



JURIDISKA FAKULTETEN  
vid Lunds universitet

Matilda Funkquist

## Vård som tvång

Har Sverige som stat en tradition av tvångsingripanden mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar och då särskilt HIV/AIDS?

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet  
30 högskolepoäng

Handledare: Christian Häthén

Termin för examen: VT13

# Innehåll

<b>SUMMARY</b>	<b>1</b>
<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>2</b>
<b>FÖRORD</b>	<b>3</b>
<b>FÖRKORTNINGAR</b>	<b>4</b>
<b>1 INTRODUKTION</b>	<b>5</b>
1.1 Syfte och frågeställningar	5
1.2 Metod och material	6
1.3 Avgränsningar	7
1.4 Disposition	8
<b>2 RÄTTIGHETER</b>	<b>9</b>
2.1 Regeringsformen	9
2.2 Internationella konventioner	9
2.2.1 Europakonventionen (EKMR)	10
2.2.2 Den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR)	11
2.2.3 Den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (CESCR)	11
<b>3 RÄTTSORDNINGEN OCH DE VENERISKA SJUKDOMARNA</b>	<b>12</b>
3.1 1800-talet	12
3.2 Sekelskiftet och tidigt 1900-tal	13
3.3 Lex Veneris	13
3.3.1 Syftet med lagen	13
3.3.2 Lagens utformning	14
3.3.3 Effektiviteten	15
3.4 Den första smittskyddslagen	15
3.4.1 Syftet med lagen	15
3.4.2 Lagens utformning	16
3.4.3 Effektiviteten	16
<b>4 HIV/AIDS I VÄRLDEN</b>	<b>17</b>
4.1 Kort beskrivning av HIV/AIDS	17

4.2	De första rapporterna om HIV/AIDS	17
4.3	HIV idag	18
<b>5</b>	<b>NÄR HIV/AIDS KOM TILL SVERIGE</b>	<b>19</b>
5.1	Stämningen i Sverige på 1980-talet	19
5.2	De första smittade patienterna	19
5.3	Inget intresse av media initialt	20
5.4	Den första paniken	20
5.5	Realiteten	21
5.6	Fördömande reaktioner	22
<b>6</b>	<b>ÅTGÄRDER RIKTADE MOT MÄN SOM HAR SEX MED MÄN</b>	<b>23</b>
6.1	AIDS-delegationen	23
6.2	Bastuklubbslagen	23
6.2.1	Nödvändig inskränkning	24
6.2.2	Ovanligt förbud	24
6.2.3	Effektiviteten	25
6.3	Den andra smittskyddslagen	25
6.3.1	Syftet med lagen	25
6.3.2	Lagens utformning	26
6.3.2.1	Den enskildes rättigheter och skyldigheter	26
6.3.2.2	Tvångsundersökning	27
6.3.2.3	Tillfälligt omhändertagande	27
6.3.2.4	Tvångsisolering	27
6.4	Restriktioner kring blodgivning	29
6.5	Den nuvarande smittskyddslagen	30
6.5.1	Syftet med lagen	30
6.5.2	Lagens utformning	31
6.6	Lagstiftning i Norden	31
6.6.1	Danmark	31
6.6.2	Finland	32
6.6.3	Norge	32
<b>7</b>	<b>TRE JÄMFÖRELSER</b>	<b>33</b>
7.1	Kolera	33
7.2	Sinnessjukdom	34
7.3	Missbruk av beroendeframkallande medel	37

<b>8 ANALYS</b>	<b>39</b>
8.1 Har Sverige en tradition av tvångsingripanden mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar? Om en sådan tvångsingripande tradition existerar, har traditionen förändrats över tiden?	39
8.2 Skiljer sig tvångsingripandena riktade mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar från tvångsingripanden riktade mot andra sjuka?	43
8.3 Var åtgärderna riktade mot män som har sex med män ett resultat av rädsla eller av realistiska bedömningar?	46
<b>9 SLUTORD</b>	<b>49</b>
<b>BILAGA A</b>	<b>50</b>
<b>BILAGA B</b>	<b>51</b>
<b>BILAGA C</b>	<b>52</b>
<b>BILAGA D</b>	<b>53</b>
<b>BILAGA E</b>	<b>54</b>
<b>KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING</b>	<b>60</b>
<b>RÄTTSFALLSFÖRTECKNING</b>	<b>65</b>

# Summary

This essay means to determine if Sweden as a nation is a radical state when it comes to venereal diseases, especially HIV/AIDS.

In order to investigate whether or not Sweden is a radical state a historical exposition of the interventions of the personal sphere through legislation will be made.

Ever since the 1700<sup>th</sup> century, the Swedish state has paid for the medical care in exchange for the intrusion of the population's personal sphere. Since the mid 1800s, compulsory care has been possible for people who would not willingly admit to care. Since then, compulsory care has been common in the Swedish health system.

A brief description of the cholera epidemic, mental health system and addictive care will be made in order to determine if the venereal diseases were treated different and more radical than the non-venereal diseases.

In the 19<sup>th</sup> century, cholera killed around 37,000 people in Sweden. The disease was highly contagious and spread through the poorly constructed water system. In order to stop the spread towns were sealed and infected people were locked in their houses. The mentally ill have since the mid 1800s been object for invasive legislation. Since then they have been institutionalised, sterilized and lobotomised for the states wellbeing.

Addictives have also been object for invasive legislation.

When HIV/AIDS was brought to people's attention in the US in 1980, no one in Sweden gave any notice to it. Not until February 1982 was the first article on the matter published. Thereafter came the public panic, partly because no one knew how the disease spread and partly because the lack of cure and medicine. To hinder the spread, laws and bans that were directed specifically towards the gay community were founded. The bathhouse-law was founded in order to stop men having unprotected sex with other men in anonymous surroundings. A new law concerning disease control came a few years later that was remade in order to include the HIV-virus and gay men was not allowed to donate blood anymore.

The bathhouse-law is now void and the law of disease control have been updated once more with less impact of the HIV-virus but the restrictions surrounding blood donations remains.

# Sammanfattning

Denna uppsats ämnar redogöra för frågan om Sverige som tradition är en ingripande stat vad gäller personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar.

I huvudsak kommer uppsatsen handla om HIV/AIDS och hur den svenska staten bemötte de smittade under 1980-talet och framåt. För att på ett lämpligt sätt tydliggöra mönstret i hur Sverige som stat har ingripit på personers privatliv kommer uppsatsen genom en historisk genomgång redogöra för de olika tvångsingreppen som skett genom lagstiftning. Sedan 1600-talet har den svenska staten bekostat vården för befolkningen i utbyte mot att de gått med på inskränkningar i deras privatliv. Sedan mitten av 1800-talet har tvångsintagning på hospital varit möjligt för personer som inte medgav vård och därefter har tvångsingripanden varit vanligt i den svenska vårdapparaten.

För att kunna se om staten särbehandlade sexuellt överförbara sjukdomar kommer en kort jämförelse med koleraepidemin, sinnessjukvården och missbrukarvården att göras. Kolera, som smittades i huvudsak via vattensystem, orsakade ca 37,000 personers liv under mitten av 1800-talet och var en mycket smittsam och dödlig sjukdom. Sinnessjuka har sedan mitten av 1800-talet utsatts för tvångsingrepp så som tvångsintagning på institutioner, sterilisering och lobotomering. Missbrukare har även dem tvångsintagits på anstalter för vård.

När HIV/AIDS uppmärksammades i främst USA år 1980 förblev det tyst i Sverige. Först i februari 1982 publicerades den första artikeln om AIDS i Sverige. Därefter kom den allmänna paniken då man i början inte visste hur sjukdomen smittades och inga botemedel eller bromsmedel fanns. För att hindra smittospridningen instiftades lagar och åtgärder vidtogs riktade specifikt mot män som har sex med män. Bastuklubbslagen kom till för att hindra män att ha anonymt och oskyddat sex med varandra. Även en ny smittskyddslag kom ett par år senare med specifika åtgärder för HIV-smittade och homosexuella män förbjöds donera blod. I och med lagen blev tvångsundersökningar och tvångsisolering av personer som inte frivilligt gick med på vård möjligt.

Bastuklubbslagen är numera upphävd och smittskyddslagen har ersatts med en ny men restriktionerna kring att donera blod finns kvar.

# Förord

Efter 4,5 år på Juridicum i Lund påbörjar jag nu ett nytt kapitel av mitt liv, ett liv utan studier. Det känns både vemodigt och spännande men ändå väldigt rätt.

Först vill jag tacka min handledare, Christian Häthén för all tid och hjälp jag fått under uppsatsens gång.

Jag vill också tacka mina fina vänner Johanna Dahl och Fanny Adler för alla kaffeпаuser och många timmar tillsammans på biblioteket.

Sist men inte minst vill jag tacka min sambo som har stått ut med mig och alla mina funderingar under våren.

Tack!

Matilda Funkquist

# Förkortningar

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Förvärvat immunbristsyndrom)
BkL	Bastuklubbslagen
CESCR	Committee on Economic, Social and Cultural Rights (Den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter)
DNA	Deoxyribonucleic acid (Deoxiribonukleinsyra)
EKMR	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna
EMA	European Medicines Agency (den europeiska läkemedelsmyndigheten)
EU	Europeiska Unionen
FN	Förenta Nationerna
GRID	Gay Related Immuno Deficiency (Homosexuellrelaterad immunbrist)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Humant immunbristvirus)
HTLV-III	Humant T Lymfotropt Virus typ III (den tidigare benämningen på HIV)
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights (Den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter )
LPT	Lagen om psykiatrisk tvångsvård
LSPV	Lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
LVM	Lag om missbrukare i vissa fall
MSM	Män som har sex med män
NATO	North Atlantic Treaty Organization (Nordatlantiska fördragsorganisationen)
NvL	Nykterhetvårdslagen
RF	Regeringsformen
RFSL	Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter
SmL I-III	Smittskyddslag I-III
SOU	Statens Offentliga Utredningar
SR	Sveriges Radio
SvD	Svenska Dagbladet
SVT	Sveriges Television
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (FN:s samlade program mot HIV/AIDS)
WHO	World Health Organization (Världshälsoorganisationen)



# 1 Introduktion

Sedan det första fallet rapporterades år 1981 har totalt ca 30 miljoner människor dött av AIDS. Ytterligare ca 1,7 miljoner människor dör årligen av sjukdomen.<sup>1</sup> Av alla HIV-smittade i världen lever ca 70 % i Sub-Sahara regionen i Afrika och endast runt 3 % lever i Väst- och Centraleuropa.<sup>2</sup> Trots att antalet HIV-smittade är väldigt lågt i Sverige (ca 0,06 % av befolkningen<sup>3</sup>) har sjukdomen haft stor påverkan på det svenska folket och även på den svenska lagstiftningen.

När AIDS upptäcktes i USA i början av 1980-talet fanns det varken mediciner eller åtgärder som kunde hindra sjukdomens framfart och smittan spreds runt om i världen. Allmänheten reagerade med rädsla inför det okända och stigmat kring sjukdomen växte.

Det har aldrig funnits någon särskild lagstiftning som hanterar HIV i Sverige utan istället fattade riksdagen beslut om att HIV skulle inkluderas i smittskyddslagen och tvångsingripanden rörande de HIV-smittade blev därmed möjligt.

Tvångsingripanden riktade mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar är inte ett nytt fenomen i Sverige utan det sträcker sig tillbaka århundraden i tiden. Traditionellt sett har Sverige varit ett relativt handlingskraftigt land när det gäller behandlingen av sexuellt överförbara sjukdomar och Sverige är fortfarande ett av ytterst få länder som tillåter tvångsisolering av HIV-smittade personer.<sup>4</sup>

År 1996 kom de första effektiva bromsmedicinerna och för första gången var det inte längre en dödsdom när läkaren berättade att man var HIV-positiv.<sup>5</sup>

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att med utgångspunkt i HIV/AIDS-problematiken undersöka om det finns en särskild tradition av tvångsingripanden vid vissa samhällsfarliga sjukdomar. Uppsatsen kommer även undersöka om Sveriges eventuella tvångsingripande tradition rörande sexuellt överförbara sjukdomar skiljer sig från andra sjukdomar. Huruvida tvångsåtgärderna riktade mot HIV-smittade personer var rimliga och proportionerliga kommer också behandlas i arbetet.

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/gho/hiv/en/> samt <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/june/20110603praid30/>, 23 april 2013 kl:09:20.

<sup>2</sup> UNAIDS World AIDS Day Report 2011, s 7f.

<sup>3</sup> <http://www.smittskyddsinstytutet.se/statistik/hivinfektion/>, 2 maj 2013 kl:14:15.

<sup>4</sup> <http://www.rfsl.se/?p=5658>, 23 april 2013 kl:20:25.

<sup>5</sup> [http://www.noaksark.org/fakta/fakta\\_behandling.asp](http://www.noaksark.org/fakta/fakta_behandling.asp), 2 maj 2013 kl:10:30.

De frågeställningar som behandlas i arbetet är:

1. Har Sverige en tradition av tvångsingripanden mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar? Om en sådan tvångsingripande tradition existerar, har traditionen förändrats över tiden?
2. Skiljer sig tvångsingripandena riktade mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar från tvångsingripanden riktade mot andra sjuka?
3. Var åtgärderna riktade mot män som har sex med män ett resultat av rädsla eller av realistiska bedömningar?

## 1.2 Metod och material

Arbetet kommer i huvudsak vara en historisk analys med vissa komparativa inslag som behandlar hanteringen av smittsamma och samhällsfarliga sjukdomar och då särskilt sexuellt överförbara sjukdomar. Fokus kommer ligga på HIV/AIDS och den svenska statens behandling av de smittade.

I arbetet kommer analyser av framförallt offentligt tryck och material vara grunden för uppsatsen men även material från intresseorganisationer och nyhetsflöden kommer användas. De intresseorganisationer som har används som källor är erkända inom området och har historisk sett spelat en stor roll i arbetet kring homosexuella och HIV/AIDS.

Material från media har använts för att se till den allmänna opinionen i Sverige och för att ge författaren en bild av det massmediala trycket på lagstiftarna under tiden för epidemin. Dokumentärerna, som består av en TV-dokumentär och två radiodokumentärer, har gett en samlat bild för tiden då de består av intervjuer, radio- och tv-sändningar med mera. Materialet från media kommer i huvudsak från SR och SVT där de i sin tur har använt sig av experter och berörda personer inom området som har tillräcklig sakkunskap för att kunna användas i arbetet.

Statistik har använts för att se hur utbredningen av smittan har skett och hur situationen i Sverige såg ut i jämförelse med resten av världen. Korta beskrivningar av smittskyddslagstiftning i Danmark, Norge och Finland har gjorts för att kunna visa på eventuella skillnader och likheter i Sveriges sätt att hantera HIV/AIDS jämfört med de övriga grannländernas.

I det jämförande avsnittet tas kolerasmittade, sinnessjuka och missbrukare av beroendeframkallande medel upp. Beskrivningarna är kortfattade och behandlar endast väsentliga delar. Koleraepidemin valdes för att jämföra hur behandlingen av de epidemiskt smittade var under mitten av 1800-talet i jämförelse med behandlingen av de veneriskt sjuka. Behandlingen av sinnessjuka och missbruka sträcker sig under en längre period från mitten av 1800-talet fram till idag och överensstämmer därmed tidsmässigt med behandlingen av de sexuellt smittade. Personer smittade med kolera, de sinnessjuka och missbrukarna har alla utgjort en fara, mot samhället och/eller mot sig själva och vård har därför varit avgörande för allas säkerhet. Tvångsingripandena mot sinnessjuka och missbrukare kan jämföras med de isoleringar och interneringar utövade mot personer smittade med sexuella sjukdomar vilket gör att paralleller och skillnader kan exemplifieras på ett bra sätt.

Språkligt används de begrepp och beskrivningar som användes i källmaterialet aktuellt för tiden trots att ordval idag kan ses som ålderdomliga. Detta för att inte omskrivningar och felöversättningar av orden ska leda till förlorad betydelse av dem. I de fall där HTLV-III används i uppsatsen istället för HIV har begreppet HIV inte använts i källmaterialet då det för tiden av författandet inte introducerats.

Kategoriseringen kring den sexuella identiteten är inte entydig. Därför används den allmänna benämningen av homosexuella i uppsatsen, det vill säga de personer som har sexuella attraktioner till personer av samma kön. Då det finns män som inte anser sig vara homosexuella men har sex med andra män används begreppet MSM (män som har sex med män) i uppsatsen för att även inkludera dem. MSM står för den sexuella handlingen och inte den sexuella läggningen eller den sexuella identiteten.<sup>6</sup>

### 1.3 Avgränsningar

I huvudsak behandlar uppsatsen svensk rätt och tidsmässigt är avgränsningen i arbetet från mitten av 1800-talet och framåt på grund av att det är först då de sexuellt överförbara sjukdomarna tydligt skiljs från de övriga smittsamma sjukdomarna i reglerna kring smittskydd. När de sexuellt överförbara sjukdomarnas historia återges behandlas inte enbart de homosexuella då det i materialet inte nämns vilken sexuell läggning de smittade hade.

I uppsatsen används genomgående ”han” till skillnad från ”hon” eller ”han och hon” då uppsatsen till större delen endast behandlar MSM och inte övriga smittade. Detta för att underlätta för läsaren. Uppsatsen behandlar endast MSM som smittats genom sexuella kontakter förutom i delar kring statistik och allmänna beskrivningar. I statistiken redogörs även de övriga smittoriskerna för att sätta MSM i relation till dem. Den främsta smittgruppen för inhemsk smitta i Sverige är MSM och därför kommer inte de övriga sexuella läggningarna diskuteras särskilt då lesbiska har mindre risk att smittas genom sexuella handlingar än heterosexuella och MSM.<sup>7</sup> När termen ”homosexuella” används istället för MSM inkluderar det även lesbiska och transpersoner.

I användningen av lagtext, förarbeten och statistik används endast de delarna som är relevanta för HIV-smittade MSM och inte för övriga smittogrupper, så som missbrukare eller personer som fått blodtransfusioner.

I jämförelsen med kolerasmittade, sinnessjuka och missbrukare behandlas enbart de fall där tvångsmedel är baserat på sjukdomen och inte övriga

---

<sup>6</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/folkhalsa/hivsti/preventionsgrupper/msm>, 27 februari 2013 kl:14:30 samt <http://www.rfsl.se/?p=331>, 3 mars 2013 kl:12:25.

<sup>7</sup> <http://www.rfsl.se/halsa/?p=2722>, 3 maj 2013 kl:11:15.

anledningar så som sinnessjuka kriminella eller kriminella missbrukare. Rättspsykiatrien redogörs inte för djupgående då det i de fallen rör sig om tvångsmedel baserat på andra anledningar än sjukdomsdiagnosen.

I de avsnitt där utländsk rätt redogörs för har endast smittskydd och behandling av HIV/AIDS-smittade behandlats och inte övrig lagtext. Arbetet har endast ett fall där Länsrätten i Malmö beslutade om tvångsisolering enligt SmL II. I Malmö var det under 1980-talet endast två fall som kom upp i Länsrätten. Det ena redovisas för nedan och det andra avskrevs.<sup>8</sup> Övriga förvaltningsrätter har kontaktats med de har ej kunnat söka på fall utan personnummer eller namn och då målen samtidigt är sekretessbelagda saknas namn och personnummer i handlingarna. Fler fall har därför inte kunnat lokaliseras.

## 1.4 Disposition

Uppsatsen behandlar först de medborgerliga fri- och rättigheterna i svenska rätt och de internationella konventionerna som behandlar mänskliga rättigheter och smittskyddsregler.

Uppsatsen följer därefter i huvudsak en kronologisk ordning.

Först ges en historisk tillbakablick om hur smittskydd och sexuellt överförbara sjukdomar har behandlats i svensk rätt sedan 1800-talet och fram till 1980-tal. Särskilt två lagar lyfts fram i tillbakablick, Lex Veneris och den första smittskyddslagen, som har spelat stor roll i formningen av smittskydd i Sverige.

Därefter behandlas kort beskrivning av HIV/AIDS i världen och hur viruset och sjukdomen biologiskt påverkar kroppen och dess funktioner. Statistik om AIDS-situationen i världen kommer innan beskrivningen av hur läget var när HIV/AIDS kom till Sverige i början av 1980-talet. Att 1980-talet präglades av en fientlig stämning i Sverige under Kalla kriget och detta påverkade även bemötandet av HIV samt att den första paniken ledde till flera orealistiska prognoser om hur epidemin skulle arta sig tas upp.

Därefter tas åtgärder speciellt riktade mot MSM upp, däribland Bastuklubbslagen, SmL II och restriktioner kring bloddonationer.

För att sätta behandlingen av de sexuellt överförbara sjukdomarna i perspektiv med andra sjukdomar kommer jämförelser med den svenska koleraepidemin, vården av sinnessjuka och missbrukare att göras. Alla tre jämförelser har sin början i mitten av 1800-talet.

Efter redogörelsen om de särskilda åtgärderna kommer uppsatsens analys där utrönandet om Sverige som tradition är en ingripande stat vad gäller sexuellt överförbara sjukdomar kommer ske. Även ingripandenas kompatibilitet med mänskliga rättigheter kommer diskuteras samt om åtgärderna endast var baserade på rädsla eller om de hade en realistisk grund.

