

## 2 Problemanalys, överväganden och förslag

### 2.1 Allmänna utgångspunkter

#### 2.1.1 Riskbedömning

Den inhemska spridningen av hivinfektion ligger på en, i ett internationellt perspektiv, låg och stabil nivå. Antalet fall av hivinfektion bland män som har sex med män (MSM) har successivt sjunkit under 1990-talet och även om inhemsk smittspridning fortfarande förekommer så är den i ett internationellt perspektiv låg. Även bland intravenösa missbrukare, som tidigt identifierades som en riskutsatt grupp i detta hänseende, har spridningen av hivinfektion varit begränsad under senare år. Det finns dessutom i dag inga tecken som tyder på att det förekommer någon påtaglig spridning av hivinfektion bland heterosexuella personer i vårt land.

Trots detta till synes ganska goda utgångsläge finns det, enligt utredningen uppfattning, anledning till oro för situationen i Sverige. En rad omständigheter talar entydigt för att potentialen för spridning av hivinfektion (och andra STI) i det svenska samhället är stor och att vi därför, om inte adekvata åtgärder vidtas, riskerar en annan och betydligt mindre gynnsam utveckling.

Den första är utvecklingen av antalet insjuknade i andra STI – klamydiainfektion, gonorré och syfilis. Trots att vi i vårt land satsar mer på prevention än vad som görs i de flesta jämförbara länder har vi de senaste åren inte lyckats med föresatsen att minska spridningen av dessa infektioner. Tvärtom så ser vi en ökning av dessa STI i alla åldersgrupper, en ökning som är kraftigast hos ungdomar och unga vuxna och bland MSM oavsett ålder. Mellan 1997 och 2003 ökade antalet anmälda fall av klamydiainfektion med 92 procent och antalet fall av gonorré har sedan 1996 ökat med 181 procent totalt, där den största ökningen noteras bland yngre män. Syfilis har återkommit i form av en global epidemi främst bland MSM vilken år 2000 också nådde Sverige och inte visar några tecken på att avklinga.

Förutom att den ökade förekomsten av dessa sjukdomar i sig är problematisk visar det att ett ökat riskbeteende finns i befolkningen och kanske främst hos unga människor. Mot denna bakgrund kan man inte slå sig till ro med att man i dag inte kan se någon påtaglig spridning av hivinfektion i ungdomsgrupperna. Tvärtom talar dessa data för att en sådan utveckling är ett möjligt, och kanske t.o.m. sannolikt, framtida scenario.

En andra besvärande omständighet är hivutvecklingen i vår närmaste omvärld. Det är främst den snabba spridningen av hivinfektion bland intravenösa missbrukare och prostituerade i Ryssland och Baltikum som inger oro. Även om det för närvarande inte finns tecken på någon omfattande spridning till vårt land från dessa områden så innebär de ökade kontakterna med våra grannländer i öst att vår beredskap måste vara hög.

En tredje omständighet som bör framhållas är den ökning av antalet personer med hivinfektion – huvudsakligen heterosexuellt smittade – som beror på invandring av personer från områden där hivinfektionen är mer utbredd i befolkningen, s.k. högendemiska områden. Att på effektivast möjliga sätt identifiera infekterade individer samt att med behandling och psykosocialt stöd stötta dessa är en utmaning för samhället och en förutsättning för att förhindra ytterligare smittspridning.

En fjärde omständighet är det faktum att allt fler människor, tack vare framgångsrik vård och behandling, lever med hivinfektion i Sverige och i omvärlden. Dessa individer är, trots att modern antiviral behandling minskar risken för att infektionen överförs till andra, en potentiell källa till fortsatt spridning av hivinfektion särskilt om de invaggas i en tro att behandling eliminerar smittorisken. Särskilt allvarligt är de senaste årens rapporter om tilltagande resistensutveckling och spridning av läkemedelsresistent hivinfektion.

Ett annat konstaterade som bör göras redan inledningsvis är att hiv/aids i Sverige redan från början var, och har fortsatt att vara, ett utpräglat storstadsfenomen. Enbart i Stockholms län finns 60 procent av landets hivinfekterade och totalt i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö lever 80 procent av alla hivinfekterade. Det finns även i dessa regioner en klar överrepresentation av de grupper som är särskilt riskutsatta för hivinfektion och andra sexuellt överförbara infektioner. De största spridningsriskerna finns alltså i storstadsområdena och det är därför, både ur regional/lokal och nationell synvinkel, oerhört viktigt att ha ett väl fungerande

förebyggande arbete i dessa områden. Utredningen har tagit fasta på detta i utformningen av sina förslag.

### 2.1.2 Vad omfattas av samhällets insatser

Utredningens direktiv betonar särskilt vikten av att studera samtliga insatser som vidtas av statliga myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer för att förebygga smittspridning och för att stödja smittade vid bedömningen av samhällets samlade insatser mot hiv/STI. Även UNGASS-deklarationen talar om betydelsen av att se prevention, psykosocialt stöd och behandling som integrerade och ömsesidigt förstärkande delar av en helhetsstrategi. Det finns därför, enligt utredningens mening, anledning att närmare studera det ansvar som enligt gällande författningar åvilar statliga myndigheter, landsting och kommuner samt omfattningen av insatserna som genomförs av dessa och av andra aktörer, t.ex. frivilligorganisationer. I avsnitt 4.3 och 4.4 gör utredningen en extensiv genomgång av ansvar och roller i detta sammanhang och här ges bara utrymme till ett par reflexioner.

Den första är att insatserna mot hiv/STI berör en stor del av den statliga verksamheten, både vad avser typer av insatser och vad avser antalet inblandade statliga instanser. Förutom uppenbara statliga ansvarsområden som normering (i form av lag, förordning och myndigheternas föreskrifter och allmänna råd) och tillsyn så genomför statliga instanser redan i dag planerings- och uppföljningsinsatser inom området. Staten svarar vidare för den epidemiologiska övervakningen och satsar stora resurser på forskning och utveckling, både via universitet och högskolor och via fackmyndigheter. Vidare sker direkta statliga preventionssatsningar i myndigheternas egen regi, t.ex. i form av informationsinsatser. Slutligen bidrar staten med ekonomiskt stöd till andra offentliga aktörer (kommuner och landsting) och frivilligorganisationer för prevention och vissa vårdinsatser. Det totala omfånget av, och kostnaden för, den statliga insatsen för hiv/STI låter sig svårigen beräknas men enbart det särskilda statliga hiv/aids-stödet uppgår år 2004 till 148 miljoner kronor.

Även kommunernas och landstingens insatser inom detta område är mycket omfattande. Det rör sig främst om prevention, vård och behandling inom hälso- och sjukvårdens ram men också insatser i skolan, socialtjänsten och, inte minst, i missbrukarvården. Inte heller här kan man med någon större exakthet göra kostnads-

beräkningar. I Stockholms läns landsting, som ensamt svarar för ca 60 procent av hiv/aids-vården i riket, har man beräknat kostnaderna för enbart denna till drygt 200 miljoner kronor för 2003. Man kan därför på goda grunder anta att kommuner och landsting svarar för merparten av kostnaderna för samhällets samlade insatser.

När det gäller frivilligorganisationerna så är deras insatser mer omfattande inom hiv/STI-preventionen än i andra liknande sammanhang. Det statliga stödet till organisationerna och andra inkomstkällor för deras arbete finns redovisat i avsnitt 4.5.

Man bör också i detta sammanhang noga reflektera över vilka *nationella styrmekanismer* som står till förfogande för den samlade insatsen mot hiv/STI, inte minst då detta har stor betydelse för hur man utformar ett nationellt planerings- och uppföljningssystem för området. Utredningen kan där konstatera att merparten av insatserna faller under kommunernas och landstingens ansvar eller genomförs av frivilligorganisationer. Statens styrinstrument består, som även framgår ovan, främst av normering och tillsyn, kunskapsgenerering och kunskapsförmedling samt styrning med de ekonomiska incitament som de särskilda hiv/aids-medlen utgör. Utredningen har tagit fasta på detta i utformningen av sina förslag och av den nationella handlingsplanen.

### 2.1.3 Särskilt om prevention och preventionsstrategier

#### Definitioner

Det finns, enligt utredningens mening, anledning att närmare diskutera och försöka definiera begreppet *prevention* som används – delvis med olika innebörd – av de olika aktörer som är verksamma inom detta område. Utredningen gör här inte anspråk på en vetenskaplig exakthet i definitionen utan försöker snarare åstadkomma en praktisk tolkning av detta grundläggande begrepp för att med utgångspunkt från denna studera de förebyggande insatserna mot hiv/aids (och andra STI) ur olika aspekter.

Generellt gäller att de teoretiska begreppen primär-, sekundär- respektive tertiärprevention får en något varierande innebörd och beskriver olika preventiva strategier beroende på i vilket sammanhang de appliceras. Utredningen har i detta sammanhang, med utgångspunkt i Gjestlands arbeten (Inghe 1973) valt att beskriva de olika insatser mot spridning av hivinfektion och andra STI som kan in-

rangeras under dessa begrepp. Vidare diskuteras i vilka sammanhang de preventiva insatserna kan användas och hur de olika typerna av insatser interagerar med varandra samt de formella och informella möjligheterna att implementera preventiva strategier.

Den viktigaste åtgärden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom i samhället är *primärpreventionen*, dvs. sådana insatser som syftar till att personer som exponeras för ett smittämne inte smittas alternativt att man försöker undvika eller reducera själva expositionen. Primärpreventiva åtgärder, i en vid bemärkelse, kan vara såväl medicinska som beteendevetenskapligt<sup>1</sup> inriktade. De kan vara allmänna i den bemärkelsen att de riktas till hela eller stora delar av allmänheten eller mer specifika och då riktas till speciella grupper av individer som har större utsatthet för en speciell hälsorisk. När det gäller hiv/STI är de rent medicinska primärpreventiva åtgärderna mycket begränsade. Vaccination är, till skillnad mot t.ex. hepatit B, ännu ej aktuellt och i övrigt är det bara vissa skyddsåtgärder som t.ex. kontroll av blod och blodprodukter med avseende på hiv (och andra smittsamma agens) som kan betraktas som primärprevention. De verkningsfulla primärpreventiva åtgärder som står till buds är sådana som på olika sätt bidrar till att påverka den enskilda människans beteende i ett eller annat avseende. Dessa åtgärder kan vara allmänna (och i viss mån mer indirekta) i form av sex- och samlevnadsundervisning i skolan eller i andra sammanhang, eller mer riktade i form av kondomutdelning på HBT-klubbar. Att förse intravenösa missbrukare med rena sprutor och nålar samt att informera utlandsresenärer om nödvändigheten av att skydda sig mot hiv/STI vid sexuella kontakter på utländska turistorter är andra exempel på primärpreventiva åtgärder.

Med *sekundärprevention* avses åtgärder som syftar till att en redan infekterad person inte för smittan vidare till andra i sin omgivning. Klamydiainfektion, gonorré och syfilis är i princip behandlingsbara sjukdomar och själva behandlingen är i dessa fall en viktig sekundärpreventiv åtgärd. När det gäller hivinfektionen är sekundärpreventionen i första hand inriktad på den infekterade individens beteende. Även om behandlingen av hivinfekterade också minskar smittsamheten och därmed kan sägas vara av sekundärpreventiv art, så syftar ju behandlingen i första hand till att stoppa sjukdomsprocessen och förebygga komplikationer.

---

<sup>1</sup> För definition av beteendevetenskap, se längre fram i detta avsnitt.

Insatser som syftar till sådant beteende hos den infekterade individen som minskar risken för att infektionen överförs till andra är således de viktigaste sekundärpreventiva åtgärderna. Exempel på sådana åtgärder är individuell rådgivning (s.k. counselling) om metoder för säkrare sex, men den svenska lagstiftningen ger också utrymme för restriktioner för den infekterade i form av särskilda förhållningsregler. Sekundärprevention är en mycket väsentlig del av det preventiva arbetet inte minst för att man här på ett direkt sätt har en möjlighet att påverka de individer som potentiellt utsätter andra för risk. Mot den bakgrunden är åtgärder som syftar till att identifiera infekterade individer – screeningprogram, kontaktspårning (benämns även smittspårning eller partnerspårning) och goda diagnostiska möjligheter vid sjukdomssymptom – av stort värde. Även sådana åtgärder brukar räknas till de sekundärpreventiva i ett vidare perspektiv. I samband med sådana sekundärpreventiva insatser har man också goda möjligheter att samtidigt bedriva primärprevention. Exempel på detta är att man vid t.ex. smittspårning och diagnostiskt arbete inom sjukvården kommer i kontakt med individer som inte har smittats av sjukdom men som uppenbarligen har utsatts för en potentiell smittorisk och därför är i behov av (och sannolikt mycket tillgängliga för) primärpreventiv information.

Det är också viktigt att betona att primär- och sekundärpreventiva åtgärder i praktiken kan sammanfalla och att samma åtgärd kan hänföras till den ena eller den andra kategorin beroende på vem som blir föremål för den. Så är t.ex. kondomutdelning till män på HBT-klubbar eller sprututbyte hos injektionsmissbrukare att betrakta som primärprevention om det riktas till en icke infekterad individ och sekundärprevention om en infekterad tar del av åtgärden.

Med *tertiärprevention* avses åtgärder som vidtas för att hejda sjukdomsprocessen och förebygga ytterligare komplikationer och resttillstånd och åtgärder som vidtas för att förhindra en för tidig död. I detta sammanhang är det att likställa med medicinsk behandling. Även rehabiliterande åtgärder brukar räknas hit och återanpassning av hivinfekterade individer till en mer normal livsföring är exempel på detta.

Det finns i detta sammanhang anledning att närmare skärskåda den distinktion som ibland görs mellan begreppen *smittskydd* å ena sidan och *folkbälsoarbete* å den andra. Ibland framförs uppfattningen att dessa två begrepp representerar åtskilda entiteter och t.o.m. skilda synsätt på problemen. Smittskydd skulle i sådant fall huvudsakligen utgöras av sekundärpreventiva insatser till skillnad mot det

primärpreventiva folkhälsoarbetet. Utredningen menar, för sin del, att det varken är teoretiskt korrekt eller praktiskt meningsfullt att göra en sådan tydlig distinktion av dessa verksamheter. I själva verket så har de en stor gemensam kärna i form av primär- och sekundärpreventiva insatser riktade till allmänheten eller till vissa grupper. Till folkhälsoarbete inom detta område bör, utöver dessa insatser, också räknas mer allmänna hälsobefrämjande åtgärder som sex- och samlevnadsundervisning i skolan eller i andra sammanhang. Smittskyddsinsatserna, å andra sidan, är till del också av kontrollerade och övervakande natur, såväl av enskilda individer som verksamheter, t.ex. inom hälso- och sjukvården. Här ligger förvisso en inbyggd motsägelse, nämligen att inom ramen för samma organisation både kontrollera och bedriva primärpreventivt arbete. Samtidigt kan denna motsägelse sägas vara inbyggd i hela systemet och alltså inte alls vara unik för smittskyddsorganisationen. Vid alla former av preventivt arbete som utförs inom området måste såväl utförare som målgrupper förhålla sig till gällande lagstiftning på ett rimligt sätt. På samma sätt måste smittskyddslagstiftningen vara en integrerad del av samhällets samlade preventiva insats och därmed utformas och tillämpas på sådant sätt att inte det förebyggande arbetet försvåras.

I betänkandet använder utredningen *beteendevetenskap* som samlingsterm för de samhällsvetenskaper där individens eller gruppens beteende är ett väsentligt studieobjekt, dvs. psykologi, pedagogik och sociologi.<sup>2</sup>

## Preventionsstrategier

Utredningen har inte haft ambitionen att i betänkandet mer ingående behandla olika preventionsstrategier i teori och praktik. Som utgångspunkt för sina bedömningar har dock utredningen gjort vissa grundläggande överväganden som i korthet presenteras här.

Det första är synen på det primärpreventiva arbetet. Även i vårt land diskuteras ibland preventivt arbete och i synnerhet kommunikation av preventiva budskap i termer av övertalningsstrategier, dvs. information och kunskapsförmedling som enbart syftar till beteendeförändring för att undvika vissa risker. Detta är ett alltför snävt synsätt och utredningen vill i stället peka på nödvändigheten av att hiv/STI-preventionen inordnas i ett större sammanhang av hälso-

<sup>2</sup> Från Nationalencyklopedin, [http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=128045](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=128045).

främjande arbete där bl.a. kunskap, förändring av normer/värderingar, stärkandet av individens förmåga (*empowerment*) och stödjande miljöer är viktiga nyckelord.

Även i detta större sammanhang spelar dock kommunikation och kommunikationsstrategierna en viktig roll såväl på nationell som regional/lokal nivå. Utredningen gör i avsnitt 4.1 en teoretisk genomgång av området.

