

Lovforslag nr. L 157. Fremsat den 14. januar 1988 af Agerschou (SF), Tommy Dinesen (SF), Birthe Hansen (SF), Birgitte Husmark (SF) og Ebba Strange (SF)

Forslag

til

Lov om ophævelse af lov om bekæmpelse af kønssygdomme

Lov nr. 287 af 23. maj 1973 om bekæmpelse af kønssygdomme, som ændret ved § 26 i lov nr. 324 af 19. juni 1974, ophæves.

ÅLF00000987

Bemærkninger til lovforslaget

Lovens historiske baggrund

Den nugældende lov om bekæmpelse af kønssygdomme blev vedtaget af Folketinget den 11. maj 1973 som afløser for den hidtidige kønssygdomslov fra 1947. Denne havde igen afløst den tidligere lov om Modarbejdelse af offentlig Usædelighed og venerisk Smitte.

1947-loven havde baggrund i det øgede antal kønssygdomme umiddelbart efter 2. verdenskrig og indeholdt skærpede regler vedrørende smitteopsporing og pligten til at lade sig underkaste lægebehandling.

I de følgende år blev en lovrevision flere gange udskudt, og først i folketingssamlingen 1972-73 blev den nugældende lov gennemført.

1973-loven indeholdt flere liberaliseringer:

1. Muligheden for at idømme bøde eller hæftestraf for overtrædelse af bestemmelserne om patienternes pligter bortfaldt.

Tilbage står alene en hjemmel til, at embedslægen, efter først at have gjort forsøg på at få patienten til at give møde ad frivillighedens vej, kan udstede pålæg herom. Såfremt det fortsat ikke lykkes, kan embedslægen lade politiet fremstille den pågældende for lægen, og retten kan bestemme, at den pågældende skal lade sig tvangsundersøge og tvangsbehandle.

2. Muligheden for også at give mødepålæg til personer, der med føje mistænkes for at være smittespredere, bortfaldt.

Bestemmelsen sigtede særligt på prostituerede, men Folketinget fandt i 1973 ikke tilstrækkeligt grundlag for at opretholde den, og muligheden for at meddele pålæg har siden da været begrænset til personer, som har forsemt patientpligter.

Som svar på et spørgsmål fra kommunaludvalget begrundede daværende indenrigsminister Egon Jensen denne liberalisering med, at pligten til at lade sig undersøge burde være knyttet til et objektivi kriterium, dvs. sygdommen og dennes symptomer. Han mente, at patienterne først er motive-

rede til at henvende sig til en læge, når de mærker sygdommens symptomer.

3. Muligheden for at idømme straf på op til to års fængsel for at udsætte andre for smitte med kønssygdom begrænsedes dels ved en nedsættelse af strafammen til seks måneder, dels ved en begrænsning af anvendelsesområdet til forsætlige forhold.

Med denne begrænsning bragtes loven i overensstemmelse med 1947-lovens *faktiske* anvendelsesområde, der f.eks. udtryktes ved, at straffebestemmelsen i årene 1968-70 kun havde været bragt i anvendelse i 3 tilfælde, mens der i samme tidsrum var registreret i alt 39.480 tilfælde af kønssygdomme.

4. I stedet opfordredes landets læger gennem et cirkulære til at forklare patienterne om smitterisikoen og pålægge dem samlejeforbud. Da der ikke mere var straffebestemmelser i loven, søgtes dette mål opnået gennem motivation.

Tilsvarende ændrede smitteopsporingsarbejdet karakter, så lægerne efter 1973-loven kun ad frivillighedens vej skal søge oplyst, hvem der kan have smittet patienterne, og hvem de selv kan have smittet.

Forud for vedtagelsen af 1973-loven blev det overvejet at ligestille behandlingen af kønssygdomme med behandlingen af andre sygdomme ved helt at undlade bestemmelser om patientpligter og straffebestemmelser. Udgangspunktet for disse overvejelser var en antagelse af, at mennesker med kønssygdomme selv ønsker at blive helbredt for lidelsen hurtigst muligt, ligesom de normalt vil være indforstået med, at de må afholde sig fra kønsligt samkvem, så længe de lider af sygdommen.

Man valgte imidlertid at bevare kønssygdommenes særstilling under henvisning til et »asocialt patientklientel uden forståelse for sygdommens karakter eller for nødvendigheden af at træffe foranstaltninger mod smittefaren«.

