REMISSYTTRANDE
27 juli 2026

Regeringskansliet
Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se
s.hc@regeringskansliet.se

# Ett smittskydd för framtiden (SOU 2026:25)
# Departementets diarienummer S2026/00764

## Sammanfattning

Posithiva Gruppen (PG) välkomnar den nya inriktningen på smittskyddet med ett större fokus på frivillighet och där rättssäkerheten får en tydligare roll. PG ser dock att utredningens förslag inte når hela vägen fram. Smittskyddslagen är ofrånkomligen en begränsning av enskildas fri- och rättigheter, men grundprincipen måste vara att dessa rättigheter inte ska begränsas mer än nödvändigt.

PG delar utredningens bedömning att en skyldighet att informera om hivstatus vid sex inte är ändamålsenlig och ser mycket positivt på förslaget att informationsplikten i 2 kap 2 § tas bort, men menar att informationsplikt aldrig fyller någon funktion i ett effektivt och rättssäkert smittskydds- och folkhälsoarbete, inte heller som förhållningsregel. Informationsplikt lägger tvärtom grunden för stigma och diskriminering, något som Sverige förbundit sig att motverka och som utgör hinder för exempelvis testning. PG betonar att informationsplikten aldrig uppfyllt sitt syfte att förhindra antalet hivöverföringar eller motsvarat kravet på proportionalitet.

PG påtalar att de så kallade 10-10-10-målen inte nämns alls i utredningen. Dessa formuleras i samma resolution som 95-95-95-målen och bör därvid behandlas på samma sätt om Sveriges tillträde till resolutionen ska vara trovärdigt. PG ser också en brist i att utredningen

Besöksadress: Östermalmsgatan 5 114 24 Stockholm
Postadress: Östermalmsgatan 5 114 24 Stockholm
Telefon: 08-720 19 60
E-post: info@posithivagruppen.se
Hemsida: posithivagruppen.se
Org.nummer: 802014-8295

inte tillräckligt utrett repressiva metoder som bidrar till stigma och därmed motverkar smittskyddsarbetet, såsom isolering, obligatorisk testning och obligatorisk smittspårning samt alltför omfattande kriminalisering.

Vad gäller att inga förändringar föreslås av den enskildes medverkan vid läkarundersökning och smittspårning efterlyser PG utredningens tidigare argument om att frivillighet bör prägla smittskyddet. Internationella riktlinjer tydliggör att både obligatorisk hivtestning och obligatorisk smittspårning vid hiv leder till sämre utfall. PG menar att en åtgärd som saknar vetenskaplig evidens för att vara effektiv knappast kan vara proportionerlig när den samtidigt innebär ett betydande intrång i den enskildes privatliv.

PG delar utredningens bedömning att rättssäkerheten vid meddelande av förhållningsregler behöver stärkas samt att medicinska och praktiska råd i de allra flesta fall kommer att vara tillräckligt för att förhindra överföring. PG ställer sig tveksam till att kravet på samtycke är tillräckligt tydligt formulerat i utredningens förslag om när förhållningsregler ska ges, samt till avsaknaden av angivna beviskrav. PG ser också en risk för att det ansvar som i förslaget läggs på den behandlande läkaren i praktiken förskjuts till patienten genom angivande av förhållningsregler om inte läkaren får rätt förutsättningar att förmedla råd till patienten.

PG instämmer i att när förhållningsregler ges ska dessa vara individuellt utformade, men ser risker för tolkningsproblem vad gäller definitionen av anpassning till sjukdomens spridningssätt, patientens smittsamhet och andra personliga förhållanden. Utan hänsyn till exempelvis mänskliga rättigheter och andra aspekter av hälsa än enbart infektionsrisk riskerar svensk smittskyddsreglering att gå utöver vad som är tillåtet enligt Europakonventionen och tillhörande praxis från Europadomstolen. PG menar också att varje övervägande av den behandlande läkaren bör resultera i ett nytt och överklagbart beslut. PG ser vidare en risk för att det nya moment 4 – utformat med fokus på en persons beteende snarare än överföringsväg – riskerar att bli alltför oprecist och därmed inte tillräckligt rättssäkert. PG menar att utredningens föreslagna formulering riskerar att täcka in i stort sett allt beteende hos en person utan någon som helst begränsning.

PG motsätter sig utredningens bedömning att förslagen inte innebär behov av ökade resurser. PG menar att behandlande läkare och annan vårdpersonal behöver ges möjlighet att tillgodogöra sig nya regler och ser i stället ett behov av ökade resurser till relevanta kliniker i vart fall inledningsvis, samt av ytterligare informationsinsatser för vårdpersonal som har att tillämpa lagstiftning. PG instämmer i att civilsamhällesorganisationer kan få fler frågor om gällande rätt i samband med att förändringar träder i kraft och ser ett ökat behov av juridisk rådgivning och information för personer med hiv.

Besöksadress:
Östermalmsgatan 5
114 24 Stockholm

Postadress:
Östermalmsgatan 5
114 24 Stockholm

Telefon:
08-720 19 60

E-post:
info@posithivagruppen.se

Hemsida:
posithivagruppen.se

Org.nummer:
802014-8295

## Inledande synpunkter

Posithiva Gruppen (PG) välkomnar den nya inriktningen på smittskyddet där frivillighet får stå i centrum och där rättssäkerheten får en tydligare roll. PG ser dock att utredningens förslag inte når hela vägen fram och menar att det är en missad chans om Sverige inte tar möjligheten att reglera smittskyddet med folkhälsa och mänskliga rättigheter som utgångspunkt snarare än kontroll och tvång. Smittskyddslagen som helhet är ofrånkomligen en begränsning av enskildas fri- och rättigheter – och ska så vara – men av den anledningen är det också viktigt att beakta de rättigheter som inskränks, och om och i så fall när sådana inskränkningar är ändamålsenliga och proportionerliga. Att individers rättigheter inte begränsas mer än nödvändigt är en grundläggande princip att utgå ifrån.

PG uttalar sig utifrån sin kunskap om hiv, och vi yttrar oss därför om de delar av utredningen där vår specifika kompetens är av särskild relevans. I fråga om andra smittsamma sjukdomar är det samtidigt vår uppfattning att mycket av den forskning och kunskap som finns om hiv allra mest troligt gäller även för dessa i förhållande till smittskyddet och folkhälsan.

## 2 En ny inriktning för smittskyddet

PG tillstyrker den nya inriktningen med ett större fokus på frivillighet. Samtidigt menar PG att det finns en uppenbar diskrepans i att prata om frivillighet och samtycke när tvångsåtgärder och ytterst isolering fortfarande finns kvar för det allmänna att tillgå för den som inte ”frivilligt” underkastar sig de åtgärder som påbjuds. Utredningen framhåller att ”tvång aktualiseras bara undantagsvis”. Detta betyder dock inte att tvånget inte fyller en funktion som bakomliggande påtryckningsmedel och därmed till viss del förtar det samtycke som eftersträvas.[1]

Inom straffrätten finns fortfarande möjlighet att åtala personer som överför hiv[2] trots att Sveriges lagstiftning på området står i strid med rekommendationer från samtliga FN-organ

[1] Samtycke definieras vanligen som att någon samtycker *frivilligt* och *informerat*. Jfr t.ex.:
NHS: Overview Consent to treatment. Tillgänglig: https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/consent-to-treatment/, hämtad 2026-07-07.
Shah P, Thornton I, Kopitnik NL, et al: Informed Consent. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan. Tillgänglig: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/, hämtad 2026-07-07.

[2] Sverige sticker i sammanhanget ut i ett internationellt perspektiv, vilket självklart också påverkar huruvida en enskild person uppfattar en åtgärd som frivillig eller inte. Jfr t.ex. UNAIDS (2013): Right to Health, Right to Life: Why We Need to Act Now on HIV and Human Rights, s. 19. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20130529_EC_discussion_paper.pdf, hämtad 2026-07-08.

som uttalat sig i frågan.[3] Repression är inte effektivt för folkhälsoarbetet eller smittskyddet. Det är även ett faktum att förhållningsregler i sig uppfattas som att man som person med hiv blir kriminaliserad.[4] Att tala om frivillighet i detta sammanhang blir därmed en sanning med modifikation som drabbar de personer som lever med hiv i Sverige men också alla och envar eftersom smittskyddet riskerar att fungera mindre bra än det skulle kunna göra, vilket i förlängningen drabbar folkhälsan.

Utredningen har självklart haft att förhålla sig till de direktiv som den fått från regeringen. Det är PG:s åsikt att Sverige hade behövt ta ett helhetsgrepp gällande synen på hanteringen av smittskyddet och därvid utreda även de mer repressiva delarna. Det lämnar uppenbara hål i ”den nya inriktningen för smittskyddet” när helt avgörande delar inte har utretts eller belysts.

## 3 En flexiblare ordning för klassificering av sjukdomar

### *3.2.1 Kostnadsfriheten bör kunna gälla fler sjukdomar*

PG tillstyrker utredningens förslag om att andra smittsamma sjukdomar än de allmänfarliga ska kunna innebära kostnadsfrihet för patienten. PG menar att det är avgörande för smittskyddet att så många hinder som möjligt avlägsnas för att enskilda lättare ska kunna vända sig till vården. Avgift och kostnad för behandling är typiskt sett sådant som kan utgöra hinder, särskilt för det fall en infektion är symptomfri och patienten alltså kanske inte upplever ett stort behov av behandling.