---

<sup>8</sup> Detta enligt Tomas Ek, arkivarie på Förvaltningsrätten i Malmö den 9 april 2013.

## 2 Rättigheter

### 2.1 Regeringsformen

I början av 1970-talet ville de borgerliga partierna införa ett starkare fri- och rättighetsskydd i Sverige medan Socialdemokraterna stred för de sociala rättigheterna. Utredningar föreslog en total omskrivning av 2 kap RF för att kunna inkludera de medborgerliga fri- och rättigheterna.<sup>9</sup> År 1976 beslutades att 2 kap RF skulle utvidgas och inkludera fler grundläggande fri- och rättigheter.<sup>10</sup>

Enligt 2 kap 1 § RF har varje medborgare rätt till yttrandefrihet, informationsfrihet, mötesfrihet, demonstrationsfrihet, föreningsfrihet och religionsfrihet. Dessa friheter är de så kallade positiva opinionsfriheterna. Religionsfriheten tillåter inga inskränkningar men de övriga rättigheterna är inte absoluta. Enligt 2 kap 6 § och 8 § är varje svensk medborgare skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövande. I vissa, begränsande fall, får inskränkningar göras genom lag eller annan författning genom bemyndigande i lag enligt 2 kap 12 § RF. Inskränkningar i skyddet får endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. De får dock inte utgöra ett hot mot den fria åsiktsbildningen eller baseras endast på grund av politisk, religiös, kulturell eller liknande åskådning. Mötesfriheten får begränsas endast med hänsyn till rikets säkerhet, till ordning och säkerhet vid sammankomster eller demonstrationer eller till trafiken eller för att motverka farsot.<sup>11</sup> Med farsot avses epidemiska sjukdomar av allvarlig karaktär.<sup>12</sup>

### 2.2 Internationella konventioner

På internationellt plan finns flera organ, exempelvis FN och EU, som genom ett omfattande arbete har utvecklat konventioner för att skydda fri- och rättigheter samt program för att minska utbredningen av smittsamma sjukdomar i världen. WHO är en av organisationerna bakom FN:s samlade program mot HIV/AIDS, UNAIDS, som bland annat bedriver forskning och epidemiologi.<sup>13</sup>

Förhållandet mellan mänskliga rättigheter och HIV/AIDS tas numera upp i diskussioner i de olika internationella organen och ett stort antal deklARATIONER, resolutioner och rekommendationer har antagits för att beakta sjukdomen vid arbetet i de internationella organen.<sup>14</sup>

---

<sup>9</sup> Sveriges Riksdag, s 15f.

<sup>10</sup> Prop. 1993/94:117, s 8ff.

<sup>11</sup> Prop. 1986/87:149, s 6f.

<sup>12</sup> Prop. 1975/76:209, s 156.

<sup>13</sup> SOU 1999:51, s 315.

<sup>14</sup> SOU 1999:51, s 325.

## 2.2.1 Europakonventionen (EKMR)

De mest vittgående åtaganden Sverige har genom en konvention är genom *Europeiska konventionen den 4 november 1950 angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna*. Konventionen innehåller medborgerliga och politiska rättigheter och är sedan 1953 ratificerad i Sverige och sedan 1 januari 1995 även införlivad i den svenska rätten.<sup>15</sup>

Artikel 5 reglerar alla frihetsberövanden och innehåller en uttömmande lista av tillåtna frihetsberövanden. Enligt Europadomstolens praxis ska listan tolkas restriktivt. Även om ett frihetsberövande är lagligt i konventionens mening kan det anses som godtyckligt om frihetsberövandet inte är proportionerligt med ändamålet. Tvångsundersökning räknas som ett frihetsberövande enligt artikel 5.1b då det är i syfte att tvinga personen att fullfölja en i lag föreskriven skyldighet. Artikel 5.1e godkänner de fall där frihetsberövande görs i enlighet med att förhindra smitta. Frihetsberövandet ska då ägt rum i den ordning lagen föreskriver och är lagligt i övrigt.<sup>16</sup>

I artikel 8 skyddas rätten till privat- och familjeliv inklusive hem och brevkorrespondens. Skyddet är inte absolut och kan inskränkas under tre förutsättningar; inskränkningen måste ha stöd i lag, den måste vara nödvändig i ett demokratiskt samhälle med hänsyn till den de angivna exemplen i artikeln samt att den måste tillgodose något av de angivna ändamålen i artikeln. De angivna exemplen för inskränkningar i artikeln är; för statens säkerhet, den allmänna osäkerheten, landets ekonomiska välbefinnande, förebyggande av ordningen eller brott, skyddande av hälsa eller moral eller av andra personers fri- och rättigheter. Den åberopade lagen ska vara en nationell lag med tillräcklig tydlighet, tillgänglighet och förutsebarhet för att vara en godtagbar grund för inskränkning. Inskränkningarna ska även vara proportionerliga med fördelarna för samhället.

Artikel 8 hanterar även den fysiska integriteten, bl.a. skydd mot medicinska undersökningar samt insamlande och användande av information av en person. Dock har Europadomstolen konstaterat att utlämnande av personuppgifter kan var nödvändigt för samhällets bästa.<sup>17</sup>

Enligt artikel 2 i fjärde tilläggsprotokollet har var och en rätt att fritt röra sig inom en stats territorium, fritt välja sin bostadsort och även att fritt lämna staten. Friheten kan dock begränsas under samma förutsättningar som under artikel 8 (se ovan).

---

<sup>15</sup> SOU 2003:83, s 65, SOU 1999:51, s 323 samt Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

<sup>16</sup> SOU 2003:83, s 65ff, se även Mål 8278/78 mot Österrike, DR 18, s 154.

<sup>17</sup> SOU 2003:83, s 68f.

## **2.2.2 Den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR)**

Konventionen trädde i kraft 1976. Stater som har ratificerat konventionen erkänner bland annat att; ingen ska utsättas för godtycklig arrestering, slaveri, slavhandel och tvångsarbete ska förbjudas, den som anklagas för brott ska ha rätt till rättegång, den som berövats sin frihet ska behandlas humant, var och en som lagligen befinner sig i ett land ska ha rätt att där röra sig fritt och fritt välja bostadsort, m.m.

I artikel 9 bestäms att ingen får gripas eller frihetsberövas godtyckligt. Ingen får heller frihetsberövas på andra grunder än de föreskrivna i lag. I samma artikel redogörs även för rätten till domstolsprövning. Det får dock ske undantag för denna artikel enligt artikel 4 om det är ett sådant nödläge som hotar nationen fortbestånd.

Konventionsstaterna ska vart femte år lämna in en rapport om deras efterlevnad av konventionen. Kommittén för de mänskliga rättigheterna består av 18 experter som granskar konventionsstaternas efterlevnad.<sup>18</sup>

## **2.2.3 Den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (CESCR)**

Konventionen har karaktären av en målsättningskonvention och trädde även den i kraft 1976. De stater som har ratificerat konventionen erkänner bland annat; sitt ansvar att ge skydd och bistånd till familjen i största möjliga utsträckning, rätten för var och en att ha en tillfredställande levnadsstandard, sitt ansvar att förbättra samhällets hälsovård och att förhindra uppkomsten av epidemier, rätten för var och en att få utbildning m.m.

Enligt artikel 2 åtar sig staterna att till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att säkerställa att rättigheterna i konventionen gradvis förverkas i sig helhet. Staterna åtar sig även enligt artikel 12 att vidta sådana åtgärder som krävs för att förhindra uppkomsten av, behandla och kontrollera epidemier och andra sjukdomar. Staterna ska också erkänna rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.

Vart femte år ska varje konventionsstat lämna in en rapport som visar hur landet efterlever sina åtaganden. Rapporten granskas sedan av kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som består av 18 experter inom området.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/karnkonventionerna/konventionen-om-medborgerliga-och-politiska-rattigheter-iccpr/>, 20 maj 2013 kl:18:00.

<sup>19</sup> <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/karnkonventionerna/konventionen-om-ekonomiska-sociala-och-kulturella-rattigheter-cescr/>, 20 maj 2013 kl:18:10.

## 3 Rättsordningen och de veneriska sjukdomarna

### 3.1 1800-talet

Sedan 1600-talets mitt har den svenska sjukvården varit statligt reglerad. Det har lett till att staten och de professionella inom medicinyrket har haft ett unikt inflytande över patienter med könssjukdomar.<sup>20</sup>

År 1812 kom en kunglig förordning om hur de sexuellt överförbara sjukdomarna skulle motverkas. Kringresande skulle visa upp friskhetsintyg för att få tillåtelse att resa över församlingsgränserna och provinsialläkare och präster skulle kontrollera sina invånare. Det har i efterhand diskuterats hur effektiv förordningen var då tusentals kontrollerades men endast ett fåtal sjuka hittades.<sup>21</sup>

Syfilis som då var klassad som den farligaste sjukdomen var vanligare bland medelklassen än arbetarklassen (dit majoriteten av de prostituerade hörde) och anledningen till det ansågs vara medelklassens mäns sena giftasålder vilket ledde till besök hos prostituerade och därmed risken för smitta.

Tillfälliga sexuella förbindelser ansågs också vara en anledning.<sup>22</sup>

Länge behandlades syfilis med kvicksilver både invärtes och utvärtes. Nu vet man att kvicksilver hade en viss effekt som botemedel mot syfilis även om det inte var lika effektivt som dagens medicin.<sup>23</sup>

Gonorré som var vanligast bland arbetarklassen sågs först som en farlig sjukdom när man upptäckte att den kunde leda till sterilitet och därmed hota den svenska folkstammen.<sup>24</sup>

Könssjukdomar var ofta sammankopplade med annan brottslighet, i synnerhet lösdriveri och fylleri. Under 1800-talet blev tvångsundersökningar i samband med arresteringar av dessa brott vanligare och år 1853 tvångsundersöktes 70 % av alla kvinnor misstänkta för lösdriveri.<sup>25</sup>

Kvinnorna kunde dömas till tvångsarbete men syftet var då inte att bota dem från könssjukdomare utan snarare att få dem att upphöra med sitt syndiga leverne. De prostituerade kunde även dömas till tvångsvård men vården sågs då snarare som ett straff.<sup>26</sup>

De flesta läkare vid den här tiden ansågs djupt konservativa och de tyckte att de sexuellt överförbara sjukdomarna var helt beteendestyrda och att beteendet skulle kontrolleras av läkare och polis.<sup>27</sup>

---

<sup>20</sup> Lundberg, s 43.

<sup>21</sup> Lundberg, s 52.

<sup>22</sup> Björkman, s 155.

<sup>23</sup> Thyresson, s 135f.

<sup>24</sup> Björkman, s 155.

<sup>25</sup> Lundberg, s 52.

<sup>26</sup> Björkman, s 157f.

<sup>27</sup> Lundberg, s 74.



## 3.2 Sekelskiftet och tidigt 1900-tal

Runt sekelskiftet 1800/1900-tal reviderades många av de lagar som kom till under 1800-talet. Perioden brukar kännetecknas med demokratisering, industrialisering och urbanisering. Till det kom ideologiska och kulturella förändringar i samhället och tilltron till vetenskapen var stor. Många ville skapa ett nytt vetenskapligt baserat samhälle och en ny typ av medborgare. Staten uppfattades som ett stöd för medborgarna och industrin välstånd och staten ansågs ha det yttersta ansvaret för att skydda nationen.

Kring sekelskiftet ansågs fattiga leva ett generellt smutsigare liv utan att särskilja mellan friska och sjuka och de ansågs därför vara en större smittorisk än välbärgade människor.<sup>28</sup>

Fram tills 1918 fanns Reglementeringen av prostituerade samt ett äldre cirkulär om hindrandet av könssjukdomar. I reglementeringen kunde prostituerade slippa straff om de följde vissa regler, exempelvis att låta sig läkarundersökas med jämna mellanrum. Ingripandena i privatlivet som reglementeringen innebar var anmärkningsvärda även för den tiden. Reglementet fick mycket kritik av kvinnogrupper som menade att reglementeringskommittén endast bestod av män som ville ”brännmärka” kvinnor och skona män.<sup>29</sup>

## 3.3 Lex Veneris

### 3.3.1 Syftet med lagen

År 1918 infördes Lex Veneris<sup>30</sup> som var en del av de nya, moderna författningarna kring smittskydd som kom i början av 1900-talet. I lagen fanns regler om hur smittsamma sjukdomar skulle bekämpas och lagen angav skyldigheter för de enskilda som drabbats av framför allt syfilis, enkelt veneriskt sår och dröppel.<sup>31</sup> Lagen var mer ingripande än någon tidigare lagstiftning och gav den svenska staten ett mycket stort ansvar. Lagstiftarna ansåg att de prostituerade var grundkällan i smittoproblematiken och att det förelåg stor vikt att hindra de prostituerade från att ha könsumgänge under tiden de var smittsamma. Det befarades dock att kvinnorna inte ville avstå från sexuellt umgänge under behandlingstiden och tvångsinternering och tvångsbehandling var då nödvändigt. De prostituerade kvinnorna skulle listas i polisiära rullor och underkastas ständig poliskontroll och, ett par gånger i veckan, inställa sig för läkarbesiktning.<sup>32</sup> Myndigheterna rättfärdigade ingreppen i människors

---

<sup>28</sup> Björkman, s 138ff.

<sup>29</sup> Björkman, s 44f.

<sup>30</sup> Lex Veneris heter egentligen Lagen (1918:460) angående åtgärder för spridning av könssjukdomar, men jag väljer att använda den allmänna benämningen på lagen så som författarna jag refererar till har gjort.

Lex Veneris kommer av latin för Lex och Ve´nus (genitiv Vene´ris, romarnas kärleksgudinna) [www.ne.se/lang/lex-veneris](http://www.ne.se/lang/lex-veneris), 27 februari 2013 kl:10:00.

<sup>31</sup> Numera kallat mjuk chanker och gonorrhé. Se Leijonhufvud, s 23.

<sup>32</sup> Prop. 1918:154, s 38.

privatliv med att de åtog sig det ekonomiska ansvaret för vården.<sup>33</sup> All undersökning och vård var nu gratis i utbyte mot att de sjuka gick med på läkarens föreskrifter.<sup>34</sup>

Lagutskottet menade att lagen syftade till att vara ett mer humant och verksammare sätt att motarbeta smittorisk och könssjukdomarna. Tidigare reglementering ansågs otillräckligt och det nya systemet skulle vara mer utvecklat och effektivt och ha en tungt vägande rättslig, social och moralisk art.<sup>35</sup>

Syftet med Lex Veneris var att underlätta ytterligare för smittade att söka vård och göra den mer tilltalande. Målet med lagen var att erbjuda vård på fler sjukvårdsanstalter, avskaffa de så kallade kuravdelningarna och att ordna vården så som vården för andra sjukdomar.<sup>36</sup>

### 3.3.2 Lagens utformning

En person som var smittad med en sexuellt överförbar sjukdom var skyldig att söka läkarvård och delta i den behandling som krävdes. Personen var också skyldig att följa läkarens föreskrifter kring förhindrandet av smittospridning. En person som var en misstänkt smittokälla var tvungen att undersöka sig och om han var sjuk var han tvungen att underkasta sig vård.<sup>37</sup>

Alla läkare i landet var skyldiga att anmäla alla nya fall av smittsamma sjukdomar anonymt till länets sundhetsinspektör och de sjuka skulle sedan övervakas tills dess de friskförklarats. En typ av smittosparning infördes där de sjuka skulle uppge vem som hade smittat dem.<sup>38</sup>

Sveriges fria sjukvård för de sexuellt överförbara sjukdomarna gjorde att många sökte vård vid tidiga symptom innan sjukdomen fått allvarliga konsekvenser. Till detta kopplades dock ett stort ansvar och den medborgerliga rättigheten till fri vård knöts till ett ansvarsfullt beteende och medgörlighet till läkaren.<sup>39</sup>

Om patienten följde överenskommelserna angående återbesök och behandling fram tills han friskförklarades gjordes inga fler anmälningar mot honom. Ifall den smittade inte fullföljde behandlingen fick han ett antal varningsbrev skickade hem till sig innan sundhetsinspektören tillsammans med läkaren överlämnade ärendet till den lokala hälsovårdsnämnden. Därefter kunde polis genom handräckning föra den smittade till närmaste sjukhus.<sup>40</sup>

I Lex Veneris togs tidigare skillnader mellan behandlingen av män och kvinnor bort och de likställdes nu inför lagen och kunde därför behandlas lika.<sup>41</sup>

---

<sup>33</sup> Lundberg, s 17.

<sup>34</sup> Thyresson, s 155.

<sup>35</sup> Lagutskottets utlåtande 1918, 9e Samlingen, 1a Avdelningen, Nr 62, s 2f.

<sup>36</sup> Prop. 1918:154, s 15.

<sup>37</sup> Leijonhufvud, s 23.

<sup>38</sup> Lundberg, s 21 samt 97ff.

<sup>39</sup> Lundberg, s 173f.

<sup>40</sup> Lundberg, s 21f.

<sup>41</sup> Lundberg, s 97ff.

Lagen tillämpades dock olika beroende på klasstillhörigheten hos patienten. Om den smittade betalade läkaren istället för att läkaren skickade en räkning till Medicinalstyrelsen behövde läkaren inte rapportera fallet vidare. De läkare som inte utsetts till att ansvara för smittoförhindring hade därför inga hinder att ta emot patienter privat vid sidan om lagen.<sup>42</sup>

### 3.3.3 Effektiviteten

Antalet smittade med gonorré ökade under Lex Veneris tid och det uppkom diskussioner om behovet av lagen. Utredarna ansåg att behovet fanns, inte minst på grund av nödvändigheten att de sjuka kom under behandling så de slutade vara smittförande och smittkällorna undersöktes. Detta skulle inte kunna göras på frivillig väg.<sup>43</sup>

Bekämpandet av sexuellt överförbara sjukdomar skedde huvudsakligen i två delar, dels genom beredande av vård och ökad tillgång till vård och dels genom sanitära och straffrättsliga tvångsåtgärder mot de smittade och de som befarades vara smittade.<sup>44</sup> Tvångsåtgärderna uppmärksammades även utomlands för dess effektivitet. År 1935 startade borgmästaren i New York en kommitté som skulle undersöka det låga smittoantalet av könssjukdomar i Europa och borgmästaren blev särskild imponerad av det svenska systemet med högt utbildade läkare, gratis sjukvård, obligatorisk anmälningsplikt och smittosparning. Den brittiska medicintidskriften *The Lancet* skrev en artikel om undersökningen där de istället kritiserade det svenska systemet och jämförde det med att ”använda käppen” och ”uppfostra de lata”. De ansåg att kontaktsparning var ett fascistiskt kontrollmedel då både Italien och Tyskland använde sig av systemet.<sup>45</sup>

## 3.4 Den första smittskyddslagen

### 3.4.1 Syftet med lagen

År 1963 anordnades ett symposium i Stockholm med deltagare från WHO och 21 europeiska länder med fokus på att skärpa lagstiftningen kring de sexuellt överförbara sjukdomarna. I slutet av 1960-talet hade alla europeiska länder, förutom England och Holland, infört en lag på smittskyddsområdet kring de sexuellt överförbara sjukdomarna.<sup>46</sup> Även Sverige hade ett omfattande reformarbete och resultatet av granskningen blev 1968 års smittskyddslag<sup>47</sup> som ersatte Lex Veneris.<sup>48</sup>

Huvudprincipen för den nya lagstiftningen var att det inte skulle vara den enskildes ansvar om han ville söka läkarvård och vilken typ av vård han ville söka. Detta för att det var ett gemensamt intresse för alla medborgare

---

<sup>42</sup> Lundberg, s 23.

<sup>43</sup> Prop. 1968:36, s 27.

<sup>44</sup> Prop. 1918:154, s 15.

<sup>45</sup> Lundberg, s 23.

<sup>46</sup> SOU 1966:50, s 43.

<sup>47</sup> Smittskyddslag (1968:231)

<sup>48</sup> Leijonhufvud, s 27.

att de sexuellt överförbara sjukdomarna bekämpades. Utredarna såg det som klart att samhället kunde kräva att den enskilde underkastade sig den vård som var medicinsk påkallad så att han upphörde att vara smittförande. Även den uppgivna källan behövde underkasta sig undersökning. Båda kraven krävde ny lagstiftning för att kunna realiseras. Utredarna visade på att undersökning och behandling kunde ske på frivillig väg men inte i tillräcklig omfattning. De smittade bestod i stor grad av prostituerade och andra asociala som i allmänhet var mindre benägna att frivilligt söka vård ansågs det.<sup>49</sup>

### **3.4.2 Lagens utformning**

Lagen gjorde skillnad mellan allmänfarliga sjukdomar och sexuellt överförbara sjukdomar. De som trodde sig lida av en sexuellt överförbar sjukdom var skyldig att låta undersöka sig och därefter bli behandlad. Undersökningar, provtagningar och behandling kunde ske mot den smittades vilja. Den smittade var även skyldig att följa läkarens föreskrifter om smittoförhindring och om den smittade underlät något av detta så kunde han tvångsintas på sjukhus. Läkaren skulle smittospåra och utpekade personer var skyldiga att gå till läkaren för undersökning.<sup>50</sup> Ingripandena kunde ses som allvarligare hos en person smittad med en sexuellt överförbar sjukdom än hos en person smittad av annan sjukdom. Detta för att den sexuellt smittade oftast var fullt arbetsför och sällan sjuk i vanlig mening. De sexuellt smittade som inte själva insjuknade ville sällan underkasta sig ingripande vård utan lagstiftade tvångsmedel. Lagen var därför väsentlig.<sup>51</sup>

### **3.4.3 Effektiviteten**

Efter andra världskriget minskade antalet syfilisinfekterade drastiskt då penicillinet kom och på 1950-talet minskade antalet smittade ytterligare till ca 100 personer per år. Men på 1960-talet ökade antalet återigen till ca 300-400 personer per år. Detta kan kopplas ihop med den sexuella frigörelsen och introduktionen av p-pillret.<sup>52</sup>

---

<sup>49</sup> SOU 1966:50, s 42ff.