I de fall det finns kopplingar mellan hiv/aids och andra STI och blodsmittor eller mellan hiv/aids och frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa har utredningen haft i uppdrag att behandla dessa kopplingar. En viktig sådan koppling är den mellan grundläggande sex- och samlevnads kunskap och det sjukdomsförebyggande arbetet. De svenska hiv/STI-preventiva strategierna har alltid byggt på detta samband och det är utredningens uppfattning att den kopplingen är viktig att bibehålla och att den grundläggande sex- och samlevnadsundervisningen ytterligare behöver stärkas. Utredningen har utgått ifrån detta i utformningen av förslaget om administrationen av de statliga medlen för långsiktigt hiv/STI-förebyggande arbete och kunskapsuppbygganden inom samma område.

Även övriga STI – främst gonorré, klamydiainfektion och syfilis – har en stark koppling till hivinfektion i det preventiva arbetet. Den gemensamma faktorn kan sägas vara oskyddat sex och man skyddar sig i princip på samma sätt mot dessa infektioner även om det föreligger olikheter i smittsamhet och spridningspotential mellan de olika infektionerna vilket gör spridningsmönstren och riskbedömningarna något olika. Det är emellertid också viktigt att framhålla att övriga STI spelar en viktig roll ur uppföljningssynpunkt. Förekomsten av dessa infektioner är användbara som indikatorer på hur framgångsrikt det hivpreventiva arbetet är särskilt i populationer som har mycket låg förekomst av hivinfektion. Man får dock inte glömma att hivinfektionen dessutom har andra viktiga spridningsvägar, främst infektionsöverföring med blod och blodprodukter och infektionen har därmed också kopplingar till andra blodburna infektioner som hepatit B och hepatit C. I utformningen av förslagen har sådana kopplingar beaktats i den mån de är av betydelse för insatserna eller uppföljningen av insatserna mot hivinfektion.



### 2.1.4 Allmänt om utvärdering av genomförda insatser

I utredningens uppdrag har ingått att göra en genomgång av de insatser som vidtas av myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer för att förebygga smittspridning och särskilt att utvärdera de insatser som vidtas inom ramen för de särskilda statliga medel som avsatts för insatser mot hiv/aids – medel som administreras av Statens folkhälsoinstitut eller utgår direkt till landsting och kommuner i storstadsregionerna.

Att genomföra en sådan utvärdering är, konstaterar utredningen, en mycket vanskelig uppgift, särskilt som man inte har kunskap om och kontroll över alla de faktorer som styr utvecklingen. Ett sätt att värdera insatserna är att ställa de målsättningar som ställts upp i handlingsplaner mot hiv/STI mot det verkliga utfallet eller att använda de indikatormått som föreslagits för uppföljningen av folkhälsomålen. Med båda dessa verktyg som mått på insatserna är resultatet vad avser den gångna femårsperioden nedslående. Tvärt emot målsättningarna så har spridningen av STI ökat och man kan t.ex. konstatera att få, om ens något, av de specificerade huvudmålen i den nationella handlingsplanen har uppnåtts.

Utredningen anser dock inte att det negativa utfallet i en uppföljning kan tas som intäkt för att de gångna årens preventiva satsningar varit felsatsningar. Tvärtom tyder det mesta på att en stor del av de primärpreventiva insatser som genomförts och fortfarande genomförs av olika aktörer, med eller utan statligt stöd, har varit viktiga och svarat mot reella behov. Att enskilda insatser kan betraktas som värdefulla innebär dock inte, enligt utredningens uppfattning, att den samlade insatsen kan betraktas som framgångsrik. Uppenbarligen har man i den nationella planeringen överskattat möjligheterna att med de insatser som genomförts påverka underliggande samhällstendenser, åtminstone i ett kort eller medellångt perspektiv.

Utredningen anser att primärpreventiva insatser byggda på beteendevetenskaplig teori och metod, och ingående i ett större hälsofrämjande arbete med sex- och samlevnadsundervisning som bas, även i fortsättningen måste vara grunden i ett framgångsrikt preventionsarbete. Dessa insatser måste dock utvecklas ytterligare vad avser innehåll och utförande samt dessutom i högre grad integreras med en rad andra åtgärder som samhället kan och bör använda sig av i det förebyggande arbetet.

I sin analys har utredningen tagit fasta på att de största bristerna i samhällets insatser mot hiv/STI tycks ligga i de strukturella frågorna. Utredningen ser det preventiva fältet som mycket större än vad som kan definieras utifrån vad som stöds av de statliga hiv/aids-medlen. Såväl staten som kommuner och landsting har tydliga roller och ansvar inom ett flertal områden som berör hiv/STI-preventionen. Inom en rad verksamhetsfält – bl.a. hälso- och sjukvården, skolan och missbrukarvården – bedrivs, eller borde bedrivas, hiv/STI-preventivt arbete men den samlade potentialen i detta utnyttjas inte fullt ut. Detsamma gäller frivilligorganisationernas insatser som med tydligare stödformer och bättre samordning skulle kunna få än större genomslagskraft.

Utgångspunkten för betänkandet har således varit att försöka åstadkomma en bättre mobilisering av samhällets *samlade* resurser inom området. Endast genom att dessa samordnas och utnyttjas på ett optimalt sätt genom en tydlig nationell planerings- och uppföljningsmekanism, kan samhället, enligt utredningens uppfattning, klara de utmaningar som väntar.

## 2.2 Inriktningen på de hiv/STI-preventiva insatserna

Utredningen har, vilket redovisas i avsnitt 4.2, studerat det hiv/STI-preventiva arbetet som bedrivs i landet och analyserat insatserna ur olika perspektiv. Med utgångspunkt från det resonemang som förs i avsnitt 2.2 har såväl primär- som sekundär- och, i vissa fall, tertiärprevention studerats. Olika hiv/STI-preventiva insatser diskuteras dels ur ett målgruppsperspektiv, dels ur ett utförarperspektiv. Insatserna kommer dessutom bl.a. att diskuteras i relation till:

- långsiktigt och mer kortsiktigt arbete,
- behov av prioriteringar mellan insatsområdena,
- behov av att identifiera ansvarsförhållandena på nationell och regional/lokal nivå för insatser, samt
- insatsernas genomföranden med eller utan statligt stöd.

I kapitel 3 och 4 har sex huvudsakliga målgrupper identifierats utifrån epidemiologiska data samt utifrån möjligheten att specifikt rikta sig till dessa i en preventiv ansats. Dessa är:

- män som har sex med män (MSM)
- intravenösa missbrukare

- personer av utländsk härkomst
- ungdomar och unga vuxna
- utlandsresenärer
- gravida kvinnor

Förutom till dessa grupper så görs omfattande preventiva insatser för att förhindra överföring av hivinfektion vid blodgivning samt i samband med andra risksituationer inom hälso- och sjukvården och tandvården samt vid laboratorier och på andra ställen där man handskas med biologiskt material. Dessa förebyggande insatser finns författningsreglerade i form av föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket och kommer inte närmare att diskuteras av utredningen.

### 2.2.1 Insatser riktade till särskilda målgrupper

#### Män som har sex med män (MSM)

MSM var den grupp som tidigast drabbades av hivinfektion i Sverige, i likhet med vad som var fallet i många andra länder i västvärlden. Den största epidemiska spridningen av hivinfektion bland MSM i Sverige ägde rum under första halvan av 1980-talet. Därefter avtog styrkan i den epidemiska spridningen och antalet nyupptäckta fall minskade för att i mitten av 1990-talet stabilisera sig på en nivå under 100 nya fall om året. I dag står MSM totalt för ca 40 procent av samtliga anmälda hivinfekterade individer i Sverige t.o.m. 2003 och utgör därmed den totalt sett största smittvägen. Över tiden har gruppens dominans dock minskat och under den senaste tioårsperioden har antalet rapporterade individer med homosexuell smittväg i genomsnitt varit 77 per år (68 fall 2002). Emellertid är MSM alltså den vanligaste smittvägen för personer bosatta i Sverige som smittats i landet eller under utlandsvistelse. Nästan hälften (48 procent) av alla som smittats sexuellt eller via injektionsmissbruk i Sverige eller vid utlandsvistelse under den senaste tioårsperioden är MSM och ser man bara till dem som smittats i Sverige står gruppen för 53 procent av fallen under samma period.

Som en effekt av de preventionsinsatser som tidigt riktades mot MSM, och de påtagliga konsekvenserna som hivinfektionen orsakade i denna grupp i form av insjuknanden i aids och dödsfall, kom MSM att under 1980-talet radikalt ändra sitt sexuella beteende och

säkrare sex blev norm. Denna beteendeförändring medförde inte bara en minskad hivincidens utan också att sexuellt överförda infektioner som klamydiainfektion, gonorré och syfilis blev ovanliga bland MSM. Mycket tyder dock på att attityden till hivinfektion och andra STI, och därmed det sexuella beteendet, bland MSM kommit att förändras under slutet av 1990-talet och att risktagandet i dag är större än tidigare. Bland annat har STI-förekomsten (hiv-infektion oräknat) ökat markant även bland MSM de senaste fem åren.

Det hivpreventiva arbetet har ställts inför flera nya utmaningar i takt med att 1980-talets stämningssläge och rädslan för hivinfektion blivit allt mer avlägset. Effektivare behandling har introducerats under senare år, som bl.a. medfört att hivinfektion är mindre synligt och närvarande, trots att fler MSM lever med infektionen i dag än tidigare. Hivinfektion uppfattas av många inte längre som ett lika konkret hot mot den egna hälsan som för 10–15 år sedan. Nya generationer MSM som inte har någon egen erfarenhet av hivinfektion har sexualdebuterat och ”kommit ut”. Nya kontaktmöjligheter med förändrade sexuella nätverk som följd har skapats genom Internet, som också öppnat nya vägar att nå målgruppen med preventiv information.

### *Överväganden och förslag*

#### Utredningen anser

- att det utifrån den epidemiologiska situationen är motiverat att upprätthålla en hög nivå på de preventiva insatserna riktade till MSM,
- att frivilligorganisationerna har en särskilt stor roll att fylla i det hivpreventiva arbetet riktat till MSM,
- att sjukvårdshuvudmännen bör sträva efter att höja sjukvårdspersonalens kompetens rörande homosexualitet med särskilt fokus på hälsoaspekter, hiv/STI och säkrare sex,
- att återkommande hivtestning och rådgivning i större utsträckning bör erbjudas MSM även utanför de specialiserade mottagningarna,
- att samarbetet mellan frivilligorganisationerna och sjukvårdshuvudmännen vad avser preventivt arbete riktat till MSM bör

fördjupas och att särskilt stöd skall kunna utgå för sådana samarbetsprojekt,

- att Statens folkhälsoinstitut, inom ramen för sitt kunskapscentrumsuppdrag, initierar och ger stöd till beteendevetenskapliga forskningsprojekt rörande MSM,
- att särskilda informationssatsningar behövs för MSM med bakgrund i kulturer med en mindre tolerant syn på homosexualitet,
- att den epidemiologiska övervakningen och analysen av detta område behöver förstärkas.

Utredningens genomgång av insatser och medelsfördelningen av det statliga hiv/aids-anslaget visar att betydande resurser och belopp satsats på prevention riktad till MSM. Att upprätthålla en hög nivå på de preventiva insatserna riktade till denna grupp är, enligt utredningens uppfattning, välmotiverat utifrån den rådande epidemiologiska situationen. Målgruppen står alltså för majoriteten av de fall som årligen hivinfekteras i Sverige eller vid utlandsvistelse och gruppen har, jämte injektionsmissbrukarna, den högsta hivprevalensen och dessa män har därmed stor risk att träffa på en hivinfekterad sexualpartner.

En stor del av de preventionsinsatser som görs riktade till MSM utförs av frivilligorganisationer med ekonomiskt stöd i projektform från staten och de kommunala huvudmännen. Utredningen anser att frivilligorganisationernas insatser är en mycket viktig del i det hivpreventiva arbetet riktat till MSM. Det finns därför anledning att på olika sätt förbättra dessa organisationers möjlighet att bedriva detta arbete. En fråga som aktualiserats i detta sammanhang är organisationernas möjligheter till långsiktighet i sitt arbete. Utredningen anser att en sådan långsiktighet – som bör innefatta såväl en ekonomisk stabilitet som en kunskapsmässig utveckling för organisationerna – är nödvändig för ett framgångsrikt preventivt arbete. I avsnittet 2.2.3. läggs därför förslag som syftar till att stärka organisationerna i den delen. När det gäller stödets inriktning anser utredningen att de statliga medlen också skall kunna utgå för identitetsstärkande verksamheter som är grundläggande för hivpreventionen i denna målgrupp, t.ex. utbildningsinsatser om homosexualitet i skolans sex- och samlevnadsundervisning och RFSL-rådgivningarna som erbjuder kurativt stöd.

Utredningen anser att sjukvårdshuvudmännen vad avser de primärpreventiva insatserna riktade till MSM i alltför stor utsträckning lutar till att dessa enbart hanteras av frivilligorganisationer verksamma inom regionen. Det finns förvisso exempel på satsningar inom landstingen som riktar sig direkt till MSM, t.ex. de insatser som görs av Landstinget förebygger aids (Lafa) i Stockholm. På andra håll medverkar också frivilligorganisationerna i landstingens planeringsarbete. Även om frivilligorganisationerna bedriver ett framgångsrikt lokalt preventionsarbete riktat mot MSM måste, enligt utredningens uppfattning, samarbetet med landstingen fördjupas ytterligare. För att åstadkomma detta vill utredningen att särskilt projektstöd till frivilligorganisationerna, företrädesvis i form av samarbetsprojekt med huvudmännen (landsting/kommun) och/eller andra aktörer inom området, skall kunna utgå för att möjliggöra tidsbegränsade projekt och tillfälliga insatser. Detta diskuteras i mer detalj i avsnitt 2.2.3.

I Stockholm (Venhälsan) och Göteborg (Gayhälsan) finns sedan början av 1980-talet landstingsdrivna mottagningar som speciellt vänder sig till MSM med testning/rådgivning och med personal som besitter särskild förståelse för och kompetens om dessa mäns livsvillkor. Dessa två mottagningar är exempel på viktiga inslag i preventionen riktad till MSM. De når en stor del av MSM-populationen i respektive region och bidrar aktivt till att höja medvetenheten om hivinfektion och testningsfrekvensen i gruppen. Utredningen vill emellertid framhålla att kunskap om och riktad information till MSM också måste finnas inom annan sjukvård i och utanför storstadsregionerna, dit MSM vänder sig för testning och rådgivning, t.ex. STI-mottagningar, ungdomsmottagningar och infektionskliniker, men också i primärvården. Det är därför viktigt att landstingen tillgodoser behovet av utbildningsinsatser och informationsmaterial för att höja sjukvårdspersonalens kompetens (förståelse och kunskap) om homosexualitet med särskilt fokus på hälsoaspekter, hiv/STI och säkrare sex. Riskutsatta MSM bör också i större utsträckning än vad som nu är fallet erbjudas hivtestning och rådgivning även utanför de specialiserade mottagningarna.

Skolans viktiga roll som bas för de preventiva insatserna och vikten av att alla elevers sexualitet blir belyst i skolundervisningen behandlas närmare i avsnitt 2.2.2.

Regeringen har 2003 givit Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för homosexuella, bisexuella samt transpersoner och lämna förslag till åtgärder för att

förbättra hälsosituationen för dessa personer. Sådan forskning om homosexuellas hälsa, livsvillkor (inkl. utsatthet, våld, diskrimineringsfrågor) kan också vara betydelsefull som kunskapsunderlag vid utformandet av målgruppsanpassade hiv/STI-preventiva insatser. Utredningen anser att Statens folkhälsoinstitut, inom ramen för sitt kunskapscentrumsuppdrag, även bör initiera och ge stöd till forskningsprojekt för att kontinuerligt följa MSM vad gäller sexualvanor, attityder till säkrare sex, kunskap om hiv/STI och testningsbenägenhet. Sådan kunskap är viktig för att kunna anpassa preventionsinsatserna till förändrade förutsättningar, inte bara rent epidemiologiskt utan också beteendemässigt.

Vidare anser utredningen att den epidemiologiska hiv/STI-övervakningen och analysen vid Smittskyddsinstitutet behöver förstärkas, inkluderande stamtypning av alla nyupptäckta hivfall, för att snabbare kunna upptäcka ökad inhemsk smittspridning och utbrott av särskilda hivstammar i gruppen MSM.