PG vill dock understryka vikten av att användningen av tvångsmedel begränsas till att gälla enbart för de allmänfarliga sjukdomarna, då det inte alls är proportionerligt med sådana tillvägagångsätt för de sjukdomar som definieras endast som smittsamma. PG uppfattar att utredningen är av samma inställning.

[3] Se t.ex. UNAIDS (2024): Human rights fact sheet HIV Criminalization, se även där nämnda källor. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/01-hiv-human-rights-factsheet-criminalization_en.pdf, hämtad 2026-07-02.
[4] Herder, T., & Agardh, A. (2019). Navigating between rules and reality: a qualitative study of HIV positive MSM's experiences of communication at HIV clinics in Sweden about the rules of conduct and infectiousness. *AIDS Care*, *31*(10), s. 1304–1310. Tillgänglig: https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1566590, hämtad 2026-07-07.
Folkhälsomyndigheten (2022): Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) för kvinnor som lever med hiv i Sverige. Artikelnummer: 22005.
Folkhälsomyndigheten (2018): Erfarenheter och upplevelser av kommunikation kring förhållningsregler och smittsamhet bland personer som lever med hiv i Sverige. Artikelnummer: 18098.

*3.2.3 Smittskyddsläkarens uppgift vid smittspårningspliktiga sjukdomar bör förstärkas*

PG har svårt att förstå syftet med denna utökade kontroll. Som vi påpekat ovan är det av vikt att kontroll och tvång används restriktivt och bara när det är absolut nödvändigt och effektivt. Man får utgå från att så länge som en sjukdom inte klassas som allmänfarlig är det inte heller motiverat utifrån ett starkt samhällsbehov[5] att kontrollera enskilda. PG menar att det inte heller är lämpligt att smittskyddsläkaren ska vidta åtgärder för att få till stånd en läkarundersökning, särskilt som testning aldrig bör vara obligatoriskt, mer om det under 5.17. Det framgår heller inte av förslaget vad sådana åtgärder skulle kunna vara och PG påminner om att tvångsåtgärder, eller åtgärder som uppfattas som tvång, aldrig bör kunna aktualiseras för sjukdomar som inte anses allmänfarliga.

I sammanhanget kan det vara värt att lyfta att den smittspårningsplikt som redan nu finns utgör ett konkret hinder för personer som har sex mot ersättning för att söka vård. Även om det inte verkställs några sanktioner – annat än anmälan till smittskyddet – mot den som inte medverkar till smittspårning[6], är det PG:s erfarenhet att personer som sexarbetar uppfattar smittspårningen som något de tvingas delta i. Detta gör i sin tur att de inte vänder sig till vården eller att de känner sig nödgande att utelämna information om rådande omständigheter för att inte tvingas att uppge sina klienter vid smittspårning. Detta faktum tycks utredningen inte ha beaktat. Personer som har sex mot ersättning är en nyckelgrupp i arbetet med hiv och även vad gäller vissa andra smittsamma sjukdomar. När man i sammanhanget talar om att ta bort hinder för testning – genom att införa kostnadsfrihet för fler smittsamma sjukdomar – bör man inte samtidigt lägga till nya hinder för testning, vilket PG uppfattar att utökade åtgärder från smittskyddsläkaren innebär. Mer om obligatorisk smittspårning under 5.17.

## 4 Utredningens överväganden om informationsplikt vid hiv

Inledningsvis vill PG påpeka att informationsplikten aldrig uppfyllt sitt syfte att förhindra antalet överföringar eller motsvarat kravet på proportionalitet. Detta har inget med den medicinska utvecklingen att göra – informationsplikten är i sig inte en effektiv åtgärd i smittskyddsarbetet eller i arbetet för en god folkhälsa, oavsett om den kan tas bort vid välinställd behandling eller inte.[7] Tvärtom lägger informationsplikt grund för stigma och diskriminering och utgör därmed hinder för exempelvis testning och andra avgörande delar

[5] Jfr kravet på ”pressing social need” vid bedömning av om en åtgärd är ”nödvändig i ett demokratiskt samhälle”, se t.ex. Europadomstolens dom YY mot Turkiet (Application no. 14793/08), para. 100, samt där angivna källor.
[6] Jfr 1177 Din tidning om hälsa och vård (2023), nr 3, s. 30. Tillgänglig: https://www.e-magin.se/paper/xkmmjq2j/paper#/paper/rv01n7x6/31, hämtad 2026-07-07.
[7] SOU 2026:25 Ett smittskydd för framtiden, se t.ex. s. 178. Jfr även UNAIDS och UNDP (2008): Policy Brief Criminalization of HIV Transmission. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_en.pdf, hämtad 2026-07-07.

i folkhälsoarbetet.[8] Inte minst i Sverige – där två av tre får ”sen hivdiagnos” (CD4<350) och en av tre får diagnos först när immunförsvaret är gravt nedsatt (CD4<200)[9] – behöver vi eliminera alla hinder för testning, vilket inkluderar att undanröja all lagstiftning som underbygger stigma. I ett sammanhang där det konstateras att överföring till allra största grad sker från personer som inte vet om sin diagnos[10] är testning och tidig diagnos helt avgörande.

FN-organet UNAIDS har så tidigt som 2008 – långt före U=U – konstaterat att obligatorisk informationsplikt (”mandatory disclosure”) inte är en del i gott folkhälsoarbete.[11] Detta har sedan upprepats från flera FN-organ.[12] Det ensidiga fokuset i Sverige på medicinska framgångar snarare än på mänskliga rättigheter tydliggörs inte minst genom att uppfyllandet av 95-95-95-målen ständigt framhålls samtidigt som 10-10-10-målen, som framläggs i samma FN-resolution,[13] knappt nämns. 10-10-10-målen tar sikte på bland annat rätten att inte utsättas för diskriminering och att hivstigma ska elimineras. Vi vet att diskriminering och hivstigma alltjämt finns kvar i Sverige och att informationsplikten är en del i att upprätthålla detta.[14] Agenda 2030 har framhållit att om uppfyllandet av de uppsatta målen inte tar hänsyn till mänskliga rättigheter kommer framstegen att visa sig illusoriska.[15]

---

[8] Se t.ex. Folkhälsomyndigheten (2026): Hivstigma som hinder för hälsa, livskvalitet och hivprevention i Sverige. Artikelnummer: 26044.
Jfr Ministerio de Sanidad (2024): HIV-related stigma and discrimination: the challenge. Tillgänglig: https://www.sanidad.gob.es/en/areas/DCVIHT/vihSida/VIHyDerechosHumanos/docs/EU_Presidency_Technical_document_HIV_Stima_Discrimination.pdf, hämtad 2026-07-21.
A/RES/75/284 (2021): Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030, artikel 65.
A/RES/80/268 (2026): Political Declaration on HIV/AIDS: United to End AIDS by 2030, artikel 75.
[9] InfCareHIV Årsrapport 2024, s. 20.
Jfr Falk S, Nilsson J, Möller IK, et al. Late diagnosis of HIV persists in Sweden: Differing social determinants among migrant and non-migrant people with HIV. HIV Med. 2026; 27(6): 945-958. doi:10.1111/hiv.70217. Tillgänglig: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hiv.70217, hämtad 2026-07-08.
[10] SOU 2026:25 Ett smittskydd för framtiden, se t.ex. s. 179.
[11] UNAIDS och UNDP (2008): Policy Brief Criminlization of HIV Transmission. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_en.pdf, hämtad 2026-07-01.
[12] Jfr exempelvis UNGASS-resolutioner från 2016 (A/RES/70/266), 2021 (A/RES/75/284), 2026 (A/RES/80/268).
[13] Jfr t.ex. UNAIDS (2021): A summary of the commitments and targets within the United Nations General Assembly's 2021 Political Declaration on HIV and AIDS, s. 10. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-political-declaration_summary-10-targets_en.pdf, hämtad 2026-07-01.
[14] Se t.ex. Folkhälsomyndigheten (2026): Hivstigma som hinder för hälsa, livskvalitet och hivprevention i Sverige. Artikelnummer: 26044.
Nilsson Schönnesson L, Dahlberg M, Reinius M, Zeluf-Andersson G, Ekström AM, Eriksson LE. Prevalence of HIV-related stigma manifestations and their contributing factors among people living with HIV in Sweden - a nationwide study. BMC Public Health. 2024 May 20;24(1):1360. doi: 10.1186/s12889-024-18852-9. PMID: 38769531; PMCID: PMC11106865. Tillgänglig: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38769531/, hämtad 2026-07-08.
[15] UNSDG: What does the 2030 Agenda say about universal values? Tillgänglig: https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values, hämtad 2026-07-01. Jfr även Europadomstolens dom YY mot Turkiet (Application no. 14793/08), para. 103.

Det är PG:s uppfattning att stigmaskapande åtgärder inte heller är effektiva för ett gott smittskydd vad gäller andra smittsamma sjukdomar som inkluderas i smittskyddslagen.

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

PG delar denna bedömning men är i viss mån tveksam till utredningens motivering. Utredningen tycks påstå att informationsplikten har haft en funktion tidigare, vilket PG menar saknar belägg. Tvärtom kan informationsplikten vara kontraproduktiv, inte minst vad gäller bibehållandet av stigma vilket hindar effektivt smittskydds- och folkhälsoarbete.