<sup>50</sup> Leijonhufvud, s 27.

<sup>51</sup> Prop. 1968:36, s 26.

<sup>52</sup> SOU 2004:13, s 170.

## 4 HIV/AIDS i världen

### 4.1 Kort beskrivning av HIV/AIDS

Det finns flera sätt att infekteras med HIV men de tre huvudgrupper bland de smittade är; de som smittats genom sexuella kontakter, de som smittats via sprutmissbruk och de som smittats via blodtransfusioner. Virusets DNA finns framförallt i blodet men även i andra kroppsvätskor som saliv, sperma och bröstmjök.<sup>53</sup>

Vid en HIV-infektion överförs virusets DNA till vår egen arvs massa vilket gör att våra egna celler börjar producera HIV. En person som en gång fått HIV kommer förbli infekterad livet ut och en person kan bli smittad igen av en annan HIV-typ. Virusets angriper särskilt kroppens immunförsvar och T-celler och förlusten av immunförsvar leder obehandlat till AIDS. AIDS är benämningen på infektionens slutskede när kroppen slutar producera nya T-celler. I vissa, obehandlade fall dröjer det endast ett par år från att personen infekteras med HIV till denne utvecklar AIDS, och i vissa fall kan det dröja uppemot 20 år innan detta sker. Utvecklingstiden är individuell och ingen vet varför vissa insjuknar i AIDS tidigare än andra.<sup>54</sup>

På 1980-talet var MSM den största smittogruppen. Även kvinnor kunde smittas sexuellt men då oftast av en person som befann sig i en av smittogrupperna.<sup>55</sup> På senare år har dock antalet smittade MSM minskat och år 2010 var heterosexuella kontakter den största smittogruppen.<sup>56</sup>

Spridningen är inte enbart en medicinsk fråga utan även olika samhällsfaktorerna och beteenden påverkar spridningen. Bieffekter av mediciner påverkar behandlingen och dagens bromsmediciner har inte använts med än 20 år och ingen vet om viruset i framtiden kommer bli resistent eller motståndskraftigt.<sup>57</sup>

### 4.2 De första rapporterna om HIV/AIDS

Frågan om HIV-virusets ursprung har varit omstritt. Idag är de flesta forskare överens om att viruset ursprungligen kom från schimpanser och överfördes till människor på 1930-talet i området kring Kamerun och Kongo-Kinshasa. Tack vare sparade blodprover har man kunnat konstatera ett fall av HIV hos en man i Kongo-Kinshasa från 1959.<sup>58</sup>

---

<sup>53</sup> SOU 1985:37, s 61.

<sup>54</sup> Kallings, s 44f.

<sup>55</sup> SOU 1985:37, s 62. Bland de övriga större smittoriskerna finns blödarsjuka som smittats genom blodplasmaproducter och barn som smittats genom förlossning eller amning av HIV-infekterad moder.

<sup>56</sup> <http://www.smittskyddsinstutet.se/statistik/hivinfektion>, den 13 februari 2013 kl:14:20.

<sup>57</sup> Smittskyddsinstutet, s 7.

<sup>58</sup> <http://www.svt.se/smittad/historik>, 16 april 2013 kl:16:00.

På 1950-talet upptäcktes flera fall med sjukdomsförlopp med starka likheter med vad vi nu vet är AIDS. Då visste man inte vilken typ av sjukdom det handlade om och personerna dog under smärtsamma förhållanden.<sup>59</sup>

I november år 1980 upptäckte läkaren Michael Gottlieb ett märkligt fall där en 31-årig man hade en ovanlig form av lunginflammation som annars endast förekom hos personer med mycket svår immunbrist. Under de närmsta månaderna upptäckte Gottlieb ytterligare fyra fall av lunginflammationen. Gottlieb publicerade upptäckten i New England Journal of Medicine och när nyheten når svensk radio hade redan 200 personer dött i sjukdomen och två nya fall diagnostiserades varje dag i USA.<sup>60</sup>

De smittade drabbades av lunginflammation, svampangrepp, parasiter och tumörsjukdomen Kaposi sarkom, som annars oftast drabbar äldre män i medelhavsområdet. Det nya sjukdomstillståndet med immunbrist kom först att benämnas GRID då det till en början endast drabbade homosexuella män.<sup>61</sup>

I början av 1980-talet spreds hiv bland MSM i det sexualliberala området Castro i San Fransisco. En manlig flygvård troddes först vara källan till smittspridningen i San Fransisco då ett stort antal av de diagnostiserade haft sexuella kontakter med honom. Han fick namnet Patient Zero. Numera vet man att han inte var ensam om att ovetandes sprida smittan.<sup>62</sup>

### 4.3 HIV idag

Idag lever ca 34 miljoner människor med HIV runt om i världen. Ca 6,900 människor smittas med HIV dagligen, motsvarande 2,5 miljoner nysmittade varje år.<sup>63</sup>

Bromsmedicinerna kom år 1996 och sedan dess är det ovanligt att personer insjuknar i AIDS i västvärlden då medicinerna hindrar sjukdomens framfart så pass mycket att patienten kan leva ett relativt normalt liv utan att utveckla AIDS.<sup>64</sup> Trots det dör ca 4,700 personer dagligen runt om i världen, främst i utvecklingsländer, vilket motsvarar 1,7 miljoner personer varje år.<sup>65</sup>

---

<sup>59</sup> Kallings, s 23.

<sup>60</sup> HIV-Skräcken, tid 2:00.

<sup>61</sup> Kallings, s 40.

<sup>62</sup> <http://www.svt.se/smittad/historik>, 16 april 2013 kl:08:30.

<sup>63</sup> [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_FactSheet\\_Global\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_FactSheet_Global_en.pdf), 13 mars 2013 kl:17:00.

<sup>64</sup> [http://www.noaksark.org/fakta/fakta\\_behandling.asp](http://www.noaksark.org/fakta/fakta_behandling.asp), 2 maj 2013 kl:11:30.

<sup>65</sup> [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_FactSheet\\_Global\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_FactSheet_Global_en.pdf), 13 mars 2013 kl:17:20.

## 5 När HIV/AIDS kom till Sverige

### 5.1 Stämningen i Sverige på 1980-talet

1980-talet kantades av en stark hotbild i Sverige. Kalla kriget pågick och världen kom närmare ett kärnvapenkrig än vad man hade gjort sedan Kuba-krisen 1962. Det rådde en ”ubåtshysteri” i landet efter ett flertal kränkningar från Sovjetunionen av svenskt vatten. Spänningarna mellan NATO och Warsawa-pakten påverkade Sverige i allra högsta grad och förvirring, osäkerhet och oerfarenhet rådde i landet då läget inte hade varit så allvarligt sedan andra världskriget.<sup>66</sup>

Tjernobylyolyckan i Ukraina april 1986 ledde till att många började oroa sig för strålning och hälsoeffekterna av strålningen trots att den svenska befolkningen utsattes ytterst lite.<sup>67</sup>

Tiden kan ses som en blandning mellan framsteg och apokalyps där AIDS var dolt men ändå närvarande, jämförbart med radioaktiv strålning.<sup>68</sup>

### 5.2 De första smittade patienterna

I oktober 1982 diagnostiserades det första AIDS-fallet i Sverige på Roslagstulls sjukhus i Stockholm. Det var en norrmann som togs emot av läkaren PehrOlov Pehrson<sup>69</sup>. Pehrson var specialist på tropiska tarmsjukdomar och kände igen symptomen av AIDS från amerikanska medicintidningar. Ett år senare, i augusti 1983 dog den första patienten i AIDS. Det var inte norrmannen utan en annan man.<sup>70</sup>

Rykten började cirkulera om ”bögpesten” som fanns i Amerika. De tre grupperna som drabbades var homosexuella män, narkomaner och invandrare från Haiti. I Sverige trodde många att om de inte hade varit i USA så var det ingen risk att de kunde bli smittade.<sup>71</sup>

År 1984 kunde forskare börja HIV-testa sparade blodprover från MSM patienter i Stockholm med lymfkörtelsvullnad (som ansågs vara ett förstadium till AIDS) och resultatet var alarmerande. Provresultaten bekräftade farhågorna att det pågick en HIV-epidemi bland Stockholm MSM. 1986 öppnade en särskild vårdavdelning vid Roslagstulls sjukhus för HIV/AIDS-patienter.<sup>72</sup>

---

<sup>66</sup> SOU 2001:85, s 36f.

<sup>67</sup> SSI Rapport 2001:07, s 5ff.

<sup>68</sup> Intervju med David Thorsén, forskare, i dokumentärfilmen Smittad, tid 1:00.

<sup>69</sup> PehrOlov Pehrson – infektionsläkare på Roslagstulls sjukhus och senare på HIV-kliniken på Huddinge sjukhus.

<sup>70</sup> <http://www.svt.se/smittad/de-forsta-aren>, 16 april 2013 kl:09:30.

<sup>71</sup> HIV-Skräcken, tid 4:00.

<sup>72</sup> Kallings, s 103f.

## 5.3 Inget intresse av media initialt

Inger Attestam var den första svenska journalisten som uppmärksammade den nya sjukdomen. Hon hade läst i New England Journal of Medicine om en ny sjukdom som hittats hos sex tidigare friska och unga homosexuella män i USA. Inger ville skriva om detta i Svenska Dagbladet där hon jobbade men fick berättat för sig att SvD:s läsarkrets inte skulle vara intresserade av ett sådant ämne. Efter tre månader, den 3 februari 1982, publicerades till slut hennes artikel (se Bilaga A).

Personerna som smittades av HIV/AIDS var redan en utsatt grupp i samhället. Det var MSM, intravenösa missbrukare och blödarsjuka. Ingen av dessa grupper ansågs vara särskilt viktiga vilket gjorde att media inte var intresserade av att uppmärksamma nyheten.<sup>73</sup>

## 5.4 Den första paniken

I mitten av 1980-talet kunde ingen förutse hur AIDS-situationen skulle utvecklas och många föreställde sig det värsta. År 1985 förutspådde utredarna att den snabba ökningen av antalet HIV-smittade skulle fortsätta i samma takt som den gjorde i början av 1980-talet och de trodde att cirka 100,000 personer skulle varit smittade vid 1980-talets slut.<sup>74</sup>

I en artikel i Svenska Dagbladet den 10 nov 1983 spådde journalisten att det vid sekelskiftet sammanlagd skulle finnas 1,3 miljoner AIDS-fall i Sverige varav cirka 650,000 redan skulle ha avlidit.<sup>75</sup>

Det fanns diskussioner om de smittade ansågs botade om de inte utvecklade AIDS inom fem, sex år från smittotillfället eller om viruset bara låg latent i kroppen under tiden.<sup>76</sup>

När norrmannens prover skulle analyseras ville inte labbet handskas med blodet vilket gjorde att norrmannen aldrig fick någon klar diagnos. Endast ett fåtal personer ville jobba med de sjuka. I börjar var det endast två läkare och en sjuksköterska som hade hand om alla patienter. I ett fall var personalen så rädd att en sjuk man fick vänta i ett helt år innan han fick vård.<sup>77</sup>

Patienterna vårdades i isoleringsrum där personalen fick passera genom luftslussar för att komma in till patienten. Vissa av personalen ville inte närma sig patienten och lämnade därför mat och mediciner i luftslussen för honom att hämta.<sup>78</sup>

De avlidna lades i svarta sopsäckar som tvättades med decifiktionsmedel som sedan lades en plåtkista som skruvades igen och tvättades. Kistorna bars sedan ut genom fönstren för att inte passera fler människor än nödvändigt.<sup>79</sup> (Se Bilaga B).

---

<sup>73</sup> Intervju med Inger Attestam, undersköterska, i dokumentärfilmen Smittad, min 7:00.

<sup>74</sup> SOU 1985:37, s 66.

<sup>75</sup> Kallings, s 129. Artikeln har ej gått att hitta och jag har därför litat på Kallings hänvisning.

<sup>76</sup> SOU 1985:37, s 62.

<sup>77</sup> HIV-Skräcken, tid 8:00.

<sup>78</sup> Intervju med PerhOlov Pehrson, läkare, i dokumentärfilmen Smittad, tid 20:00.

<sup>79</sup> Intervju med Kerttu Stuesson, undersköterska, i dokumentärfilmen Smittad, tid 47:00.



Platser där personer smittade med HIV hade suttit tvättades med starka kemikalier och polismän satte platspåsar på HIV-smittade personer som omhändertogs så de inte skulle kunna spotta i protest.<sup>80</sup>

I TV och media pratades det om att ”vanliga” människor kunde bli smittade genom läckage från homosexuella och att ”Svensson på gatan kan råka illa ut”. I en intervju med en polis säger han att han ansåg att det var en sak om de prostituerade tjejerna var smittade med de kunde ju smitta andra människor med HIV.<sup>81</sup>

Klimatet i Sverige vid tidpunkten gjorde att extrema uttalanden mottogs utan skepsis. Biträdande överläkare i Lund, Jonas Blomgren, ansåg att AIDS-sjuka skulle tatueras i armhålan så att det skulle vara enklare att identifiera dem. De sjukas integritet var i detta fall mindre värt än de friskas frihet ansåg han. Lita Tibbling, biträdande professor vid Universitetssjukhuset i Lund ville tvångstesta alla personer över 15 år för HIV två gånger per år. Var provet positivt skulle de smittade isoleras i särskilda AIDS-samhällen. Hon menade att den enda anledningen till att folk opponerade sig mot förslaget var för att sjukdomen var kopplad till den sexuella driften. Deras förslag väckte stor uppmärksamhet men fick inget större gehör.<sup>82</sup>

## 5.5 Realiteten

Mellan 1988 och 2000 blev ca 250 personer om året nyinfekterade med HIV. Sedan år 2000 ökade antalet nyinfekterade till ca 400 personer årligen. Majoriteten av de smittade har blivit infekterade utomlands innan ankomst till Sverige. Knappt hälften av de rapporterade inhemska fallen består av MSM.<sup>83</sup>

Vid år 2012 hade totalt ca 10,000 fall av HIV rapporterats i Sverige. Fram till och med 2010 har totalt 2346 aids-fall rapporterats i Sverige varav 2045 av dessa har avlidit.<sup>84</sup>

Sedan år 1996 har rapporterade AIDS-fall minskat drastiskt på grund av brosmsmedicinernas effektivitet. Ca hälften av personer som insjuknar har varit så kallade ”late testers”, det vill säga att personen fått diagnosen AIDS mindre än 90 dagar efter att HIV-diagnosen getts. Brosmsmedicinerna har då satts in så pass sent att AIDS inte har kunnat förhindras.<sup>85</sup>

Ca 2-3 % av den svenska befolkningen anser sig själva löpa en risk att smittas med HIV. Ca 5 % av tonåringar anser sig ligga i riskzonen, detta trots att HIV till största delen smittar personer äldre än 25 år. Siffrorna har varit relativt oförändrade sedan år 1987, men däremot har engagemanget för

---

<sup>80</sup> HIV-Skräcken, tid 35:30.

<sup>81</sup> Exempel från tv-program och intervjuer i dokumentärfilmen Smittad, tid 33:30.

<sup>82</sup> HIV-Skräcken, tid 30:00.

<sup>83</sup> Herlitz, s 10f samt Smittskyddsinstitutet, s 6.

<sup>84</sup> Under de senare åren har majoriteten av de sexuellt smittade blivit HIV-infekterade utomlands eller innan ankomst till Sverige. Den inhemska spridningen har därför varit ännu mindre. Detsamma gäller AIDS-fallen, där den absoluta majoriteten av de insjuknade har en framskriden sjukdom innan ankomst till Sverige.

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hivinfektion/>, 13 februari 2013 kl:14:00.

<sup>85</sup> Herlitz, s 10f samt Smittskyddsinstitutet, s 6.

HIV-frågor minskat drastiskt sedan 1980-talet. Numera diskuterar lägre andel människor HIV/AIDS och säkrare sex med vänner och bekanta.<sup>86</sup>

## 5.6 Fördomande reaktioner

De första reaktionerna i väst var fördomande av de homosexuellas promiskuitet och prostituerade och injektionsmissbrukares livsstil. Många tyckte att de hade sig själva att skyllas för att ha drabbats av ”bögpesten”. Folkmassan var rädd för att ”oskyldiga” skulle smittas genom badbassänger, myggbett, kramar, nattvardskalken eller vanligt socialt umgänge.<sup>87</sup>

I Sverige tog myndigheterna inget initiativ i början och pressen sökte därför svar hos RFSL om vad förbundet planerade att göra för att hindra smittan.<sup>88</sup>

I ett försök att samordna världen i kampen mot sjukdomen hölls den 12 juni 1988 världens fjärde internationella AIDS-konferens i Stockholm. Ingvar Carlsson, statsminister vid tidpunkten, höll tal som homorörelsen uppfattade som kontraproduktivt. Han talade om att spridningen av HTLV-III skulle motarbetas, i synnerhet skulle spridningen från de olika riskgrupperna till den allmänna befolkningen hindras.

Logotypen för konferensen bestod av en man, en kvinna och ett barn omringat av ett HIV-virus. (Se Bilaga C) Detta uppfattades av homorörelsen som att temat för konferensen var att skydda de heterosexuella från AIDS.<sup>89</sup>

Tanken med bilden var egentligen att inkludera även heterosexuella personer och poängtera att AIDS inte enbart drabbade homosexuella.<sup>90</sup>

---

<sup>86</sup> Herlitz, s 7.

<sup>87</sup> Kallings, s 35.

<sup>88</sup> Andreasson m.fl, s 230.

<sup>89</sup> Andreasson m.fl., s 228f.

<sup>90</sup> <http://www.smittskyddsinstitutet.se/100ar/viktiga-artal/1988/>, 19 april 2013 kl:21:30.

## 6 Åtgärder riktade mot män som har sex med män

### 6.1 AIDS-delegationen

År 1985 inrättade regeringen AIDS-delegationen med representanter från regeringskansliet, samtliga riksdagspartier, berörda myndigheter, landsting och kommuner för råd.<sup>91</sup>

Gertrud Sigurdsen (sjukvårdsminister år 1982-85 samt socialminister år 1985-89) blev delegationens ordförande. RFSL ville ingå i delegationens styrelse men nekades, de ingick istället i två av referensgrupperna; organisationsgruppen samt informationsgruppen.

AIDS-delegationen ville att HTLV-III skulle ingå i de sexuellt överförbara sjukdomarna i Smittskyddslagen vilket då hade möjliggjort de tvångsåtgärder som fanns i lagen. Förslaget drevs igenom utan referensgruppernas utlåtande vilket medlemmarna i RFSL blev upprörda över. Delegationen anlät 1987 reklambyrå Ted Bates för att utforma informationsmaterial för att upplysa allmänheten om AIDS-risken. Materialet sågs av många homosexuella som skräckpropaganda med fördomsfulla och negativa beskrivningar av homosexuellt sex. (Se Bilaga D)<sup>92</sup>

### 6.2 Bastuklubbslagen

Bastuklubbar var en relativt sen företeelse i Sverige som började på 1970-talet. De fanns till största delen i storstäderna och i mitten av 1980-talet fanns tio stycken registrerade. Hur många oregistrerade klubbar det fanns vet man inte. Klubbarna skiljde sig från andra mötesplatser för MSM då de inriktade sig på tillfälliga, anonyma sexuella kontakter i miljöer med bastur, videofilmer och enskilda utrymmen.<sup>93</sup>

Under hösten 1986 påbörjades en uppmärksam debatt i media angående bastuklubbarna. Peter Bratt skrev ett antal artiklar där budskapet var att politikerna borde stänga klubbarna då det skedde ohälsosamma saker där. Andra tidningar hakade på och en mediestorm utbröt där rubriker som ”Stoppa smitthärdarna”, ”Här får man sprida aids”, ”Stäng aidsbordellerna” avlöste varandra.<sup>94</sup>

AIDS-delegationen ansåg att bastuklubbarna var en stor risk i spridningen av HTLV-III och att verksamheten inte skulle få fortgå enligt smittskyddssynpunkt. Omedelbara åtgärder var nödvändiga för att hindra

<sup>91</sup> <http://www.smittskyddsinstitutet.se/100ar/viktiga-artal/1988>, 19 april 2013 kl:10:40.

<sup>92</sup> Andreasson m.fl., 233f.

<sup>93</sup> Prop. 1986/87:149, s 4.