Vad gäller riktade kampanjer och särskilda informationsinsatser så är det viktigt att insatserna koncentreras till de nya arenor, reella eller virtuella, där målgruppen kan nås och där sexuella kontakter knyts. Utredningen anser det även vara angeläget att bättre än vad som tidigare oftast varit fallet integrera hivinfekterade i det preventiva arbetet och i budskapet, både som agent och målgrupp. Särskilda informationssatsningar behövs också för MSM med bakgrund i kulturer med en mindre tolerant syn på homosexualitet än den som f.n. råder i det svenska samhället. Denna grupp MSM – där många inte lever öppet med sin sexualitet – är extra utsatt och är svårt att nå genom sedvanliga informationskanaler.

### **Intravenösa missbrukare**

Hivepidemin bland injektionsmissbrukare har från början varit starkt koncentrerad till Stockholms län, som står för 72 procent av alla personer som rapporterats vara infekterade genom denna smittväg. Hivinfektionen fick initialt en snabb spridning bland heroinmissbrukare i Stockholm i början av 1980-talet. När testning blev tillgängligt i mitten av 1980-talet genomfördes massiva satsningar på testning och information på avgiftningsklinikerna, i öppenvården och inom kriminalvården. Över 400 personer upptäcktes då vara hivinfekterade, varav flertalet var heroinister och från Stockholms län. Därefter avtog antalet rapporterade fall snabbt och under 1990-talet anmäldes i

genomsnitt 25 nya fall om året, med en sjunkande tendens. Majoriteten av dem som infekterades under 1990-talet var amfetaminmissbrukare. De senaste åren har dock denna trend brutits och en ökning av antalet rapporterade fall har noterats.

Totalt står denna smittväg i dag för ca 15 procent (knappt 900 personer) av de rapporterade fallen i Sverige t.o.m. 2003, och ungefär 10 procent av de nyupptäckta fallen under den senaste femårsperioden. Om man bara tar hänsyn till inhemsk smittspridning svarar injektionsmissbruk för 25 procent av de antalet personer som smittats i Sverige, såväl totalt som under de senaste åren.

Utvecklingen av hivpidemin i Sverige bland injektionsmissbrukare med ett relativt lågt antal nysmittade, följer i stort sett situationen i övriga Västeuropa, med undantag för Finland där ett stort utbrott bland injektionsmissbrukare startade så sent som 1998. Situationen i våra närområden i Ryssland och Baltikum, med en dramatisk smittspridning av hivinfektion bland unga injektionsmissbrukare, är oroande och kräver särskild uppmärksamhet från svensk sida, inte minst med tanke på förändrade migrationsmönster mellan dessa länder och Sverige under senare tid.

### *Överväganden och förslag*

#### Utredningen anser

- att möjligheterna för injektionsmissbrukare till lättillgänglig testning samt information och kvalificerad rådgivning om smittvägar bör förbättras såväl inom kriminalvården som inom sjukvården,
- att sådan verksamhet med fördel kan bedrivas i nära samarbete med frivilligorganisationer verksamma inom området,
- att sprututbytesprogram som ett väl integrerat led i vårdkedjan, kan fylla en viktig funktion i de förebyggande insatser som riktas till injektionsmissbrukare, särskilt för att förhindra eller bekämpa utbrott av hivinfektion,
- att insatser som särskilt vänder sig till kvinnliga missbrukare och prostituerade samt till hemlösa missbrukare är viktiga i det hivförebyggande arbetet,



- att kunskapen om smittoförebyggande åtgärder bör höjas hos personal som möter injektionsmissbrukare inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård,
- att ökad uppmärksamhet och större insatser bör riktas mot spridningen av hepatit bland injektionsmissbrukare,
- att den epidemiologiska övervakningen och analysen av detta område behöver förstärkas.

Hivepidemin bland missbrukare är naturligtvis i grunden beroende av möjligheterna att bekämpa missbruket som sådant. Utredningen har inte gjort någon omfattande analys av missbruksfrågorna i sig, men i avsnitt 2.2.2 diskuteras vissa aspekter på missbrukarvård som också är av relevans för hivpreventionen. De rent infektionsförebyggande frågorna diskuteras här.

Även om epidemibekämpningen hittills varit relativt framgångsrik är det inte mindre angeläget att fortsättningsvis upprätthålla de hivpreventiva åtgärder som tidigare byggts upp. Data tyder på att hivtestningsfrekvensen minskat bland injektionsmissbrukare under senare år, åtminstone i Stockholm. En hög och regelbunden hivtestning och möjlighet till kvalificerad rådgivning om såväl sexuell smitta som blodsmitta – inklusive hepatit – riktad till injektionsmissbrukare inom sjukvården och missbrukarvården är en förutsättning för att så tidigt som möjligt diagnostisera nysmittade missbrukare och förebygga smittspridning i denna grupp. Kriminalvården har här också en viktig uppgift i att erbjuda alla intagna på häkten och anstalter hiv- och hepatittestning och kvalificerad rådgivning. Allmän rapportering från laboratorierna av antalet hivtestade personer och ett förbättrat remissförfarande som inkluderar testanledning/riskbeteende skulle ge viktig kompletterande information till den epidemiologiska övervakningen om testningsfrekvensen i riskutsatta grupper.

Utredningen anser att möjlighet till hivtestning och rådgivning måste vara lättillgänglig (lågtröskelmottagningar) och även finnas utanför sjukhusens infektionsmottagningar och avgiftningsavdelningar. Sådan verksamhet kan också ske i samarbete med mobila medicinska team, socialtjänstens uppsökande aktiviteter och med frivilligorganisationers dagverksamhet (t.ex. Convictus' verksamhet Bryggan i centrala Stockholm som når många av de mest riskutsatta missbrukarna). Förkortad väntetid på provsvar/användande av snabbtest är också angeläget för att underlätta och öka tillgängligheten

till testning/rådgivning för denna grupp. Missbrukare och hemlösa måste kunna erbjudas testning och information under förutsättningar som är realistiska med hänsyn till deras livssituation. Även mottagningar och andra insatser som särskilt vänder sig till t.ex. kvinnliga missbrukare och prostituerade (som Spiralprojektet i Stockholm) eller hemlösa missbrukare (Hållpunkt Maria i Stockholm) är viktiga insatser i storstadsområden.

Utredningen anser – i linje med regeringens narkotikapolitiska samordnare i dennes ställningstagande 2003 – att sprututbytesprogram som ett väl integrerat led i vårdkedjan, med krav på motivationsarbete och nära koppling/samarbete med avgiftning och narkomanvård liksom socialtjänst, kan fylla en viktig funktion i samhällets samlade insatser riktade till injektionsmissbrukare och i det smittförebyggande arbetet, särskilt för att förhindra eller bekämpa utbrott av hivinfektion bland injektionsmissbrukare. Regeringen har tidigare ställt sig bakom UNGASS-deklarationen vid FN:s särskilda session om hiv/aids 2001, som bl.a. tar ställning för sprututbyte. I ett särskilt ställningstagande i november 2003 fastslog regeringen att staten varken skall uppmana till eller förbjuda sprututbyte, utan detta skall ses som en smittskyddsåtgärd som varje landsting har att bedöma behovet av. Vidare vill regeringen ställa krav på att en fungerande vårdkedja, med avgiftning, behandling och eftervård, finns, för att tillstånd till sprututbytesprogram skall beviljas av Socialstyrelsen som också skall utfärda föreskrifter om och ha tillsynen över sådana program. Utredningen delar i stort sett regeringens och den narkotikapolitiska samordnarens bedömning, men vill särskilt framhålla att krav måste ställas på att erbjudande om hiv- och hepatittestning samt hepatitvaccination alltid ingår i sådana sprututbytesprogram.

Utredningen vill också i sammanhanget framhålla att ökad uppmärksamhet och insatser måste riktas mot spridningen av hepatit bland injektionsmissbrukarna. Som tidigare framhållits av Narkotikakommissionen (SOU 2000:126), har hälften av alla injektionsmissbrukare i Sverige smittats av hepatit B och ca 90 procent bär på hepatit C. Mot hepatit B finns ett skyddande vaccin, som i enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1991:2) om förebyggande åtgärder mot hepatit B skall erbjudas alla aktiva injektionsmissbrukare som inte redan smittats. Mot hepatit C saknas ännu vaccin och denna infektion kan inom några år komma att orsaka stora hälsoproblem med påfrestningar på sjukvården som följd. För hivinfekterade missbrukare innebär dessutom en samtidig infektion

med hepatit C att hivbehandlingen försvåras eller omöjliggörs på grund av risken för leversvikt vid hivmedicinering. Även bland intravenösa missbrukare är sexuellt överförd smitta (av hepatit men även av hivinfektion och givetvis av andra STI) en realitet vilket måste beaktas i det förebyggande arbetet.

Särskilt informationsmaterial – anpassat till målgruppen – om blodsmitta och sexuell smitta och hur man skyddar sig bör finnas tillgängligt på mottagningar, inom socialtjänsten och kriminalvården, hos organisationer m.fl. som möter injektionsmissbrukare. Kontinuerliga utbildnings- och kompetenshöjande insatser och aktuellt informationsmaterial riktade till personal som möter injektionsmissbrukare inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård, samt frivilligorganisationer, måste erbjudas så att kunskap om och intresset för frågan står högt på dagordningen.

Ökade kontakter med och invandring från Ryssland, Baltikum och andra delar av Östeuropa med pågående utbrott bland unga injektionsmissbrukare kan komma att påverka den epidemiologiska situationen i Sverige. Ökad uppmärksamhet riktad mot situationen i våra närområden krävs därför och beredskap för att tidigt kunna upptäcka smittspridning i nya missbrukargrupper och i yngre åldersgrupper i Sverige.

Någon tendens till att hivinfektion sprids nedåt i åldrarna syns visserligen inte i statistiken, men den höga medelåldern för nydiagnostiserade injektionsmissbrukare med hivinfektion under senare år kan sammanhånga med förändringar i testningsintensiteten i gruppen, som innebär att längre tid nu går mellan smittotillfälle och diagnos. Det finns också problem med att nå unga debuterande injektionsmissbrukare eftersom det ofta hinner gå ett par år innan de hamnar i häkte eller kommer till avgiftningsklinik och där kan erbjudas hivtestning och rådgivning. Utredningen anser därför att det är viktigt att den epidemiologiska övervakningen vid Smittskyddsinstitutet stärks, bl.a. genom stamtypning av alla nyupptäckta hivinfekterade injektionsmissbrukare (se även diskussion i avsnitt 2.5.2). Stamtypning är ett betydelsefullt hjälpmedel för att tidigt kunna upptäcka utbrott och spridning av nya stammar i en population. Det är också viktigt att resurser även ges till prevalens- och missbruksvanestudier för att bättre kunna följa andelen individer med hivinfektion bland injektionsmissbrukarna i landet.

Utredningen vill också framhålla att även inom detta område bidrar frivilligorganisationer med viktiga insatser. Ett exempel på framgångsrik verksamhet är föreningen Convictus och dess verk-

samhet Bryggan för hemlösa i Stockholm, som når många av de mest riskutsatta tunga missbrukarna. Liknande projekt i andra områden bör också uppmärksammas. Möjligheten till statligt stöd till dessa verksamheter diskuteras i avsnitt 2.6

Den särskilda problematiken kring hivbehandling av intravenösa missbrukare diskuteras i avsnitt 2.3.1.

### Personer av utländsk härkomst

Personer av utländsk härkomst som lever i Sverige kan av olika skäl vara målgrupp för hiv/STI-preventivt arbete. Bland en grupp av människor av utländsk härkomst – nämligen de som är nyanlända från högendemiska områden eller från områden där epidemier pågår – kan man förvänta sig att hitta en relativt hög andel hivinfekterade. Dessa individer har speciella behov vad avser diagnos, behandling men även av kvalificerade preventiva insatser. Majoriteten av personer av utländsk härkomst som vistas i Sverige kommer däremot inte från länder med en utbredd spridning av hivinfektion. Orsaken till att den stora gruppen kan behöva särbehandlas i det preventiva arbetet är främst att här finns individer/grupper av individer som av olika anledningar kan sakna förutsättningar att tillgodogöra sig ett generellt preventionsbudskap. Det som avgör detta är om man har tillgång till de kanaler genom vilket budskapet förmedlas, kan det språk på vilket budskapet förmedlas eller har den grundkunskap som budskapet förutsätter. I praktiken sammanfaller dessa grupper ibland och av praktiska skäl behandlas därför dessa preventionsfrågor under samma rubrik.

Antalet rapporterade fall av hivinfektion där personer smittats före immigration till Sverige, vanligtvis i högendemiska områden, har ökat under senare år. Under 2000-talet har i genomsnitt ca 110 fall per år, rapporterats, att jämföra med 85 fall per år under den föregående femårsperioden. I jämförelse med övriga riskutsatta grupper är det i dagsläget den här gruppen som i rapporteringen ses öka mest. Av de 286 personer med hivinfektion som rapporterades år 2002 hade 140 smittats före immigration till Sverige.

Ett antal av dem som årligen rapporteras smittade före immigration till Sverige upptäcks via den hälsoundersökning som skall erbjudas nyanlända vid ankomst till Sverige (Socialstyrelsens allmänna råd [SOSFS 1995:4] om hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar). Studier genomförda av Socialstyrelsen och av Lands-

tingsförbundet visar dock att rutinerna för genomförandet av dessa hälsoundersökningar inte fungerar tillfredsställande. Enligt Lands- tingsförbundets rapportering för år 2002 erhöll endast 37 procent av de asylsökande en hälsoundersökning kort tid efter ankomst till Sverige. Därtill finns det för anhöriga, som år 2002 motsvarade 50 procent av de nästan 45 000 personer som erhöll uppehållstillstånd, inte rutiner för erbjudande om hälsoundersökning. Nästan 5 000 av dessa kom från områden med utbredd spridning av hivinfektion och borde alltså ha erbjudits hivtestning och rådgivning.

### *Överväganden och förslag*

#### Utredningen föreslår regeringen

- att uppdra åt Socialstyrelsen att följa utvecklingen vad avser erbjudande om och genomförande av hälsoundersökning av asylsökande.

#### Utredningen anser

- att möjligheterna för nyanlända personer med utländsk bakgrund (asylsökande m.fl.) att erhålla hälsoundersökning måste förbättras,
- att ytterligare satsningar bör göras på hiv/STI-prevention riktad till personer med utländsk bakgrund och då särskilt till ungdomar (se även om skolans ansvar i avsnitt 2.2.2),
- att större resurser behöver satsas på metodutveckling för att finna nya former och aktörer i det preventiva arbetet riktat till personer med utländsk bakgrund,
- att den epidemiologiska övervakningen behöver fördjupas i syfte att bättre kunna identifiera risksituationer och spridningsvägar för hivinfektionen i denna grupp och på så sätt kunna vidta adekvata preventiva åtgärder,
- att personer av utländsk härkomst som bedöms vara riskutsatta i större utsträckning bör erbjudas hivtestning och rådgivning.

Under hösten 2003 har två betänkanden som behandlar olika aspekter av mottagande av asylsökande och flyktingar, däribland den hälsoundersökning som skall erbjudas, presenterats regeringen.

Dels i Etablering i Sverige, möjligheter och ansvar för individ och samhälle (SOU 2003:75) men främst i EG-rätten och mottagandet av asylsökande (SOU 2003:89) finns en extensiv redogörelse för det uppföljnings- och utvecklingsarbete som pågår, samt ytterligare förslag för att förbättra rutinerna avseende hälsoundersökningarna.

Utredningen om EG-rätten och mottagandet av asylsökande hade bl.a. till uppgift att utreda behovet av obligatoriska hälsoundersökningar av asylsökande. I sitt betänkande (SOU 2003:89) konstaterar utredningen att det i dagsläget saknas tillräckliga skäl för att införa en, för den asylsökande, obligatorisk hälsoundersökning. Däremot föreslås att landstingens skyldighet att erbjuda hälsoundersökningen skall regleras i lag. Uppföljningar från såväl Socialstyrelsen som Landstingsförbundet har visat att systemet fungerar dåligt och många sjukvårdshuvudmän pekar på problemen med att dels finna de asylsökande, dels få utrymme också för dessa hälsoundersökningar inom ramen för övrig sjukvårdsverksamhet. När det gäller möjligheterna att förbättra förutsättningarna för att en hälsoundersökning verkligen kommer till stånd ansåg ovannämnda utredning att ytterligare ansträngningar i första hand bör göras på frivillig väg, t.ex. en förbättrad kommunikation mellan Migrationsverket och landstingen.