Ytterst är det en fråga om mänskliga rättigheter för personer med hiv. Utredningen snuddar vid detta när man nämner att informationsplikten utgör ett lagkrav på att röja integritetskänsliga uppgifter. Detta är enligt PG helt avgörande för informationspliktens vara eller icke vara. Eftersom den inte har någon bevisad effekt för att förhindra antalet överföringar, oavsett behandling eller inte,[16] kan den aldrig vara nödvändig i ett demokratiskt samhälle, vilket är den grundläggande prövning som ska göras vid alla begränsningar av mänskliga rättigheter.[17]

## 5 Ändamålsenliga rättigheter och skyldigheter för enskilda

För PG tydliggör utredningen att det i de allra flesta fall inte är personer med hiv som inte följer regelverket utan att det framför allt har varit läkare som har haft svårt att förstå vikten av att lagen följs (jfr avsnitt 4.4). Ett mycket konkret exempel är vid givande av förhållningsregler, där utredningen har kunnat konstatera att förhållningsregler knappt individualiserats över huvud taget, utan smittskyddsbladen har delats ut rakt av.[18] Den enskilde hotas av tvång, isolering och ytterst straffansvar samtidigt som utredningens undersökning visar att läkare kan ha brutit mot lagen närmast systematiskt utan några egentliga konsekvenser. PG är tveksam till att läkare som enskilda eller som kollektiv har haft till syfte att obstruera mot gällande rätt men likväl har detta blivit konsekvensen, vilket i förlängningen drabbat enskilda genom onödigt långtgående förhållningsregler och avsaknad av kunskap om rätten till överklagande.[19]

---

[16] Jfr SOU 2026:25 Ett smittskydd för framtiden, s. 178.
Jfr UNAIDS och UNDP (2008): Policy Brief Criminalization of HIV Transmission., sid 4 f. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_en.pdf, hämtad 2026-07-07.
[17] Jfr t.ex. Europadomstolens dom YY mot Turkiet (Application no. 14793/08).
[18] Jfr även Herder, T., & Agardh, A. (2019). Navigating between rules and reality: a qualitative study of HIV positive MSM's experiences of communication at HIV clinics in Sweden about the rules of conduct and infectiousness. *AIDS Care*, *31*(10), s. 1304–1310. Tillgänglig: https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1566590, hämtad 2026-07-07.
[19] Möjlighet att överklaga myndighetsbeslut är en del av ”rätten till en rättvis rättegång” och är en mänsklig rättighet, jfr Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (1950), artikel 6.

PG vill genom att lyfta detta faktum framhålla vikten av rätt implementering och tillämpning av framtida lagstiftning. Läkare är av uppenbara skäl inte utbildade för att tillämpa lagstiftning och det ställer stora krav inte minst på regionerna att försäkra sig om att läkare, och andra eventuella tillämpare (till exempel vid smittspårning eller vid givande av råd), har kunskap om vad gällande lagstiftning innebär utifrån vårdpersonals ansvar. I utredningen skriver man exempelvis att tidigare förarbeten förtydligat att smittskyddsbladen ska individualiseras genom strykningar och tillägg, men vilken läkare har möjlighet att läsa förarbeten till gällande lagstiftning?

Ett annat konkret exempel som illustrerar utmaningarna: utredningen föreslår att om en läkare har *grundad anledning att anta* att ett samtycke till att följa angivna medicinska och praktiska råd inte är allvarligt menat så får läkaren meddela förhållningsregler. PG menar att även om utredningen anger vissa exempel på sådana omständigheter så är det svårt för en läkare att veta vad som faktiskt ligger i det beviskrav som ställs upp om inte tillräckligt stöd ges av regionen.[20] Mer om detta under 5.6.

## 5.3 Nuvarande parallella system avseende den enskildes skyldigheter är inte ändamålsenliga

PG håller helt med om utredningens bedömning att parallella system är till nackdel för bland annat rättssäkerheten. Det är särskilt anmärkningsvärt att skyldigheter har kunnat åläggas den enskilde enligt 2 kap 2 § utan möjlighet för den enskilde att få ett sådant beslut prövat. Ibland har skyldigheter ålagts helt utan beslut med hänvisning till paragrafen[21] vilket är rättsosäkert.

Det är PG:s inställning att rättighetsbegränsningar på individnivå inte ska kunna åläggas en enskild utan att ett beslut fattas och att det förenas med rätten till överklagande och kunskap därom.

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

PG har förståelse för utredningens utgångpunkt att isolering inte bör följa på grund av att någon inte samtycker till att beakta de medicinska och praktiska råd som getts, men menar att argumentet egentligen är att betrakta som svagt med tanke på att isolering som åtgärd

[20] Jfr t.ex. Gustav Lindkvist (2019): Bevisfrågor i förvaltningsprocessen, JUNO, s. 103 ff.
[21] Jfr tidigare ordning för reglering av amning för personer med hiv, se t.ex. Smittskyddsläkarnas Smittskyddsblad: Hiv – person med välinställd hivbehandling, patientinformation, 2019-07-03. Jfr SOU 2026:25 Ett smittskydd för framtiden, sid 205. Mer information om hiv och amning se t.ex. PG (2024): Hiv och amning – ny rekommendation öppnar för stöd och uppföljning. Tillgänglig: https://posithivagruppen.se/hiv-och-amning-ny-rekommendation-oppnar-for-stod-och-uppfoljning/, hämtad 2026-07-01.

över huvud taget inte är lämplig smittskyddslagstiftning.[22] Dessutom är det ett faktum att förhållningsregler upplevs kriminaliserande av den enskilde samt är del i att upprätthålla stigma och diskriminering, vilket är till nackdel för smittskyddsarbetet, se bland annat under avsnitt 2.

Från PG:s perspektiv är det därmed inte önskvärt med vare sig förhållningsregler eller isolering som åtgärd.

## 5.5 Rättssäkerheten vid meddelande av förhållningsregler behöver stärkas

PG delar utredningens bedömning.

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

Vad gäller hiv så är det tydligt att personer som lever med sjukdomen anstränger sig för att inte överföra den till andra.[23] För att minska risken för överföring är det dock avgörande att personen i fråga får kunskap om hur den bäst vidtar åtgärder för att undvika detta. I detta har samhället ett stort ansvar för att kunskap når den som fått en överförbar sjukdom, och i praktiken faller detta ansvar i första hand på behandlande läkare och på smittskyddet som har det yttersta ansvaret. PG delar därför utredningens bedömning om att medicinska och praktiska råd i de allra flesta fall kommer att vara tillräckligt för att förhindra överföring.

PG ställer sig tveksam till hur kravet på samtycke är formulerat i utredningens förslag. Formuleringen ”i samförstånd med den enskilde” riskerar att uppfattas som omständlig. Det är PG:s uppfattning att ordet ”samtycke” är betydligt mer entydigt och väletablerat.[24]

Utredningens föreslagna formulering saknar även angivande av vilka beviskrav som ställs upp för att förhållningsregler ska kunna komma i fråga. I utredningens förslag preciseras beviskravet först i författningskommentar där det bland annat framkommer att det ”kan förekomma att patienten samtycker till de åtgärder som han eller hon behöver vidta men

[22] Så tidigt som 1989 uttalades att stater borde undvika användning av isolering som smittskyddsåtgärd, se t.ex. Europarådets rekommendation: No R (89) 14, On the ethcial issues of HIV infection in the health care and social settings. Tillgänglig: https://ekea.gr/wp-content/uploads/Rec8914-Ethical-issues-of-HIV-infection-in-the-health-care-and-social-settings.pdf, hämtad 2026-07-07. Jfr även Europadomstolens dom Enhorn mot Sverige (Application no. 56529/00).

[23] SOU 2026:25 Ett smittskydd för framtiden, t.ex. sid 179; SOU 1999:51 Smittskydd, samhälle och individ, sid 383; UNAIDS och UNDP (2008): Policy Brief Criminalization of HIV Transmission, sid 2. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_en.pdf, hämtad 2026-07-07.

[24] Exempel på hur 4 a kap. 1 § skulle kunna utformas: När en patient bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och det finns grundad anledning att anta att patienten inte samtycker till de medicinska och praktiska råd som ges till patienten enligt 4 kap. 2 §, ska den behandlande läkaren besluta om individuellt utformade förhållningsregler.

den behandlande läkaren har *grundad anledning att anta* att samtycket inte är allvarligt menat eller att det finns överhängande risk för att samtycket kan komma att tas tillbaka". Det finns även en formulering som anger att det kan föreligga situationer när patientens inställning inte är så klar, men *omständigheterna är sådana* att den behandlande läkaren bör kunna besluta om förhållningsregler. Som exempel anges att förhållningsregler kan meddelas om en patient "inte fullföljt föreskriven behandling eller erbjudna behandlingsinsatser *på ett sätt som väcker tvivel* om att patienten kommer att följa behövliga råd". PG menar att det är till gagn för rättssäkerheten om etablerade beviskrav används.

PG menar alltså att det är till fördel för rättssäkerheten om den bestämmelse som anger när förhållningsregler ska ges är enkel att förstå samt klargör beviskraven. Det är sällan de lätta fallen – som när någon uttryckligen anger att den inte avser följa de råd som ges – som utmanar rättssystemet eller kräver precision av tillämparen. Vid svåra fall är det dock viktigt att både läkare och patient kan ha en samsyn kring vad som gäller rättsligt och att domstolarna har fått tydliga regler från lagstiftaren för när förhållningsregler faktiskt ska ges.