<sup>94</sup> Andreasson m.fl., s 236ff. Peter Bratts artikel har ej gått att finna men jag litar på att Andreasson m.fl:s hänvisning är korrekt då flera andra har refererat till nämnda artiklar. Se t.ex. [http://www.rfsl.se/public/kom\\_ut\\_02\\_12.pdf](http://www.rfsl.se/public/kom_ut_02_12.pdf), s 22, 19 april 2013 kl:11:00. samt <http://www.sydsvenskan.se/kultur--nojen/forst-av-allt-ar-karleken/>, båda artiklarna 19 april 2013 kl:11:45.

fortsatt smitta. Det konstaterades att ett förbud inte skulle kunna genomföras med gällande lag och att ytterligare lagstiftning krävdes. AIDS-delegationen stödde förslaget och ansåg att ett förbud var angeläget.<sup>95</sup> Resultatet av förslaget blev Bastuklubbslagen.<sup>96</sup>

### 6.2.1 Nödvändig inskränkning

BkL inskränkte mötesfriheten i 2 kap RF som definieras som en frihet att anordna och bevista sammankomster för upplysningar, meningsyttringar eller liknande syfte eller för framförande av konstnärligt verk. Vid en granskning av lagförslaget uttalade Lagrådet att det inte kunde vara uteslutet att förslaget i vissa avseenden innebar en begränsning av mötesfriheten. Det var därför viktigt att förbudet var avgränsat så klart som möjligt.<sup>97</sup> Utredarna och AIDS-delegationen ansåg att det var nödvändigt att skyndsamt inskränka mötesfriheten för att stoppa spridningen av HTLV-III. Det var så skyndsamt att utredarna ansåg att ett vanligt remissförfarande skulle ta för lång tid. Socialdepartementet anordnade istället en så kallad hearing i mars 1987. De inbjudna erbjöds där framföra sina åsikter angående lagförslaget.<sup>98</sup>

Det kom upp två förslag på rättsliga åtgärder för att förhindra vidare smittoföring. Det ena förslaget var att i det enskilda fallet, genom förelägganden, förändra verksamheten på klubbarna så att den kunde godtas från smittoskyddssynpunkt. Fördelen med den lösningen var att den epidemiologiska grunden för inskränkandet skulle komma till uttryck. Problemet med de enskilda föreläggandena var de praktiska svårigheterna med exempelvis tillsynen av verksamheterna. Förslaget som istället infördes var en generell kriminalisering av verksamheten genom ett straffsanktionerat förbud.<sup>99</sup>

BkL föreskrev ett förbud mot tillställningar och sammankomster till vilka allmänheten hade tillträde om sammankomstens och lokalens utformning, inredning eller beskaftenheter i övrigt var särskilt ägnat att underlätta för besökarna att ha sexuellt umgänge.

### 6.2.2 Ovanligt förbud

I Norden är Sverige ensamt om att ha haft ett förbud mot bastuklubbar. I Norge kunde fyra till fem personer konstateras ha smittats på en bastuklubb men utredarna i Norge ansåg att bastuklubbarna inte hade någon central roll i epidemin då personer hade oskyddats sex även på andra ställen (parker, offentliga toaletter, nattklubbar etc.). I Danmark lades inget fokus på smittspridning så data vad gäller bastuklubbar fördes aldrig och i Finland hade en självsanering lett till att endast ett fåtal bastuklubbar fanns kvar på 1980- och 1990-tal.<sup>100</sup>

---

<sup>95</sup> Prop. 1986/87:149, s 5f.

<sup>96</sup> Lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter.

<sup>97</sup> Prop. 2003/04:30, s 187 samt Prop. 1986/87:149, s 6.

<sup>98</sup> Prop. 1986/87:149, s 7.

<sup>99</sup> Prop. 2003/04:30, s 186.

<sup>100</sup> SOU 1999:51, s 198 samt Prop. 2003/04:30, s 187.

I San Fransisco, USA stängdes den amerikanska motsvarigheten till bastuklubbar, badhusen, redan 1984 trots kraftiga protester från gay-rörelsen. Badhusen sågs som viktiga symboler för den sexuella frigörelsen och smittskyddschefen i San Fransisco mottog så många dödshot efter förbudet att han bar skottsäker väst i fyra månader. I Los Angeles däremot stängdes aldrig badhusen. En undersökning från 2004 visade att antalet nydiagnostiserade HIV-smittade i USA var sju gånger högre hos MSM som besökte badhusen än hos MSM som inte gjorde det.<sup>101</sup>

### 6.2.3 Effektiviteten

Polismyndigheten i Stockholm är de som främst tillämpade BkL och de gjorde ett antal årliga kontroller av lokaler som misstänktes bryta mot förbudet. Endast ett fåtal av kontrollerna ledde till åtal. Någon statistik på antalet smittade på bastuklubbar finns inte men genom smittspårningen framkom att flera av de smittade MSM hade haft sexuella kontakter på klubbarna.

Uppgifter från sjukhuskliniker i Stockholmsområdet visar att MSM uppgett sexuella kontakter på klubbarna som anledning till testning och också som möjlig smittkälla. Då ingen officiell statistik på bastuklubbarnas del i smittospridningen gjorts, finns heller ingen dokumentation på förbudets effektivitet. Beteendet med oskyddat sex som förekom på klubbarna med anonyma och tillfälliga kontakter förekom också på andra ställen där det inte fanns möjlighet att ingripa med BkL.<sup>102</sup>

Då den efterstävade effekten ur smittskyddssynpunkt inte kunde påvisas ansåg regeringen att det inte längre var motiverat att behålla totalförbudet mot klubbarna och BkL upphävdes därför den sista juni 2004. I och med upphävandet försvann även inskränkningen av mötesfriheten.<sup>103</sup>

## 6.3 Den andra smittskyddslagen

### 6.3.1 Syftet med lagen

När HIV/AIDS kom till Sverige upptäcktes brister i hälso- och sjukvårdslagstiftningen och problem uppkom när varken den straffrättsliga lagstiftningen eller SmL I kunde användas på ett effektivt sätt för att hindra smittspridning när den smittade vägrade vård. I propositionen till den nya lagen påpekades dock att smittskyddarbetet skulle grundas på frivillighet och respekt för den enskildes integritet. Det poängterades att den enskildes integritet så långt möjligt skulle värnas men det fick heller inte undanskymma samhällets rätt till skydd mot allvarliga smittsamma sjukdomar.<sup>104</sup>

---

<sup>101</sup> Kallings, s 128.

<sup>102</sup> Prop. 2003/04:30, s 187.

<sup>103</sup> Prop. 2003/04:30, s 187 samt SFS 2004:177.

<sup>104</sup> Prop. 1988/89:5, s 26ff.

Den nya SmL II<sup>105</sup> syfte var att skydda Sveriges befolkning mot smittsamma sjukdomar. Till skillnad från den tidigare SmL I omfattade 1988 års lag alla smittsamma sjukdomar.<sup>106</sup> En av grundprinciperna i lagen var att det aldrig skulle vara upp till den enskilde att själv avgöra när han skulle söka läkarvård.<sup>107</sup>

För att effektivt kunna hindra smittospridning krävdes ett enhetligt system i hela landet och den nya SmL II erbjöd ett rapporteringssystem som saknades i tidigare hälso- och sjukvårdslagstiftning. I propositionen ansåg man att endast behandling av de smittade och sjuka sällan kunde förhindra vidare smitta. Åtgärderna skulle därför utformas på ett sätt där människors beteenden inkluderades för att hindra smittospridning. Att bryta en smittkedja kunde gå till på flera sätt; att bota de smittade, att förhindra kontakt mellan smittade och friska samt förstöra smittosamt livsmedel etc.<sup>108</sup>

### **6.3.2 Lagens utformning**

Lagen skiljde på de sjukdomar som utgjorde ett större och mer allvarligt hot mot befolkningens hälsa (sammanslagda sjukdomar) och de övriga sjukdomarna som inte ansågs vara så allvarliga (andra anmälningspliktiga sjukdomar).<sup>109</sup> Riksdagen bestämde vilka sjukdomar som skulle ses som samhällsfarliga och regeringen avgjorde vilka av de övriga som skulle vara anmälningspliktiga. Någon särreglering för sexuellt överförbara sjukdomar fanns inte.<sup>110</sup> HIV räknades som en av de samhällsfarliga sjukdomarna.<sup>111</sup> Vid tillfället för lagstiftningen fanns inga effektiva mediciner mot HIV men lagstiftarna ansåg inte att HIV behövde skiljas från de övriga samhällsfarliga sjukdomarna.<sup>112</sup>

#### **6.3.2.1 Den enskildes rättigheter och skyldigheter**

En person som hade anledning att anta att han var smittad hade rätt till anonym provtagning om han så önskade. Rätten till anonymitet slutade dock gälla om provet visade sig vara positivt. Den smittade hade rätt att få sina förhållningsregler prövade av smittskyddsläkaren om han inte var nöjd med dem. Någon formell överklagan var inte möjlig men smittskyddsläkaren kunde gå in och ändra, upphäva eller lägga till saker i reglerna.<sup>113</sup> Den smittade hade även rätt till gratis undersökningar, vård, behandling och läkemedel.

Den enskilde var enligt 13 § skyldig att utan dröjsmål söka läkare om han kunde anta att han var smittad av en samhällsfarlig sjukdom. Läkaren skulle

---

<sup>105</sup> Smittskyddslag (1988:1472).

<sup>106</sup> Socialstyrelsens föreskrifter, s 9.

<sup>107</sup> Prop. 1988/89:5, s 26.

<sup>108</sup> Prop. 1988/89:5, s 26.

<sup>109</sup> Socialstyrelsens föreskrifter, s 9.

<sup>110</sup> SOU 2003:83, s 37.

<sup>111</sup> Se kategori 1.3 i bilagan till lagen.

<sup>112</sup> Prop. 1988/89:5, s 28.

<sup>113</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, s 10f.

då utföra de undersökningar och provtagningar som krävdes. Den smittade var sedan skyldig att följa de anvisningar och förhållningsregler som läkaren ordinerat.

Den smittade var även enligt 14 § skyldig att medverka till smittosporning och lämna upplysningar om varifrån smittan kunde ha kommit och till vem han kunde ha fört den vidare.

### **6.3.2.2 Tvångsundersökning**

Om någon som skulle undersöka sig inte gjorde det kunde smittskyddsläkaren besluta om tvångsundersökning enligt 36 §. En person hade anledning att anta att han var smittad om han t.ex. uppvisade symptom på en samhällsfarlig sjukdom, befunnit sig i en situation där risken var stor för smitta, då någon lämnat ett påstående om smitta som verkade trovärdigt eller då en läkare på medicinska grunder ansåg att han hade anledning att anta att han blivit smittad och underrättat personen om detta.

En särskild livsföring, exempelvis MSM, var i sig inte en tillräcklig grund för skyldighet att testa sig.<sup>114</sup>

Det var inte den smittades egen uppfattning om huruvida han var smittad eller inte som var avgörande ifall han skulle testa sig. Det var en ansvarig läkare som på medicinska grunder beslutade om en person var skyldig att testa sig och på uppmaning av läkaren inträdde således skyldigheten att uppsöka läkare.<sup>115</sup>

Den misstänkt smittade skulle ha haft tillfälle att låta undersöka sig och tvångsundersökning skulle endast beslutas om den misstänkt smittade inte frivilligt gick med på undersökning.<sup>116</sup> Smittskyddsläkaren kunde begära polishandräckning om läkaren bedömde att det behövdes för att se till att undersökningen blev av.<sup>117</sup> Ett beslut om tvångsundersökning kunde inte överklagas.<sup>118</sup>

### **6.3.2.3 Tillfälligt omhändertagande**

Smittskyddsläkaren fick enligt 37 § tillfälligt omhänderta en person, under vissa förutsättningar, i högst sju dagar om smittskyddsläkaren ansåg att det behövdes för att hindra smittospridning.

Detta var dock inte tillämpligt för HIV utan endast sjukdomar listade under kategori 1.1 och 1.2 i bilagan till lagen.<sup>119</sup>

### **6.3.2.4 Tvångsisolering**

På ansökan av smittskyddsläkaren kunde länsrätten enligt 38 § SmL II som yttersta åtgärd besluta om tvångsisolering av den smittade. Detta gjordes om den smittade inte frivilligt medverkade till åtgärder för att hindra smittospridning eller om det fanns grundad anledning att anta att han inte följde läkarens förhållningsregler. Handlingarna skulle också innebära en uppenbar risk för smittospridning för att vara giltigt skäl för tvångsisolering.

<sup>114</sup> SOU 2003:83, s 38 samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, s 11f.

<sup>115</sup> Prop. 1988/89:5, s 52.

<sup>116</sup> NJA II 1988 s 525.

<sup>117</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, s 34.

<sup>118</sup> SOU 2003:83, s 39.

<sup>119</sup> 37 § avser endast de samhällsfarliga sjukdomar listade under kategori 1.1 samt 1.2 i bilagan till lagen. HIV är som tidigare nämnt listad under kategori 1.3.

Tvångsisolering kunde endast bli aktuell under tiden sjukdomen fortfarande var smittsam.<sup>120</sup>

Risken för smittospridning baserades på sjukdomens smittsamhet samt den smittade personens personliga förhållanden. Tvångsisolering blev aldrig aktuellt om den smittade frivilligt gick med på behandling.

Till skillnad från de flesta andra samhällsfarliga sjukdomarna kan HIV-smittade inte botas och de kommer alltid förbli smittsamma. De flesta andra smittsamma sjukdomarna kunde behandlas i hemmet så smittspridning förhindrades och det var bara i undantagsfall behandling på sjukhus var nödvändigt.

Majoriteten av de smittade ville bli behandlade och det var bara i yttersta undantagsfall en smittad vägrade låta sig behandlas och tvångsisolering blev aktuellt.<sup>121</sup>

Tvångsisoleringen fick pågå i högst tre månader. Dock kunde smittskyddsläkaren ansöka om förlängning med högst sex månader i taget hos länsrätten. Isoleringen skulle fortsätta så länge det fanns risk att den smittade spred smittan vidare. När sådana förutsättningar inte längre förelåg skulle isoleringen upphöra. Längden på isoleringen berodde alltså till stor del på den smittades egen inställning till sin situation. Den intagna fick efter begäran få upphävning av isoleringen prövad av smittskyddsläkaren. Om ansökan avsågs kunde den intagna ansöka igen vid ett senare tillfälle.<sup>122</sup>

Genomsnittslängden för isoleringen var mellan fem och nio månader. I ett fall har isoleringstiden uppmätts till sju år och sex månader. Anledningen till det är att sjukdomen inte var botbar och personen var mycket vårdkrävande och saknade insikt om sitt sjukdomstillstånd. Ofta var de isolerade personerna skadade av missbruk eller psykiskt sjuka.<sup>123</sup>

Överläkaren vid den intagnes enhet ansvarade för att förhållandena på sjukhuset var så pass ordnade att den intagne inte kunde avvika. Dörrar på avdelningen fick hållas låsta. Den intagna kunde få permission från isoleringen för att pröva hans vilja att anpassa sig så andra inte blev smittade. Permissionen var ett sätt för den intagne att visa sin medgörlighet för läkarna. Tillstånd kunde också beviljas för besök hos en svårt sjuk släkting eller närvaro vid begravning.<sup>124</sup>

Permissionen beviljades av smittskyddsläkaren efter samråd med överläkaren och kunde vara förenad med vissa villkor så som att den intagna skulle ha regelbunden kontakt med sjukhuset eller att permissionen bestod av sluttiden av isoleringen. Tillståndet om permission kunde återkallas om den missköttes.<sup>125</sup> Permissionsvillkoren kunde överklagas till Länsrätten om de ansågs som oskäligen.<sup>126</sup>

I mars 1987 omhändertogs en man då han bröt mot givna föreskrifter för att hindra smittspridning av HIV. Han hade delat injektionssprutor med andra

---

<sup>120</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, s 35.

<sup>121</sup> NJA II 1988, s 528.

<sup>122</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, s 36.

<sup>123</sup> SOU 1999:51, s 167f.

<sup>124</sup> Fröberg, s 72.

<sup>125</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, s 36.

<sup>126</sup> Detta anser JO i JO:s ämbetsberättelse 1994/1995 s 382.



personer samt haft oskyddat sex med minst en person. Han hade avvisat påståenden om att han var HIV-smittad och avvikit från sjukhuset under pågående behandling ett flertal gånger. Länsrätten ansåg att den, baserat på ovan nämna anledningar, hade tillräcklig grund för att tvångsisolera mannen.<sup>127</sup>

Mellan år 1989 och år 1997 tvångsisoleras totalt 65 personer i landet enligt SmL II varav 62 var HIV-positiva. Utöver Stockholms länsrätt fattade endast tio andra länsrätter beslut om tvångsisolering.<sup>128</sup>

I en studie rörande 52 av de 65 tvångsintagna personerna, delades de in i tre olika grupper; män med missbrukarproblem och/eller allvarlig psykisk störning, övriga män samt kvinnor. Detta för att kunna se till grunderna för tvångsisoleringen. I endast två fall (ett fall i gruppen män med missbrukarproblem och/eller allvarlig psykisk störning och ett fall i gruppen övriga män) var personerna MSM. I ett av fallen var personen även missbrukare. Av de 52 kartlagda tvångsisolerade personerna var alltså endast två personer MSM.<sup>129</sup>

## 6.4 Restriktioner kring blodgivning

RFSL gick i januari 1983 ut med en avrådan till alla MSM att inte lämna blod och står sedan dess fast vid det. RFSL menar att MSM bör avstå från att lämna blod då andelen HIV-smittade bland MSM än högre än hos den övriga befolkningen och det därigenom finns en större risk för smittspridning.<sup>130</sup> Beslutet grundades i att RFSL ansåg att det inte var en rättighet att få donera blod men en rättighet att få friskt blod. Först i slutet av 1985 kunde effektiva tester av donerat blod göras och i och med avrådan förblev mycket blod osmittat.<sup>131</sup> En tidigare formulering att inga homosexuella fick lämna blod i Socialstyrelsens regler om blodgivning ledde till att även många lesbiska kvinnor nekades att lämna blod. Den sexuella läggningen var inte avgörande i beslutet om restriktionerna kring blodgivning för homosexuella utan det var riskerna personen ifråga utsatte sig för. Lesbiska kvinnor löper en mindre risk att vara smittade med HIV än vad kvinnor som har sex med män och män som har sex med män löper.<sup>132</sup> Tidigare regler förbjöd MSM från att lämna blod livet ut med sedan 1 april 2010 kan alla friska personer lämna blod om det har gått minst 12 månader sedan senaste sexuella risktillfälle.

Personer med ett sexuellt risktillfälle avser:

---

<sup>127</sup> Mål nr Ö130-87, se Bilaga E.

<sup>128</sup> Stockholms länsrätt handlade 186 mål utav 206 i Sverige där det rörde sig om fastställande av tvångsisolering, beslut om omedelbar isolering och förlängning av isoleringstiden. Samma person kan alltså avses i flera mål. Se SOU 1999:51, s 156f.

<sup>129</sup> SOU 1999:51, s 160f. De övriga fallen rörde framförallt manliga intravenösa missbrukare som haft oskyddat sexuellt umgänge med kvinnor och/eller att den smittade inte meddelat sitt sjukdomstillstånd samt missbrukande kvinnliga prostituerade. Endast ett fåtal isolerades för att de delat sprutor samt hamnat i slagsmål som resulterade i blodvite.

<sup>130</sup> <http://www.rfsl.se/halsa/?p=1466>, 15 april 2013 kl:15:30.

<sup>131</sup> Andreasson m.fl, s 230ff.

<sup>132</sup> <http://www.rfsl.se/halsa/?p=1466>, 15 april 2013 kl:15:35.

- Alla som har haft ett sexuellt umgänge i utbyte mot pengar, droger eller annan ersättning
- Män om har haft sexuellt umgänge med män
- Kvinnor som har haft sexuellt umgänge med en man som i sin tur har haft sexuellt umgänge med män.<sup>133</sup>

Det finns två avgörande skäl till att MSM begränsas i blodgivningen och det är att HIV är mycket vanligare bland MSM än bland män som endast har sex med kvinnor samt att av de blodgivare som visats sig vara HIV-positiva är drygt hälften MSM vilket är en oproportionerligt stor andel. I Sverige är risken för MSM att exponeras för HIV ca 50 gånger högre än män som har sex med kvinnor förutsatt att inga andra riskfaktorer föreligger.<sup>134</sup>

Blod testas alltid för HIV för att säkerställa att blodet är osmittat. Dock går det inte att testa för HIV i samma ögonblick smittan sker och man måste alltså vänta en period innan provet visar positivt, en så kallad fönsterperiod. Om någon donerar blod i fönsterperioden är blodet en smittorisk.

Fönsterperioden varierar beroende på vilken sjukdom det rör sig om. För HIV tar det ca en vecka från smittotillfället tills det att kroppen har börjat utveckla tillräckligt många antikroppar att det visar positivt.<sup>135</sup>

Karenstiden på 12 månader gäller även de MSM som lever i äktenskap och fasta förhållanden. Någon sådan karenstid finns inte för heterosexuella personer även om de byter sexuell partner. Socialstyrelsen motiverar detta med att personer endast kan intyga sitt eget beteende och inte partnerns. Är partnern otrogen utan blodgivarens vetskap kan därför blodgivaren bli smittad utan vetskap. För blod och blodplasma som ska användas för framställning av läkemedel gäller delvis andra regler än för blod som används till transfusioner. Blod som används för läkemedelstillverkning måste godkännas av EMA, den europeiska läkemedelsmyndigheten och följa EU:s gemensamma procedurer. Proceduren godkänner idag inte blod som lämnats av någon med ett sexuellt riskbeteende oavsett när beteendet ägde rum.<sup>136</sup>

## 6.5 Den nuvarande smittskyddslagen

### 6.5.1 Syftet med lagen

Den nuvarande SmL III<sup>137</sup> är avsedd att ge en klarare inriktning på smittskyddsåtgärder riktade mot människor och att lägga tyngdpunkten på frivilliga åtgärder. Lagen ska respektera allas lika värde och enskildas integritet. Lagen ska även begränsa särregleringen av HIV-infektion så långt

<sup>133</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/blodgivningforandradereglerfra>, 15 april 2013 kl: 16:00 samt SOSFS 2009:28 Bilaga 5.