Hiv/aids-utredningen vill för sin del peka på den stora betydelsen dessa hälsoundersökningar har i det hiv-preventiva arbetet. Hälsoundersökningen är inte bara ett sätt att upptäcka eventuell hiv-infektion och remittera patienten till adekvat vård och behandling. Vid hälsoundersökningen och vid provsvarstillfället ges också ett värdefullt tillfälle att förmedla ett individuellt anpassat preventivt budskap vare sig patienten är hivinfekterad eller ej. Särskilt för denna grupp av människor, utan större förankring i det svenska samhället och utan eller med bristfälliga kunskaper i svenska, är det viktigt att i ännu större utsträckning nyttja hälso- och sjukvården som primärpreventiv arena. För att säkerställa att de föreslagna åtgärderna verkligen leder till att fler asylsökande verkligen erbjuds hälsoundersökning och att denna också omfattar hivtestning och rådgivning i erforderlig utsträckning föreslår utredningen att Socialstyrelsen får ett särskilt uppföljningsuppdrag i denna fråga.

När det gäller preventionen riktad till personer som redan lever sig i Sverige behöver ytterligare satsningar på hiv/STI-prevention riktad till olika grupper av människor med utländsk härkomst komma till stånd och särskilt gäller detta ungdomar. Här är skolans roll som kunskapsförmedlare särskilt betydelsefull (se även diskus-

sionen om skolans roll i avsnitt 2.2.2). Utredningen har funnit att insatserna under senare år har förstärkts, men att de fortfarande inte står i paritet till gruppens storlek eller den uppskattade prevalensen av hivinfektion i gruppen.

Utredningen konstaterar att Statens folkhälsoinstitut redan satsat stora resurser på prevention riktad till olika invandrargrupper men anser trots detta att området behöver prioriteras ytterligare. Metoder måste utvecklas i syfte att finna nya former och aktörer i det preventiva arbetet och här finns lärdom att dra av erfarenheter från andra länder med liknande problematik. Till skillnad mot vad som gäller för t.ex. MSM, så är det inte uppenbart att det i alla lägen är en framgångsrik väg att använda sig av invandrarnas egna organisationer som förmedlare av budskap inom områdena sex och samlevnad och hiv/STI-prevention. De stora flertalet av dessa organisationer har ingen specifik inriktning mot sexualpolitik eller hälsofrågor och vänder sig heller inte särskilt till riskutsatta grupper i sin verksamhet, t.ex. ungdomar, missbrukare eller MSM. Undantag finns förvisso och det finns exempel på invandrarorganisationer som bedriver ett framgångsrikt preventivt arbete. Utredningen vill dock i detta sammanhang peka på möjligheten att särskilt studera och utveckla användandet av andra aktörer med ursprung i de olika etniska grupperna men med en väl förankring också i det svenska samhället. Sådana arbetssätt har med framgång prövats i andra EU-länder, t.ex. i Nederländerna där man sedan lång tid har erfarenhet av preventivt arbete bland minoritetsgrupper med utländsk härkomst. Där har man i stället, som förmedlare av hivpreventiv information, använt sig av välkända personer med bakgrund i olika etniska minoriteter och som etablerat sig i det nya hemlandet, t.ex. inom film, musik, sport eller politik.

Utredningen vill också peka på behovet av en förstärkt och fördjupad epidemiologisk övervakning för att man ska kunna identifiera risksituationerna och spridningsvägar och rikta de preventiva insatserna mot de mest påtagliga risksituationerna. Det är t.ex. viktigt att skaffa sig en uppfattning om eventuell förekomst av smittspridning bland olika grupper av personer med utländsk bakgrund i Sverige, infektion under besök till tidigare hemländer etc. Personer av utländsk härkomst som bedöms särskilt riskutsatta för hivinfektion bör också i större utsträckning än vad som i dag är fallet erbjudas hivtestning och rådgivning.

Ett särskilt problem är svårigheten för alla asylsökande att erhålla adekvat hivbehandling. Detta behandlas särskilt i avsnitt 2.3.1.

## Ungdomar och unga vuxna

Ungdomstiden är i dag en mer utsträckt tid och omfattar mer än bara tonårstiden. Många som arbetar förebyggande brukar numera dela in ungdomsgruppen i tre delar; 10–13-åringar, 14–19-åringar och 20–29-åringar, som benämns unga vuxna. Man når dessa grupper på olika sätt, med olika språk och på olika arenor.

Särskilt gruppen unga vuxna har på senare tid uppmärksammats därför att dess levnadsförhållanden har försämrats, framför allt avseende arbetsmarknad, ekonomi och bostad, vilket är allvarligt ur samhällssynpunkt med tanke på att antalet unga vuxna ökar de närmaste åren. I Folkhälsorapporten 2003 från Stockholms läns landsting noteras en negativ utveckling av hälsan hos unga vuxna. Exempel på detta är försämring i det psykiska välbefinnandet, en ökning av alkoholkonsumtionen samt ökning av överviktsproblemen.

Många unga vuxna väljer att vänta med att ha varaktiga relationer samt att bli föräldrar. Alltfler lever i ensamhushåll eller i tillfälliga samboskap. Många ger sig ut på längre resor eller studerar i andra länder. Till denna utsträckta ungdomstid hör att fler har möjlighet att gå in och ur ett större antal sexuella relationer och unga vuxna är mer benägna att byta partner än både tonåringar och äldre vuxna individer och har i större utsträckning än andra oskyddat sex.

Den övervägande delen av heterosexuella ungdomar och unga vuxna som lever med hivinfektion i Sverige har smittats utomlands före immigration till Sverige och det finns i dag inga tecken som tyder på att det förekommer någon mer påtaglig spridning av hivinfektion bland unga heterosexuella i vårt land. Den epidemiologiska utvecklingen vad avser övriga STI är mer oroväckande. De senaste sju åren har man kunnat notera en kraftig ökning av antalet rapporterade fall av klamydiainfektion. Mest uttalad är ökningen bland unga kvinnor i åldersgruppen 20–24 år men den är påtaglig såväl för pojkar som för flickor i åldrarna 15–24 år. Även gonorré, som nästan var utrotad som inhemsk smitta i mitten av 1990-talet, har ökat bland ungdomar och inhemsk smittspridning bland tonåringar förekommer åter. Vidare ökade antalet tonårsaborter med 12 procent under förra året, vilket innebär en ökning med nästan 50 procent under den senaste sjuårsperioden. Statistiken visar att 20 procent av aborterna år 2002 gjordes på ungdomar under 19 år.

Tillgänglig statistik visar tydligt att ett påtagligt sexuellt riskbeteende präglar ungdomspopulationen trots de stora preventiva ansträngningar som gjorts under det senaste decenniet. Att man i



dag inte kan se någon påtaglig spridning av hivinfektion i ungdomsgrupperna innebär inte att en sådan utveckling inte är ett möjligt framtida scenario. Det finns därför all anledning, enligt utredningens uppfattning, att möta det hotet med en samlad bred preventiv ansats.

### *Överväganden och förslag*

#### Utredningen anser

- att sex- och samlevnadsundervisning och hiv/STI-prevention i skolan bör stärkas (mer specifika förslag finns i diskussionen om skolan i avsnitt 2.2.2),
- att resurser vid såväl skolhälsovården som vid ungdomsmottagningar (och motsvarande verksamheter) bör förstärkas och att dessa verksamheter också bättre tas till vara som en hörnsten i det primär- och sekundärpreventiva arbetet bland ungdomar,
- att sjukvårdshuvudmännens resurser för prevention, vård och behandling riktade mot unga vuxna bör förstärkas,
- att ytterligare forsknings- och utvecklingsinsatser krävs för att öka kunskaperna om attityder, kunskaper och beteenden hos ungdomar och unga vuxna samt om smittspridningsmönstren hos de sexuellt överförbara sjukdomarna i dessa grupper,
- att ungdomar och unga vuxna i större utsträckning än vad som nu är fallet bör erbjudas hivtestning och rådgivning i samband med sina kontakter med sjukvården.

De tre huvudsakliga arenorna för preventiva insatser riktade till ungdomar är skolans sex- och samlevnadsundervisning, skolhälsovården samt hälso- och sjukvården och då särskilt de ungdomsmottagningar som drivs av landsting och kommuner. Såväl kommuner och landsting som staten har ett ansvar – på olika nivåer – för dessa verksamheter.

Behovet av insatser i skolan med sex- och samlevnadsundervisning och mer specifikt hiv/STI-prevention behandlas utförligare i avsnittet om skolan (2.2.2) där utredningens förslag på det området också finns samlade. Sammanfattningsvis så har såväl staten (genom lärarutbildningen och tillsynen över skolväsendet) och kommunerna

(som skolans huvudmän) ansvar för att eleverna får en god och allsidig kunskap i dessa frågor.

Skolhälsovården kan sägas ha ett generellt ansvar för den hälsoupplysning och det sjukdomspreventiva arbete som bör riktas till eleverna. Utredningen finner det viktigt att denna resurs stärks för att kunna utgöra ett värdefullt komplement och en samarbetspartner till den undervisning skolan skall tillhandahålla och till ungdomsmottagningarna.

Medan tonvikten i skolans sex- och samlevnadsundervisning oftast ligger på de hälsofrämjande aspekterna så bör hälso- och sjukvården kunna utnyttjas i större utsträckning för det mer sjukdomsförebyggande insatserna. Studier från andra länder visar också att kombinationen av god sexualundervisning i skolan och ungdomsvänlig service, t.ex. i form av lättillgänglig sjukvård med möjlighet till testning och rådgivning ger goda STI-preventiva effekter.

Grunden i det preventiva arbetet bör vara ungdomsmottagningarna eller liknande verksamheter som särskilt riktar sig till yngre människor. Systemet med ungdomsmottagningar finns mer eller mindre väl utbyggt i landet och utgör på det flesta håll en viktig resurs i det preventiva arbetet. Vid ungdomsmottagningarna ges goda möjligheter att bedriva individuellt inriktat hiv/STI-preventivt arbete och här finns också en naturlig koppling till de abortförebyggande insatserna. Årliga besöksuppföljningar visar att ungdomsmottagningar kan nå upp till 50 procent av målgruppen inom sitt upptagningsområde. Könsskillnaderna är dock stora och ungdomsmottagningarna når vanligen en betydligt mindre andel pojkar än flickor i varje åldersgrupp. Samtidigt utgör dessa mottagningar i sin ofta omfattande utåtriktade verksamhet en viktig samarbetspartner för skolorna. Utredningen anser därför att systemet med ungdomsmottagningar bör utvecklas och stärkas, såväl genom att systemet byggs ut som att befintlig verksamhet får utökade resurser. Särskilda ansträngningar bör göras för att även nå ut till pojkar. Även på de orter i landet där speciella mottagningar för ungdomar saknas och inom andra delar av sjukvården bör särskilda ansträngningar göras för att nå ungdomsgrupperna med hiv/STI-preventiva budskap.

Det är också viktigt att betona vikten av att satsningar görs på såväl primär- som sekundärprevention. Väl genomförd kontaktsparning (benämns även smittspårning eller partnerspårning) har visat sig vara ett effektivt medel att bryta smittkedjor. Kontakten med ungdomarna och deras partners ger också rika tillfällen till primär-

preventiva insatser. Ungdomsmottagningarnas personal är, som frontaktörerna i det hiv/STI-preventiva arbetet, viktiga delar i en sammanhållen strategi där generella budskap kombineras med insatser på individuell nivå genomförda av professionella aktörer. Utredningen anser också att ungdomar och unga vuxna – som är en riskutsatt grupp – i större utsträckning än vad som nu är fallet bör erbjudas hivtestning och rådgivning i samband med sina kontakter med sjukvården.

När det gäller gruppen unga vuxna över 20-årsåldern så saknas motsvarande naturliga arenor för hiv/STI-prevention. Det behövs därför nya sätt att nå denna grupp unga vuxna med sex- och samlevnadsinformation, nya sätt att kommunicera och möjlighet att hänvisa till rätt mottagning för rådgivning, testning och behandling. I första hand är detta ett ansvar för sjukvårdshuvudmännen men även t.ex. studenthälsan på universitetsorterna bör kunna spela en större roll här.

Trots att stora resurser satsas på prevention riktad till dessa grupper – åtminstone till ungdomsgruppen – ser man för närvarande få, om ens några, tecken till ett minskat riskbeteende. Frågan om insatser riktade till ungdomar och unga vuxna måste därför få en framträdande position i det nationella planerings- och uppföljningsarbetet och Socialstyrelsen bör inom ramen för detta, och med stöd av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet, även ta initiativ till ytterligare forsknings- och utvecklingsinsatser för att öka kunskaperna om attityder, kunskaper och beteenden hos ungdomar och unga vuxna samt smittspridningsmönstren hos de sexuellt överförbara sjukdomarna i dessa grupper.

## Utlandsresenärer

Personer bosatta i Sverige men som har smittats av hivinfektion under kortare eller längre tids vistelse utomlands har under den senaste femårsperioden utgjort ca 20 procent av samtliga rapporterade fall av hivinfektion. Även andra STI är tämligen ofta förekommande i denna grupp. Det rör sig om olika typer av vistelse utomlands; allt ifrån ren turism till längre tids vistelser i form av arbete eller studier. I den här gruppen ryms också personer som tidigare invandrat till Sverige och som smittats vid besök i sitt tidigare hemland.

Utredningen har på egen hand gjort en genomgång av den utökade information om individer som smittats vid utlandsvistelse 1997–2001 som inhämtats av Smittskyddsinstitutet. Av de ca 270 personer som bedömts smittats på detta sätt mellan åren 1997–2001 var 22 procent utlandsfödda. Dessa hade varit bosatta i Sverige en ganska lång tid före det förmodade smittotillfället – kvinnorna i genomsnitt 10 år och männen ca 20 år – vilket innebär att smitta före immigration rimligtvis kan uteslutas i flertalet av dessa fall. Drygt 3/4 av de heterosexuellt smittade utlandsfödda individerna (män och kvinnor) hade smittats vid besök i sina tidigare hemländer, varav flertalet i länder i Afrika eller Asien.

I gruppen utlandssmittade utgjorde männen 85 procent (jämfört med 65 procent av de totala antalet hivinfekterade under samma tidsperiod) och 70 procent av samtliga utlandssmittade individer anges vara heterosexuellt smittade (49 procent i totalpopulationen).

Av de svenskfödda heterosexuella männen hade det stora flertalet (85 procent) smittats i länder i Afrika och Asien. De svenskfödda kvinnorna däremot hade till stor del (55 procent) smittats i länder i Europa. Detsamma gällde för MSM där nästan 70 procent hade smittats i andra europeiska länder. Noteras bör också att medelåldern för de män som hivinfekterats under utlandsvistelse är något högre än för dem som smittas i Sverige.

Utlandssmitta är givetvis också relevant för spridningen av andra STI. En majoritet av de heterosexuella männen som ådragit sig gonorrhé har infekterats i utlandet, vanligen i Sydostasien. Den pågående syfilisepidemin bland MSM har också sitt ursprung i andra europeiska storstäder och fortfarande svarar de utlandssmittade för en inte oansenlig andel av rapporterade fall.

### *Överväganden och förslag*

#### Utredningen anser

- att den beteendevetenskapliga och epidemiologiska analysen vad avser utlandssmitta bör fördjupas i syfte att kartlägga riskmönster respektive spridningsmönster,
- att de preventiva insatserna riktade till utlandsresenärer bör förstärkas och fördjupas,
- att Statens folkhälsoinstitut, inom ramen för sitt kunskapscentrumsuppdrag och utgående från redan gjorda satsningar

inom området, bör fortsätta arbetet med att utveckla preventiva metoder/insatser för olika grupper av resenärer,

- att uppföljningen i form av testning av och rådgivning till riskutsatta utlandsresenärer bör förbättras,
- att Socialstyrelsen bör ta initiativ till en kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvårdens preventiva insatser gentemot denna grupp.

Att bedriva hiv/STI-prevention riktat mot denna grupp är omvittnat svårt. En av de främsta anledningarna till detta är sannolikt gruppens heterogenitet. Denna målgrupp är snarare att betrakta som ett antal ganska disparata grupper av individer som enbart har själva resandet som minsta gemensamma nämnare. Gruppen utlandsresenärer kan översiktligt beskrivas i termer av fem huvudgrupper, nämligen:

- ungdomar
- (heterosexuella) män och kvinnor som reser ensamma
- personer som arbetar/studerar längre tid utomlands
- homo- och bisexuella män
- vissa personer av utländsk härkomst som återvänder för längre eller kortare tid till det tidigare hemlandet.

Dessa skiljer sig inte enbart med avseende på bakgrund, ålder, syfte med resan, etc. utan också med avseende på resmål och eget risktagande. Sammantaget rör detta sig således om personer som är eller har varit tillgängliga för ett nationellt hiv/STI-preventivt budskap men som i övrigt skiljer sig så mycket åt att någon enhetlig modell för de preventiva insatserna till hela denna grupp knappast går att finna.