Detta leder in på ytterligare en aspekt av bestämmelsen som PG anser kan öppna upp för viss rättsosäkerhet. PG ser en risk för att det ansvar som i förslaget läggs på läkaren i praktiken förskjuts till patienten om inte läkaren får rätt förutsättningar att förmedla råden till patienten. Utredningen framhåller att det i praktiken inte måste vara läkaren själv som förmedlar råden men att "ansvaret för att råden ges på ett tillfredsställande sätt vilar dock alltjämt på den behandlande läkaren". I en situation där patienten av någon anledning kräver mer tid eller mer diskussion för att kunna ta till sig råden (till exempel på grund av språkutmaningar, psykosocial situation eller liknande) framstår det med nuvarande formulering som en lätt utväg för en behandlande läkare att – i stället för att fortsätta förankra medicinska och praktiska råd hos patienten – meddela förhållningsregler och på så sätt förflytta det juridiska ansvaret till patienten.

Som utredningen också framhåller är smittskydd ett delat ansvar mellan samhälle och individ, vilket inte får bortses från när enskilda individers autonomi ska begränsas. Av denna anledning är det, som ovan angivits, viktigt att både beviskrav och kravet på samtycke är tillräckligt preciserat direkt i bestämmelsen. Om beviskrav och liknande anges endast i förarbeten riskerar detta att vara otillräckligt ur rättssäkerhetssynpunkt.

I sammanhanget är det viktigt att påminna om den utmaning som finns när läkare ska utforma förvaltningsrättsliga beslut och i sin yrkesroll tillämpa lag. PG:s erfarenhet är att i vart fall en del läkare, i lägen de uppfattar som oklara eller av någon anledning blir osäkra, hellre använder både hängslen och livrem snarare än att göra en korrekt proportionalitetsbedömning av situationen. Detta är på intet sätt märkligt utifrån hur smittskyddet varit utformat i Sverige och kanske även med hänsyn till en läkarkultur[25] som utgår från andra principer än de som råder inom rättstillämpningen. Detta har tydliggjorts

[25] Jfr t.ex. Rageshri Dhairyawan (2024): Unheard - The Medical Practice of Silencing, Orion Publishing Co.

ytterligare genom de enkäter som utredningen presenterat som visar att läkare inte haft kunskap, eller vilja, att följa lagen såsom den varit skriven. Något som självklart är mycket allvarligt. Det kommer inte vara tillräckligt att lagen tydliggör att samtycke är utgångpunkt för behandlingsinsatser och vilka beviskrav som gäller för när förhållningsregler trots allt får ges, om detta inte får genomslag i praktiken inom läkarkåren.

## 5.7 Förhållningsregler ska vara individuellt utformade

PG delar utredningens uppfattning om att när förhållningsregler ges, ska dessa ta utgångspunkt i de individuella omständigheter som är för handen.

PG ser dock risker för vissa tolkningsproblem vad gäller definitionen av anpassning till den allmänfarliga sjukdomens spridningssätt, till patientens smittsamhet och andra personliga förhållanden. Det har inte alltid rått samsyn gällande hur risken för överföring av exempelvis hiv ska bedömas, varken i sig eller relativt andra överväganden. Ett konkret exempel gäller Sveriges senfärdighet vad gäller att ändra regelverket för personer med hiv som fått barn och som vill amma barnet. WHO har sedan länge angett att de rekommenderar amning för alla med omätbara virusnivåer och sedan 2023 rekommenderar de amning även för personer med nertryckta virusnivåer (<1000 kopior).[26] Även EACS har sedan länge angett att personer som vill amma, oavsett rekommendation, bör få medicinsk uppföljning.[27] Ytterst är det en fråga om mänskliga rättigheter och vilka andra intressen som bör vägas mot smittskyddsintresset.[28] Sverige har dock genom RAV:s riktlinjer och

[26] WHO (2024): The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Tillgänglig: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/16bc225d-c2ac-407c-a45b-4270acf1285f/content, hämtad 2026-07-01.
[27] Se EACS Guidelines; jfr exempelvis Version 10.1 (2020) respektive Version 12.0 (2023).
[28] Vid amning halveras risken för att barnet senare utvecklar diabetes (Nicolai A. Lund-Blix, Stine Dydensborg Sander, Ketil Størdal, Anne-Marie Nybo Andersen, Kjersti S. Rønningen, Geir Joner, Torild Skrivarhaug, Pål R. Njølstad, Steffen Husby, Lars C. Stene; Infant Feeding and Risk of Type 1 Diabetes in Two Large Scandinavian Birth Cohorts. *Diabetes Care* 1 July 2017; 40 (7): 920–927. https://doi.org/10.2337/dc17-0016). Amning ger även bättre immunförsvar hos nyfödda och skyddar mot t.ex. öroninflammation, gastroenterit, allvarlig luftvägsinfektion, tarminflammation, enterokolit, astma och plötslig spädbarnsdöd (Rikshandboken Barnhälsovård ”Hälsoeffekter av amning”. https://www.rikshandboken-bhv.se/amning-och-nutrition/framja-amning---oversikt/halsoeffekter-av-amning/; 1177.se ”Amning” https://www.1177.se/barn--gravid/att-skota-ett-nyfott-barn/amning-och-flaskmatning/amning/#section-106583; John M.D. Thompson, Kawai Tanabe, Rachel Y. Moon, Edwin A. Mitchell, Cliona McGarvey, David Tappin, Peter S. Blair, Fern R. Hauck; Duration of Breastfeeding and Risk of AIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics* November 2017; 140 (5): e20171324. 10.1542/peds.2017-1324.). Dessutom skyddar amning mot obesitas (fetma) (Victora C, Bahl R, Barros A et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet, s. 387, 475–490). Obesitas är en av de främsta orsakerna till sjukdomsbörda och för tidig död i Sverige och är även förknippat med stort stigma (Fohm ”Om övervikt och obesitas” https://www.folkhalsomyndigheten.se/vara-amnesomraden/overvikt-och-obesitas/om-overvikt-och-obesitas/) (Läkartidningen. 2025;122:25069). En del som arbetar med frågan om hiv och amning menar att amning handlar om kroppslig autonomi, reproduktiv rättvisa och rätten till information (Gross MS, Taylor HA, Tomori C, Coleman JS. Breastfeeding with HIV: An Evidence-Based Case for New Policy. J Law Med Ethics. 2019 Mar;47(1):152-160. doi: 10.1177/1073110519840495. PMID: 30994076; PMCID: PMC7053566.) Att vilja amma kan ha sin grund i både personliga, sociala och kulturella skäl (Clinicalinfo.org ”Preventing Hiv Transmission during Infant

Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad helt förbjudit amning fram till så sent som sommaren 2024.

Förbudet mot amning motiverades med att om barn till en person med hiv inte ammas saknas helt risk för överföring av hiv. Detta är i och för sig ett korrekt påstående och möjligen rimligt för det fall det enda intresset är att skydda mot överföring av hiv. Men hiv är inte den enda aspekten att beakta i sammanhanget.[29] Utan kunskap eller överväganden om exempelvis mänskliga rättigheter för patienten och andra aspekter av hälsa än enbart infektionsrisk riskerar svensk smittskyddsreglering att gå utöver vad som är tillåtet enligt Europakonventionen och tillhörande praxis från Europadomstolen. Det är PG:s förhoppning att den nya inriktningen på smittskyddet i Sverige och den anmodade förbättringen av rättssäkerheten för enskilda ska leda till att situationer som i exemplet med amning inte uppstår i framtiden.

## 5.8 Förhållningsregler kan vara tidsbegränsade eller gälla tills vidare

PG delar utredningens bedömning att det är av fördel att förhållningsregler ges en tidsram, som i och för sig kan vara tills vidare. Dock menar PG att det är en olämplig skrivning att förhållningsregler ska gälla tills vidare om inte den behandlande läkaren beslutat om annat. PG menar att det av rättssäkerhetsskäl är till gagn om läkaren vid varje tillfälle aktivt behöver förhålla sig till angivandet av tidsram och därvid sedvanligt motivera sitt beslut. Den av utredningen föreslagna formuleringen anger presumtion för att förhållningsregler ska gälla tills vidare, vilket verkar vara en onödigt långtgående inskränkning vid angivande av förhållningsregler.

## 5.9 Särskilda bestämmelser om regelbundna överväganden och omprövning av förhållningsregler

PG anser det mycket positivt att utredningen slår vakt om rättssäkerhetsgarantier såsom regelbundna överväganden och omprövning av förhållningsregler. För det fall ett övervägande resulterar i att ett beslut om förhållningsregler ska bestå utan ändringar föreslår dock utredningen att det inte ska krävas ett nytt beslut om förhållningsregler. PG ställer sig tveksam till en sådan ordning. För möjligheten att överklaga krävs normalt ett beslut, och om inte ett nytt beslut fattas riskerar patienten att inte uppfatta att möjlighet till överklagande finns tillgänglig. Som vi sett i utredningens enkäter har läkarkåren generellt haft svårt att förmedla rätten till överklagande till sina patienter. Det kan vara så att

feeding" https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/preventing-transmission-infant-feeding). I sammanhang där att avstå från amning är det samma som att bli "avslöjad" som hivpositiv, kan ett fåtal veckors amning göra skillnad (Judy Levison, Shannon Weber, Deborah Cohan, Breastfeeding and HIV-Infected Women in the United States: Harm Reduction Counseling Strategies, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 59, Issue 2, 15 juli 2014, s. 304–309, https://doi.org/10.1093/cid/ciu272). Bröstmjölksersättning är också relativt amning dyrt.