<sup>134</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/blodgivninggrundlaggandeinform> samt <http://www.rfsl.se/halsa/?p=1466>, 15 april 2013 kl:16:15.

<sup>135</sup> <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/12/Snabbtester-for-hiv-opalittliga-direkt-efter-smittan/>, 2 maj 2013 kl:09:20.

<sup>136</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/blodgivningforandradereglerfra>, 15 april 2013 kl:16:20.

<sup>137</sup> Smittskyddslag (2004:168).

som möjligt och sträva efter en mer realistisk och tolerant syn på de smittade. Dock var det inte möjligt att helt avskaffa särregleringen. Exempelvis skulle anonym provtagning och kodad anmälan behållas.<sup>138</sup>

## 6.5.2 Lagens utformning

Många av tvångsingripandena så som tvångsundersökning i 3 kap 2 § och tvångsisolering enligt 5 kap finns med även i SmL III. Skillnaden mot den tidigare lagstiftningen är att kravet för isolering har skärpts något då det nu klart ska framgå att den smittade inte frivilligt går med på att underkasta sig nödvändiga åtgärder.<sup>139</sup> Isolering får endast meddelas om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

## 6.6 Lagstiftning i Norden

### 6.6.1 Danmark

Danmark drabbades av HIV/AIDS på liknande sätt som Sverige gjorde där MSM i början av epidemin var den grupp som drabbades hårdast. I Danmark blev spridningen bland MSM dock mycket större än i Sverige. De senaste åren har även intravenösa missbrukare och heterosexuella drabbats i större utsträckning än tidigare men MSM har fortsatt stor smittorisk. Danmark har en större invandring från högriskländer än Sverige och en stor del av de heterosexuellt smittade immigrerande med sjukdomen.<sup>140</sup> Danmarks motsvarighet till SmL, *Lov nr 114 af 21/03/1979, om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme*, behandlar inte sexuellt överförbara sjukdomar och endast ett fåtal smittsamma sjukdomar. HIV och AIDS är anmälningspliktiga och ska rapporteras till Epidemiologiska avdelningen vid Statens Serum Institut.<sup>141</sup> Lagen ämnar hindra att sjukdomarna sprids i landet, att smittan förs in i landet samt sprids till utlandet. Sjukdomar som uppräknas i lagen är bland andra smittkoppor, släcktyfus, pest, lepra och Ebolasjukdom. En av myndigheterna som överser smittskyddslagen är epidemikommissionen. Epidemikommissionen bestämmer om den som lider av en smittsam sjukdom ska låta läkarundersöka sig, låta sig intas på sjukhus eller behövs isoleras. Om personen vägrar kan åtgärderna genomföras med polisassistans. Någon övre gräns för isoleringsperiod finns inte i lagen.<sup>142</sup> Karantänsperioden för bloddonation för personer i riskzon för HIV/AIDS är sex månader i Danmark till skillnad från tolv månader i Sverige.<sup>143</sup>

---

<sup>138</sup> Prop. 2003/04:30, s 257.

<sup>139</sup> Tidigare formulering var enligt 38 § ”om den smittade inte frivilligt medverkar till de åtgärder som behövs för att hindra smittspridning.”

<sup>140</sup> Smittskyddsinstitutets rapportserie Nr 2:2005, s 15f.

<sup>141</sup> <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/infektioner/tilstande-og-sygdomme/generelt/anmeldelsespligtige-infektionssygdomme/>, 21 maj 2013 kl:20:00.

<sup>142</sup> SOU 2003:83, s 79f.

<sup>143</sup> <http://www.bloddonor.dk/donor-info/karantaeneregler-1/aids-hiv>, 20 maj 2013 kl:19:30.

## 6.6.2 Finland

I början av 1980-talet var majoriteten av de HIV-smittade MSM men den andelen har minskat stadigt under åren. Numera är heterosexuellt smittade den största gruppen inom HIV/AIDS-sjuka. På 1990-talet ökade smittan kraftigt bland missbrukare och forskare har kunnat identifiera att källan av viruset i det utbrottet kom från Sydostasien då virusstammen där skiljer sig från den Europeiska stammen. Finland har till skillnad från övriga Norden en låg invandring från högriskområden vilket gör att de flesta bli smittade i Finland eller på utlandssemester. Drygt hälften av alla smittade är i ålder 20-34 år fast bara 20 % av befolkningen tillhör den åldersklassen.<sup>144</sup>

*Lagen 23.7.1986/583 om smittsamma sjukdomar* reglerar tillfällena då myndigheterna ska vidta åtgärder samt när enskilda ska underkasta sig åtgärder för att förhindra smitta. HIV är inkluderad i lagen och listad bland de allmänfarliga sjukdomarna tillsammans med hepatit A, gula febern, kolera, mjältbrand m.fl. Lagen innehåller regler för obligatorisk vaccinering, obligatorisk läkarundersökning, tvångsisolering samt andra åtgärder för att förhindra smittspridning. Tvångsisolering får pågå i högst två månader om inte länsrätten beslutar om förlängning. Den smittade är skyldig att följa läkarens föreskrifter.<sup>145</sup>

MSM är sedan de har haft sex med män förbjudna livet ut från att donera blod på grund av ökad risk för HIV-smitta.<sup>146</sup>

## 6.6.3 Norge

Den norska HIV/AIDS-situationen påminde om den svenska då MSM var den grupp som drabbades först. Sedan dess har dock missbrukarna påverkats i en större utsträckning än i Sverige. Även MSM har drabbats hårdare än i Sverige och antalet smittade MSM är fler nu än i början av epidemin<sup>147</sup>.

I Norge regleras smittskydd i *Lov 1994-08-05 nr 55: Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. I lagen regleras sjukdomar som HIV-infektion, smittkoppor, kolera, mjältbrand m.fl. I lagen har kommunen det huvudsakliga ansvaret för smittskyddsarbetet och de ska garantera bl.a. nödvändig specialistvård, isoleringsmöjligheter och sjukhusbehandling. I kapitel fem i lagen regleras de smittades skyldigheter och tvångsåtgärder riktade mot enskilda. Den som kan anta att han är smittad med en smittsam sjukdom måste uppsöka läkare och komma under behandling. Den smittade ska vidare följa läkarens föreskrifter och låta sig isoleras om nödvändigt. I fall där personen vägrar undersöka sig eller låta sig isoleras kan tvångsåtgärder beslutas av en regional smittskyddsnämnd.<sup>148</sup>

MSM är avstängda för livet från att ge blod på grund av ökad smittorisk.<sup>149</sup>

---

<sup>144</sup> Smittskyddsinstitutets rapportserie Nr 2:2005, s 15f.

<sup>145</sup> SOU 2003:83, s 81ff.

<sup>146</sup> <http://www.veripalvelu.fi/www/652>, 20 maj 2013 kl:20:00.

<sup>147</sup> Smittskyddsinstitutets rapportserie Nr 2:2005, s 15.

<sup>148</sup> SOU 2003:83, s 86f.

<sup>149</sup> <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-transfusjonstjenesten-i-norge-6-utgave-2009/Sider/default.aspx>, 21 maj 2013 kl:19:20.

## 7 Tre jämförelser

### 7.1 Kolera

Klassisk kolera är en mycket allvarlig sjukdom som obehandlat leder till mycket hög dödlighet. Med korrekt vätskeersättning förbättras diagnosen avsevärt. Sjukdomen börjar med akuta mag- och tarmbesvär och vattnig avföring som kan uppgå till mer än 20 liter per dygn. Uttorkningen leder mycket snabbt till kollaps.<sup>150</sup> Sjukdomen sprids oftast via dricksvatten men kan även spridas genom smittad mat, mjölk och kontakt med andra smittade.<sup>151</sup>

Kolera har funnits i floden Ganges, Indien, så länge forskare vet och de trodde tidigare att sjukdomen inte kunde spridas från de tropiska länderna. Men 1817 spred sig sjukdomen till andra länder och 1830 drabbade den Moskva, Ryssland.<sup>152</sup> De första svenska fallen drabbade den 52-åriga sjömannen Anders Rydberg, hans hustru och deras fosterdotter den 30 juli 1834. Det dröjde dock en vecka innan fallet blev känt då läkarna först trodde de dog av den varma sommaren.<sup>153</sup> Under större delen av epidemin saknade läkarna medel att bota de sjuka och förhindra spridning av sjukdomen. Förtroendet för läkare var lågt vilket försvårade sjukvårdsinsatserna. Det rekommenderades att kremera de döda för minskad smittspridning vilket var högst impopulärt bland befolkningen.<sup>154</sup>

En tidig insats i kampen mot sjukdomen var att upprätta karantänstationer, främst i Stockholms skärgård med patrullerande örlogsfartyg. Man införde även karantän inom landet och inom städerna. Varuimporter blev mycket restriktiva. Dock var kontrollen inte särskilt populär. Militären skulle se till att friska personer inte lämnade hus där smitta funnits för ens efter två veckors karantän och de lokala myndigheterna skulle se till att huset försågs med mat och andra förnödenheter under tiden. En vit flagga hängdes utanför huset för att varna förbipasserande. Kolerabefriade städer skyddade sig mot kringresande genom att kräva sundhetsintyg för att få tillträde till staden.<sup>155</sup> Många friska fann sig också inspärrade i insjuknade städer då vägblockader upprättats för att minska spridningen. Förnödenheterna minskade då bönder inte vågade eller tilläts komma in till staden och sälja sina varor. Sjukhusen fick slut på platser och likbärarna blev själv smittade och dog.<sup>156</sup>

De som avled i kolera begravdes på särskilda kolerakyrkogårdar i massgravar där de döda lades på hög. Under 1800-talet var det viktigt att bli

---

<sup>150</sup> <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/kolera/>, 15 april 2013 kl:15:10.

<sup>151</sup> Tallerud, Skräckens tid, s 112.

<sup>152</sup> Langlet, s 15.

<sup>153</sup> Tallerud, Skräckens tid, s 119f.

<sup>154</sup> [http://www.svd.se/kultur/understrecket/medicinskt-detektivarbete-loste-koleragatan\\_347290.svd](http://www.svd.se/kultur/understrecket/medicinskt-detektivarbete-loste-koleragatan_347290.svd), 15 april 2013 kl:15:30. Skrivet av Jonas F Ludvigsson, barnläkare och docent i Örebro och affilierad till Karolinska institutet. Ordförande i barnläkarföreningens arbetsgrupp för epidemiologi vid tiden för skrivandet.

<sup>155</sup> Tallerud, Skräckens tid, s 113ff.

<sup>156</sup> Tallerud, Skräckens tid, s 121ff.

begraven på vigd jord, det vill säga innanför kyrkomurarna. Utanför muren begravdes förr endast brottslingar och de som begått självmord.<sup>157</sup>

Många accepterade inte att deras släkting begravts på i ovigd jord och grävde därför upp personen och grävde ner dem igen innanför murarna.<sup>158</sup>

Så fort städerna fick ordning på vatten- och avloppssystemen minskade koleran drastiskt och försvann så småningom från Sverige.

Under 75 år i Europa dog ca 100 miljoner människor av kolera.<sup>159</sup>

I Sverige dog ca 37,000 personer under samma period. Numera är kolera nästintill utrotad i Sverige och de få fall som påträffats kommer från magsjuka utlandsresenärer.<sup>160</sup>

## 7.2 Sinnessjukdom

På 1850-talet introduceras för första gången rätten att tvångsomhänderta någon mot dennes vilja. Det skedde genom lagen (1858:50) angående sinnessjukes behandling och vård.<sup>161</sup>

År 1896 presenterades ett lagförslag som resulterade i 1901 års sinnessjukstadga. Lagen avsåg att bygga ut sinnessjukvården men många ansåg att hemvård var lika effektivt som vård på anstalt. Överinspektörer infördes för att övervaka och inspektera vårdapparaten. Alfred Petrén, en välrenommerad läkare och överinspektör för sinnessjukvården, utsågs 1913 till ordförande för sinnessjukutredningen för att utvärdera vården.

Sedan sekelskiftet växte allmänhetens krav på personlig frihet och en ny lag eftersträvades där obehöriga intrång i den privata sfären skulle reduceras. Mycket av fokus låg på rättspsykiatri och förslag togs upp där sinnesslöa skulle förvaras på rymningssäkra öar för att skydda samhället. Detta förslaget kom dock aldrig till användning. Petrén ville att sinnesslöa helt skulle borttas från hospitalen och endast förvaras på särskilda anstalter.

Petrén var samtidigt djup engagerad i andra typer av anstalter (uppfostringsanstalter, fängelser och alkoholistanstalter) och även drivande i rasbiologin och steriliseringslagen.<sup>162</sup>

En genomgående tanke i Petréns arbete var att läkare genom sin kunskap om människokroppen var särskilt lämpade att upptäcka och åtgärda missförhållanden i samhället. Antalet sinnessjuka ökade under det tidiga 1900-talet vilket gjorde att många hospital fick övertas för att vårda de sinnessjuka.<sup>163</sup>

År 1915 infördes ett förbud i giftermålsbalken att sinnesslöa och sinnessjuka inte fick ingå äktenskap. Det motiverades med att äktenskap var en juridisk handling och endast kunde tillåtas för rättkapabla människor. Ett annat argument var att förhindra att sinnesslöa och sinnessjuka skulle skaffa barn som eventuellt skulle ärva föräldrarnas handikapp.

År 1934 kom Lag (1934:171) om sterilisering av vissa sinnessjuka,

---

<sup>157</sup> Tallerud, Kolera, s 32.

<sup>158</sup> Tallerud, Skräckens tid, s 133f.

<sup>159</sup> Langlet, s 18.

<sup>160</sup> <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/kolera/>, 15 april 2013 kl:14:25.

<sup>161</sup> Dir. 2002:10, s 527.

<sup>162</sup> Björkman, s 49.

<sup>163</sup> Björkman, s 49f.

sinnesslöa eller andra som lida av rubbad självverksamhet. Många ansåg att utvecklingsstörningar, karaktärsdrag och psykiska och fysiska sjukdomar var ärftligt betingade.<sup>164</sup>

Det fanns de som steriliserades på grund av sociala skäl, att de var oförmögna att ta hand om sina barn, och de som steriliserades på grund av rasbiologiska skäl, att de hade icke önskvärda egenskaper som eventuella barn kunde ärva.<sup>165</sup>

Under en period på ca 40 år, från 1934 fram till 1975, steriliserades ca 35,000 personer i Sverige. Efter Tyskland (inkluderat tiden för Nazistytret) är Sverige det land i världen där flest steriliseringar dokumenterats.<sup>166</sup>

En av de huvudsakliga grunderna till steriliseringarna på 1930-talet var rashygien där samhället eftersträvade det ”normala” och kategorisering av människor var vanligt. Man ville avla fram en frisk och stark människoras utan psykiska och fysiska defekter. Petréns ansåg att rasbiologi och rashygien var nödvändigt för att samhället skulle kunna skydda sig mot inhemska faror i form av dåliga gener och degenerering av folkstammen.<sup>167</sup> Sterilisering kunde ske efter patienten frivilligt gått med på det eller om

Medicinalstyrelsen så beslutade. Medicinalstyrelsen kom med föreskrifter att det var lämpligt med påtryckningar och utpressning om personen inte frivilligt gick med på ingreppet. Exempelvis hotade läkarna med att ta barnen ifrån kvinnorna, att dra in barnbidraget, att låsa in dem på anstalt etc.<sup>168</sup>

Framst kvinnor steriliserades då de var bärare av de oönskade barnen och ca 90 % av alla som steriliserades var kvinnor.<sup>169</sup>

I en reviderad lag som kom år 1941 utökades grunderna för sterilisering och även psykiskt friska personer kunde steriliseras om de hade ett ”asocialt levnadssätt”. Möjligheterna till tvångssterilisering utökades också och operationen kunde genomföras om personen på grund av ”rubbad själsverksamhet” var inkapabel till att lämna medgivande.<sup>170</sup>

Framst unga flickor skulle steriliseras så de senare i livet inte skulle ligga samhället till last om de fick barn i ung ålder. Det finns ett fall där en 13-årig flicka var stökig på sin konfirmationsundervisning och prästen ansökte, endast baserat på det, till Medicinalstyrelsen om att flickan skulle steriliseras.<sup>171</sup>

Steriliseringarna avskaffades till stor del på grund av kvinnörörelsen. För att få göra abort krävdes det att kvinnan samtidigt steriliserade sig och kvinnörörelsen krävde fri abort och rätten till sig egen kropp. Då steriliseringslagstiftningen var så djupt kopplad med abortfrågan krävdes reformer av båda lagarna.<sup>172</sup>

---

<sup>164</sup> Qvarsell, s 310f.

<sup>165</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 27:30.

<sup>166</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 1:12:00.

<sup>167</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 24:00.

<sup>168</sup> Qvarsell, s 312 samt Tvångssteriliseringarna, tid 1:10:00.

<sup>169</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 1:09:00.

<sup>170</sup> Qvarsell, s 312f.

<sup>171</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 35:00.

<sup>172</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 1:10:00.

Sedan 1999 kan de som steriliserades i enlighet med Steriliseringslagen få ersättning på 175,000 kronor från staten som kompensation för det övergrepp de utsattes för.<sup>173</sup>

På 1940-talet var det en stor debatt i samhället att sinnessjukvården kostade Sverige stora summor pengar och metoder för att sänka kostnaderna eftersträvades.<sup>174</sup> Lobotomering sågs som en effektiv terapiform för psykiskt sjuka. På den tiden fanns det inga psykofarmaka, den lanserades först på 1950-talet, och behandlingsmetoderna för psykiskt sjuka inkluderade elchocker och långbad där personerna låg nedsänkta och fastspända i vatten under långa perioder. Även insulinbehandlingar förekom där man försatte personer i insulinkoma.<sup>175</sup>

År 1949 fick den portugisiska läkare António Egas Moniz nobelpris i medicin för hans utveckling av lobotomin. Lobotomi innebär att man skär av nervbanorna mellan frontalloben och resten av hjärnan vilket resulterar i väldigt dämpade och dova känslor. De aggressiva blev kontrollerbara och de galna blev lugna. En stor del av ingreppen skedde i vaket tillstånd med endast lokalbedövning och fastspänning till hjälp.<sup>176</sup>

Metoden slutade användas på 1960-talet då kraftig psykofarmaka infördes på marknaden. Behovet av lobotomeringarna minskade därför drastiskt då ickekirurgiska metoder föredrogs. Totalt lobotomerades ca 4,500 personer i Sverige under ca 25 år.<sup>177</sup>

Förslag om ersättning till lobotomerade i likhet med ersättningen steriliserade fick har tagits upp. Dock beslutade riksdagen att inte betala ut någon ersättning till lobotomerade då lobotomeringarna på 1940-1950-talet skedde i enlighet med dåtida vetenskap och beprövade erfarenheterna.<sup>178</sup>

Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall innehöll bestämmelser om tvångsvård för psykiskt sjuka personer. Personer kunde enligt 1 § tvångsintas för vård om personen saknade sjukdomsinsikt, var farlig för egen eller annans säkerhet och inte medgav frivillig vård. Ansökan om utskrivning prövades fortlöpande efter ansökan från patienten eller dennes make. Vården skulle också avbrytas om kriterierna i 1 § inte längre förelåg.

Vården skulle enligt 3 § beredas dem som enligt vårdintyg eller enligt domstolsbeslut behövde vård. Vårdintyget gavs av legitimerade läkare i direkt anslutning till undersökning av vårdtagaren.

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård kom till då utredarna ansåg att LSPV hade en ålderdomlig syn på psykiskt sjuka. I den nya lagen ska tvångsvården vara starkt begränsad och istället ska frivillig vård användas så mycket som möjligt. Samhällsskyddet ska inte längre ligga i fokus och istället ska patientens vårdbehöv avgöra om tvångsvård ska komma i fråga.

---

<sup>173</sup> Se Lag (1999:332) om ersättning till steriliserade i vissa fall.

<sup>174</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 19:00.

<sup>175</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 10:00.

<sup>176</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 13:00.

<sup>177</sup> Tvångssteriliseringarna, tid 1:16:00.

<sup>178</sup> Svar på skriftlig fråga 1998/99:286.