Spørgsmålet om en særlov blev i særlig grad rejst

af Venstres ordfører, medlem af Folketinget Kofoed (Folketingets forhandlinger 1972-73, sp. 3622 ff):

»... men man kan måske stille det spørgsmål, om det i dag er rigtigt at have en speciel lov om behandling af kønssygdomme. Om det ikke er mere af traditionelle end af egentlige rationelle grunde, at man laver en speciel lov. Erfaringen synes at tyde på, at den

specielle lov i hvert fald ikke har formået at hindre en stigning. ...«

Udviklingen i antallet af kønssygdomme

Antallet af kønssygdomme siden 1947 viser ingen entydig sammenhæng med de i samme periode skiftende lovbestemmelser.

	<i>Antal kønssygdom- me</i>
1947	17.644
1948	14.684
1949	12.296
1950	9.276
1951	7.567
1952	7.274
1953	7.730
1954	8.360
1955	8.265
1956	7.791
1957	7.517
1958	7.387
1959	8.302
1960	9.294
1961	9.759
1962	8.989
1963	8.195
1964	7.742
1965	7.415
1966	7.543
1967	8.565
1968	10.603
1969	13.458
1970	15.420
1971	15.953
1972	17.441
1973	16.896
1974	15.441
1975	13.196
1976	11.336
1977	9.981
1978	9.493
1979	10.097
1980	11.228
1981	11.099
1982	10.685
1983	9.680
1984	8.419
1985	8.137
1986	6.263
1987 (anslået)	3.599

Under den restriktive 1947-lov faldt antallet af kønssygdomme i årene fra 1947 frem til 1951. Men under den samme lov skete der en stigning i årene fra 1966 til 1971, så udbredelsen af kønssygdomme ved lovrevisionen i 1973 var af samme omfang som ved 1947-lovens ikrafttræden.

Hverken den daværende indenrigsminister eller partiernes ordførere forsøgte ved lovrevisionen at forklare stigningen med juridiske årsager. I stedet fremførtes flere sociologiske eller psykologiske forklaringer:

1. Utilstrækkelig effektivitet i bekæmpelsesarbejdet.
2. Det friere syn på seksuelle forhold.
3. En forøget seksuel aktivitet.
4. Nye svangerskabsforebyggende midler, der ikke forhindrer smitteoverførsel.
5. Lettere helbredelse.

I den seneste tid har antallet af kønssygdomme imidlertid vist et så markant fald, at de i 1987 forventes at ligge på et lavere niveau end nogensinde tidligere efter 2. verdenskrig. Eneste mulige forklaring herpå er, at forholdsreglerne mod sygdommen AIDS også begrænser overførsel af smitte med kønssygdomme.

Selv om der ikke foreligger nogen sikker metode for måling af indsatsen mod AIDS, er det faldende antal kønssygdomme et indicium for, at den valgte metode har vist sig effektiv. I tilsvarende retning peger, at fordoblingstiden for antallet af AIDS-tilfælde er steget fra ca. 12 måneder til ca. 19 måneder, men da den kan forklares af andre forhold, f.eks. bedre mulighed for at hindre/forsinke AIDS i udbrud hos mennesker med ARC, står tallene for antallet af kønssygdomme tilbage som et vidnesbyrd over Folketingets succesfulde valg af strategi i kampen mod sygdommen AIDS.

Overvejelser om kønssygdomsloven

Erfaringerne siden 2. verdenskrig viser, at udbredelsen af kønssygdomme er uden sammenhæng med den gældende lovgivning. Dette følger af, at også befolkningens seksualdrifter er upåvirkelige gennem lovgivning. Ændringer i forekomsten af kønssygdomme har udelukkende kunnet forklares sociologisk, psykologisk eller moralsk. En effektiv oplysningskampagne har vist sig at have langt større effekt end jura og paragraffer. Dette har i særlig grad vist sig at være tilfældet ved AIDS-kampagnen, idet frygten for en dødelig sygdom af indlysende grunde er større end frygten for en juridisk sanktion.

Det er derfor forslagsstillernes opfattelse, at en lov om særbehandling af bestemte sygdomme er overflø-

dig. Kønssygdomme adskiller sig ikke fra andre sygdomme, og kun eksistensen af en særlov gør disse sygdomme til noget særligt. Motivationen for at modtage behandling er uden tvivl stor hos enhver patient, uanset hvilken sygdom den pågældende har pådraget sig.