[29] Jfr fotnot 28.

patienten uppfattar att den har ändrat sitt förhållningsätt och tar ett större ansvar och att den därmed är av uppfattningen att det saknas grund för förhållningsregler, samtidigt som läkaren gör en annan bedömning och menar att ett nytt beslut om förhållningsregler är rimligt. Även ett sådant ställningstagande av en läkare måste kunna prövas av högre instans. Av dessa anledningar menar PG att varje övervägande av läkaren vad gäller förhållningsregler bör resultera i ett nytt och överklagbart beslut.

Ett nytt beslut kräver också att det motiveras i sedvanlig ordning varpå patienten har en större chans att inse vad som fortfarande saknas för att förhållningsreglerna ska tas bort, vilket gör sig särskilt gällande för de fall när en patient redan anpassat sitt beteende men enligt läkarens bedömning ändå inte nått hela vägen fram. En tydlig motivering ger även patienten en bättre chans att bemöta påståendena i läkarens bedömning. Utredningen menar visserligen att överväganden ska journalföras och i teorin har en patient rätt att ta del av sina egna journaler. Kunskapen om detta är dock varierande, och att få tillgång till sina journaler är i praktiken olika lätt eller svårt i olika regioner. Att få ett nytt beslut är betydligt mer tydligt och enkelt.

## 5.10 Förhållningsregler ska ges såväl muntligt som skriftligt och journalföras

Utöver vad PG framfört under 5.9 delar PG utredningens bedömning i detta avsnitt. PG ser det som särskilt bra att det föreslås att regeringen ska meddela föreskrifter om vilket innehåll som ska finnas i meddelade beslut. Det har varit en brist vid nuvarande tillämpning av förhållningsregler att dessa till allra största del bygger på utlåtanden från Smittskyddsläkarföreningen och RAV, vilka inte har delegerats normgivningsmakt för att delge föreskrifter.

Folkhälsomyndigheten har enligt nuvarande lagstiftning delegerad normgivningsmakt men har valt att inte nyttja den rätten utan har enbart presenterat så kallade kunskapsunderlag, vilka inte utgör gängse rättskällor. Om Smittskyddsläkarföreningens smittskyddsblad även fortsättningsvis ska användas som ett slags komplement till gällande rätt, såsom utredningen föreslår, är det av allra största vikt att dessa inte uppfattas utgöra föreskrifter utan endast utgör viss vägledning som går att avvika från. Behandlande läkare har ett eget ansvar att vara pålästa utifrån gällande rätt, såsom den är presenterad i relevanta rättskällor.

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

PG ställer sig mycket tveksam till utredningens bedömning i denna del. Relevanta FN-organ har under lång tid tydliggjort att informationsplikt (mandatory disclosure) inte är en effektiv smittskyddsåtgärd.[30] Inte minst därför att de flesta överföringar sker från personer som inte

[30] Se exempelvis UNGASS-resolutioner från 2016 (A/RES/70/266), 2021 (A/RES/75/284), 2026 (A/RES/80/268).

vet om sin hivstatus, se avsnitt 4. Detta gäller både för överföring vid sex och inom exempelvis vården. Om informationsplikt är möjlig – i någon form – kvarstår rådande situation där informationsplikten är del av att skapa en falsk trygghet där exempelvis vårdpersonal förutsätter att de kommer bli informerade och först då vidtar relevanta hygienrutiner. Det är helt avgörande att vårdpersonal beaktar vårdhygieniska rutiner vid all kontakt där överföring potentiellt kan ske, eftersom en person som inte ännu fått diagnos inte kan informera om sin status men ändå kan riskera att överföra infektion. Det exempel som lyfts i utredningen, att vid sticktillbud göra en bedömning om behovet av postexpositionsprofylax, ger inte argument för en annan bedömning. Även vid ett sticktillbud behöver vårdpersonal vara medveten om att en person som inte informerat inte helt säkert kan anses vara smittfri; den kan lika gärna vara ovetande om sin diagnos vid tillfället.

Samtidigt vill PG påminna om att majoriteten av personer med hiv själva vill ta ansvar för att inte överföra hiv, och att inget hindrar att en person med exempelvis hiv själv väljer att dela sin status med vårdpersonal – när man känner sig trygg nog att göra så.[31] För ett säkrare vårdarbete är det med andra ord viktigare att arbeta med stigmafritt bemötande hos personalen än att tvinga personer med hiv att informera.

Informationsplikten, i vilken form den än kvarstår, lägger grunden för stigma och diskriminering, något som Sverige förbundit sig att motverka.[32] Att motverka stigma har ett egenvärde då stigma utgör hinder för effektivt smittskydd och bättre folkhälsa, bland annat genom minskad testning och minskad frivillig öppenhet. Stigma är förekommande också hos vårdgivare varför informationsplikt är olämplig inte bara vid sex utan också inom vården.[33]

[31] Jfr t.ex. WHO (2017): Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. Tillgänglig: https://www.who.int/en/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings, hämtad 2026-07-07.

[32] A/RES/75/284 (2021): Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030, artikel 65.
A/RES/80/268 (2026): Political Declaration on HIV/AIDS: United to End AIDS by 2030, artikel 75.
Folkhälsomyndigheten (2024): Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra sexuellt överförbara infektioner. Artikelnummer: 24175.

[33] Folkhälsomyndigheten (2026): Hivstigma som hinder för hälsa, livskvalitet och hivprevention i Sverige. Artikelnummer: 26044.
Lund M, Sundler AJ, Carlsson Lalloo E. Healthcare Experiences and Needs of Older Adults Living With HIV: A Qualitative Study. J Clin Nurs. 2024 Dec;33(12):4819-4829. doi: 10.1111/jocn.17538. Epub 2024 Nov 11. PMID: 39528400; PMCID: PMC11579549. Tillgänglig: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11579549/#jocn17538-sec-0031, hämtad 2026-07-08.
UNAIDS (2020): Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination, s. 34 ff. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf, hämtad 2026-07-08.
WHO (2017): Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. Tillgänglig: https://www.who.int/en/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings, hämtad 2026-07-08.

PG ser med andra ord mycket positivt på förslaget att informationsplikten i 2 kap 2 § tas bort. PG menar samtidigt, enligt ovan, att informationsplikten aldrig fyller någon funktion i ett effektivt och rättssäkert smittskydds- och folkhälsoarbete, inte heller som förhållningsregel. För det fall lagstiftaren ändå väljer att ha kvar informationsplikten på det sätt som utredningen föreslår bör den ges som en förhållningsregel med sedvanliga rättsäkerhetsgarantier såsom exempelvis rätten till överklagande. Även i sådana fall fyller dock informationsplikten enligt 2 kap 2 § inte någon funktion.

## 5.12 Justeringar bör göras av de moment som kan ges som förhållningsregler

PG ser i stort positivt på att vilka förhållningsregler som får ges avgränsas med avseende på antalet moment, men ser en risk för att det nya moment 4 riskerar att bli alltför oprecist och därmed inte tillräckligt rättssäkert. Som vi förklarat under 5.11 menar vi även att det saknas grund för att ha kvar möjligheten att ge informationsplikt som förhållningsregel.

PG ser att utredningen haft ett gott syfte när den utformat moment 4 med fokus på en persons beteende snarare än överföringsväg. Dock ser PG ett behov av att lyfta risken att en sådan formulering kan bli för allomfattande och att det ger möjlighet att inkludera nästan obegränsat med förhållningsregler eftersom en mängd beskaffenheter kan inrymmas under begreppet ”beteende”. Detta tillsammans med formuleringen ”situationer som innebär en beaktansvärd risk” anger ett mycket vidsträckt område. Det har visat sig i praxis att ”beaktansvärd risk” endast kräver en mycket låg risk för överföring för att kunna aktualiseras.[34] PG menar att så långtgående åtgärder troligen inte möter kravet på att vara *nödvändiga i ett demokratiskt samhälle.* Det innebär att föreslagen reglering inte är proportionerlig, relevant eller tillräcklig, eller att det saknas skäl att anse den motiverad av ett starkt samhällsbehov.[35]

PG är även tveksam till att en sådan vidsträckt formulering är tillräckligt precis och avgränsad för att anses vara *i enlighet med lag*.[36] Vikten av att avgränsa en rättighetsbegränsnings omfång och räckvidd har flera gånger tydliggjorts i exempelvis Europadomstolens praxis.[37] Vad gäller kravet på *i enlighet med lag* framgår av praxis att begränsningen ska ha sin grund i nationell rätt, men även att en sådan lag måste ha en viss kvalitet för att uppfylla kravet. Lagen ska vara tillgänglig för den som berörs av den och lagens konsekvenser måste gå att förutse. Förutsebarheten innebär inte att lagen måste vara helt exakt till sin utformning, men den måste vara tillräckligt klar och tydlig för att den enskilde ska kunna få en adekvat indikation för att bilda sig en uppfattning om vad lagen

[34] Det är PG:s uppfattning att så gott som direkt när sannolikheten för överföring av hiv varit över noll har detta ansetts vara ”beaktansvärd risk” oavsett exempelvis tillgänglig behandling. Jfr t.ex. NJA 2004 s. 176 respektive 2018 s. 369.
[35] Se t.ex. Europadomstolens dom YY mot Turkiet (Application no. 14793/08); Europadomstolen dom Sunday Times mot Förenade Kungariket (Application no. 6538/74).
[36] Jfr t.ex. Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (1950), artikel 8.
[37] Se bland annat Europadomstolen dom Sunday Times mot Förenade Kungariket (Application no. 6538/74).

innebär. En lag som lämnar utrymme för skönsmässig bedömning måste även ange omfattningen av sådant utrymme.