Samhällsskyddet ska fortfarande beaktas men inte ges lika stor betydelse som i LSPV.<sup>179</sup>

### 7.3 Missbruk av beroendeframkallande medel

Synen på tiggeri och lösdriveri skärptes under 1800-talet och år 1885 kom lagen (1885:27) angående lösdrivares behandling där personer som ”sysslolös stryker omkring från ort till annan utan medel för sitt uppehälle” kunde anhållas och varnas. Anhölls personen åter igen kunde denna dömas till tvångsarbete i upp till tre år. Merparten av personerna som anhölls uppgavs vara människor som ”dryckenskap råkat dem i förfall”.<sup>180</sup>

I slutet av 1800-talet aktualiserades frågan om de negativa konsekvenserna av dryckenskap i många europeiska länder. Lösningen för många länder var restriktioner i form av minskad tillgänglighet (förbud, statligt monopol etc.) men även insatser för att minska missbruket.<sup>181</sup> Samtidigt började läkare få upp ögonen för dryckenskapen som sjukdom. Läkare och personer intresserade av socialt reformarbete diskuterade om vård var ett sätt att hantera de personer som påverkade både sin egen hälsa och sin omgivning med för mycket alkohol. Grundtanken i den tidiga vården var att vården skulle vara individualiserad och fokuset låg på mötet mellan läkaren och vårdtagaren.<sup>182</sup>

Den första privata behandlingsanstalten för frivillig vård i Sverige öppnade år 1891 i Uppsala.<sup>183</sup> Behandlingsanstalterna tog bara in personer som skriftligen intygade att de hade insikt om sin sjukdom och önskade bli frisk. Dock visade det sig att många inte hade insikt om vad vården verkligen innebar och över hälften av alla patienter som skrevs in avbröt vården långt före den överenskomna tiden på minst sex månader.

År 1910 presenterade Fattigvårdslagstiftningskommittén sitt betänkande Förslag till lag om behandling af alkoholister. Utgångspunkten i förslaget var att skydda allmänheten mot de alkoholister som stört och skadat samhället. Lösningen på problemet var tvångsintagning.<sup>184</sup>

En särslagstiftning som endast berörde alkoholister infördes år 1916 när lagen (1913:102) om behandling av alkoholister trädde i kraft.

Särregleringen trädde delvis i kraft på grund av dryckenskap och fylleri ansågs som självförvållat och därmed straffbart. Tidigare hade alkoholister och sinnessjuka behandlats i samma lag. Lagen hade i första hand karaktären av en interneringslag och bröt den tidigare synen att fylleri i första hand var en polisiär fråga. Det blev nu en samhällsfråga och lagen fanns i gränzonen mellan vård och straff.<sup>185</sup>

Om någon för fjärde gången dömdes för fylleri förbjöds personen delta i val eller väljas till sådana förrättningar som innefattade allmänhetens förtroende. Om en person söp ihjäl sig skulle begravningen ske ”i stillhet”,

---

<sup>179</sup> Prop. 1990/91:58, s 3f.

<sup>180</sup> Dir. 2002:10, s 528.

<sup>181</sup> Dir. 2002:10, s 529.

<sup>182</sup> Åhrén m.fl., s 49f.

<sup>183</sup> Dir. 2002:10, s 529.

<sup>184</sup> Åhrén m.fl., s 50.

<sup>185</sup> Dir 2002:10, s 527 samt 536.

det vill säga utan sång, tal eller klockringning och endast i sällskap av den dödes anhöriga.<sup>186</sup> Tvångsinterneringen varade i max ett år men kunde i vissa fall förlängas med ytterligare ett år. Den intagne skulle dock frigges om denne kunde föra ett nyktert och ordentligt liv efter utskrivningen.

Helnykterhetsrörelsen, som hade vuxit kraftigt sedan 1870-talet, drev en hård linje om att totalförbjuda alkoholen. I slutet av 1910-talet var fler än hälften av riksdagsledamöterna engagerade i rörelsen. År 1922 skedde det en folkomröstning angående totalförbudet men med en knapp marginal hindrades förbudet.<sup>187</sup>

År 1931 infördes en ny Alkoholistlag som skapade en debatt huruvida läkare eller domare skulle avgöra vilka personer som skulle tvångsvårdas. Ena sidan hävdade att det rörde sig om vård och därmed borde läkare avgöra medan andra sidan hävdade att det rörde sig om ett straff med frihetsberövning vilket gjorde att domare borde avgöra. Frågan förblev ett ämne för diskussion och 1956 tillsattes en alkoholistvårdsutredning som senare låg till grund för Nykterhetsvårdlagen.<sup>188</sup>

I efterkrigsperioden var skillnaden i dödlighet mellan alkoholmissbrukare och den övriga befolkningen mycket låg men på 1950-talet ökade alkoholkonsumtionen då motbokssystemet slopades och fri köprätt infördes. Nykterhetsvårdlagen (1954:579) infördes 1955 vilket gjorde att ingripanden kunde ske mot alkoholbrukare på ett tidigt stadium innan missbruk infallit. Flera kommittéer och remissinstanser arbetade fram förslag på reformer av missbrukarvården på 1960- och 1970-talet som hade särskilt fokus på de tvångsmässiga inslagen i vården. Men förslagen blev inte godkända för ens 1977 när ett beslut kom att NvL skulle slopas och LSPV skulle inkludera de fall där missbruket var allvarligt. Övriga missbrukare skulle vårdas frivilligt.<sup>189</sup> Under 1970- och 1980-talet minskade alkoholkonsumtionen totalt i Sverige även om hög alkoholkonsumtion fortsatte i de socialt utslagna grupperna i samhället. Det tunga missbruket med intravenöst drogmissbruk och dagligt missbruk ökade under samma period.<sup>190</sup>

Dödligheten bland de tunga alkoholmissbrukarna och narkotikamissbrukarna var under 1980-talet ca sju gånger högre än den övriga befolkningen. Yngre missbrukare hade ännu högre dödlighet. Intravenösa missbrukare hade ca 15 gånger högre dödlighet än övriga befolkningen.<sup>191</sup>

År 1981 kom lag (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall som även övertog allvarliga fall av missbruk som inte kunde ske på frivillig väg.<sup>192</sup> Enligt LVM kan person beredas vård om personen i följd av sitt fortgående missbruk av alkohol eller narkotika är i trängande behov av vård som inte kan tillgodoses av socialtjänstlagen. Vården ska också ske endast om eget samtycke saknas. Beslutet om tvångsintagning kan förlängas om det anses nödvändigt.<sup>193</sup>

---

<sup>186</sup> Dir. 2002:10, s 527.

<sup>187</sup> Dir.2002:10, s 530ff.

<sup>188</sup> Dir. 2002:10, s 541 samt Björkman, s 61.

<sup>189</sup> Dir. 2002:10, s 542ff.

<sup>190</sup> Prop. 1987/88:147, s 14.

<sup>191</sup> Prop. 1987/88:147, s 14.

<sup>192</sup> Dir. 2002:10, s 542ff.

<sup>193</sup> Prop. 1981/82:8, s 3ff.

## 8 Analys

### 8.1 Har Sverige en tradition av tvångsingripanden mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar? Om en sådan tvångsingripande tradition existerar, har traditionen förändrats över tiden?

Sedan 1600-talet har den svenska staten bekostat befolkningens vård i utbyte mot att de sjuka gått med på vissa inskränkningar i privatlivet. Redan då var tvångsmässiga kroppsvisiteringar och läkarundersökningar vanligt bland prostituerade och lösdrivare då man ansåg att det var de som utgjorde smittorisken i samhället.

Ingripandena fortsatte in på 1800-talet och början av 1900-talet. När Lex Veneris kom år 1918 fortsatte kontrollen och de smittade var tvungna att underställa sig vård. Om de vägrade kunde polisen genom handräckning föra personen till närmaste sjukhus. Motivet till lagen var ursprungligen att underlätta för de sjuka att söka vård och att skapa ett större förtroende för sjukvården. Smittosparning infördes där de som konstaterades sjuka skulle ange personer de eventuellt kunde fått smittan från. Systemet var nytt i Sverige när det gäller sexuellt överförbara sjukdomar och omvärlden beundrade dess effektivitet men reagerade även på att systemet liknades vid det i de fascistiska länderna i Europa.

Smittosparning är ett ingrepp i personers privatliv då de måste uppge vilka de har haft sexuellt samröre med. Under tidigt 1900-tal var sex utanför äktenskapet någonting skamligt och att då vara tvungen att uppge sexuella partners var integritetskränkande.

De prostituerade som ansågs vara källan i smittospridningen blev snarare bestraffade än vårdade och målet var inte att de skulle botas utan att de skulle sluta med sitt syndiga leverne. Läkarna befarade att de prostituerade kvinnorna inte kunde låta bli att ha sexuellt umgänge under tiden för behandlingen och i många fall tvångsintogs de på sjukhus i förebyggande syfte. De skulle sedan läkarundersökas en till två gånger i veckan samt kontakta polisen med jämna mellanrum. Gränsen mellan vård och straff är svårdraget i det här läget. Att tvångsintaga personer i förebyggande syfte och att frihetsberöva någon utan egentlig grund var ett stort ingrepp i personers privatliv.

Lex Veneris gällde ända fram till år 1969 då SmL I kom. Ett omfattande reformarbete runt om i Europa påverkade även den svenska lagstiftningen på smittskyddsområdet. Syftet med den nya lagen var att skärpa lagstiftningen rörande de sexuellt överförbara sjukdomarna. SmL I gjorde skillnad på allmänfarliga sjukdomar och sexuellt överförbara sjukdomar och var uppbyggd på liknade sätt som Lex Veneris där de smittade skulle underställa sig vård och följa vissa föreskrifter givna av läkaren. Om den

smittade personen vägrade vård kunde han tvångsintars på sjukhus. En viktig del av den nya lagen var att fokus inte skulle ligga på den enskildes önskemål och rättigheter utan att besluten skulle baseras på det allmännas bästa. Det var ett gemensamt intresse för alla medborgare att de sexuellt överförbara sjukdomarna bekämpades och ansvaret skulle därför inte ligga hos den enskilde. Individens rättigheter var inte det centrala och ingripanden så som tvångsisolering och tvångsundersökningar ansågs vara för det allmännas bästa. Här var tvångsintagningar motiverade med att samhället skulle skyddas från de smittade och de låstes in istället för att föra smittan vidare.

BkL infördes år 1987 som ett resultat av farhågorna att sprittspridning skedde på bastuklubbarna. Lagen kränkte mötesfriheten lagstadgad i 2 kap RF men det motiverades med att smittskyddet var så pass viktigt att mötesfriheten fick göras avkall på. Tvångsingreppet att förbjuda bastuklubbarna hade ingen påvisbar effekt och antalet smittade ökade i samma takt som innan förbudet. Att kränka de medborgerliga fri- och rättigheterna i 2 kap RF är ett stort ingrepp och får endast göras med hänsyn till rikets säkerhet, till ordning och säkerhet vid sammankomster eller demonstrationer eller till trafiken eller för att motverka farsot. SmL II infördes år 1989 då utredarna ansåg att den dåvarande sjukvårdslagstiftningen inte var tillräcklig för att täcka behoven som uppkom av AIDS. I lagen skiljdes allmänfarliga sjukdomar ifrån sexuellt överförbara sjukdomar. I förarbetena poängteras att den enskildes integritet ska värnas men det får inte påverka samhällets rätt till skydd mot allvarliga smittsamma sjukdomar. SmL II inkluderar alla smittbara sjukdomar, inklusive HIV och lagen hade ett rapporteringssystem som bättre kunde hindra smittospridning. En av grundprinciperna var att det aldrig skulle vara upp till den enskilde om han ville söka vård om han var smittad. Tvångsisolering är den med mest ingripande åtgärden staten kan utöva mot enskilda när det kommer till smittskydd. Tvångsisolerade personer under perioden 1989 till 1997 var nästan uteslutande smittade av HIV. I de nämnda fallen var oskyddat sexuellt umgänge den största grunden för isoleringen, både för kvinnor och män. Majoriteten av ingripandena skedde på grund av sexuellt överförbara sjukdomar och inte övriga smittsamma sjukdomar.

Även Norge och Finland har liknande smittskyddslagar där HIV ingår på liknande sätt som i Sverige. I Danmark har man istället anmälningsplikt för HIV-smitta vid sidan om lagen. Alla tre har möjlighet till tvångsisolering och tvångsundersökningar i smittskyddslagarna så i de avseendena avviker inte Sverige från de övriga nordiska länderna.

Sammantaget kan man se en tradition av tvångsingripanden riktade mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar. På 1800-talet blev traditionen tydligare än tidigare och sedan Lex Veneris kom år 1918 har möjligheten till tvångsingripanden funnits i alla lagar som rör sexuellt överförbara sjukdomar samt smittskydd.

BkL är ytterligare ett tecken på en ingripande tradition där lagstiftarna åsidosatte den konventionella lagstiftningsprocessen för att så snabbt som möjligt kunna införa ett förbud mot någonting de ansåg vara smittfarligt.

Sverige var dessutom ensamt om att ha ett förbud mot bastuklubbar i Norden och det är ytterligare ett tecken på den svenska tvångsingripande traditionen som i det avseendet skilde sig från de övriga nordiska länderna.

Före år 1918 var tvångsundersökningar vanligt bland personer som arresterades av andra orsaker, så som fylleri och lösdriveri. Prostituerade kvinnor kunde i vissa fall tvångsintgas i förebyggande syfte för att undvika vidare smittospridning. De kunde dock undvika straff om de lät undersöka sig med jämna mellanrum. I och med Lex Veneris kom ett nytt sorts smittskydd med fler ingripanden och större ansvar för staten. De prostituerade kvinnorna skulle tvångsinterneras och behandlas då det hade visat sig att de sällan avstod från könsumgänge under den frivilliga behandlingstiden. De smittade registrerades i polisiära rullor och var tvungna att inställa sig för läkarkontroll en till två gånger i veckan. Smittspårning infördes för att kunna bota smittokedjor och läkare skulle rapportera alla fall av smittade till länets sundhetsinspektör.

På 1960-talet skedde en stor reform av smittskyddet runt om i Europa och år 1968 instiftades SmL I i Sverige. Lagen infördes då det fanns ett gemensamt intresse att personer smittade med smittsamma sjukdomar skulle underkasta sig vård. Det ansågs vara självklart att det inte skulle vara upp till den sjuke om han skulle söka vård eller inte utan det skulle vara upp till läkarna att avgöra. Tvångsundersökning gick inte att införa med tidigare lagstiftning. Även tvångsinternering kunde ske i enlighet med lagen i de fall där den sjuke inte följde läkarens föreskrifter eller vårdplan. Tvångsinterneringen var viktig i de fall där personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar inte själva ansågs sig vara särskilt sjuka och därför fortsatte med ett smittofarligt leverne.

Under början av 1980-talet skärptes lagstiftningen rörande smittskydd på grund av HIV/AIDS och ytterligare restriktioner och lagar infördes för att minska spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar. Riskerna med spridning av HIV ledde till att BkL infördes och bastuklubbar som möjliggjorde sexuellt umgänge förbjöds. Detta trots att förbudet kränkte mötesfriheten i 2 kap RF. Motivet bakom lagstadgandet var att motverka en farsot som innebar en epidemisk sjukdom av allvarlig karaktär.

Inskränkande var därmed lagligt enligt RF.

SmL II infördes år 1988 där HIV inkluderades bland de samhällsfarliga sjukdomarna. Detta möjliggjorde tvångsingripanden av HIV-smittade och AIDS-sjuka på ett sätt som inte hade varit möjligt innan.

Tvångsundersökningar och tvångsisolering var möjlig även enligt SmL II och tvångsisolering användes nästan uteslutande för personer smittade med HIV. Tvångsåtgärderna i SmL II som innebar tvångsundersökning och tvångsisolering krävde inskränkningar i en rad mänskliga rättigheter. Varje svensk medborgare är enligt 2 kap RF skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden. Dock får inskränkningar göras om de är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Enligt Europakonventionen artikel 5 är frihetsberövanden otillåtna om det inte görs i enlighet med att förhindra smitta. Både isolering och tvångsundersökning räknas i det här fallet som frihetsberövande. Även FN-konventionen har en liknande artikel där

frihetsberövanden är otillåtna om det inte är ett sådant nödläge som hotar nationens fortbestånd.

I det här fallet var SmL II till för att motverka farsot och smitta och till skillnad från BkL är det lättare att bevisa en påtaglig skillnad i effektiviteten av lagen. Tvångsundersökningar skedde för att personer ska bli medvetna om sin sjukdom och få behandling och inte sprida smittan vidare. Om en person inte frivilligt undersöker sig för smitta och det inte finns ett regelverk som kan tvinga fram undersökningen finns en uppenbar risk att smittan sprids då personen inte kommer bli behandlad och därmed fortsätta vara en eventuell smittkälla.

Tvångsisoleringarna skedde för att de intagna inte hade insikt om sitt sjukdomstillstånd och därför inte heller frivilligt gick med på vård.

Samtidigt hade de en sådan livsföring att det fanns risk för att smittan skulle spridas. I majoriteten av fallen bestod livsföringen av att de hade oskyddat sex och/eller inte informerade om sin sjukdom. Av de tusentals smittade var det endast ett ytterst fåtal personer som tvångsisoleras.

Genomsnittsisoleringen varade i mellan fem och nio månader och personen hade därefter kommit till insikt om sin sjukdom och följde också läkarens föreskrifter. I ytterst få fall varade isoleringen i flera år och anledningen till det var för att patienterna var särskilt svårvårdade och hade ofta en kombination av missbruk och psykisk ohälsa som gjorde att de saknade insikt om sin sjukdom.

Att MSM nekades att donera blod kan inte ses som ett tvångsingripande, däremot kan det ses som ett ingripande i syfte att hindra smitta. Att hindra någon från att donera blod i syfte att minska spridning av HIV överväger intrånget i donatorns rätt att få donera. Att restriktionerna infördes på 1980-talet kan ses som en del i den striktare regleringen kring smittskydd. Fram tills år 2004 då BkL och SmL II gällde var reglerna kring smittskyddet som hårdast i svensk historia. Tidigare var effekterna av smittskyddsreglerna hårdare då vården snarare var ett straff och prostituerade tvångsinternades i förebyggande syfte men på sent 1980-tal var lagstiftningen som hårdast.

I efterhand har man inte kunnat se om inskränkningen i mötesfriheten genom BkL gjorde någon skillnad och om lagen verkligen motverkade farsoten. Ingen statistik har förts på området och ingen minskning i antalet smittade sågs. I och med att ingen dokumenterad motverkan skett ansåg heller inte Riksdagen att det var en godkänd grund för att inskränka mötesfriheten.

År 2004 beslutade riksdagen att avveckla BkL och införa SmL III där fokus på HIV skulle minskas och fördomarna mot HIV-smittade skulle förebyggas.

Generellt kan man se en ändring över tiden då samhällsskyddet numera har fått ge vika för den enskildes rättigheter. De mänskliga rättigheterna har fått större fokus i svensk lagstiftning och argumentet att samhällets ska skyddas från smittsamma personer har inte samma kraft som tidigare. Den tidigare hotbilden som fanns på 1980-talet med utländska och inhemska faror är inte längre lika närvarande i Sverige och utvecklingen har gått mot ett mer accepterande och öppet samhälle. Att SmL III införde år 2004 så stigmat kring HIV skulle minska kan ses som ett resultat av en mer öppen utveckling.

## **8.2 Skiljer sig tvångsingripandena riktade mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar från tvångsingripanden riktade mot andra sjuka?**

Tvångsingripandena riktade mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar bestod oftast i tvångsmässiga undersökningar och isolering. Rörande kolera, sinnessjuka och missbrukare kan man urskilja ett mönster av en tvångsingripande tradition, dock av ett annat slag än traditionen utövad mot de med sexuellt överförbara sjukdomar. Gällande kolera isolerades hela städer och byar i försöken att stoppa smittspridningen. Smittade personer skulle sitta i karantän i sina hus i minst två veckor efter tillfrisknandet. Dock var skillnaden med kolera att hotet mer uppenbart kom utifrån. Fartyg kontrollerade så inga obehöriga skepp och båtar kom in från andra länder och importvaror begränsades hårt. Städer förskonade från smittan krävde friskhetsintyg och släppte inte in sjuka personer och kunde därför förbli förskonade. Här skedde restriktionerna mot hela samhällen snarare än mot enskilda personer. Friska personer kunde exempelvis inte ta sig ut från sjuka städer då ingen fick röra sig ut eller in från byarna för ens smittan försvunnit. Bönder fick inte komma in och sälja sina varor och många svalt i väntan på kolerans försvinnande. Här drabbades de friska ofta lika hårt som de sjuka.

De smittade med sexuellt överförbara sjukdomar kunde vara svårupptäckta och behovet att isolera hela städer och samhällen infanns aldrig. Ingripandena på grund av koleran var riktade mot större grupper snarare än enskilda personer och ingreppen var endast nödvändiga under kortare perioder medan de sexuellt smittade kunde tvingas till kontroll under en längre period. De kunde även tvångsintas på sjukhus om de inte var medgörliga till vård och prostituerade kunde intas i förebyggande syfte så de inte skulle fortsätta med sin verksamhet under tiden för vården. Behandlingen av de olika smittsamma sjukdomarna är i de här fallen väldigt olika då koleran var extremt smittsam med hög dödlighet medan de sexuellt överförbara sjukdomarna var smittsamma men även behandlingsbara. Koleran smittade i huvudsak via vattensystemen vilket gjorde att personer utan kopplingar till varandra blev smittade. De sexuellt överförbara sjukdomarna krävde sexuellt samröre för att smitta.

