chefsjurist Kristina Widgren



Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om smittspårningspliktiga sjukdomar;

beslutade den 15 juni 2004.

**SOSFS
2004:5 (M)**

Utkom från trycket
den 6 juli 2004

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 7 § smittskyddsförordningen (2004:255).

1 § De sjukdomar som förtecknas i *bilagan* skall utöver de allmänfarliga sjukdomarna enligt smittskyddslagen (2004:168) vara smittspårningspliktiga.

Denna författning träder i kraft den 1 juli 2004.

Socialstyrelsen

KJELL ASPLUND

Johan Carlson
(Smittskyddsenheten)

SOSFS
2004:5

Bilaga

botulism
brucellos
infektion med cryptosporidium
echinokockinfektion
infektion med Entamoeba histolytica
kikhosta
legionellainfektion
listeriainfektion
mässling
papegojsjuka
påssjuka
röda hund
trikinos
infektion med vancomycinresistenta enterokocker (VRE)
vibrioinfektion exkl. kolera
yersiniainfektion

Socialstyrelsens författningssamling

Ansvarig utgivare: Chefsjurist Nils Blom



Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittspårning;

beslutade den 21 oktober 2005.

**SOSFS
2005:23 (M)**

Utkom från trycket
den 4 november 2005

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 12 § smittskyddsförordningen (2004:255) samt 2 § 4 och 4 § 7 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. och beslutar följande allmänna råd.

1 kap. Tillämpningsområde och definitioner

Föreskrifter

1 § Dessa föreskrifter skall tillämpas på smittspårning som avser smitta mellan människor samt smitta från djur, livsmedel och andra objekt till människa.

2 § Bestämmelser om smittspårning finns i 3 kap. 4–6 §§ smittskyddslagen (2004:168) samt i 8 § smittskyddsförordningen (2004:255).

3 § Smittspårningspliktiga sjukdomar är

1. de allmänfarliga sjukdomarna som anges i bilagan till smittskyddslagen (2004:168), och
2. de sjukdomar som förtecknats i bilagan till Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:5) om smittspårningspliktiga sjukdomar.

4 § I dessa föreskrifter och allmänna råd avses med

patient	person som en läkare efter undersökning konstaterar eller misstänker vara smittad av en smittspårningspliktig sjukdom
smittspårnings- ärende	utredning om vem eller vad som kan ha överfört smittan till en patient och vilka andra personer som kan ha smittats
smittspårnings- handlingar	anteckningar som görs och handlingar som upprättas eller kommer in i samband med smittspårningen

SOSFS
2005:23

2 kap. Smittspårning som utförs av annan än den behandlande läkaren

Föreskrifter

1 § Om den behandlande läkaren överlämnar uppgiften att bedriva smittspårning till annan hälso- och sjukvårdspersonal, skall läkaren vara förvisad om att den som får överta ansvaret har den särskilda kompetens som krävs enligt 3 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168).

Den behandlande läkaren får inte överlämna smittspårningen till någon som själv inte anser sig tillräckligt kompetent för uppgiften.

Allmänna råd

För att en person skall anses ha särskild kompetens för uppgiften bör det krävas att denne har vissa medicinska kunskaper, bl.a. om smittsamhet, smittvägar och inkubationstider samt kunskaper i samtalsmetodik och om gällande regelverk. Dessutom bör den som mottar uppgiften ha lämpliga personliga egenskaper och, när det t.ex. gäller sjukdomar som överförs sexuellt, ett förhållningssätt som inger förtroende och motiverar delaktighet i utredningen.

Det kan ställas delvis olika kompetenskrav beroende på vilken sjukdom det gäller.

Föreskrifter

2 § Om ett smittspårningsärende har överlämnats till annan hälso- och sjukvårdspersonal, skall den behandlande läkaren förvissa sig om att ärendet tagits emot.

3 § Om någon annan än den behandlande läkaren ansvarar för smittspårningen, skall han eller hon underrätta den behandlande läkaren när smittspårningsärendet har avslutats.

4 § Om någon annan än den behandlande läkaren har ansvaret för smittspårningen när det gäller en allmänfarlig sjukdom och i samband med utredningen misstänker eller får veta att patienten inte iakttar eller kommer att iaktta givna förhållningsregler, skall den smittspårningsansvarige omgående underrätta den behandlande läkaren om detta.