Utredningens föreslagna formulering av moment 4 riskerar alltså att täcka in i stort sett allt beteende hos en person utan någon som helst begränsning. Vid utformandet av lagar, och i synnerhet lagar som avser ge möjlighet till långtgående begränsningar av människors grundläggande rättigheter och friheter, måste lagstiftaren ta höjd för att dessa kommer att tillämpas också i mycket svåra situationer där tonläget kan vara högt och rädslan hos allmänheten stor. Som exempel kan nämnas hur hiv och framför allt personer med hiv diskuterades när hiv först blev känt. Den skräckpropaganda som målades upp – också av ledande politiker, läkare och andra namnkunniga personer – lever kvar i det allmänna medvetandet än idag och är ett verkligt hinder för god livskvalitet för personer med hiv.[38] I ett sådant samhällsklimat, när syndabockar ska hittas och hängas ut, när populister vill plocka politiska poäng eller när panik används som skäl för hastiga och ej genomlysta beslut, ska lagstiftning finnas på plats för att skydda utsatta minoriteter och personer som av olika skäl fått en smittsam sjukdom. Att i ett sådant läge ha en så allomfattande bestämmelse som föreslås i moment 4 menar PG inte är lämpligt. Det är en sak att i ett läge som det nuvarande, när allmänheten och läkarkåren är överens om mänskliga rättigheter för alla, föreslå en liknande skrivning. Men är det något historien har lärt oss är det att lagstiftning av nuvarande slag behöver ta höjd också för betydligt mer tillspetsade situationer.

Utöver de omformulerade momenten anges att en förhållningsregel om att dela information kan vara aktuellt för de fall där anpassat beteende inte bedöms möjligt eller tillräckligt. PG har svårt att förstå vid vilka situationer anpassat beteende inte är möjligt eller tillräckligt. Utredningen lyfter exempel om trängsel eller trångboddhet. Även i sådana fall är det inte själva informationen som förhindrar överföring, vilket varit utredningens argument för att ta bort informationsplikten i andra fall. Det är i stället det förändrade beteendet som eftersträvas hos den person som har fått diagnos. Om personen i fråga väljer att dela information för att åstadkomma rätt beteende, till exempel för att kunna hålla längre avstånd vid luftburen smitta, är det en sak, men att tvingas lämna information är i sig inte lämpligt. Att anpassa sitt beteende finns redan föreslaget som förhållningsregel och det är oklart vad ytterligare en förhållningsregel om information gör för skillnad annat än bidrar till falsk trygghet, se mer under 5.11.

[38] Nyman, F (2024): Reshaping the narrative: Tracing the historical trajectory of HIV/AIDS, gay men, and public health in Sweden. Plos One. Tillgänglig: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298630, hämtad 2026-07-08.
Dennermalm, N., Sjöland, C. F., Christiansen, M., Nilsson Schönnesson, L., Laine, K., Kanon, E., … Mølsted Alvesson, H. (2025). Growing up in the shadow of HIV: post-AIDS generation of HIV-negative men who have sex with men in Sweden and their perceptions of HIV and stigma. *Culture, Health & Sexuality*, *27*(4), s. 389–403. Tillgänglig: https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2375608, hämtad 2026-07-08.
Folkhälsomyndigheten (2026): Hivstigma som hinder för hälsa, livskvalitet och hivprevention i Sverige. Artikelnummer: 26044.
Nilsson Schönnesson L, Dahlberg M, Reinius M, Zeluf-Andersson G, Ekström AM, Eriksson LE. Prevalence of HIV-related stigma manifestations and their contributing factors among people living with HIV in Sweden - a nationwide study. BMC Public Health. 2024 May 20;24(1):1360. doi: 10.1186/s12889-024-18852-9. PMID: 38769531; PMCID: PMC11106865. Tillgänglig: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11106865/, hämtad 2026-07-08.

5.13 Bestämmelserna om efterlevnaden av förhållningsregler ska vara kvar

PG tillstyrker utredningens förlag om att behandlande läkare inte ska anmäla till smittskyddsläkaren om den behandlande läkaren själv kan se till att en patient får det stöd som behövs för att ändra sitt beteende. Utredningen konstaterar att det saknas sanktion för det fall någon bryter mot en förhållningsregel och följer upp detta påstående med förklaring om reglerna för isolering. Även om isolering per definition inte är en straffpåföljd vågar PG påstå att en majoritet av allmänheten uppfattar en sådan åtgärd som ett frihetsberövande och som en straffande åtgärd för det fall individen inte rättar sig efter givna regler. När isolering följer för den som inte följer angivna förhållningsregler uppfattas det därmed troligen som en sanktion både av den det berör och andra. Även om det, som utredningen konstaterar, gäller ett fåtal fall är alla dessa fall inte mindre viktiga vad gäller rättssäkerhet och regelefterlevnad. Sverige har också utmärkt sig internationellt genom sin inställning till repressiva åtgärder gentemot personer med hiv[39], som exempelvis användandet av isolering samt hur man valt att motivera tillämpningen av sådan.[40]

Vad gäller bristande information till närstående ser PG i stort inga hinder mot föreslagen reglering men vill i sammanhanget lyfta att exempelvis UNAIDS redan 2008[41], och även senare,[42] preciserat vilka omständigheter som ska vara för handen för att en sådan sekretessbrytande bestämmelse ska kunna aktualiseras. Något som är viktigt att beakta för behandlande läkare, och i nästa steg smittskyddsläkaren, är framför allt sårbara gruppers utsatthet när det kommer till att dela information om hälsotillstånd med en partner. UNAIDS har konstaterat att särskild hänsyn och stöd behöver ges till hivpositiva kvinnor som inte alltid har möjlighet att berätta om sin status på grund av rädsla för våld eller andra

[39] UNAIDS (2012): Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission: Scientific, Medical, Legal and Human Rights Issues, s. 31. Tillgänglig: https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/KeyScientificMedicalLegalIssuesCriminalisationHIV_final.pdf, hämtad 2026-07-15.
UNAIDS (2013): Right to Health, Right to Life: Why We Need to Act Now on HIV and Human Rights, s. 19. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20130529_EC_discussion_paper.pdf, hämtad: 2026-07-15.
Ministerio de Sanidad (2024): HIV-related stigma and discrimination: the challenge, s. 26. Tillgänglig: https://www.sanidad.gob.es/en/areas/DCVIHT/vihSida/VIHyDerechosHumanos/docs/EU_Presidency_Technical_document_HIV_Stima_Discrimination.pdf, hämtad 2026-07-21.
[40] Europarådets rekommendation: No R (89) 14, On the ethcial issues of HIV infection in the health care and social settings. Tillgänglig: https://ekea.gr/wp-content/uploads/Rec8914-Ethical-issues-of-HIV-infection-in-the-health-care-and-social-settings.pdf, hämtad 2026-07-07.
Jfr Europadomstolens dom Enhorn mot Sverige (Application no. 56529/00).
[41] UNAIDS (2008): Policy Brief Criminalization of HIV Transmission. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_en.pdf, hämtad 2026-07-07.
[42] Se t.ex. UNAIDS (2020): Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination, sid 49 ff, se särskilt Sexual and gender-based violence, s. 51. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf, hämtad 2026-07-08.

negativa konsekvenser. WHO framhåller att hivstatus endast ska delas med partner om det kan göras utan att den som lever med hiv drabbas av repressalier från sin partner.[43]

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

PG menar att det är helt rätt väg att gå för en modern och ändamålsenlig smittskyddslagstiftning att bestämmelserna om råd till den enskilde får en än mer central roll. Det är därvid också rimligt att det tydliggörs att det är en rättighet som tillfaller patienten att få sådana råd och att ansvaret för detta vilar på den behandlande läkaren.

PG ställer sig dock något oförstående till utredningens resonemang om att det inte behöver framgå att råden måste vara individuellt utformade. PG menar att om rättigheten att få rätt råd inte ska vara illusorisk måste den behandlande läkaren göra en bedömning av omständigheterna i det individuella fallet för att på så sätt försäkra sig om att patienten i fråga förstår och kan tillgodogöra sig de aktuella råden. PG uppfattar att utredningen är inne på delvis samma linje men att den ändå landar i att det kan räcka med att patienten får del av till exempel smittskyddsblad eller annan generellt utformad information om sjukdomen. Utredningen har själv visat att systemet med smittskyddsblad har fungerat mindre bra och att dessa allt för ofta slentrianmässigt har angetts som förhållningsregler, utan individuella tillägg eller anpassningar. Att återigen hemfalla till ett sådant system menar PG inte är lämpligt. Tvärtom bör lagstiftningen här snarare tydliggöra vikten av individuell bedömning, och om smittskyddsblad fortsatt ska ha en roll i sammanhanget bör det vara allt igenom tydligt att dessa är riktlinjer och inte ska delges rakt av, varken som råd eller förhållningsregler.