I en konsultrapport beställd av Statens folkhälsoinstitut (Bolin A. *Utlandsresenärer och hivpreventiva insatser*. Statens Folkhälsoinstitut 2002. Dnr 24-02-0045) konkluderas att det, när det gäller de preventiva insatserna, i första hand inte är kunskap som saknas hos majoriteten hos dessa individer. Utmaningen är i stället att hitta andra vägar som mer fokuserar på att påverka beteenden och val-situationer, grundläggande attityder samt förståelse för eget och andras sexuella beteende i samband med resa och i andra miljöer. Utredningen vill i stort instämma i dessa slutsatser även om individers kunskaper om risker och risksituationer inte ska överskattas. Särskilt gäller detta kanske ungdomar och vissa personer av utländsk

bakgrund som ibland har bristfälliga kunskaper om hivinfektion och hivspridning.

När det gäller det statliga hiv/aids-anslaget kan utredningen konstatera att stödet till riktade informationsinsatser snarast har minskat de senaste fem åren. Statens folkhälsoinstitut konstaterade i den uppföljning som presenterades så sent som 2002 att det vid tillfället saknades riktade informationsinsatser till utlandsresenärer. Därefter har bl.a. en flygplatskampanj genomförts – under hösten 2003 – där tryckt material med preventiva hiv/STI-budskap och kondomer delades ut till utlandsresenärer. Aspekten utlandssmitta har också i viss mån införlivats i insatser riktade till prioriterade målgrupper; ungdomar, MSM etc. Likaså bedrivs, om än i begränsad utsträckning, riktade insatser av frivilligorganisationer (bl.a. Noaks Ark–Röda Korset, RFSL och Afrikanska Hälsoeteamet). Sammantaget är dock insatsen fortfarande begränsad.

Mot bakgrund av den förvärrade hiv/STI-situationen i vår omvärld och det ökande resandet i många grupper finns det, enligt utredningen uppfattning, all anledning att befara att antalet utlandsförvärvade infektioner kommer att öka. De preventiva insatserna riktade till utlandsresenärer måste därför förstärkas och fördjupas. Utredningen anser att Statens folkhälsoinstitut, inom ramen för sitt kunskapscentrumsuppdrag och utgående från redan gjorda satsningar inom området, bör fortsätta arbetet med att utveckla preventiva metoder/insatser för olika grupper av resenärer. Vidare bör den beteendevetenskapliga och epidemiologiska analysen vad avser utlandssmitta fördjupas i syfte att kartlägga riskmönster respektive spridningsmönster.

Även den medicinska/epidemiologiska uppföljningen efter utlandsvistelsen i form av testning och rådgivning samt de sekundärpreventiva insatserna måste, enligt utredningens uppfattning, påtagligt förbättras. Resultat från Smittskyddsinstitutets fördjupade hivuppföljning (preliminära data) visar bl.a. att endast 30 procent av heterosexuella utlandssmittade själva har tagit initiativet till hivtestning. En uppföljning som gjordes år 2001 av hemvändande från Thailand med gonorré och/eller klamydiainfektion visade att drygt 40 procent av dessa patienter inte hivtestades i samband med att STI-diagnos ställdes (eller tre månader därefter) trots att dessa individer uppenbarligen varit riskutsatta (Azerkan 2002). Information om testning och rådgivning av den som utsatts för risk för hiv/STI-infektion bör därför vara en integrerad del av det primärpreventiva budskapet. Socialstyrelsen bör dessutom ta initiativ till en kvalitetsutveckling

av hälso- och sjukvårdens preventiva insatser gentemot denna grupp (se utförligare diskussion i avsnitt 2.2.2).

### Gravida kvinnor

Överföringen av hivinfektionen från mor till barn har successivt sjunkit, huvudsakligen som en följd av behandlingen av den gravida kvinnan med antivirala medel samt användningen av planerat kejsarsnitt vid förlossning. Från att andelen barn som infekterats av sin mor under åren 1985–1993 ha legat kring 25 procent så rör det sig nu om något enstaka barn som får hivinfektionen under graviditeten eller vid förlossningen. En förutsättning för denna gynnsamma utveckling är givetvis också att man känner till att den gravida kvinnan är hivinfekterad.

Socialstyrelsen har 1987 i allmänna råd (SOSFS 1987:22) om HIV-screening av gravida kvinnor uttalat att det finns anledning att erbjuda provtagning med hivtest till alla gravida kvinnor. Sådan generell screening av gravida kvinnor bedrivs också i 17 av 21 landsstingsområden motsvarande närmare 90 procent av befolkningen. I de övriga 4 landstingen erbjuder hivtestning till vad som bedöms vara riskutsatta kvinnor. Sammanlagt har närmare 200 kvinnor identifierats som hivinfekterade i screening sedan starten 1987. Den absoluta majoriteten av dessa var av utländsk härkomst, vanligen från högendemiska områden i Afrika.

De barn som de senaste åren rapporterats som smittade av sina mödrar har oftast förvärvat infektionen innan de anlände till Sverige men det finns exempel på att infektionen överförts även hos barn som förlöstes i vårt land, såväl av svenska som utländska mödrar. Vanligen beror detta på att hivtestning inte utförts eller, i något enstaka fall, att smittoöverföring skett trots insatt läkemedelsbehandling.

*Överväganden och förslag*

## Utredningen anser

- att alla gravida kvinnor skall erbjudas hivtestning,
- att informationen till gravida kvinnor – och särskilt de av utländsk härkomst – om risken med hivöverföring till fostret samt hur detta kan förhindras bör förbättras.

Utredningen anser att ambitionsnivån när det gäller att förhindra överföring av hivinfektionen från mor till barn skall vara mycket hög i vårt samhälle. Trots gällande författning från 1987 så kan man notera att ett antal kvinnor inte erbjuds hivtestning under graviditet. Orsakerna till detta varierar men utredningen vill här peka på ett par områden som måste förstärkas för att denna smittväg i största möjliga mån skall kunna undvikas.

Det är, enligt utredningens uppfattning otillfredsställande att inte alla gravida kvinnor erbjuds hivtestning. Att enbart rikta sig till ”riskgrupper” är vanskligt och kan innebära att en hivinfekterad kvinna som inte tillhör någon identifierad riskutsatt grupp missas. Utredningen skulle därför välkomna en reglering – lämpligen i föreskrift från Socialstyrelsen – som innebär en skyldighet för vårdgivare att erbjuda hivtest till samtliga gravida kvinnor.

Ett annat tillfälle där möjligheter ges att hivtesta och informera kvinnor i fertil ålder är i samband med det hälsosamtal och den hälsoundersökning som alla asylsökande (och motsvarande) skall erbjudas. Sådan testning gäller förvisso i första hand kvinnor som kommer från områden med större spridning av hivinfektion men dessa kvinnor utgör i dag merparten av de hivinfekterade kvinnorna vid mödravårdsscreeningen. De förbättringar i mottagandevillkoren som föreslagits av utredningen EG-rätten och mottagande av asylsökande (SOU 2003:89) med ökat antal genomförda hälsoundersökningar som följd innebär också större möjligheter att förhindra s.k. mor-barnsmitta.

Det är också viktigt att alla kvinnor, och då kanske främst kvinnor av utländsk härkomst, får information om dessa risker samt vilka resurser – främst i form av den fria mödravården – som den svenska hälso- och sjukvården kan erbjuda för att förhindra att infektionen överförs. Sådan information bör ges av Migrationsverket, av sjukvårdshuvudmännen men bör också kunna kanaliseras via t.ex. invandrarorganisationer.



## 2.2.2 Insatser i landsting och kommuner

Utredningen har försökt att utifrån ett mer strukturellt perspektiv studera hur det hiv/STI-preventiva arbetet bedrivs inom kommuner och landsting. Redovisningen omfattar såväl primär- som sekundärprevention som det definieras i avsnitt 2.1.3 och innefattar allt ifrån individuellt preventivt arbete som det bedrivs på många håll i hälso- och sjukvården till sex- och samlevnadsundervisning i skolan.

Man torde kunna säga att det primärpreventiva arbetet och folkhälsofrågorna inte alltid står i fokus i det dagliga arbetet i landsting och kommuner. Däremot har intresset för, och kunskaperna om, dessa frågor ökat markant de senaste decennierna. I en uppföljningsrapport till det programarbete kring folkhälsofrågor som bedrivits av landstings- och kommunförbundet sedan 1990-talet konstateras också att ett ambitiöst utvecklingsarbete kring dessa frågor har igångsatts i många landsting och kommuner på senare år och att frågorna kommit upp på den politiska dagordningen. På många håll arbetas med hälsokonsekvensbeskrivningar och lokala välfärdsbokslut och åtminstone sjukvårdshuvudmännen har i regel särskilda samhällsmedicinska enheter (folkhälsoenheter) som arbetar med dessa frågor.

### Hälso- och sjukvården

Utredningen konstaterar att sjukvårdshuvudmännen – kommuner och landsting – har ett mer eller mindre tydligt uttalat ansvar för preventiva insatser inom ramen för sitt uppdrag. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns det uttryckt i mer allmänna ordalag, i smittskyddslagen (1988:1472) mer specifikt vad avser spridning av smittsamma sjukdomar. I redovisningen av insatser mot hiv/STI (avsnitt 2.2.1 och 4.2) framgår också att betydande insatser inom detta område görs inom hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsfält i landsting och kommuner liksom inom ett antal av kommunernas övriga ansvarsområden.

I betänkandet En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet från HSU 2000 (SOU 1997:119) konstaterade kommittén att hälso- och sjukvården – och därmed sjukvårdshuvudmännen – har en mycket viktig funktion i folkhälsoarbetet som inte kan ersättas av andra aktörer. Denna utredning anser att den av

HSU 2000 uttryckta uppfattningen även har en klar relevans inom detta område och att detta hänger samman med flera faktorer.

För det *första* samlas mycket information om människors hälsa naturligen inom sektorn och därigenom skapas det möjligheter att bl.a. ställa samman kunskapsunderlag som inte bara kan användas inom hälso- och sjukvården utan i hög utsträckning även av andra aktörer. Så är ju inte minst fallet med den rutinmässiga epidemiologiska övervakningen av sjukdomarna som ju helt utgår från uppgifter från behandlande läkare och laboratorier. Sjukvården är alltså en viktig kunskapsproducent och kunskapsförmedlare inom detta område. Viktiga kunskaper om behandling/resistens och beteendevetenskaplig kunskap genereras förvisso också från vården.

För det *andra* så har hälso- och sjukvården en unik position genom den stora kontaktyta mot allmänheten den har och den möjlighet till förebyggande arbete som detta innebär. Omfattande preventiva insatser, särskilt med betoning på sekundärprevention, bedrivs givetvis på många håll inom hälso- och sjukvården. Särskilt gäller detta inom vård som är specialiserad på omhändertagande av hiv/STI-patienter. Utredningen menar dock – vilket kommer att utvecklas mer i detalj nedan – att man i planeringen och implementeringen av hiv/STI-preventiva insatser inte till fullo har lyckats utnyttja hälso- och sjukvårdens omfattande resurser. Detta gäller såväl generella preventiva insatser i landstingens regi – informations- och utbildningsaktiviteter – som det preventiva arbetet som kan/bör bedrivas i samband med sjukvårdspersonalens individuella kontakter med människor.

Den *tredje* faktorn är hälso- och sjukvårdens stora kontaktytor med andra aktörer och de stora möjligheter till samverkan som därmed ges till dessa. En sådan samverkan uppstår givetvis normalt genom att olika parter anser att det bäst gagnar saken att samarbeta, men man bör också erinra sig att lagstiftaren här har lagt ett särskilt ansvar på sjukvårdshuvudmännen. I 8 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) stadgas att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare. Utredningen anser även att detta område borde kunna utvecklas mer vad avser hiv/STI-prevention.

Nedan berörs inledningsvis sjukvårdshuvudmännens planeringsprocess och de mer eller mindre fasta strukturer för detta arbete som inrättats på vissa håll och därefter de rena preventionsinsatserna i kommuner och landsting. Hälso- och sjukvårdens breda arbetsfält

och olika sätt att närma sig medborgarna/patienterna nödvändiggör att det preventiva uppdraget inom detta område fullföljs på många olika sätt. I enlighet med ett (lätt modifierat) resonemang som fördes av HSU 2000 (SOU 1997:119) har hiv/aids-utredningen valt att betrakta sjukvårdshuvudmännens möjligheter att bedriva det preventiva arbetet ur huvudsakligen tre synvinklar, nämligen:

- preventivt arbete inom ramen för egna hälso- och sjukvårdsinsatser,
- preventiva insatser via kunskapsförmedling/information och ibland kampanjer till allmänhet (och patienter) samt,
- preventiva insatser som bedrivs i samverkan med andra aktörer t.ex. andra kommunala verksamheter (t.ex. skola, fritid och socialtjänst) eller med frivilligorganisationer, och som huvudsakligen riktar sig till särskilt identifierade grupper.

Utredningen har inte haft ambitionen att åstadkomma en heltäckande redovisning av de olika insatser och arbetssätt som förekommer inom kommuner och landsting utan har, som framgått av redovisningen, valt att ge en mer uttömmande beskrivning av hur arbetet bedrivs i de tre storstadsområdena. Kontakter även med övriga sjukvårdshuvudmän har dock givit en god bild av organisation och insatser även i övriga landsting och utredningen kommenterar planeringsprocesser och direkta insatser även i övriga delar av landet.

#### *Planering och fasta strukturer för preventivt arbete*

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) konstaterar regeringen att folkhälsoarbetet för att det skall bli verkningsfullt bör samordnas även på regional och lokal nivå i linje med regeringens förslag till målområden. Regeringen anser vidare att det är av allra största vikt att det inte bara sker ett samarbete mellan regional och lokal nivå utan även att arbetet bättre samordnas internt inom kommuner och landsting i syfte att få till stånd ett mer effektivt folkhälsoarbete. Eftersom folkhälsofrågorna i dag har en mer självklar plats i kommuner och landsting har frågorna även kommit att bli mer prioriterade av förbunden. Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Statens folkhälsoinstitut har skapat ett nytt forum för folkhälsofrågor i syfte att stödja kommuner och landsting i det lokala och regionala folkhälsoarbetet. Målet är att alla kommuner och landsting på sikt skall bedriva ett

aktivt folkhälsoarbete genom erfarenhetsutbyte och spridning av kunskap.

Även om de organisatoriska formerna för utåtriktat primärpreventivt arbete inom området hiv/STI varierar något mellan sjukvårdshuvudmännen så finns vanligen två identifierbara strukturer, nämligen dels *smittskyddsläkarorganisationen* där smittskyddsläkaren, förutom de rena myndighetsuppgifterna, har ett samlat ansvar även för preventionsfrågor, dels *folkhälsoenheter/sambällsmedicinska enheter*, med uppgift att bland andra uppgifter även ägna sig åt preventiva insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförda infektioner. Vid dessa enheter finns oftast även, när det gäller landsting utanför storstadsområdena, den kontaktperson som svarar för kontakten med Statens folkhälsoinstitut, frivilligorganisationer och andra berörda aktörer, bl.a. vad avser det särskilda statliga bidraget mot hiv/aids.

Endast inom Stockholms läns landstings organisation finns en särskild enhet – Landstinget förebygger aids (Lafa) – som har en egen välutvecklad verksamhet som metod- och kunskapscentrum samt som svarar för implementering av hiv/aids-förebyggande arbete i den egna organisationen. Lafas uppdrag är riktat mot befolkningen i det egna landstingsområdet, inklusive specifika målgrupper som MSM, personer av utländsk härkomst, ungdomar, unga vuxna m.fl., men framtaget material och utvecklade metoder kan användas – och används också – som ett stöd för arbetet i andra landsting och kommuner. Landstingets interna fördelning av extrabidraget sker efter samråd med såväl Lafa som Stockholms stad. I kommunen (Stockholms stad) ligger ansvaret för samordningen av stadens insatser vad gäller hiv/aids-prevention på Socialtjänstnämnden. För arbetet finns, inom socialtjänstförvaltningen, ett särskilt *HIV/Aids-sekretariat*. Där bereds också förslag till fördelning av stadens extrabidrag. Staden och landstinget samråder om fördelningen av medlen, främst avseende fördelningen av bidrag till frivilligorganisationer.

År 2002 presenterades ett nytt handlingsprogram för hiv/STI-prevention i Stockholms läns landsting. Handlingsprogrammet bygger till stor del på Statens folkhälsoinstituts nationella handlingsplan (*Nationell handlingsplan för STD/hiv-prevention under perioden 2000–2005*, Folkhälsoinstitutet 2001:14), men har anpassats till de lokala förhållandena. Inom Stockholms stad pågår också arbetet med ett nytt program för det hiv/aids-preventiva arbetet i kommunen, men tills vidare gäller fortfarande det principprogram som antogs av kommunfullmäktige år 1998.