Kønssygdomsloven fastslår, at enhver behandling er gratis, men intet er til hinder for, at behandling af kønssygdomme fortsat kan være gratis, selv om loven afskaffes. Det er i øvrigt forslagsstillernes opfattelse, at al sygdomsbehandling bør være gratis.

Kønssygdomsloven indeholder en række bestemmelser om smitteopsporing men i praksis foregår smitteopsporingen gennem en naturlig motivation af den enkelte patient, og såfremt den pågældende ikke ønsker at medvirke hertil, gør lovgivning hverken fra eller til.

Kønssygdomsloven indeholder en illusorisk og sjældent anvendt straffebestemmelse, men uden en kønssygdomslov vil bestemmelserne i straffeloven fortsat være gældende for så vidt angår forsætlig smitteoverførsel, og anden smitteoverførsel end den forsætlige ønsker forslagsstillerne ikke at straffe.

Der er således ikke nogen grund til at opretholde loven. Til gengæld er der tungtvejende argumenter imod at opretholde den.

For det første medfører særlovgivningen en uheldig stempling af de sygdomme, den omfatter. Herved vanskeliggøres smitteopsporing, idet patienter ikke med samme selvfølgelighed oplyser om smitteveje, når det gælder en stemplet sygdom, som når det gælder en ikke-stemplet sygdom.

For det andet medfører særlovgivningen en ekstra barriere i forhold til syge og smittede, der ofte i forvejen kan tilhøre en af samfundets lavstatusgrupper.

For det tredje tilslører særlovgivningen de sociologiske realiteter. Først fremkomsten af den alvorlige sygdom AIDS har givet anledning til overvejelser om en mere effektiv indsats end en illusorisk lov. Det er forslagsstillernes opfattelse, at eksistensen af kønssygdomsloven har hindret tilsvarende overvejelser om en effektiv indsats mod kønssygdomme, og at loven derfor har givet anledning til en »falsk tryghed«.

For det fjerde viser alle udenlandske erfaringer, hvor man i indsatsen mod sygdommen AIDS har udsendt signaler om tvang, isolation og straf, at syge og smittede vægrer sig ved at kontakte sundhedsmyndighederne. Selv om den erklærede hensigt kun har været at ramme »de totalt uansvarlige«, har reaktionen været nøjagtig den samme. Alene sammenkædningen af en bestemt sygdom med tvang, isolation og straf er tilstrækkeligt til at svække mulighederne for den medicinske indsats.

For det femte misbruges kønssygdomsloven i stigende grad i den offentlige diskussion om sygdommen AIDS. En række læger og politikere, der i særlig grad udmærker sig ved aldrig at have deltaget i mere dybtgående konferencer og møder om indsatsen mod AIDS, har med stor kraft fremført kravet om at medtage AIDS under kønssygdomsloven.

Efter forslagsstillernes opfattelse er dette krav udelukkende begrundet i den aktuelle mangel på effektive behandlingsmuligheder. Af en måske forståelig desperation over de manglende behandlingsmuligheder og ud fra ønsket om at understrege situationens alvor ønsker man et drastisk indgreb. Kønssygdomsloven kommer derfor (primært på grund af sit navn!) ind i billedet. Imidlertid vil kønssygdomslovens generelt uheldige virkninger over for de eksisterende kønssygdomme være en ren katastrofe over for syg-

dommen AIDS. Indgrebene over for mennesker med AIDS eller HIV-smitte, som er gennemført i Sovjetunionen, Sverige og Vesttyskland, har allerede vanskeliggjort den medicinske indsats, og der er begrundet frygt for, at de også vil øge smittespredningen. Med den relativt lange inkubationstid vil dette imidlertid først vise sig i løbet af nogle år, og selv om lovgiverne til den tid kommer på bedre tanker, vil skaden være uoprettelig.

Der er ikke brug for, at vi i Danmark kaster os ud i tilsvarende eksperimenter eller falder for en hvilken som helst snuoptagelse over for en sygdom, der ikke kan løses med et snuoptag.

En afskaffelse af kønssygdomsloven vil markere, at sociologisk betinget sygdomsudbredelse ikke kan begrænses med god lovgivning.