Sinnessjuka har genom tiderna fått utstå tvångsingripanden. En vanlig behandlingsmetod på 1800-talet var sinnessjukanstalter där de sjuka tvångsvårdades. Inga mediciner fanns och istället användes elchocker och långbad i försök att lugna patienterna. I de särskilt besvärliga fallen försatte man patienten i insulinkoma för att kunna klara hanteringen av personen. När steriliseringarna kom på 1930-talet blev många psykiskt sjuka utsatta för den då populära rashygien och de hindrades från att skaffa barn som i sin tur kunde bli en belastning för samhället. Psykiskt sjuka människor var

inte önskvärda i samhället och genom sterilisering eliminerades risken att de ”defekta” människorna förde sina gener vidare. Sterilisering gjorda under tvång, hot och utpressning är ett stort ingripande från statens sida.

Huvudorsaken till steriliseringarna var dels rashygien, då den svenska folkstammen skulle förädlas, och dels ekonomisk, då kommande generationer inte skulle belasta samhället. Här var samhällets ekonomiska vinning viktigare än individens rätt till sin egen kropp och rätten att själv avgöra om de skulle ha barn eller inte.

Lobotomeringarna är ytterligare ett exempel på tvångsingrepp på de psykiskt sjuka. Genom att bedöva personen permanent kunde vården av de sinnessjuka bli billigare och mer lätthanterlig. Här var återigen ekonomin en tungt vägande faktor i beslutet att utöva tvångsingreppen på enskilda.

Genom att göra patienten mer lätthanterlig minskade vårdbehovet och personen blev därmed billigare att internera. Svenska staten uppskattade metoden så pass mycket att utvecklarerna mottog nobelpriset.

Steriliseringarna och lobotomeringarna var avsedda att förenkla vården och göra den billigare. Vården av de smittade med sexuellt överförbara sjukdomar handlade mer om att minska smittspridning snarare än att göra vården billigare och mer effektiv. Med de sexuellt smittade ville man hindra sterilitet genom att uppmuntra personerna att komma under vård så fort som möjligt och med de psykiskt sjuka ville man förhindra barnafödande.

Enligt LSPV kunde psykiskt sjuka tvångsintas om de saknade insikt om sin sjukdom och var en fara för egen eller andras säkerhet. Vården skulle heller inte kunna ske frivilligt. Lagen var utformad på liknande sätt som dagens LPT men syftet med LPT skiljer sig något från den tidigare lagstiftningen. Samhällsskyddet ska numera inte vara i fokus och beslutet ska baseras på den sjukes vårdbehov. Personer smittade med sexuellt överförbara sjuka behandlas fortfarande för att samhället ska undvika smitta men även för att den enskilde ska vårdas och behandlas. Under senare år har reglerna angående tvångsisolering för personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar skärpts så att den enskilde beaktas mer i beslutet.

Även om motiven bakom lagreglerna för de psykiskt sjuka och de smittade med sexuellt överförbara sjukdomar har varit olika har behandlingen i många delar liknat varandra. Även om lobotomering och sterilisering var relativt accepterat i Sverige under mitten av 1900-talet var tvångsisolering det vanligaste behandlingssättet för psykiskt sjuka. Här avgjorde staten vilka personer som skulle tvångsvårdas på sjukhus och den enskildes behov var fram tills nyligen inte central i bedömningen om han skulle vårdas eller inte.

Missbrukarvården likande vården av de sinnessjuka under 1800-talet då den i mångt och mycket var samordnad. Behandlingsanstalter öppnades där alkoholiserade frivilligt kunde vårdas. Dock avbröt ca hälften av alla inskrivna vården i förväg. En lösning på problemet blev tvångsintagning på anstalterna. År 1916 skiljdes lagstiftningen mellan missbrukare och sinnessjuka åt och missbrukare ansågs nu själva ha orsakat sin sjukdom. Vården i den nya lagen utgjordes av lika mycket straff som vård.

Interneringen varade i max ett år men kunde vid behov förlängas med ytterligare ett år. Med NvL kunde ingripanden och tvångsvård av personer



användas innan de utvecklats missbruk för att på så sätt förhindra beroendet. Att ingripa i enskildas liv redan innan ett missbruk har utvecklats var ett stort ingrepp från statens sida. Den nuvarande LVM kan erbjuda missbrukare vård om sådan vård inte kan ske på frivillig väg. I likhet med de andra tvångsvårdslagstiftningarna ska även sådan vård inte baseras på samhällets bästa utan grundas i den enskildes behov av vård.

Missbrukarvården bestod i likhet med vården av de psykiskt sjuka till största delen av tvångsvård och isolering. Utvecklingen av SmL III, LVM och LPT har alla följt en mer human linje där den enskilde numera är i ett större fokus än tidigare. Reglerna om tvångsisolering ska enligt alla tre lagarna tolkas restriktivt och det är bara i yttersta nödfall tvångsisolering kommer på tal. Vården ska istället utföras i frivilligt i största möjliga mån.

Likheterna mellan missbrukarvården, vården av de psykiskt sjuka och vården av personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar är fler än likheterna med behandlingen av koleran.

Sinnessjuka och alkoholister kunde (i likhet med de sexuellt överförbara sjuka) på 1800-talet och tidigt 1900-tal tvångsintars på sjukhus om de ansågs farliga eller inte ville vårdas frivilligt. Där låstes de in för att skydda samhället från farorna de besatt. Dock kunde de med sexuellt överförbara sjukdomar och alkoholism ”botas” och sedan återgå till samhället medan de sinnessjuka sällan blev friskförklarade. Större sannolikhet var att de behövde vårdas livet ut då rehabilitering och medicinering inte förekom på den tiden. Numera finns effektiv medicinering och psykiskt sjuka personer behöver generellt inte tvångsintars för vård livet ut längre. Däremot kan de smittade med HIV inte botas och långvarig tvångsvård kan numera istället aktualiseras för personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar. Endast ett fåtal fall har lett till tvångsvård i flera år och de rörde personer med skadade av missbruk.

Psykisk sjukdom och missbruk kan inte smittas så som sexuellt överförbara sjukdomar och koleran kan så behandlingen av de olika sjukdomarna måste skilja sig i det avseendet. Psykiskt sjuka och missbrukare tvångsvårdades förr i tiden för att inte skada sin omgivning med deras aggressivitet eller våld. De vårdades inte för att deras sjukdom var smittfarlig. Dock skedde steriliseringarna i avsikt att förhindra att generna fördes vidare till ytterligare personer. Kolerasjuka och de sexuellt smittade tvångsvårdades i avsikt att förhindra vidare smitta. Faran de besatt var smittan, inte aggressivitet. Sterilisering är ett ingrepp som saknar motsvarighet bland de sexuellt överförbara sjuka och missbrukarvården och även lobotomin saknar motstycke. Ingreppen kan ses som betydligt allvarigare än tvångsisolering då de är oåterkalleliga och de lider men för resten av livet. Dessutom skedde ingreppen ofta i kombination med tvångsisolering och övrig tvångsvård. Saken förvärras ytterligare då motiven för ingreppen var statens förbättrade ekonomi och de praktiska aspekterna av vården.

I modern tid kan vården enligt LPT och LVM liknas med vården enligt SmL III då tvångs-ingripandena endast sker om frivillig behandling inte kan erhållas. HIV, psykisk sjukdom samt missbruk kräver ofta livslång behandling och om behandlingen avbryts eller om personen inte följer läkarens ordinationer kan faror återigen uppstå. Skillnaden är att SmL III i

större grad verkar för att hindra faror från att drabba samhället medan LPT och LVM numera verkar för att hindra att den sjuke som person råkar illa ut.

### **8.3 Var åtgärderna riktade mot män som har sex med män ett resultat av rädsla eller av realistiska bedömningar?**

Generellt kan det sägas att de flesta åtgärder som skett mot personer smittade med sexuellt överförbara sjukdomar är ingrepp i förebyggande syfte. Att isolera någon för att de eventuellt kan sprida smitta vidare i framtiden eller att inskränka på mötesfriheten för att eventuellt förhindra smittspridning gör ingreppen mer allvarliga i sin natur än straffrättsliga åtgärder som baseras på ett redan begånget brott. Att göra ingrepp på personers privatliv genom förbud och tvångsvård i förebyggande syfte är i grunden baserat på samhällets farhågor för framtiden.

AIDS-delegationen var en samling människor med expertkunnande i smittskyddsfrågor och delegationen hade som uppgift att verka för att på bästa möjliga sätt hantera epidemin. Delegationen tog 1987 beslutet att genom en stor reklamkampanj upplysa människor om risken för AIDS. Materialet lade stort fokus på att MSM var smittbärarna i samhället och att de sedan spridit smittan vidare till ”vanligt folk”. I början var MSM den klart största gruppen som smittades men kampanjen ledde till att många MSM kände sig exkluderade från samhället. Kampanjen hade kunnat formas så att ingen grupp pekades ut som smittbärare utan att den istället gav generell information på farorna med oskyddat sex.

BkL instiftades i syfte att hindra vidare smittspridning som skedde på klubbarna. Man hade konstaterat att många av de HIV-smittade hade haft sexuellt umgänge på klubbarna men man kunde inte säkerställa att det var på just klubbarna smittföringen hade skett. Det fanns många andra ställen där MSM träffades och hade sex och även efter BkL fortsatte träffarna på andra ställen. BkL kom till då AIDS-delegationen pekade ut klubbarna som den absolut största smittorisken i samhället. Lagen var så akut att ett vanligt remissförfarande ansågs vara för långsamt. Detta trots att inga egentliga siffror på antalet smittade på klubbarna fanns och inte heller i efterhand har någon skillnad i smittoantalet kunnat registreras. Klubbarna stängdes trots inskränkningen i mötesrätten men det oskyddade sexet stoppades inte, det bytte antagligen endast lokal.

Peter Bratts artiklar om ”AIDS-klubbarna” ökade trycket på lagstiftarna att åtgärda problemet med bastuklubbarna. Många andra medier hakade på och propagandan om att bastuklubbarna var smittohärdar fortsatte. I och med att det endast fanns ca tio bastuklubbar i Sverige och att MSM hade ett näst intill obegränsat antal andra ställen att ha sex på kan mediestormen ses som oproportionerlig. Sverige var det enda landet i Norden som införde ett förbud mot bastuklubbarna. Norge ansåg att det oskyddade sexet skedde på fler ställen än bastuklubbarna och ett förbud skulle inte komma åt det. Även BkL kan, nu i efterhand, ses som tämligen onödig då det trots förbudet inte skedde någon märkbar skillnad i antalet smittade. Hade lagen varit

effektiv hade en minskning i antalet smittade funnits. Ingen sådan minskning har kunnat påvisas. BkL kan dock ha haft en lugnande effekt på befolkningen då allmänheten fått informationen från utredarna till lagen att det var på klubbarna den största spridningen skedde. Genom utredningarna informerades befolkningen att bastuklubbarna var källan av smittan i Sverige och det är möjligt att personer invaggades i falsk säkerhet om de inte besökt någon bastuklubb. Målet med lagen var att minska spridningen av HIV i Sverige men om personer inbillats att klubbarna var den största smittorisken och de själva aldrig närvarat på en sådan klubb kan omedveten smitta ha skett av de personerna. BkL var antagligen ett resultat av rädsla för en explosionsartad epidemi snarare än grundad på faktiska siffror och statistik.

SmL II:s tvångsingripanden under AIDS-epidemin användes nästan uteslutande för att hindra HIV-smitta. Mellan 1989 och 1997 tvångsisolerades 65 personer varav 62 hade HIV/AIDS. I en studie där 52 av de isolerade inkluderades visade det sig av endast två stycken var MSM där den ena även hade ett drogmissbruk. De övriga tvångsisolerades till största delen på grund av oskyddat heterosexuellt sex kombinerat med intravenöst drogmissbruk. Många HIV-smittade MSM oroades sig för att bli tvångsisolerad men för att tvångsisolering skulle bli aktuell var personen tvungen att frekvent bryta mot läkarens föreskrifter samt motsätta sig frivillig vård. I och med att de flesta sjuka människor vill bli behandlade är tvångsvård en ytterst ovanlig åtgärd. SmL II var inte riktad enbart mot MSM utan inkluderade HIV som en av de samhällsfarliga sjukdomarna. SmL II hade därför ingen särskild påverkan på MSM:s liv förutom som ett bakomliggande hot om de inte skötte sin sjukdom på korrekt sätt. Tvångsingripandena var nödvändiga för att kunna undersöka och isolera de personer som inte var villiga att vårdas. Utan sådana regler kunde smitta inte hindras. Ingripandena var inget nytt för tiden utan hade funnits i tidigare lagstiftning och hade påvisbar effekt.

De övriga nordiska länderna har liknande smittskyddslagstiftning med liknande tvångsingripanden så att de svenska lagstiftarna införde en ny var inget ovanligt i sammanhanget.

Angående restriktionerna kring blodgivning kan man i efterhand se ett positivt resultat. Då man först i slutet av 1985 effektivt kunde HIV-testa blod vet man att många personer undgick smitta under tiden mellan januari 1983, då RFSL gick ut med rekommendationerna att homosexuella inte skulle donera blod, och slutet av 1985 då testerna kom igång. Fortfarande finns det restriktioner kring MSM och bloddonationer där MSM måste ha avstått från att ha sex med andra män i minst 12 månader för att få donera blod. Skälet till detta är den så kallade fönsterperioden då HIV inte syns på tester. Dock är fönsterperioden endast ca en vecka för HIV och ett krav på avhållsamhet i 12 månader för MSM verkar oskäligt. Dock har Sverige som nation ändå en möjlighet för MSM att få donera blod medan exempelvis Finland och Norge har ett totalförbud. Andelen HIV-positiva blodgivare som är MSM är oproportionerligt hög med tanke på antalet blodgivare men en avhållsperiod som är 52 gånger längre än fönsterperioden verkar vara mer baserad på att rensa bort sexuellt aktiva MSM än att ha en korrekt

restriktionstid. Självklart måste det finnas utrymme för felmarginaler kring fönsterperioden men i det här fallet verkar tiden vara skönsmåsig satt.

Frågan är egentligen en avvägning mellan MSM rätt att donera blod och den som mottar blodets rätt att få friskt blod. Anser man inte att någon rättighet att donera blod finns är restriktionerna tillräckligt hårda för att riskerna med HIV-smitta ska minimeras och blodmottagarens rätt uppfylls. Anser man däremot att MSM ska ha samma rätt som heterosexuella att få donera blod trots att de är sexuellt aktiva är 12 månaders avhållsamhet ett högt ställt krav. Om blodet går att testa positivt redan efter en vecka är kravet på 12 månader mer baserat på rädsla för det eventuellt smittade blodet.

Man får inte glömma att 1980-talet präglades av en hotfull miljö runt om i Europa och världen. Flera incidenter som påverkade svenskarna negativt formade tanken att folket måste skydda sig mot yttre faror och fiender. Det påverkade klart människors syn på epidemier och MSM som vandrande smittsjuka. Den första responsen tycktes vara att lagstifta och förbjuda först och först efter se om resultaten skulle infinna sig.

I SmL III har lagstiftarna gjort ändringar för att minska fokuset på HIV och därigenom minska rädslan och utanförskapet för de smittade. I och med det uttalandet kan man se att SmL II på ett sätt var uppbyggt kring rädslan för viruset då de vid instiftandet inte visste hur prognosen för epidemin skulle bli.

## 9 Slutord

Tvångsisolering och tvångsundersökningar har funnits i Sverige i flera hundra år och används fortfarande som medel för att förhindra smitta. I och med att HIV/AIDS är en sjukdom som inte går att bota har isoleringsperioden för ett par människor överstigit flera år. Men ser man exempelvis till vissa psykiskt sjuka personer och missbrukare som heller går att ”bota” kan personer även där vara tvångsvårdade under längre perioder. Vissa restriktioner och förbud infördes för att attackera just AIDS-epidemin och de åtgärderna skiljer HIV/AIDS från andra typer av sexuellt överförbara sjukdomar. Staten skiljde då ut HIV/AIDS som särskilt farlig och lagstiftarna och myndigheterna var relativt snabba med att införa förbuden och restriktionerna.

I SmL III finns ingen åtskillnad mellan sexuellt överförbart smittsamma sjukdomar och övriga smittsamma sjukdomar och de behandlas i mångt och mycket på samma sätt. SmL III har inte längre fokus på HIV och för att minska stigmat kring smittan och BkL är avvecklad sedan 2004. Den enda kvarvarande restriktionen vad gäller HIV/AIDS är bloddonationer och där har totalförbudet slopats och ett tidskrav på 12 månader har istället införts.

Som slutsats kan sägas att Sverige som stat har en tvångsingripande tradition vad gäller sexuellt överförbara sjukdomar och ingripandena mot personer smittade med HIV/AIDS var särskilt påtagliga i jämförelse med övriga sexuellt överförbara sjukdomar.

Sverige har även en tradition av tvångsingripanden mot personer drabbade av psykisk sjukdom och missbruk.

Dock kan sägas att Sverige som stat inte är särskilt ingripande längre. Fokus på samhällets bästa har flyttats till individens bästa och ingripandena som sker idag är inte längre för statens vinning i samma sätt som tidigare. Nu tolkas reglerna angående tvångsingripanden mer restriktivt och större vikt läggs på de medborgerliga fri- och rättigheterna.

# Bilaga A

Svenska Dagbladet 3 februari 1982

Hämtad från:

[http://web.archive.org/web/20070929143603/http://www.svd.se/images/ettan2006/060526/grafik\\_AIDS.gif](http://web.archive.org/web/20070929143603/http://www.svd.se/images/ettan2006/060526/grafik_AIDS.gif)

19 april 2013 kl: 16:45.

## Larmrapport från USA:

# Homosexuella dör i infektioner

**En ny sjukdom med i värsta fall dödlig utgång har upptäckts i USA bland unga homosexuella män med många sexuella kontakter.**

Sjukdomen beror i grunden på en försvagning i kroppens eget immunförsvar och yttrar sig som svårartad lunginflammation omfattande sårinfektioner och en form av hudcancer som kallas Kaposis sjukdom.

Dessa sjukdomar är tidigare kända men synnerligen ovanliga och förekommer främst i Afrika och Asien och bland nytransplanterade patienter som fått ett främmande organ inopererat.

Det var i somras som CDC (Center for Disease Control and Prevention) i Atlanta i Georgia först slog larm om denna för hela den medicinska världen hittills okända anhopningen av dessa sällsynta sjukdomar bland unga homosexuella män i amerikanska storstäder.

### 160 fall

Nu finns mer än 160 fall rapporterade till CDC för analys och varje vecka tillkommer fem till sex nya fall.

I senaste numret av den medicinska tidskriften "The New England Journal of Medicine" presenteras inte mindre än tre olika rapporter från sammanlagt 32 läkare i USA om nitton väl undersökta och belagda fall av dessa svårartade infektioner och Kaposis sjukdom som beror på brister i immunförsvaret och som drabbat unga homosexuella män.

### Långsamt förlopp

De nitton dokumenterade fallen kommer från sjukhus i Los Angeles och New York. De rapporterade läkarna är mycket oroade över utvecklingen inte minst därför att de sjukdomar det rör sig om har en mycket hög dödlighet. Två tredjedelar av de patienter som avrapporterats i tidskriften dog av sina sjukdomar och i genomsnitt en tredjedel av de kända fallen i USA har dött.

En av de inblandade läkarna Frederick Siegel från Mount Sinai Medical Center i New York varnar för att de nu gjorda upptäckterna bara är en del av en "landsomfattande epidemi av immunbristsjukdom bland våra manliga homosexuella".

Sjukdomarna har ett mycket

långsamt förlopp och börjar oskyldigt med feber, trötthet och upprepade infektioner. Cancersjukdomen Kaposis sjukdom yttrar sig till att börja med som små röda knottor på huden.

Efter en tid förvärras infektionerna och febern, avmagring tilltar och patienten blir mycket dålig. Läkarna i "The New England Journal of Medicine" uppmanar nu sina kolleger att mycket noga undersöka unga män som söker för diffusa infektioner. Det gäller främst att kartlägga deras immunförsvar och på det sättet tidigare kunna ingripa mot sjukdomen.

Forskarna över hela USA är just nu intensivt sysselsatta med att försöka bringa större klarhet i dessa mystiska sjukdomar.

### Virus bakom

Inte någon vet i dag den direkta orsaken till att just unga homosexuella män med många sexuella kontakter drabbas. Man tror att det rör sig om en kombination av orsaker där direktkontakten person till person mellan de manliga homosexuella överför sjukdomen.

Det har visat sig att de drabbade unga männen har en ge-

mensam ärftlig faktor på immunförsvaret som uppträder hos ungefär tio procent av befolkningen. Dessutom misstänks en virus som kallas cytomegalovirus spela en stor roll. Det förekommer hos alla människor och har rapporterats även från de områden i Afrika där Kaposis sjukdom uppträder. Det kan ge symptom som feber och viktnedgång plus skador på immunsystemet.

Många homosexuellas missbruk av nitrit i form av sniffning av s.k. poppers för att öka orgasmen har även misstänkts ha ett samband med sjukdomarna.

När det gäller behandlingen står läkarna också frågande. Inga direkt effektiva behandlingsmetoder har hittills utarbetats men intensiva försök pågår. Vid ett möte nyligen i San Francisco presenterades ett lyckat försök med att bota en patient med hjälp av ett läkemedel som stärker immunförsvaret.

Inger Atterstam

Källor: New England Journal of Medicine 1981: 1425-1444  
News week, 1981 nr 51 s. 58.