En ny organisation för det hiv/STI-preventiva arbetet har under 2003 varit under uppbyggnad i Göteborgsområdet. En projektbase-rad samordningstjänst har tillsats, som under två år kommer att finansieras till hälften av Göteborgs stad och till hälften av smittskydds-enheten i Västra Götalandsregionen. Samordningstjänsten, som organisatoriskt tillhör smittskydds-enheten ska svara för sam-verkansfrågor mellan landstinget och kommunen. Därtill har man i regionen bildat en ledningsgrupp i samverkan med Göteborgs stad, med representanter från bl.a. smittskyddet, regionens folkhälso-kommitté, Göteborgs stad, infektionskliniken, psykiatri, primärvård, hivkliniken, samt företrädare för berörda discipliner vid Göteborgs universitet etc. Regionens extrabidrag fördelas enligt förslag från smittskyddsläkaren till hälso- och sjukvårdsstyrelsen. I kommunen (Göteborgs stad) ligger ansvaret för samordningen av stadens in-satser vad gäller hiv/aids-preventiva frågor på stadskansliet. Ansvarig tjänsteman ingår också i ledningsgruppen och svarar för bered-ningen av förslag till fördelningen av stadens extrabidrag. Diskus-sioner om fördelningen av extrabidraget förs mellan regionen och staden.

Inom ledningsgruppen arbetas f.n. en handlingsplan fram, den första för hela Västra Götalandsregionen. Göteborgs stad har en politiskt antagen handlingsplan sedan år 1988 men den övergripande handlingsplan som nu utarbetas kommer också att ligga till grund för det hiv/aids-preventiva arbetet även i staden.

I Malmö stad ligger ansvaret för samordningen av stadens insatser vad avser hiv/aids-preventiva frågor sedan hösten 1999 inom det kommunala programmet *Sexuell hälsa* som är förlagt till stadskon-torets folkhälsoenhet. Malmö kommunfullmäktige antog år 1999 ett handlingsprogram inom området sexuell hälsa (*Sexuell hälsa – Program för Malmö stad för skola, fritidsverksamhet och socialtjänst*, Malmö stad). I samband därmed startades ett projekt för att initiera programarbetet. Projektet arbetar fram till december år 2004 och knutet till programmet finns en referensgrupp med representanter från region, kommun och frivilligorganisationer. Inom programmet utreds och förbereds ansökningar om medel från extrabidraget.

Ett regionalt handlingsprogram för sexuell hälsa har under året färdigställts. Programmet tar hänsyn till såväl Statens folkhälso-institutets nationella handlingsplan, som det kommunala handlings-programmet för sexuell hälsa. Programmet är ännu inte politiskt antaget. I Region Skåne finns vid sidan av smittskydds-enheten en folkhälsokoordinator, som handhar arbetet med regionens extra-

bidrag samt arbetar gentemot berörda aktörer i regionen och staden. En process pågår för att förstärka omfattningen av den regionala resursen, vilket avses ske parallellt med implementeringen av den handlingsplan som har utarbetats.

I landstingen utanför storstadsområdena är den organisatoriska bilden ganska splittrad. Generellt gäller att i planeringsarbetet och i eventuellt arbete med framtagande av handlingsplan har skett i en brett sammansatt grupp med företrädare från smittskyddsverksamheten, folkhälso-/samhällsmedicinska enheter samt kliniskt verksam personal (mödravård, venereologi, ungdomsmottagningar, infektionssjukvård etc.). Från att folkhälsa och smittskydd har varit mer åtskilt har en successiv integrering av verksamheterna ägt rum i många landsting. På vissa håll är det övergripande hiv/STI-preventiva arbetet åtminstone personellt integrerat i smittskyddsverksamheten (t.ex. i Östergötland) och i andra landsting sker planering och implementering av preventivt arbete i nära samarbete.

Vad avser arbetet med handlingsplaner för hiv/STI/sexuell hälsa så har ett tiotal landsting utanför storstadsområdena rapporterat att man vid årsskiftet 2003/04 hade antagit, eller stod i begrepp att anta, nya sådana planer. Vanligen har dessa planer baserats på Statens folkhälsoinstituts handlingsprogram. Utredningen har också noterat att själva arbetet med handlingsplaner hos vissa sjukvårdshuvudmän bedrivits i programform där kostnaderna (inklusive personalkostnader) helt eller delvis belastat det av Statens folkhälsoinstitut administrerade hiv/aids-anslaget.

Utredningen har inte efterhört om andra kommuner än storstäderna har särskilda planer för detta ändamål.

#### *Prevention inom ramen för egna hälso- och sjukvårdsinsatser*

Hiv/STI-preventivt arbete bedrivs på många håll inom hälso- och sjukvården, dels inom ramen för mer specialiserad verksamhet som mödravård, venereologi och ungdomsmottagningar, dels inom primärvården (i dess olika driftsformer) och annan sluten och öppen specialistvård (gynekologi, infektionssjukvård m.m.). Tyngdpunkten i arbetet varierar givetvis mycket mellan dessa olika typer av verksamheter, likaså engagemanget och kunnandet i just dessa frågor.

Systemet med ungdomsmottagningar finns mer eller mindre väl utbyggt i landet och utgör på de flesta håll en viktig resurs i det preventiva arbetet, såväl vad avser sex och samlevnad (sexuell och

reproduktiv hälsa) som hiv/STI. Huvudmannskapet varierar; ibland är det delat mellan kommuner och landsting, ibland är landsting eller kommuner ensamma huvudmän och i något fall är huvudmannskapet privat. Kvinnor har dessutom tillgång till såväl sjukvård som prevention inom den gynekologiska öppenvården samt i mödravården som omfattar inte bara graviditetsövervakning utan även föräldrautbildning, preventivmedelsrådgivning, gynekologisk hälsokontroll, ett brett abortförebyggande samt STI-förebyggande arbete.

Man kan med fog konstatera att den svenska hälso- och sjukvården har varit ytterst framgångsrik i arbetet mot hiv/aids. Vård och behandling kommer att behandlas närmare i avsnitt 2.3.1 och 5.1 men sammanfattningsvis kan sägas att de behandlingsresultat svensk sjukvård kan uppvisa är mycket goda. Stora resurser har satsats även på det psykosociala omhändertagandet av hivinfekterade patienter. För dessa grupper ligger tyngdpunkten i det rent preventiva arbetet givetvis på sekundär- och tertiärprevention men såväl inom primärvården som annan specialiserad slutenvård (infektionssjukvård, gynekologi och obstetrik m.m.) bedrivs ett omfattande primärpreventivt arbete riktat mot hivinfektion och andra STI.

Utanför de mer specialiserade klinikerna och öppenvårdsmottagningarna (Venhälsan, Gayhälsan etc.) varierar resurserna för det preventiva arbetet avsevärt, såväl inom som mellan sjukvårdshuvudmännen. I storstadsområdena görs tämligen omfattande insatser inom hälso- och sjukvården för att utbilda personal inom framför allt primärvården i hiv/STI-prevention och i frågor om sexualitet och hälsa. I Stockholms län samordnar Lafa de s.k. Sesamenheternas förebyggande insatser gentemot primärvården. Den verksamheten är väl utbyggd och har pågått i över tio år. Sesamenheterna gör regelbundna besök på vårdcentralerna inom sina respektive områden för utbildning av distriktsläkare, barnmorskor och sjuksköterskor i hur de ska bemöta, behandla och eventuellt remittera vidare patienter som söker för STI eller för preventivmedelsrådgivning. Sesamenheterna anordnar också utbildningar i medicinska frågor för ungdomsmottagningarna och annan vårdpersonal samt ger regelbundna utbildningar i t.ex. kontaktsparning. Motsvarande verksamheter finns också i de andra storstadsområdena.

Mycket talar för att kvaliteten på insatserna är ojämn, både mellan och inom landstingen. Studier som publicerats de senaste åren har visat att diagnostik och uppföljning av patienter med STI inte sällan

fallerar i primärvården och att sekundärprevention i form av smittspårning av sexuellt överförbara sjukdomar inte genomförs i enlighet med givna riktlinjer (Gustafsson m.fl. 2000; Landström & Fredlund 2002). Det finns anledning att tro att även de rent primärpreventiva insatserna ofta försummas. Inte minst gäller det insatserna riktade till unga män som i mycket mindre utsträckning än kvinnor har kontakt med hälso- och sjukvården (*Ungdomsmottagningarnas kontakter med pojkar*. Socialstyrelsen 2000).

#### *Kunskapsförmedling – information till patienter och allmänhet i egen regi*

Förutom i storstadsområdena så bedrivs utåtriktade kampanjer helt i egen regi och med egna medel endast i mycket begränsad omfattning. Vissa sjukvårdshuvudmän genomför dock riktade informationssatsningar (t.ex. i samband med större publika evenemang som marknader och festivaler eller riktade till studenter i universitetsorterna) som antingen finansieras via de statliga anslagen eller helt eller delvis finansieras med egna medel. I detta sammanhang utnyttjas inte sällan centralt (av Statens folkhälsoinstitut) producerat, eller mer sällan, eget producerat informationsmaterial men från flera håll har man särskilt pekat på behovet att kunna utnyttja grundmaterial som på ett enkelt sätt kan modifieras utifrån de egna förutsättningarna. Sådant material som kan utnyttjas av andra huvudmän har tagits fram av enskilda landsting, t.ex. av Lafa och av Västerbottens läns landsting.

I storstadsområdena, och då särskilt i Stockholm, är situationen annorlunda. Lafa har där en omfattande utåtriktad verksamhet riktad såväl till allmänheten som till skolans personal (se nedan och avsnitt 4.2).

#### *Samverkan med andra aktörer*

Utredningen kan konstatera att samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen och frivilligorganisationerna i det preventiva hiv/STI-arbetet fungerar otillfredsställande på många håll. Detta gäller såväl huvudmännens intresse av och engagemang i frivilligorganisationernas preventiva insatser som dessa organisationers möjligheter att påverka planeringen och implementeringen av huvudmännens



insatser. När det gäller sjukvårdshuvudmännens engagemang i frivilligorganisationernas arbete kan man konstatera att kontakterna ofta begränsar sig till att landstingen passivt förmedlar de beviljade statliga medlen till respektive organisation utan att själv vare sig engagera sig i innehållet eller följa upp detsamma. Undantag finns förvisso och inom ett par landsting pågår ett mer aktivt samarbete kring dessa frågor där frivilligorganisationerna både medverkar i landstingens planeringsprocess och redovisar sina insatser till huvudmännen. I storstadsområdena är kontaktytorna oftast större, särskilt som de statliga medlen till organisationernas verksamhet kanaliseras via de s.k. storstadsmedlen som ju direkt betalas ut till berörda landsting och kommuner. Även här tycks dock utbytet om själva innehållet i frivilligorganisationernas verksamhet vara begränsat.

När det gäller det omvända förhållandet, frivilligorganisationernas möjlighet att påverka och medverka i de insatser som görs inom hälso- och sjukvården t.ex. genom utbildning/information till personal, deltagande i planering etc. så tycks detta också äga rum i mycket begränsad omfattning.

### *Överväganden och förslag*

#### Utredningen anser

- att de hiv/STI-preventiva insatserna inom hälso- och sjukvårdens ram bör öka,
- att grunden för ett större preventivt engagemang bör läggas genom ett mer hälsobefrämjande arbetssätt inom hälso- och sjukvården,
- att hälso- och sjukvårdens personal bör få stöd och utbildning i sex- och samlevnadsfrågor, inkluderande HBT-frågor,
- att tillgängligheten till diagnostik, behandling och uppföljning av STI bör förbättras,
- att kvaliteten på kontaktpårningen vid STI bör förbättras på många håll inom hälso- och sjukvården,
- att fler individer i riskutsatta grupper bör erbjudas regelbunden hivtestning och rådgivning,

- att statligt stöd bör kunna utgå till sjukvårdshuvudmännen för strategiska satsningar på hiv/STI-prevention inom hälso- och sjukvårdens ram,
- att samarbetet kring hiv/STI-preventiva frågor mellan sjukvårdshuvudmännen och frivilligorganisationerna bör stärkas (se även avsnitt 2.2.3),
- att Socialstyrelsen mer kraftfullt bör stimulera utvecklingen inom hälso- och sjukvården i en mer hälsofrämjande riktning samt, inom ramen för sina ansvarsområden, stödja hälso- och sjukvården i det hiv/STI-preventiva arbetet,
- att landstingen inom den egna organisationen bör ta ytterligare initiativ för att åstadkomma ett ökat samarbete i hiv/STI-preventiva frågor mellan de enheter/individer som arbetar med smittskydd respektive folkhälsofrågor/samhällsmedicin.

Som tidigare framgått så anser utredningen att de preventionsinsatser som i dag bedrivs inom hiv/STI-området generellt måste förstärkas. En stor del av denna förstärkning bör den prevention (primär- och sekundärprevention) som kan och bör bedrivas inom ramen för hälso- och sjukvårdens patientrelaterade arbete svara för. Andra exempel på områden som bör förstärkas är den grundläggande sex- och samlevnadsundervisningen i skolan samt det preventiva arbetet inom socialtjänsten, särskilt missbrukarvården (se nedan). Det bör redan inledningsvis betonas att detta inte innebär att utredningen förordar att hälso- och sjukvården ska ta över genomförande av och ansvaret för de stora preventiva insatser som i dag bedrivs på andra håll i samhället. Det är dock utredningens bestämda uppfattning att utan ett större engagemang och bättre koordinerade insatser från hälso- och sjukvårdens sida så kommer samhället att få svårt att klara de utmaningar som det preventiva arbetet står inför. En bättre mobilisering av hälso- och sjukvårdens resurser behövs för att bryta den ökande spridning av STI – klamydiainfektion, gonorré och syfilis – som noterats under många år men även för att klara en eventuell ökad hivspridning i samhället.

För att klara denna utmaning måste hälso- och sjukvården genomföra förstärkningar och förbättringar inom områden som man redan i dag bedriver – diagnostik, behandling och uppföljning; kontaktspårning etc. Dessutom måste de relevanta verksamheterna mer

generellt ha ett mer hälsofrämjande arbetssätt där primärpreventiva insatser i större utsträckning blir en del av vardagsarbetet.

Det finns flera skäl som starkt talar för att hälso- och sjukvården i större utsträckning bör involveras i det preventiva arbetet. Det generella resonemang som förts ovan om hälso- och sjukvården som kunskapsgenererare gäller förvisso i detta sammanhang och det gäller därför att i större utsträckning ta till vara den kunskap om såväl klinisk medicin som människors beteende som finns samlad på olika nivåer. En annan viktig faktor är hälso- och sjukvårdens breda kontaktytor och goda renommé hos allmänheten. Siffror från bl.a. Östergötlands läns landsting visar att upp till 50 procent av en årskull ungdomar (med en övervikt för flickor) kan nås av ungdomsmottagningarna. Den siffran svarar med all sannolikhet mot en betydande andel av de riskutsatta ungdomarna. Till detta kommer de ungdomar som av olika anledningar har kontakt med primärvården eller andra delar av hälso- och sjukvården. Denna stora kontaktyta med riskutsatta ungdomar ger ypperliga tillfällen till preventiva insatser med stora möjligheter till framgång särskilt om dessa insatser är en del i en genomtänkt nationell strategi där nätverksbyggande med hjälp av professionella aktörer är en viktig komponent.

Även för personer med utländsk härkomst har den svenska sjukvården en viktig uppgift att fylla. Studier i invandrartäta områden har visat att såväl ungdomar som vuxna sätter stor tilltro till vården och att även unga utnyttjar de resurser i form av skolhälsovård, ungdomsmottagningar och annan primärvård som erbjuds (Nilsson A. *Sex- och samlevnadsarbetet i Tensta-Rinkeby*. Kartläggning av resurssystemet. Lafa).

Hälso- och sjukvårdens ställning i samhället i dag gör att det inte bara är önskvärt utan också nödvändigt att hälso- och sjukvården i större utsträckning än i dag genomsyras av ett hälsobefrämjande arbetssätt. Om hälso- och sjukvård bedrivs helt separerat från det förebyggande arbetet kommer preventionen att betraktas som mindre väsentligt både i personalens och patienternas (besökarnas) ögon. Inte minst mot bakgrund av den prekära ekonomiska situationen i många landsting och kommuner riskerar förebyggande arbete att då få låg prioritet.