PG är medvetna om att vi i och med vår inställning ställer höga krav på behandlande läkare och vi förstår att det är en fråga om resurser. PG menar dock att när det gäller lagstiftning som ytterst innebär möjlighet till ett spektrum av tvångsåtgärder (såsom isolering och tvångstestning med möjlighet till handräckning av polis) måste tillämpningen hålla allra yttersta kvalitet.

PG ser enbart positivt på att uppgifterna journalförs. PG har inget emot att andra än läkare meddelar de råd som ska ges men menar att det kanske lämpligen bör vara en läkare i de fall det rör sig om allmänfarliga sjukdomar.

[43] WHO (2016) Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services, jfr t.ex. s. 52 och 60. Tillgänglig: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ddbf5c52-175d-4e95-9d33-dae992096e8f/content, hämtad 2026-07-08.

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

Den nya strukturen med separata kapitel för vad som gäller vid smittsamma respektive allmänfarliga sjukdomar anser PG vara en förbättring vad gäller smittskyddslagens struktur.

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

PG menar att det är anmärkningsvärt att tala om en ny riktning för smittskyddsarbetet i Sverige men samtidigt anse det obehövligt att se över de regler som omgärdar obligatorisk testning och obligatorisk smittspårning enligt smittskyddslagen. I resonemanget gällande detta är det PG:s uppfattning att utredningen tappat bort sina tidigare argument om att frivillighet bör prägla smittskyddet och att påtvingande åtgärder på ett mer generellt plan försvårar smittskydds- och folkhälsoarbete. Vidare tydliggör internationella riktlinjer och rekommendationer att både obligatorisk testning och obligatorisk smittspårning leder till sämre utfall, se nedan. I sammanhanget är det relevant att påminna om att två av tre i Sverige får en sen hivdiagnos när CD4<350 och att en av tre personer i Sverige får en mycket sen hivdiagnos när immunförsvaret redan är gravt nedsatt, det vill säga CD4<200.[44] Överföring av hiv sker i majoriteten av fall från personer som inte vet om sin status. Det är med andra ord en mycket viktig del i Sveriges hivarbete att minska sena diagnoser och få människor att testa sig tidigare. Alla hinder för testning bör elimineras, däribland regler som vidmakthåller stigma.

Samtliga FN-institutioner som uttalat sig angående hiv har, så långt PG vet, uttryckt att både testning och smittspårning ska vara frivillig och att det aldrig finns grund för obligatoriska eller tvingande åtgärder. Frivillighet och samtycke är tvärtom grundläggande förutsättningar för ett gott hivarbete. PG har svårt att tro att det skulle vara mycket annorlunda för andra smittsamma sjukdomar. I FN:s generalförsamlings resolution från 2021[45] framhålls i artikel 65a att stater vid behov ska se över och reformera begränsande juridiska och politiska ramverk inklusive obligatorisk testning och lagar som på ett orättvist sätt riktar in sig på personer som lever med, riskerar att få eller berörs av hiv.” Något som upprepas i 2026 års resolution.[46]

Även Europarådet beskrev redan 1989[47] att utifrån ett folkhälsoperspektiv är det mest effektivt att låta testning vara frivilligt. Rådet motsatte sig även obligatorisk smittspårning och rekommenderade att säkerställa ”att det inte förekommer någon smittspårning utan

[44] InfCareHIV Årsrapport 2024, sid 20.
[45] A/RES/75/284 Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030.
[46] A/RES/80/268 (2026): Political Declaration on HIV/AIDS: United to End AIDS by 2030, artikel 75.
[47] Europarådets rekommendation: No R (89) 14, On the ethcial issues of HIV infection in the health care and social settings. Tillgänglig: https://ekea.gr/wp-content/uploads/Rec8914-Ethical-issues-of-HIV-infection-in-the-health-care-and-social-settings.pdf, hämtad 2026-07-07.

patientens samtycke". WHO och UNAIDS framhöll 2007[48] att "all hivtestning måste vara frivillig, konfidentiell och genomföras med patientens samtycke" samt att patienter inte ska testas för hiv "mot sin vilja, utan vetskap, utan tillräcklig information eller utan att få sina testresultat". Redan 2003[49] uttalade WHO dessutom att obligatorisk testning "varken är effektivt för folkhälsan eller etiskt".

I WHO:s riktlinjer för hivtestning från 2016 understryker de återigen att testning och smittspårning måste vara frivillig och att det aldrig finns grund att frångå detta, men att frivillig assisterad smittspårning bör erbjudas till alla. Testning och smittspårning bör följa WHO:s fem C:n, vilka är samtycke, sekretess, rådgivning, korrekta provsvar och länkning till tjänster för prevention, vård och behandling ("Consent, Confidentiality, Counselling, Correct test results and Connection").[50] WHO understryker även att låg testningsfrekvens bland nyckelgrupper inte enbart beror på dålig tillgänglighet utan även på låg acceptans av tjänsterna, vilket ofta återspeglar "ogästvänliga tjänster, rädsla för stigma, diskriminering och bestraffande lagar och praktiker som kriminaliserar beteenden och därigenom avskräcker från tillgång till hälsorelaterade tjänster inklusive hivtestning".[51]

WHO upprepade sina ställningstaganden 2017[52], då tillsammans med UNAIDS. De skriver att:

> *WHO och UNAIDS stöder inte obligatorisk eller påtvingad testning av individer av folkhälsoskäl. Hivtestning, oavsett hur den genomförs, måste alltid respektera personliga val och följa etiska principer och principer om mänskliga rättigheter […] Obligatorisk, påtvingad eller tvångsmässig testning är aldrig lämplig, oavsett varifrån tvånget kommer: vårdgivare, partner, familjemedlemmar, arbetsgivare, brottsbekämpande myndigheter eller andra.*

Angående smittspårning uttalar WHO och UNAIDS att "smittspårning måste vara frivillig och sekretess måste säkerställas", samt att "information till partner till en person som lever med hiv får endast ges med personens frivilliga samtycke".[53]

---

[48] WHO (2007): WHO and UNAIDS issue new guidance on HIV testing and counselling in health facilities. Tillgänglig: https://www.who.int/news/item/30-05-2007-who-and-unaids-issue-new-guidance-on-hiv-testing-and-counselling-in-health-facilities, hämtad 2026-07-08.
[49] WHO (2003): The Right to Know New Approaches to HIV Testing and Counselling. Tillgänglig: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68131/WHO_HIV_2003.08.pdf?sequence=1&isAllowed=y, hämtad 2026-07-08.
[50] WHO (2016): Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services, sid 7. Tillgänglig: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/251655/9789241549868-eng.pdf, hämtad 2026-07-09.
[51] WHO (2016): Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services, sid 4. Tillgänglig: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/251655/9789241549868-eng.pdf, hämtad 2026-07-09.
[52] WHO/UNAIDS (2017): On HIV Testing Services: New Opportunities and Ongoing Challenges, sid 2. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_WHO-UNAIDS_statement_HIV-testing-services_en.pdf, hämtad 2026-07-09.
[53] WHO/UNAIDS (2017): On HIV Testing Services: New Opportunities and Ongoing Challenges, sid 5. Tillgänglig:

Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) framhåller att lagar och riktlinjer bör ändras så att de utgår från frivillighet. I en folkhälsovägledning för bland annat hivtestning från 2018 lyfter de som sin första kärnprincip att ”testning ska vara tillgänglig, frivillig, konfidentiell och avhängig av informerat samtycke”.[54] Liksom WHO understryker de att även smittspårning ska vara en frivillig process. ECDC framhåller också att det finns begränsat med bevis för att smittspårning över huvud taget ökar antalet upptäckta fall. De skriver dock att ”i linje med folkhälsomålet att främja tidig diagnos och behandling bör frivillig anonym smittspårning övervägas att erbjudas till alla med en nyligen bekräftad diagnos”.[55] I en tidigare rapport från 2013 konstaterar ECDC att det inte verkar vara någon skillnad på om smittspårning är obligatorisk eller frivillig (som i Storbritannien, Belgien, Irland och Nederländerna).[56] I samma rapport har vårdpersonal från Sverige uppgett att obligatorisk smittspårning underlättar genomförandet och säkrar att det finns ekonomiska medel för det. Danmark, som tidigare har haft obligatorisk smittspårning, uttrycker liknande åsikter. ECDC konstaterar dock att ”det finns inget bevis utifrån det här projektet, eller utifrån utvärderingar, för att lagstiftning förbättrar utfallen av smittspårning eller förbättrar prevention och kontroll av STI:er”.[57]

PG är av uppfattningen att en åtgärd som saknar vetenskaplig evidens för att vara effektiv knappast kan vara proportionerlig när den samtidigt innebär ett betydande intrång i den enskildes privatliv, i detta fall en skyldighet att uppge exempelvis sexualpartner. Inte heller förvaltningsekonomiska hänsyn motiverar ett sådant intrång. I förarbetena till nuvarande lag konstateras gällande obligatorisk testning att ”den absoluta majoriteten av ärenden […] avslutas genom att berörd person frivilligt låter sig undersökas”, samt att det är relativt vanligt att tvångstester som genomförs är negativa[58], något som borde indikera att det obligatoriska inslaget inte är nödvändigt. Ett blodprov är en mycket integritetskränkande åtgärd som man som enskild som utgångpunkt ska ha ett starkt skydd mot. Även den samstämmiga bilden från FN:s organ visar på att obligatorisk testning, och i förlängningen tvångstestning, inte är lämpligt.