5 § Om den behandlande läkaren får uppgifter av betydelse för smittspårningen, skall han eller hon, om smittspårningen bedrivs av någon annan, se till att den personen får tillgång till uppgifterna.

Allmänna råd

Uppgifter av betydelse för smittspårningen kan t.ex. vara undersökningsresultat för personer som ingår i utredningen eller information om att ytterligare personer kan ha blivit smittade och därför skall ingå i smittspårningsutredningen.

SOSFS
2005:23

3 kap. Kontakter med smittskyddsläkaren

Allmänna råd

Vid behov bör den som ansvarar för smittspårningen rådgöra med smittskyddsläkaren om utredningen. I vissa situationer kan smittskyddsläkaren åta sig en övergripande eller samordnande roll eller, om det är lämpligt, helt ta över smittspårningsärendet i enlighet med 3 kap. 5 § smittskyddslagen.

Om det t.ex. gäller större epidemier eller födoämnesburen smitta, bör den smittspårningsansvarige ta kontakt med smittskyddsläkaren. Likaså kan det finnas behov att rådfråga denne, om patienten misstänks ha blivit smittad eller i sin tur smittat någon på t.ex. en vårdenhet, en institution eller i en skola. Om det gäller en blodsmitta och patienten är blodgivare eller om smitta kan ha överförts genom blodtransfusion eller organtransplantation, bör också smittskyddsläkaren kontaktas.

Smittskyddsläkaren bör alltid underrättas, om smittkällan inte har påträffats eller kunnat identifieras och det gäller en allmänfarlig sjukdom.

4 kap. Utredningen

Smittspårningspliktiga sjukdomar som är allmänfarliga

Föreskrifter

1 § Den läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som underrättar en person om att det finns anledning anta att han eller hon har smittats av en allmänfarlig sjukdom och som uppmanar denne att söka läkare för undersökning skall också upplysa personen om informations-skyldigheten enligt 8 § smittskyddsförordningen (2004:255). Samma skyldighet att upplysa personen om hans eller hennes informations-skyldighet enligt förordningen gäller den läkare som gör undersökningen, om det är en annan läkare än den som underrättade personen.

Allmänna råd

Om den läkare som undersöker personen är någon annan än den som underrättat personen om misstanken om smitta, bör han eller hon erbjuda den undersökte att efter samtycke och på dennes vägnar meddela den underrättande läkaren att undersökningen har genomförts och resultatet av denna. Underrättelse om att undersökningen har genomförts bör lämnas så snart det är möjligt.

Smittspårningspliktiga sjukdomar som inte är allmänfarliga

Allmänna råd

Om det gäller en smittspårningspliktig sjukdom som inte är allmänfarlig, bör den läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som enligt 3 kap. 4 § smittskyddslagen underrättar en person om att denne kan ha smittats och uppmanar honom eller henne att söka läkare också infor-

**SOSFS
2005:23**

mera personen om vikten av att den smittspårningsansvarige får kännedom om när undersökningen har genomförts och att resultatet kan ha betydelse för smittspårningen.

Om personen låter sig undersökas på en annan vårdinrättning, bör den provtagande läkaren begära hans eller hennes samtycke till att visa den smittspårningsansvarige att undersökningen genomförts och till att på förfrågan från denne meddela resultatet.

Om en person, som har underrättats enligt 3 kap. 4 § smittskyddslagen om misstanke om att han eller hon kan ha smittats av en smittspårningspliktig sjukdom som inte är allmänfarlig, inte utan dröjsmål låter sig undersökas av läkare, bör den som ansvarar för smittspårningen påminna om den skyldighet som gäller enligt 3 kap. 1 § smittskyddslagen och aktivt försöka påverka honom eller henne att låta undersöka sig.

Samtliga smittspårningspliktiga sjukdomar***Allmänna råd***

Den som ansvarar för smittspårningen kan bl.a., beroende på vilken sjukdom det gäller, använda olika metoder för att enligt 3 kap. 4 § smittskyddslagen se till att personer som kan ha smittats underrättas och uppmanas att uppsöka läkare. I många fall kan det vara lämpligt att den som ansvarar för smittspårningen själv tar kontakt.