Utredningen har inte för avsikt att annat än i generella ordalag diskutera i vilken utsträckning och i vilka former hälso- och sjukvårdens ökade engagemang skall komma till uttryck. Ytterst rör det sig om att sjukvårdshuvudmännen i större utsträckning än i dag

låter det preventiva arbete genomsyra det ordinarie hälso- och sjukvårdsarbetet samt stöttar och fördjupar insatserna inom de verksamheter som bäst möter behoven inom just detta preventionsområde, t.ex. ungdomsmottagningar, mödravård och andra specialmottagningar som riktar sig till utsatta grupper. Rent praktiskt kan det röra sig om stöd och utbildning till personalen för att bättre kunna handskas med frågor kring sex och samlevnad inkluderande en förbättrad kompetens i HBT-frågor, satsningar på hälsoupplýsning direkt riktad till vissa grupper (med högre risk att utsättas för hiv/STI) eller ett större deltagande från t.ex. ungdomsmottagningarnas sida i skolans sex- och samlevnadsundervisning.

En viktig fråga i detta sammanhang är hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. På många håll i landet har man i dag långa väntetider för diagnostik och behandling av STI. Att många infekterade inte tämligen omgående får tillgång till behandling och kvalificerad rådgivning i dessa frågor är givetvis förödande för det förebyggande arbetet. Det är väl känt att möjligheten att nå ungdomar försämras om tillgängligheten är dålig och inte minst när det gäller symptomfattiga sjukdomar kan detta innebära att man missar möjligheten till diagnos, behandling och uppföljning. Förbättringar inom detta område kräver förvisso större resurser men också mer okonventionella grepp när det gäller förändringar i tidbokningssystem, telefontider och öppettider har, utan stora resursförstärkningar, visat sig kunna förbättra en ansträngd situation. Utredningen anser att förbättrad tillgänglighet för diagnostik, behandling och uppföljning av STI bör vara en prioriterad fråga för sjukvårdshuvudmännen.

Kontaktspårning är av central betydelse för att förhindra smittspridning. Förutom att vara ett medel för att upptäcka andra smittade personer och förhindra fortsatt smittspridning, är den viktig för att tillfälle ges till preventiv rådgivning för den som testas negativ i utredningen. För den enskilde vars infektion upptäcks genom kontaktspårning är den tidigarelagda diagnosen av medicinsk vikt. Man får också betydelsefull epidemiologisk information som är värdefull för utformandet av hivpreventiva metoder och åtgärder. Det är väl känt att kvaliteten i kontaktspårningsarbetet varierar kraftigt mellan olika typer av verksamheter och som framgått ovan talar nyare studier för att det finns utrymme för stora förbättringar på många håll. Vid Socialstyrelsen pågår för närvarande arbete med ett nytt kunskapsunderlag och nya föreskrifter och allmänna råd för området. Utredningen anser att arbetet med att förbättra kvaliteten på kon-

taktspårningsarbetet vid STI bör prioriteras inom ramen för Socialstyrelsens arbete med hiv/STI.

En förutsättning för tidig diagnos av hivinfektion, som har ett genomsnittligt och i många fall symptomfritt sjukdomsförlopp på tio år, är en riktad och omfattande testning. Hivtestning sker i olika sammanhang. Många individer testas genom olika screeningprogram, där screening av gravida kvinnor och av blodgivare dominerar men där vissa screeningprogram även riktas mot andra riskutsatta grupper. Testning äger också rum på individuell basis av riskutsatta personer som antingen själva sökt sig till vården eller kallats vid kontaktspårning. Till detta kommer det stora antal individer som testas p.g.a. klinisk misstanke om att de infekterats med hiv.

Hivtestningen av blodgivare och gravida kvinnor är en förutsättning för att förhindra smittspridning från mor till barn eller via blod. Screening av blodgivare är reglerad i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2001:2) till skydd mot smitta genom blodtransfusion. För att säkerställa en hög skyddsnivå mot mor-barnsmitta skulle utredningen också välkomna föreskrifter som innebar att alla vårdgivare var skyldiga att erbjuda hivtest till samtliga gravida kvinnor. Detta diskuteras i större detalj i avsnitt 2.2.1.

I diskussionen av inriktningen på de hiv/STI-preventiva insatserna riktade till särskilda målgrupper har utredningen genomgående pekat på betydelsen av att upprätthålla en hög testningsfrekvens i riskutsatta grupper. Detta gäller MSM, intravenösa narkotikamissbrukare, inflyttande personer från högendemiska områden och utlandsresenärer men även i stor utsträckning heterosexuella ungdomar och unga vuxna. Utredningen anser att alla personer som tillhör en riskutsatt grupp vid kontakter med hälso- och sjukvården, oberoende av kontaktorsak, med jämna mellanrum bör erbjudas testning. Detta ligger i linje med den policy som förespråkas i andra europeiska länder och i USA. Socialstyrelsen bör ta fram kunskapsunderlag riktat till hälso- och sjukvårdspersonalen i syfte att förbättra möjligheterna att höja ambitionsnivån i detta avseende.

Utredningen inser att satsningar av denna typ inom sjukvårdens ram som syftar till förändrade arbets- och förhållningssätt åtminstone i initialskedet kräver sådana resurstillskott som kan vara svåra att finna stöd för i ekonomiskt kärva tider. Strategiska insatser av denna typ lämpar sig därför väl för statligt stöd särskilt om det

fortsätta arbetet därefter kan drivas vidare i huvudmännens regi utan, eller med litet, statligt stöd.

Vad gäller hur de preventiva frågorna organisatoriskt hanteras på lokal nivå anser utredningen att den tudelade arbetsmodell som utvecklats ibland med bristande kontakter mellan företrädare för folkhälso- respektive smittskyddsenheter inte har gynnat en samlad lokal ansats på området. Glädjande nog kan utredningen notera att ett successivt ökat samarbete, och inte så sällan en integrering, mellan de olika verksamheterna har ägt rum och denna utveckling är, enligt utredningens uppfattning, ett viktig förutsättning för att uppnå målet om en mer hälsobefrämjande hälso- och sjukvård. Sjukvårdshuvudmännen bör därför ta ytterligare initiativ för att åstadkomma en ökad integrering och/eller samarbete mellan vad som i dag betecknas som smittskydd och folkhälsa/samhällsmedicin.

Utredningen anser också att samarbetet med andra lokala aktörer, och då främst frivilligorganisationerna, bör stärkas. Detta diskuteras närmare i avsnitt 2.2.3.

Bland de statliga myndigheterna är det närmast Socialstyrelsen som borde ta en mer aktiv del i att driva utvecklingen inom hälso- och sjukvården i mer hälsofrämjande riktning. Detta framgår också av skrivningarna i regeringens proposition Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35). Här vill utredningen särskilt peka på Socialstyrelsens möjligheter att påverka utvecklingen såväl med de legala/administrativa styrinstrument som Socialstyrelsen äger – främst i form av normering och tillsyn – som med ekonomiska incitament och andra mer understödjande initiativ (kunskapsunderlag, utbildningar etc.). Även Statens folkhälsoinstitut har en viktig roll att spela här, främst i form av ekonomiskt stöd till olika långsiktiga projekt (i samarbete med frivilligorganisationer och andra aktörer) samt genom att, inom ramen för kunskapscentrumsuppdraget, ta fram metoder tillämpliga för beteendevetenskapligt preventivt arbete inom sjukvårdshuvudmännens arbetsfält. Allt sådant arbete bör givetvis bedrivas i nära samarbete med sjukvårdshuvudmännen och utredningen vill här peka på vikten att bygga vidare på det arbete som redan i dag görs inom kommunernas och landstingens ram och då särskilt Lafa:s verksamhet inom Stockholms läns landsting.

## Skolan

Skolans viktigaste roll i detta sammanhang är den hälsofrämjande, nämligen att ge alla barn en stabil grund att stå på i vuxenlivet genom en god sex- och samlevnadsundervisning under ungdomsåren. Goda basala kunskaper i och förståelse för sex- och samlevnadsfrågor är dessutom en viktig förutsättning för att man ska kunna ta till sig direkta hiv/STI-preventiva budskap. Den basala undervisningen i skolan är därigenom en viktig hörnsten även i den direkta hiv/STI-preventionen. I och med skolplikten har vi här en arena där vi kan nå samtliga ungdomar i Sverige, vilket ger goda förutsättningar för strategiska satsningar. Likaså har staten, genom Myndigheten för skolutveckling och Skolverket, ett ansvar för att tillhandahålla stöd (forskning, metodutveckling) och bedriva tillsynsverksamhet, samt genom huvudmannaskap för landets lärarhögskolor ett ansvar att ge kommunerna/skolorna förutsättning att bedriva en god sex- och samlevnadsundervisning.

Förutsättningar för en god sex- och samlevnadsundervisning är ett engagemang och kunnande hos lärarna, tillräckligt med tid avsatt för undervisningen och möjligheter för läraren att vid behov kunna ta stöd av andra för delar av undervisningen (frivilligorganisationer, personal vid ungdomsmottagningar, skolhälsovården etc.).

Inom skolans område finns således ett tydligt kommunalt ansvar för undervisning i sex och samlevnad. Det direkta ansvaret ligger på skolledningen som utifrån läroplanerna för grundskolan – förordningen (SKOLFS 1994:1) om läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet – respektive gymnasieskolan – förordningen (SKOLFS 1994:2) om 1994 års läroplan för de frivilliga skolformerna – bl.a. ansvarar för att ämnesövergripande kunskapsområden integreras i undervisningen i olika ämnen. Tyvärr tvingas man konstatera att skolan ofta inte lever upp till målsättningarna i skolplanerna. Flera undersökningar har visat på bristfällighet, och ibland nästan obefintlig undervisning i ämnet inom lärarutbildningen och blivande grundskollärare tycks överlag känna sig dåligt rustade för att börja undervisa i sex och samlevnad. Skolverket har också, vid granskning av grund- och gymnasieskolor (*Nationella kvalitetsgranskningar 1999*. Skolverkets rapport nr 180), konstaterat en mycket stor variation såväl inom som mellan skolor vad avser elevernas möjligheter att skaffa sig fördjupade insikter om sexualitet och samlevnad.

*Överväganden och förslag*

Utredningen föreslår regeringen

- att Skolverket får i uppdrag att, inom ramen för sin tillsyn och kvalitetsgranskning, explicit och kontinuerligt följa upp frågorna kring skolans sex- och samlevnadsundervisning.

Utredningen anser vidare

- att utbildning i sex och samlevnad bör ingå som ett obligatoriskt moment vid samtliga av landets lärarhögskolor,
- att det är viktigt att allas sexuella läggning finns representerad i den undervisning som bedrivs samt att genusperspektivet särskilt betonas,
- att en balanserad och väl genomförd undervisning i sex- och samlevnadsfrågor är av stort värde för alla elever, oberoende av etnisk eller religiös bakgrund,
- att skolhälsovården behöver stärkas för att kunna utgöra ett värdefullt komplement till den undervisning skolan skall tillhandahålla,
- att Statens folkhälsoinstitut, inom ramen för sitt uppdrag som förvaltare av statliga hiv/aids-medel och sitt kunskapscentrumsuppdrag inom området, bör intensifiera satsningarna på sex och samlevnadsundervisningen i skolan.

När det gäller den grundläggande undervisningen i sex och samlevnad inom grund- och gymnasieskolan så är det utredningens uppfattning att det är av största vikt att samtliga skolor kan uppfylla läroplanernas målsättningar på detta område. Samtidigt konstaterar utredningen att staten saknar mer precisa styrinstrument för att åstadkomma detta. Däremot bör det kunna ingå i den tillsyn och de kvalitetsuppföljningar som genomförs av ansvariga statliga myndigheter. Utredningen föreslår därför att Skolverket får i uppdrag att, inom ramen för sin tillsyn och kvalitetsgranskning, även mer explicit och kontinuerligt följa dessa frågor. I UNGASS-dokumentet betonas särskilt ungas/unga vuxnas tillgång till information och undervisning i sex- och samlevnadsfrågor och uppföljningen av skolans insatser härvidlag kan ligga till grund för den återkommande rapporteringen till UNAIDS i den delen.



Grundläggande för en kvalificerad undervisning i sex och samlevnad är kunniga lärare. Eftersom lärare i grund- och gymnasieskolan förväntas bedriva undervisning inom området, själva eller med stöd av andra, anser utredningen att utbildning i sex och samlevnad bör ingå som ett obligatoriskt moment vid samtliga av landets lärarhögskolor. En ytterligare fördjupning i ämnet är vidare önskvärt för dem som studerar vissa för området mer centrala ämnen som naturkunskap, samhällskunskap, svenska etc. Även här saknas direkta styrmedel eftersom varje lärosäte utformar sina egna kursplaner.

När det gäller själva innehållet i undervisningen är det viktigt för identitetsutveckling och självkänsla att alla elevers sexualitet, således även homo-, bi- och transsexualitet, blir belyst i skolundervisningen på ett sakligt och neutralt sätt samt att genusperspektivet betonas; pojkarna glöms ofta bort i det preventiva arbetet. Exempelvis visade en uppföljning som gjorts av Socialstyrelsen att endast ca 10 procent av de individuella besöken på ungdomsmottagningar görs av pojkar, vilket ytterligare styrker behovet att pojkarna måste nås via andra kanaler t.ex. skolan.

Det har i den allmänna debatten bl.a. framförts att vissa elever, på eget eller på föräldrarnas initiativ, skulle ha rätt och möjlighet att avstå från sådan undervisning av konfessionella eller andra skäl. Utredningen har inte funnit stöd för att en sådan uppfattning skulle vara korrekt och anser att en balanserad och väl genomförd undervisning i sex- och samlevnadsfrågor är av stort värde för alla elever, oberoende av etnisk eller religiös bakgrund.

Skolhälsovården, den medicinska delen av skolans elevvård, behöver också stärkas för att kunna utgöra ett värdefullt komplement till den undervisning skolan skall tillhandahålla (se även avsnitt 2.2.1).

Det finns redan en ganska omfattande internationell forskning om sex- och samlevnadsundervisning i skolan och UNAIDS har i en granskning av ett stort antal studier pekat på att all sexualundervisning inte automatiskt leder till positiva STI-förebyggande resultat. I genomgången har man pekat på vissa kriterier som behöver vara uppfyllda för att undervisningen skall vara framgångsrik. För att öka de svenska insatserna inom detta område bör Statens folkhälsoinstitut, inom ramen för sitt kunskapscentrumsuppdrag, intensifiera sin satsning på skolan/ungdomar och särskilda statliga medel bör avsättas för detta ändamål inom ramen för den statliga satsningen på hiv/STI-prevention. Satsningen, som bör genomföras i samarbete med de statliga skolmyndigheterna – och då särskilt

Myndigheten för skolutveckling – bör bl.a. omfatta en ytterligare teoretiskt fördjupning vad avser internationellt beprövade metoder och strategier, vilket inbegriper sex- och samlevnadsundervisning som pedagogiskt ämne, klassrumsforskning etc. Insatserna skall utgöra ett komplement till skolans egen verksamhet och syftar således inte till att frånta andra aktörer deras ansvar för frågorna.

### Missbrukarvård

Intravenöst missbruk framstod tidigt som en viktig riskfaktor för hivinfektion och missbrukarvården har, inte minst mot den bakgrunden, under årens lopp varit föremål för särskilda satsningar. Utredningen har inte gjort någon mer allmän granskning av missbrukarvårdens volym och kvalitet men vill här framhålla på vissa omständigheter och insatser av betydelse för hivpreventionen. Mer specifik hivförebyggande åtgärder diskuteras i avsnitt 2.2.1.

### *Överväganden och förslag*

#### Utredningen anser

- att nyrekryteringen till narkotikamissbruk måste bromsas,
- att större resurser bör läggas på program med underhållsbehandling med metadon eller Subutex mot opiatmissbruk,
- att stöd och vård till injektionsmissbrukare med psykisk störning skulle kunna förbättras genom att planering och insatser i större utsträckning samordnades mellan olika involverade huvudmän, t.ex. genom inrättandet av gemensamma nämnder.

Bekämpningen av det epidemiska narkotikamissbruket och hiv-epidemin bland injektionsmissbrukarna hänger intimt samman. Om samhället kan bromsa nyrekryteringen till missbruk kommer färre att exponeras för hiv via injektionsmissbruk i framtiden. Ju fler narkomaner som rehabiliteras från missbruk desto färre personer finns det i gruppen tunga narkomaner som för närvarande är den mest riskutsatta gruppen.

Välskötta program med underhållsbehandling med metadon eller Subutex mot opiatmissbruk spelar en viktig roll i förebyggandet av hiv, då de minskar gruppen tunga heroinmissbrukare i aktivt injek-

tionsmissbruk. Ökade resurser krävs därför till sådana underhållsprogram för att minimera kötiden och nå upp till det behov som i dag finns bland heroinmissbrukare.