# Bilaga B

Hämtad från:

<http://www.svtplay.se/klipp/381427/de-bilir-behandlade-som-sopor>

19 april 2013 kl: 17:00.



# Bilaga C

Hämtad från:

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/100ar/viktiga-artal/1988/>

21 april 2013 kl: 09:30.





# Bilaga D

Hämtat ifrån:

<http://www.svt.se/smittad/kampanjer>

2 maj 2013 kl: 08:40.



# Bilaga E

LANSRÄTTEN I MALMÖHUS LÄN

Bilaga 1

DOM

Datum

1987-04-03

Mål nr

Ö130-87

Sida

1

Rotel 24

Meddelad  
i Malmö

SÖKANDE	Namn, ombud m m	Personnummer
	Smittskyddsläkaren i Malmöhus län Hans Bertil Hansson Box 8520 200 40 MALMÖ	
MOTPART	Namn, ombud m m	Personnummer
SAKEN	Underställning av beslut enligt 14 § andra stycket smittskyddslagen (1968:231)	

Smittskyddsläkaren i Malmöhus län har den 2 mars 1987 med stöd av 14 § andra stycket smittskyddslagen beslutat att                   skall intas sjukhus.

Beslutet har underställts länsrätten.

Muntlig förhandling har hållits den 18 mars 1987.

                  som vederbörligen delgetts handlingarna i målet, föreläggande att yttra sig däröver samt kallelse till förhandlingen har inte svarat inom förelagd tid och ej heller inställt sig till förhandlingen.

Smittskyddsläkaren har vidhållit sitt beslut samt anført att han numera beslutat att                   skall intas vid viss avdelning                   samt, för att undvika att konflikt uppstår mellan berörda sjuvårdshuvud män, yrkat fastställelse i enlighet härmed.

Dv 3076 2/1986 Rikspolisstyrelsen

Postadress  
Box 4522  
203 20 MALMÖ

Gatuadress  
Själbodgatan 8

Telefon  
040-35 35 00

## DOMSKÄL

Länsrätten finner att underlåtenhet att inställa sig till den muntliga förhandlingen inte utgör hinder för att pröva målet i sak.

Länsrättens prövning av målet gäller om det underställda beslutet är lagligen grundat och sålunda skall fastställas. Omfattningen av prövningen bestäms av innehållet i 12, 13 och 14 §§ smittskyddslagen.

Enligt 12 § smittskyddslagen gäller bl a att den som har anledning att antaga att han lider av venerisk smitta skall följa de föreskrifter som behandlande läkare meddelar om sjukdomens vidare behandling och om åtgärder för att hindra spridning av smitta.

Med stöd av 14 § smittskyddslagen kan smittskyddsläkaren besluta att en person skall intas på sådant sjukhus som avses i hälso och sjukvårdslagen om det finns grundad anledning befara att han skall sprida smitta och om länsrättens beslut om intagning inte kan avvaktas utan fara. Ett beslut om intagning på sjukhus skall regelmässigt föregås av en anmaning enligt 13 § smittskyddslagen från smittskyddsläkaren till vederbörande att låta intaga sig på sjukhus. Om det skäligen kan antas, att anmaning inte efterföljas får emellertid, enligt 14 § första stycket sista meningen samma lag, beslut om intagning meddelas utan att anmaning skett. Den sistnämnda bestämmelsen får anses vara tillämplig såväl beträffande beslut av länsrätt som beslut av smittskyddsläkare.

Länsrätten har sålunda att pröva om det finns grundad anledning befara att skall sprida smitta och om smittskyddsläkarens beslut, som inte föregåtts av anmaning enligt 13 § smittskyddslagen, fattats i en situation där det skäligen kunde antas att inte skulle följa en anmaning att låta sig intas på sjukhus och vidare om det förelåg fara i dröjsmål med ett beslut om intagning. Med hänsyn till omfattningen av bestämmelsen i 12 § smittskyddslagen får prövningen också anses omfatta huruvida själv haft anledning att anta att han lider av venerisk sjukdom.

Smittskyddsläkaren har anfört bl a följande.

I anslutning till att som enligt uppgift missbrukat centralstimulantia sedan mitten av 1960-talet, var intagen under tiden togs prov för att se om var infekterad av HIV-virus. Provet blev positivt. Den 12 mars 1986 undersöktes av läkare som upplyste honom om att han var smittad och därmed

DOM

1987-04-03

Ö130-87

3

måste betraktas som smittsam. fick därvid föreskrifter, bl a att han inte fick dela injektionssprutor med någon eller ha samlag utan kondom. Han erbjöds fortsatt kontakt med infektionsklinik under planerad vistelse på behandlingshem. Han avvek emellertid från behandlingshemmet och har därefter sökts av smittskyddsläkaren i med anmaning att söka läkare för kontroll av sin HIV-infektion. har inte följt dessa anmaningar.

Den 9 september 1986 delgavs skriftligen anmaning att söka läkare på grund av sin HIV-infektion. Den 26 november 1986 erinrades av läkare på infektionsklinik om hur HIV-smitta sprids och gavs förnyade föreskrifter med samma innehåll som han tidigare fått i . Den 14 januari 1987 sökte vid samma infektionsklinik och lades in för behandling . I anslutning härtill lades han in på i syfte att motivera honom att frivilligt upphöra med sitt missbruk. avvek emellertid . Den 13 februari, mot personalens och läkares inrådan. Den 29 februari kom åter till på grund av med begäran om recept . Vid besöket talade han om att han återfallit i injektionsmissbruk men uppgav att han inte delat injektionsverktyg med andra narkomaner.

I januari och februari 1987 fick smittskyddsläkaren uppgifter om att delat sprutor med andra personer utan att för dessa uppge att han var smittad av HIV. Smittskyddsläkaren fick också anmälan från behandlande läkare om att misstänktes bryta mot smittskydds-föreskrifterna.

Enligt smittskyddsläkaren ger utredningen en bild av upprepat oansvarigt beteende av med brott mot tydligt meddelade föreskrifter för att hindra smittspridning.

Smittskyddsläkaren anser att smittskyddslagets regler om tvångsvård är tillämpliga och att länsrättens prövning av ärendet ej kan avvaktas utan uppenbar risk för fortsatt smittspridning. Anmaning till bedöms som verkningslös mot bakgrund av att han vid upprepade tillfällen fått information och föreskrifter som han underlåtit att följa.

Smittskyddsläkaren har upplyst att delgavs underställda beslutet den 2 mars 1987 och intogs samma dag. Den 3:e mars avvek han en kortare stund.

DOM

1987-04-03

Ö130-87

4

Han avvek också den 9 mars men återkom den 12 mars för att åter avvika den 17 mars.

På smittskyddsläkarens begäran har såsom vittnen hörts och

har uppgett. Han träffade någon gång mellan jul- och nyår. har alltid varit försiktig med att dela verktyg. bjöd på amfetamin mot att han fick använda verktyg. förnekade att han var smittad. Senare fick höra att han skulle vara det. Någon gång i februari träffade berättade då att han nyss fått reda på att han var HIV-positiv.

Hon träffade

Han berättade då att han fått ett meddelande.. från sjukhuset om att han var smittad. De träffades åter i januari och hade samlag utan kondom. Hon hade då glömt bort vad tidigare berättat. Hon delade också verktyg med . Senare frågade hon om han var smittad. Han svarade att det var fel och bara dåliga rykten. Det verkade som om gärna delade med sig av sina verktyg. Efteråt har hon fått reda på att han gjort det med flera andra personer under hösten 1986, minst ett tiotal.

Genom den förebragta utredningen får det anses visat att sedan mars 1986 känt till att han är smittad av HIV-virus. Smittskyddsläkaren har uppgett att redan då av behandlande läkare fick föreskrifter om att använda kondom vid samlag och att inte dela injektionssprutor med annan samt att han därefter vid ett flertal tillfällen därefter fått samma föreskrifter av läkare. har inte i något hänseende bestritt eller ens bemött smittskyddsläkarens uppgifter härom. Dessa får därför tagas för goda. Genom vittnesmålen är styrkt att brutit mot meddelade föreskrifter. Utredningen i målet visar också att inte frivilligt avstår från att riskera att sprida smitta. Enligt länsrättens bedömning tyder hans beteende vidare på att en anmaning till honom att låta sig intas på sjukhus skulle vara verkningslös och att smittskyddsläkaren haft grundad anledning att anta att fara förelåg för vidare smittspridning om inte omgående intogs på sjukhus. Smittskyddsläkarens beslut, vad gäller förordnandet om att skall intagas på sjukhus, är därför lagligen grundat.

Smittskyddsläkaren har beslutat att skall intas

på visst sjukhus. Enligt smittskyddslagen beslutar vederbörande överläkare om utskrivning efter det att någon tvångsvis intagits på sjukhus med stöd av smittskyddslagen. Lagen saknar emellertid bestämmelser för det fall att behandlingsbehovet skulle ändras under pågående intagning utom vad gäller narkotikamissbrukare vilka enligt 16 § andra stycket smittskyddslagen, med sitt medgivande, får överföras till institution för lämplig vård och behandling för sitt missbruk. Det torde emellertid vara uppenbart att behovet av behandling av en intagen för att förhindra smittspridning kan växla på sådant sätt att behov kan uppkomma av att flytta vederbörande till annat sjukhus. Smittskyddslagen saknar bestämmelser härom. Överläkare på ett sjukhus har inte tillagts formell befogenhet att, efter utskrivning, besluta om intagning på annat sjukhus. Det finns inte heller stöd i smittskyddslagen för att länsrätts fastställelsebeslut skall omfatta att vederbörande skall intas på visst sjukhus. Länsrätten har inte i smittskyddslagen tillagts befogenhet att bestämma om sjukhusvårdens- eller behandlingens innehåll. Länsrätten torde endast vara behörig att pröva om förutsättningarna för att vederbörande skall intas på sjukhus är uppfyllda, inte på vilket sjukhus som vederbörande skall intas. Länsrätten anser sig sålunda inte lagligen kunna pröva smittskyddsläkarens beslut till den del det gäller att skall intas på visst bestämt sjukhus. Den omständigheten att smittskyddsläkaren, sedan hans beslut underställts, ändrat sitt beslut till att avse annat sjukhus än han ursprungligen bestämt saknar därför betydelse för länsrättens prövning och kan inte föranleda något länsrättens yttrande.

Länsrätten finner i enlighet med det anförda att smittskyddsläkarens beslut varit lagligen grundat och att beslutet, vad gäller att skall intas på sjukhus med stöd av 14 § smittskyddslagen, skall fastställas.

#### DOMSLUT

Länsrätten fastställer underställda beslutet vad gäller smittskyddsläkarens förordnande att skall intas på sjukhus med stöd av 14 § smittskyddslagen.

Domen gäller omedelbart.

Länsrätten förordnar med stöd av 12 kap 4 § sekretesslagen att sekretessen enligt 7 kap 1, 2 och 4 §§ samma lag skall bestå beträffande

- a) de uppgifter om vederbörande av domen berörd persons identitet, hälsotillstånd och personliga

DOM

1987-0423

Ö130287

6

förhållanden som förebragts vid rättens förhandling inom stängda dörrar.

- b) de uppgifter om vittnens och uppgiftslämnarens identitet, hälsotillstånd och personliga förhållanden som förebragts vid rättens förhandling inom stängda dörrar
- c) uppgifter om under a) och b) angivna förhållanden i denna dom i den del uppgifter om sådana förhållanden utelämnats i bilaga 1 till denna dom.

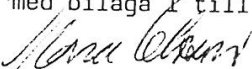
HUR MAN ÖVERKLAGAR, se bilaga 2 (dv 3103b)

Gunnar Lannerud

Exp till  
Smittskyddsläkaren

Akten

Fotokopians överensstämmelse  
med bilaga 1 till domen bestyrks

  
Mona Olsson

# Käll- och litteraturförteckning

## Tryckta källor

### *Offentligt tryck*

- Kommittédirektiv 2002:10 – *Översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*
- SOU 1966:50 - *Skyddslagstiftning*
- SOU 1985:37 – *Om smittskydd*
- SOU 1999:51 – *Smittskydd, samhälle och individ*
- SOU 2001:85 – *Perspektiv på Ubåtsfrågan*
- SOU 2003:83 – *Extraordinärt smittskydd*
- SOU 2004:13 – *Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring*
- Proposition 1918:154 – *Kungl. Maj:ts nådiga proposition till riksdagen med förslag till lag angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar; given Stockholm slott den 15 februari 1918.*
- Proposition 1968:36 – *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till skyddslag m.m.; given Stockholms slott den 16 februari 1968.*
- Proposition 1975/76:209 – *Om ändring i regeringsformen.*
- Proposition 1981/82:8 – *Om lag om vård av missbrukare i vissa fall m.m.*
- Proposition 1986/87:149 – *Med förslag till lag om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter.*
- Proposition 1987/88:147 – *Om tvångsvård av vuxna missbrukare, m.m.*
- Proposition 1988/89:5 – *Med förslag om ny smittlag m.m.*
- Proposition 1990/91:58 – *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*
- Proposition 1993/94:117 – *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri och rättighetsfrågor*
- Proposition 2003/04:30 – *Ny smittskyddslag,, m.m.*
- NJA II 1988 s. 519 – *Ny smittskyddslag m.m.*
- NJA II 1999 s. 213 – *Ny lagstiftning mot diskriminering i arbetslivet*
- Svar på skriftlig fråga 1998/99:286 – *ersättning till lobotomerade från 1940- och 1950-talet*
- Sveriges Riksdag – *Sveriges Grundlagar och riksdagsordningen 2011, Riksdagsförvaltningen, Första upplagan, Stockholm, 2011*

### *Myndighetspublikationer*

- Justitieombudsmannens ämbetsberättelse 1994/1995 s 382



Lagutskottets utlåtande 1918, 9 samlingen 1 avdelningen Nr 62 – *Utlåtande i anledning av Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar.*

Smittskyddsinstitutets rapportserie Nr 2:2005. *HIV-epidemin i Sverige – Epidemiologisk uppföljning av nyupptäckta HIV-patienter 2002-2003 i Sverige*

Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, *HIV, STI & Juridik i Sverige*, Enheten för hivprevention och sexuell hälsa, Första upplagan, Tryckort saknas, 2010

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tillämpningen av smittskyddslagen, den 2 juni 1989, Övriga uppgifter saknas

Socialstyrelsens föreskrifter om blodverksamhet, SOSFS 2009:28

Strålsäkerhetsmyndighetens SSI Rapport 2001:07 – *Kärnkraftsolyckan i Tjernoby, En sammanfattning femton år efter olyckan*

## **Material från organisationer**

Åhrén m.fl., *Medicinshistoria idag – Perspektiv på det samtida svenska forskningsfältet*, Nobel Museum Occasional Papers nr 4, Stockholm 2007

## **Litteratur**

Andreasson m.fl., *Homo i folkhemmet – Homo- och bisexuella i Sverige 1950-2000*, Anamma Böcker AB, Första upplagan, Tryckort saknas, Finland, 2000

Björkman, *Vård för samhällets bästa – Debatten om tvångsvård i svenska lagstiftning 1850-1970*, Carlssons Bokförlag, Första upplagan, Bjärnum, 2001

Fröberg, Smittskyddslagen, *Den nya smittskyddslagen med giltighet från och med den 1 juli 1989 – Författningstext och kommentarer*, Institutet för Medicinsk Rätt AB, Första upplagan, Lidingö, 1989

Herlitz, *HIV och AIDS i Sverige – Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2007*, Socialstyrelsen, Första upplagan, Västerås, 2008

Kallings, *Den yttersta plågan – Boken om AIDS*, Norstedts Förlag, Första upplagan, Falun, 2005

Langlet, *1834 – Året då koleran drabbade Stockholm*, Recito Förlag AB, Första upplagan, Borås, 2011

Leijonhufvud, *Hiv-smitta – Straff och skadeståndsansvar*, Nordsteds Juridik, Första upplagan, Göteborg, 1993

Lundberg, *Läkarnas blanka vapen, Svensk smittskyddslagstiftning i historiskt perspektiv*, Nordic Academic Press, Första upplagan, Falun, 2008

Qvarsell, *Utan vett och vilja – Om synen på brottslighet och sinnessjukdom*, Carlsson Bokförlag, Första upplagan, Stockholm, 1993

Tallerud, *Skräckens tid – Farsoternas kulturhistoria*, Bokförlaget Prisma, Första upplagan, Falun, 1999

Tallerud, *Kolera – En farsots grymma framfart i Uppsala och på den uppländska landsbygden*, Knights Förlag, Första upplagan, Tryckort saknas, 2006

Thyresson, *Från fransoser till AIDS – Kapitel ur de veneriska sjukdomarnas historia i Sverige*, Carlssons Bokförlag, Första upplagan, Trelleborg, 1991

## Otryckta källor

*HIV-Skräcken* – P3 Dokumentär i Sveriges Radio, Producent: Anton Berg, Sändes: 5 augusti 2007  
<http://sverigesradio.se/sida/gruppsida.aspx?programid=2519&grupp=18572&artikel=5320821>, 26 maj 2013

*Smittad – När hiv kom till Sverige*, Dokumentärfilm av AMP Film Produktion för SVT, Producent: Erik Pauser, Ansvarig utgivare: Ingemar Persson, Sveriges Television AB 2012  
Visas inte längre på SvtPlay, finns istället i sin helhet på Youtube  
<http://www.youtube.com/watch?v=3jKiPxdbirU>, 26 maj 2013

*Tvångssteriliseringarna* – P3 Dokumentär i Sveriges Radio, Producent: Fredrik Johansson, Kristofer Hansson, Sändes: 8 oktober 2006  
<http://sverigesradio.se/sida/gruppsida.aspx?programid=2519&grupp=18571&artikel=5327182>, 26 maj 2013

## Internetkällor

Bloddonor, Danmark:

<http://www.bloddonor.dk/donor-info/karantaeneregler-1/aids-hiv> , 20 maj 2013

FN:

<http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/karnkonventionerna/konventionen-om-ekonomiska-sociala-och-kulturella-rattigheter-cescr/> , 20 maj 2013

<http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/karnkonventionerna/konventionen-om-medborgerliga-och-politiska-rattigheter-iccpr/>, 20 maj 2013

Helsedirektoratet, Norge:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-transfusjonstjenesten-i-norge-6-utgave-2009/Sider/default.aspx>, 21 maj 2013

Nationalencyklopedin:

[www.ne.se/lang/lex-veneris](http://www.ne.se/lang/lex-veneris), 27 februari 2013

Noaks Ark

[http://www.noaksark.org/fakta/fakta\\_behandling.asp](http://www.noaksark.org/fakta/fakta_behandling.asp), 2 maj 2013

RFSL:

<http://www.rfsl.se/?p=331>, 3 mars 2013

<http://www.rfsl.se/?p=5658>, 23 april 2013

<http://www.rfsl.se/halsa/?p=1466>, 15 april 2013

<http://www.rfsl.se/halsa/?p=2722>, 3 maj 2013

[http://www.rfsl.se/public/kom\\_ut\\_02\\_12.pdf](http://www.rfsl.se/public/kom_ut_02_12.pdf), 19 april 2013

Röda Korset, Finland:

<http://www.veripalvelu.fi/www/652>, 20 maj 2013

Smittskyddsinstitutet:

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/100ar/viktiga-artal/1988/>, 21 april 2013

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/kolera/>, 15 april 2013

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hivinfektion/>, 2 maj 2013

Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/folkhalsa/hivsti/preventionsgrupper/msm>, 27 februari 2013

[http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/blodgivningforandraderegler\\_fra](http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/blodgivningforandraderegler_fra), 15 april 2013

Sundhed:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/infektioner/tils-tande-og-sygdomme/generelt/anmeldelsespligtige-infektionssygdomme/>, 21 maj 2013

Svenska Dagbladet:

[http://www.svd.se/kultur/understrecket/medicinskt-detektivarbete-loste-koleragatan\\_347290.svd](http://www.svd.se/kultur/understrecket/medicinskt-detektivarbete-loste-koleragatan_347290.svd), 15 april 2013

[http://web.archive.org/web/20070929143603/http://www.svd.se/images/ettan2006/060526/grafik\\_AIDS.gif](http://web.archive.org/web/20070929143603/http://www.svd.se/images/ettan2006/060526/grafik_AIDS.gif), 19 april 2013

Sveriges Television:

<http://www.svt.se/smittad/de-forsta-aren>, 16 april 2013

<http://www.svt.se/smittad/historik>, 16 april 2013

<http://www.svt.se/smittad/kampanjer>, 2 maj 2013

<http://www.svtplay.se/klipp/381427/de-bliir-behandlade-som-sopor>, 19 april 2013

Sydsvenskan:

<http://www.sydsvenskan.se/kultur--nojen/forst-av-allt-ar-karleken/>, 19 april 2013

UNAIDS:

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_FactSheet\\_Global\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_FactSheet_Global_en.pdf), 13 mars 2013

<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/june/20110603praid30/>, 23 april 2013

Vårdförbundet:

<https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/12/Snabbtester-for-hiv-opalitliga-direkt-efter-smittan/>, 2 maj 2013

WHO:

<http://www.who.int/gho/hiv/en>, 23 april 2013

# Rättsfallsförteckning

Case of Enhorn v. Sweden, (2005) Application no. 56529/00, Judgement,  
Strasbourg, 5 January 2005

Mål 8278/78 mot Österrike, DR 18

Mål nr Ö130-87