PG uttalar sig här utifrån sin kompetens om hiv, vilket även majoriteten av uttalanden ovan gäller. PG har dock svårt att se att samma argument inte skulle gälla i andra fall, möjligen

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_WHO-UNAIDS_statement_HIV-testing-services_en.pdf, hämtad 2026-07-09.

[54] ECDC (2018): Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA, s. 8. Tillgänglig: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-hep-testing-guidance_0.pdf, hämtad 2026-07-09.

[55] ECDC (2018): Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA, s. 34. Tillgänglig: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-hep-testing-guidance_0.pdf, hämtad 2026-07-09.

[56] ECDC (2013): Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV, s. 32. Tillgänglig: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Partner-notification-for-HIV-STI-June-2013.pdf, hämtad 2026-07-09.

[57] ECDC (2013): Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV, s. 32. Tillgänglig: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Partner-notification-for-HIV-STI-June-2013.pdf, hämtad 2026-07-09.

[58] Ny smittskyddslag m.m. Regeringens proposition 2003/04:30, s. 128.

undantaget samhällsfarliga sjukdomar. Dock är flera uttalanden ovan från tiden då det saknades effektiv behandling för hiv, varför man kan anta att även för samhällsfarliga sjukdomar kan det vara mer lämpligt med frivilliga åtgärder för att åstadkomma ett effektivt smittskydd.

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

PG har kommenterat förslagens förenlighet med grundläggande fri- och rättigheter där det varit relevant i direkt anslutning till respektive förslag ovan.

Kort vill PG dock här kommentera det olyckliga i att Sverige återkommande hänvisar till framgången med att nå 95-95-95-målen men mycket sällan nämner de lika viktiga målen som kallas för 10-10-10. Målen 10-10-10 formuleras i samma resolutioner som 95-95-95 och bör därvid behandlas på samma sätt om Sveriges tillträde till resolutionerna ska vara trovärdigt. I den 2026 antagna resolutionen upprepas båda målen återigen.[59] 10-10-10 nämns dock över huvud taget inte i utredningen.

PG känner stor stolthet över att Sverige så pass tidigt nådde 95-95-95, och menar att det andra och tredje 95-målet väl visar på det stora ansvar personer med hiv i Sverige tar. Samtidigt kvarstår det faktum att personer med hiv rapporterar en sämre psykisk hälsa än andra[60] och diskriminering och fördomar är vanliga erfarenheter för personer med hiv, som möter detta både hos allmänhet och bland vårdpersonal och andra representanter för det allmänna.[61] PG menar att detta till stor del beror på att Sverige inte tagit samma ansvar när det gäller måluppfyllelse vad gäller 10-10-10-målen, vilka knappt nämns i officiella dokument.

För att eliminera diskriminering och stigma ska en sådan sak som informationsplikt inte finnas kvar. Även repression i form av alltför omfattande kriminalisering av personer med hiv, vilket fortfarande sker i Sverige, bidrar till stigma och motverkar därmed även smittskyddet. Samma sak gäller för isolering, obligatorisk testning, obligatorisk

[59] A/RES/80/268 Political Declaration on HIV/AIDS: United to End AIDS by 2030; Sverige röstade ja till Draft resolution A/80/L.79. Tillgänglig: https://digitallibrary.un.org/record/4119691?ln=en, hämtad 2026-07-09.
[60] Folkhälsomyndigheten (2023): Att leva med hiv 2021–2022. Artikelnummer: 23143.
Folkhälsomyndigheten (2026): Hivstigma som hinder för hälsa, livskvalitet och hivprevention i Sverige. Artikelnummer: 26044.
Nilsson Schönnesson L, Dahlberg M, Reinius M, Zeluf-Andersson G, Ekström AM, Eriksson LE. Prevalence of HIV-related stigma manifestations and their contributing factors among people living with HIV in Sweden - a nationwide study. BMC Public Health. 2024 May 20;24(1):1360. doi: 10.1186/s12889-024-18852-9. PMID: 38769531; PMCID: PMC11106865. Tillgänglig: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38769531/, hämtad 2026-07-08.
[61] Folkhälsomyndigheten (2023): Att leva med hiv 2021–2022. Artikelnummer: 23143.
Jfr även t.ex. DO2023/5598: Socialsekreterare nekade man med hiv möte. Tillgänglig: https://www.do.se/rattsfall-beslut-lagar-stodmaterial/tvister-domar-tillsynsbeslut/sjukvard-socialtjanst/socialsekreterare-nekade-man-med-hiv-mote, hämtad 2026-07-08.

smittspårning och andra repressiva metoder. Att de repressiva metoderna inte egentligen berörs i genomförd utredning, och särskilt inte i förhållande till förslagens förenlighet med grundläggande fri- och rättigheter, är naturligtvis en brist. PG är medveten om att direktiven begränsar utredningens omfång men menar att det inte på ett korrekt och relevant sätt går att analysera och ta ställning till om regleringen av informationsplikten vid hivinfektion är ändamålsenlig och proportionerlig, eller analysera och ta ställning till om övriga bestämmelser i smittskyddslagen avseende den enskildes skyldigheter att förebygga smittspridning är ändamålsenliga och proportionerliga, utan sådana överväganden.

## 11 Förslagens konsekvenser

### 11.4 Konsekvenser för regioner, kommuner och den kommunala självstyrelsen

PG delar inte utredningens bedömning att förslagen inte kräver ökade resurser. I vart fall inledningsvis ser vi ett stort behov av att ge framför allt behandlande läkare, men även annan vårdpersonal, tid och möjlighet att sätta sig in i ett förändrat regelverk. Som vi påtalat tidigare uppfattar PG det som ett relativt svårt moment för läkare att förhålla sig till gällande rätt och förstå vilka överväganden som faktiskt måste göras och att det exempelvis inte alltid är bättre med både hängslen och livrem utan att varje åtgärd endast ska genomföras om inte mindre ingripande åtgärder räcker. Det är på intet sätt konstigt att en läkare som arbetar med att förhindra att infektioner överförs ser som styrande mål att hindra antalet nya överföringar men som visats genom exemplet med amning (under 5.12) är andra aspekter minst lika viktiga vid en bedömning av en rättighetsbegränsnings berättigande.

PG ser att om läkare inte ges resurser för att tillgodogöra sig nya regler så finns det en uppenbar risk att man väljer att ge en patient förhållningsregler för att på så sätt flytta ansvaret från sig själv till patienten, trots att det kanske egentligen saknas grund för detta. Detta gäller inte minst patienter som av olika anledningar uppfattas som ”svåra”, vilket ofta inkluderar personer från de mer sårbara grupperna. Därför ser vi ett behov av ökade resurser till relevanta kliniker i vart fall inledningsvis för att ny lagstiftning ska få så korrekt tillämpning som möjligt redan från början.

### 11.5 Behov av informationsinsatser

Utredningen påstår att behandlande läkare, viss övrig hälso- och sjukvårdspersonal och smittskyddsläkare är väl förtrogna med nuvarande regelverk. PG har inte samma uppfattning och menar att utredningens egen enkätundersökning visar på brister vad gäller vårdpersonals förståelse för och tillämpning av gällande smittskyddsreglering. Det är också PG:s egen erfarenhet att behandlande läkare i vissa fall vänt sig till PG med frågor om gällande reglering. Det är inte PG emot att finnas tillgänglig som rättslig resurs för frågor

från vården. Samtidigt menar vi att det visar på en brist och ett stort behov av informationsinsatser för den vårdpersonal som har att tillämpa lagstiftning. Som vi påpekat tidigare är de flesta läkare som utgångpunkt inte specifikt intresserade av juridik, vilket troligen är helt i sin ordning. Däremot måste de trots allt få tillräckligt stöd och hjälp att hantera lagstiftning som i vissa delar kan anses vara komplicerad.

Det är således PG:s uppfattning att det kommer att behövas ytterligare informationsinsatser än de som normalt sett sker inom ramen för den fortbildning och kompetensutveckling som ges hälso- och sjukvårdpersonal och smittskyddspersonal.

## 11.7 Konsekvenser för företag och civilsamhälle

PG instämmer i utredningens bedömning att patientföreningar och andra civilsamhällesorganisationer kan få fler frågor om gällande rätt i samband med att förändringar av enskildas rättigheter och skyldigheter träder i kraft. PG får redan nu frågor om vad aktuell utredning innebär. PG upplever ett stort behov av juridisk rådgivning och information för personer med hiv och ser att nya regler ytterligare kommer att öka behovet av sådan rådgivning.[62]

[62] Folkhälsomyndigheten har i sin bidragsgivning för 2026 dragit in finansiering till den juridiska rådgivning PG tidigare haft tillgänglig för personer med hiv och profession som arbetar med frågor kopplade till hiv. Jfr dock t.ex. UNAIDS senaste globala strategi som rekommenderar ”legal literacy and legal aid” vad gäller hiv; UNAIDS (2026): The Global AIDS Strategy for 2026–2031: United Towards Ending AIDS, s. 107, s. 54. Tillgänglig: https://www.unaids.org/sites/default/files/2026-04/2026%E2%80%932031_Global-AIDS-Strategy.pdf, hämtad 2026-07-09.