Den smittspårningsansvarige kan också överlåta på patienten att själv kontakta en person som kan vara smittad, om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig det. Detta förfarande kan framför allt vara lämpligt vid sjukdomar som överförs sexuellt, men det kan ibland också vara en fördel att använda vid andra smittspårningspliktiga sjukdomar. I dessa fall bör den smittspårningsansvarige överlämna ett brev att vidarebefordras av patienten till den som kan ha smittats. Vilken information som lämnas i brevet beror på vilken sjukdom det gäller och vilka åtgärder som planeras. Brevet bör dock bl.a. innehålla

- en underrättelse om att personen kan ha smittats,
- en underrättelse om skyldigheten att söka läkare för undersökning,
- information om den aktuella sjukdomen, och
- information om hur man undviker att smittan sprids.

Om det gäller en allmänfarlig sjukdom, skall brevet enligt 1 § detta kapitel även innehålla information om personens skyldigheter enligt 8 § smittskyddsförordningen.

Gäller det en smittspårningspliktig sjukdom som inte är allmänfarlig, bör brevet i stället innehålla information om vikten av att den smittspårningsansvarige dels får information om att undersökningen genomförts, dels vid behov får tillgång till resultatet.

**SOSFS
2005:23***Föreskrifter*

2 § Den som ansvarar för smittspårningen är, om han eller hon överlåter på patienten att själv kontakta en person som kan vara smittad, skyldig att kontrollera att den som kan ha smittats

1. har underrättats om misstanken, och
2. har undersökts av läkare.

Om undersökning inte har genomförts, skall den som ansvarar för smittspårningen själv underrätta personen om att han eller hon misstänks vara smittad samt om skyldigheterna enligt 3 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168).

3 § Ett smittspårningsärende skall avslutas när det konstaterats eller så långt det är rimligt utretts av vem eller vad patienten smittats och vilka andra personer som har smittats.

Om det konstaterats att den misstänkt smittade patienten inte är smittad, skall smittspårningsärendet också avslutas.

4 § Om det, sedan smittspårningsärendet avslutats, framkommer uppgifter om att patienten kan ha smittat ytterligare personer, skall en ny utredning påbörjas.

5 kap. Dokumentationen***Smittspårningshandlingar****Föreskrifter*

1 § I varje smittspårningsärende skall, med patienten som utgångspunkt, alla uppgifter som behövs för smittspårningen antecknas. Det skall utifrån varje inkommen och upprättad handling med uppgifter om personer som är eller kan vara smittade vara möjligt att återfinna övriga handlingar i smittspårningsärendet.

2 § Patientens identitet, adress och telefonnummer och dessa uppgifter för varje person som kan ha överfört smittan eller som kan ha smittats skall så långt möjligt antecknas i smittspårningsärendet. Vilken sjukdom det gäller samt om smittan kommer eller misstänks komma från djur, livsmedel eller andra objekt skall dokumenteras.

Uppgifter skall också så långt möjligt antecknas för varje person enligt första stycket om

1. när och hur denne underrättats enligt 3 kap. 4 § smittskyddslagen (2004:168), och
2. sannolik smittväg.

Om det har betydelse i smittspårningsärendet, skall uppgifter antecknas om tidpunkt och plats för överföring av smittan samt om undersökningsresultat för personer som kan vara smittade.

**SOSFS
2005:23**

3 § I arkivlagen (1990:782) finns bestämmelser om bevarande och gallring av allmänna handlingar i landstingens arkiv.

Patientjournalen

Föreskrifter

4 § Koppling skall kunna göras mellan smittspårningshandlingarna och patientens patientjournal.

5 § I patientens patientjournal skall det antecknas när smittspårningen påbörjats och avslutats.

Om smittspårningsärendet överlämnats till annan hälso- och sjukvårdspersonal, skall namnet på denne antecknas i patientjournalen. Det skall också antecknas, om ärendet övertagits av smittskyddsläkaren.

Denna författning träder i kraft två veckor efter den dag då författningen utkom från trycket.

Styrelsen för Socialstyrelsen

(Tillsynsavdelningen)¹

¹ (Föredragande: Kristina Widgren)