När det gäller stöd och vård till injektionsmissbrukare och för att det hivförebyggande arbetet skall fungera optimalt, vill utredningen särskilt lyfta fram behovet av ett multidisciplinärt synsätt där socialtjänst, beroendevård, infektionssjukvård, kriminalvård och frivilligorganisationer kan samverka i vårdplanering, gärna i samlokaliserad verksamhet, vilket bl.a. kommit till stånd i Helsingfors för att motverka konsekvenserna av hivutbrottet bland injektionsmissbrukare som startade 1998. Inte minst med tanke på att många injektionsmissbrukare har dubbeldiagnoser och behöver samtidig hjälp från socialtjänst, psykiatri och beroendevård, med olika huvudmän, är ett effektivare utnyttjande av samhällets resurser genom samordnad planering och samordnade insatser nödvändigt. En sådan samplanering mellan huvudmännen av insatser riktade till missbrukare med psykisk störning underlättas numera genom lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Utredningen anser det vara angeläget att sådana nämnder inrättas för att bättre kunna tillgodose behoven i denna grupp.

Till sist konstaterar utredningen att Socialstyrelsen, inom ramen för sina uppdrag och bemyndiganden inom området, har goda möjligheter att följa utvecklingen inom detta område.

### 2.2.3 Frivilligorganisationernas insatser

Allt sedan regeringens första åtgärdsprogram presenterades (prop. 1985/86:13) har frivilligorganisationernas särskilda förutsättningar betonats och deras insatser inom hiv/aids-området uppmärksamats. Likaledes har regeringen sedan dess tydligt uttryckt att bidrag skall utgå till frivilligorganisationer såväl för deras medverkan i informationsarbetet som för den psykosociala stödverksamheten. I propositionen hänvisade regeringen till erfarenheter från bl.a. USA som visade att frivilligorganisationernas insatser var av stor betydelse. Den ideellt drivna verksamheten har bl.a. ansetts ha större förutsättningar att nå ut till människor med gemensamma intressen och livsvillkor. I genomförda utvärderingar finns en samstämmighet om värdet av frivilligorganisationernas insatser och den frivilliga insatsen permanentats och ses nu som en självklar del av insatserna mot hiv/aids.

*Överväganden och förslag*

## Utredningen anser

- att frivilligorganisationerna bör kunna spela en större roll i framtagandet av planer och strategier inom hiv/STI-området,
- att formerna för det statliga stödet bör reformeras i syfte att underlätta en långsiktighet i frivilligorganisationernas arbete,
- att stöd skall kunna utgå till frivilligorganisationerna för deras eget utvecklingsarbete och kunskapsuppbyggnad,
- att samarbetet med sjukvårdshuvudmännen på det lokala planet bör stärkas.

Frivilligorganisationernas har en unik position i det förebyggande hiv/STI-arbetet vilken i högre utsträckning än i dag måste tas till vara av samhället. Detta gäller inte minst organisationernas närhet till målgrupperna och möjligheten att förmedla budskap och insikter som annars är svåra att kommunicera. Det gäller här att inte bara lyssna på frivilligorganisationerna utan att även samverka med dessa i produktion av strategi och information. Genom att stödja dessa organisationer och göra det möjligt för dem att arbeta med nya medier och, i större utsträckning än vad som i dag är fallet, involvera dem i det kommunikationsstrategiska arbetet ökar möjligheterna att uppnå önskvärda resultat. Ett sådant stöd består inte bara av resurser, det innebär också att frivilligorganisationerna och andra aktörer, inom vissa givna ramar, måste garanteras större handlingsutrymme för sin verksamhet. Utredningen anser t.ex. att frivilligorganisationerna bör kunna spela en större roll i framtagandet av planer och strategier. Inte minst gäller detta de kommunikationsplaner som föreslås ligga till grund för en samlad policy inom budskapsförmedling/information.

Kortsiktigheten i ansökningsförfarande och medelstildelning har framförts som en begränsande faktor i organisationernas långsiktiga planering av verksamheten. Utredningen föreslår att man vid ansökan och i tilldelningen av medel arbetar med en längre planeringshorisont även om medelstildelningen sker årsvis. Detta kan åstadkommas genom att organisations-/verksamhetsbidrag i princip söks och beviljas för flera år i taget med reservation för att bidragssystemet förändras eller den statliga medelstildelningen till myndigheten drastiskt minskar. Den formella medelstildelningen

sker därefter årsvis men utan att särskild ansökan behöver göras varje år.

Som framgår av redovisningen (i avsnitt 4.5) utgår såväl organisationsstöd som projektbidrag till frivilligorganisationerna på nationell nivå och gränsdragningen mellan de olika bidragsformerna är inte alltid tydlig. Det är, enligt utredningens uppfattning, viktigt att bidragsformerna är anpassade till innehållet i de verksamheter som skall stödjas. Utredningen anser därför att det är olämpligt att organisationers återkommande/ordinarie verksamhet benämns projekt. I stället bör stöd kunna utgå med ett mer omfattande organisations-/verksamhetsstöd än vad som i dag är fallet till de organisationer vars huvudsakliga verksamhet är hiv/aids-preventivt arbete. Därutöver bör särskilda satsningar stöttas med projektbidrag.

Även om frivilligorganisationerna besitter stor erfarenhet och ett betydande kunnande inom sina respektive områden, har även de – dvs. anställda och volontärer i organisationerna – behov av kontinuerlig och fördjupad kunskap. Särskilda stöd, inom ramen för de statliga hiv/aids-medlen bör därför kunna utgå till frivilligorganisationerna för aktivt stöd till deras utvecklingsarbete och kunskapsuppbyggnad.

Även stödet till vissa frivilligorganisationers lokala arbete bör, förutom som projektstöd, kunna utgå i form av organisations-/verksamhetsstöd om det rör insatser/verksamhet av mer permanent karaktär. När det mer allmänt gäller stödet till den lokala verksamheten vill utredningen på nytt betona vikten av att samarbetet/interaktionen med sjukvårdshuvudmännen stärks. Även om frivilligorganisationerna på egen hand har byggt upp en framgångsrik preventiv verksamhet på många håll så anser utredningen att ett fördjupat samarbete mellan landstingen och lokalt verkande frivilligorganisationer skulle gagna det preventiva arbetet. Som framgått ovan är utredningen väl medveten om att många landsting har haft en låg ambitionsnivå i dessa frågor och inte egentligen bedrivit någon egen utåtriktad preventiv verksamhet. Ställningstagandet för ett ökat samarbetet måste därför ses som en del i en process som syftar till att det hälsobefrämjande arbetet förbättras inom hälso- och sjukvården och där frivilligorganisationerna förutsätts medverka i planeringsarbetet. På statlig nivå är det Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut som bör driva på utvecklingen i denna riktning. Utredningen anser vidare att Statens folkhälsoinstitut (och i tillämpliga fall Socialstyrelsen) i första hand ska stötta sådana lokala projekt som bedrivs i samarbete med kommun/

landsting. Denna ordning är inte tänkt att förlama organisationernas preventiva arbete i landstingsområden där samarbetet ännu inte utvecklats utan utrymme bör även fortsättningsvis finnas att stödja goda projekt som endast bärs upp av en frivilligorganisation. Man bör därvid särskilt beakta att frivilligorganisationens större organisatoriska flexibilitet och ofta ingående kunskaper om förändringar i attityder och beteendemönster i sina medlems-/målgrupper gör den särskilt lämplig att bedriva preventivt arbete t.ex. i ett tidigt skede av en ny (och kanske oförutsedd) utveckling av smittspridningen.

#### 2.2.4 Nationella informationsinsatser

Under åren 1992–2003 har Statens folkhälsoinstitut antingen ekonomiskt stöttat, eller i egen regi, bedrivit ett antal informationskampanjer kring hiv/STI. Det rör sig dels om årliga sommarkampanjer som drivs av (eller i samarbete med) RFSU och RFSL men också information i form av filmer riktade till ungdomar samt mer traditionella massmediakampanjer. De senaste åren har man också genomfört en webbaserad kampanj – Sentry – med MSM som målgrupp samt kampanjer eller informationssatsningar direkt riktade till utlandsresenärer. Statligt stöd har också utgått till informations-satsningar i landstingens regi, såväl till mer traditionella massmediakampanjer som till teaterstycken med hiv/STI-budskap. Ett stort antal kampanjer har utvärderats, antingen av deltagande organisationer själva eller av utomstående utvärderare med akademisk anknytning.

Utredningen har tagit del av ett antal utvärderingar men har i övrigt inte gjort någon djupare analys av innehåll och utfall av de olika kampanjerna. Att värdera enskilda kampanjer utifrån eventuella effekter i form av mer långsiktiga attitydförändringar och förhållningssätt hos målgrupperna eller t.o.m. utifrån effekter på spridning av smitta låter sig inte göras. De överväganden som utredningen för kring möjliga vägval för kommunikativt handlande utgår därför av nödvändighet ifrån de slutsatser som kan dras utifrån mer generell modern kommunikations- och kampanjforskning och de teorier som översiktligt redovisats i avsnitt 4.1.

*Överväganden och förslag*

## Utredningen anser

- att man även fortsättningsvis bör kombinera generellt riktade budskap med nätverkskommunikation i form av kampanjer som genomförs av frivilligorganisationer och professionella aktörer (t.ex. inom hälso- och sjukvården) som finns nära målgrupperna,
- att den inledda satsningen på kreativa och selektiva medier anpassade för olika målgrupper bör fortsätta,
- att en övergripande kommunikationsplan – kompletterad med planer för varje huvudmålgrupp – bör tas fram för hela hiv/STI-området till ledning för det samlade informations-/kommunikationsinsatserna,
- att man i kommunikations-/informationsarbetet bör beakta de särskilda behov som kan finnas hos personer av utländsk härkomst.

Av tradition har informationsverksamheten inom hiv/aids-området bestått av en kombination av massmediekampanjer och nätverksarbete genom frivilligorganisationer, ungdomsmottagningar, skolor m.m. Ju mer planmässigt de båda angreppssätten har samordnats, desto bättre resultat. De brister i uppläggning och genomförande som framförts från professionellt håll har främst gått ut på att man inte i utformningen av kampanjer i tillräckligt stor utsträckning involverat expertis inom kommunikationsområdet. Utvecklingen de senaste åren har dock, såvitt utredningen kunnat bedöma, gått mot en ökad målgruppsanpassning av såväl budskap som medier.

Utredningen anser därför att starka skäl talar för att man fortsätter på den inslagna vägen: att satsa på masskommunikation kombinerad med nätverkskommunikation genom kreativa och selektiva medier anpassade för olika målgrupper. Kommunikations-/informationsverksamheten inom hiv/STI-preventionen bör kombinera ett tydligt strategiskt ledarskap på en organisatorisk nivå med satsningar på kampanjer som genomförs av frivilligorganisationer och professionella aktörer (t.ex. inom hälso- och sjukvården) som finns nära målgrupperna. Det handlar då inte bara om att lyssna på frontaktörer och målgrupper, utan att även samverka med dessa i produktion av strategi och information. Återigen vill alltså utredningen

betona vikten av samarbete på alla nivåer mellan å ena sidan frivilligorganisationer och å andra sidan offentliga institutioner på olika nivåer.

Utredningen vill här särskilt understryka vikten av att budskapen anpassas till de personer av utländsk härkomst som bor i Sverige. En sådan anpassning kan vara rent språkligt men också vara betingad av kulturella och utbildningsmässiga skillnader i förförståelsen av problemen som behandlas.

Utvecklingen ställer ökade krav på kommunikationskompetens, analys och utvärderingssystem. Utredningen anser därför att en övergripande *kommunikationsplan* bör tas fram för hela hiv/STI-området till ledning för det samlade informations-/kommunikationsinsatserna. I kommunikationsplanen definieras målgrupper för kommunikativa budskap, översiktliga strategier för kommunikation (t.ex. mediala, utförare etc.), prioriteringar och uppföljningsmekanismer. Ansvar för det mer preciserade innehållet i de enskilda kommunikations-/informationsinsatserna vilar däremot på respektive utförare. En sådan plan måste kompletteras med en plan för varje huvudmålgrupp: ungdomar, MSM, personer av utländsk härkomst, förmedlare (barnmorskor, föreningsföreträdare, skolsköterskor och andra grupper) m.fl. Det övergripande ansvaret för detta bör åligga planeringsmyndigheten, dvs. i detta fallet Socialstyrelsen (se avsnitt 2.5 för diskussion), men med tekniskt och vetenskapligt stöd av Statens folkhälsoinstitut och i nära samråd med kommuner, landsting och frivilligorganisationer.

## **2.3 Vård, behandling och omhändertagande av hivinfekterade**

### **2.3.1 Vård och behandling**

Som framgår i redogörelsen för vård och behandlingsinsatser i avsnittet 5.1 så har den moderna hivbehandlingen medfört en dramatisk minskad sjuklighet och dödlighet. Den framgångsrika behandlingen som i dag bedrivs vid svenska sjukhus har paradoxalt nog medfört nya problem. Dels medför den förbättrade överlevnaden ett stigande antal patienter och därmed en ytterligare belastning på sjukvården, dels innebär den förbättrade överlevnaden för patienterna en rad, tidigare ej beskrivna, problem. Eftersom behandlingen inte botar patienten och bedöms behöva bli livslång uppstår också



problem som är associerade till den långa behandlingstiden – framför allt biverkningar och risk för utvecklandet av läkemedelsresistens.

Biverkningssituationen är besvärande, framför allt på grund av kroppsförändringar och störningar i ämnesomsättningen, vilket leder till nedsatt livskvalitet och även en begränsning av antalet behandlingsalternativ. Resistenssituationen är ur ett internationellt perspektiv gynnsamt men ändå bär uppskattningsvis 15–20 procent av svenska behandlade hivpatienter på resistent virus. En viktig orsak till utveckling av resistens är att patienten har dålig följsamhet till medicinering och stora ansträngningar görs därför i vården för informera och motivera patienten till en god följsamhet.

### Överväganden och förslag

#### Utredningen anser

- att det, inte minst ur preventiv synvinkel, är viktigt att slå vakt om den svenska hivvårdens resurser och arbetssätt,
- att det behövs särskilda stödinsatser för att hivinfekterade injektionsmissbrukare i högre grad än nu skall få möjlighet till antiviral behandling,
- att den psykosociala stödverksamheten riktad till personer av utländsk härkomst måste utvecklas ytterligare,
- att uttrycket *sjukvård som inte kan anstå* i överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl. bör kunna tillämpas på antiviral behandling av hivinfektion och att sådan behandling, när den bedöms nödvändig och möjlig att påbörja, därmed skall omfattas av landstingens sjukvårdsåtaganden.

De medicinska behandlingsresultat som uppnås i den svenska sjukvården är mycket goda i en internationell jämförelse. Den vård- och behandlingsmodell som utvecklats under åren bygger på att patienten är välinformerad och motiverad till hög följsamhet vilket också förutsätter ett gott psykosocialt omhändertagande. Den sekundärpreventiva ansatsen har redan från början varit framträdande och har, enligt utredningens uppfattning, varit av avgörande betydelse i ansträngningarna att begränsa spridningen av hivinfektion. Det är därför, inte minst ur preventiv synvinkel,

viktigt att slå vakt om den svenska hivvårdens resurser och arbets-sätt.

Det är, enligt utredningens uppfattning, viktigt att individer som har en behandlingskrävande hivinfektion också kan erbjudas sådan behandling. Det viktigaste skälet är givetvis det humanitära; människor ska inte behöva riskera allvarliga komplikationer och utveckling av aids på grund av för sent insatt hivbehandling. Men det finns också andra skäl som talar för detta. I UNGASS-deklarationen betonas vikten av att se prevention, psykosocialt stöd och behandling som integrerade och ömsesidigt förstärkande delar av en helhetsstrategi. Vidare betonas vikten av, men också möjligheterna med, att hålla hivinfekterade och riskutsatta individer i nära kontakt med hälso- och sjukvården. Dessa ställningstaganden är högst relevanta sett i ett svenskt perspektiv.

Det har redan påpekats att följsamhetsproblematiken är central när det gäller att bedriva en framgångsrik hivbehandling. Det är också väl känt att följsamheten är sämre hos vissa kategorier av patienter; i synnerhet hos intravenösa missbrukare och personer av utländsk härkomst.

Data från svenska hivmottagningar visar att injektionsmissbrukarna, till följd av problemen med bristande följsamhet betingade av missbrukarnas särskilda levnadsförhållanden, behandlas mot hiv i mindre utsträckning och uppvisar sämre behandlingsresultat än andra grupper. Utredningen vill betona behovet av ett multidisciplinärt synsätt där alla berörda instanser samverkar i vårdplanering för dessa individer. Inte minst med tanke på att många injektionsmissbrukare har dubbeldiagnoser och behöver samtidig hjälp från socialtjänst, psykiatri och beroendevård med olika huvudmän, är ett effektivare utnyttjande av samhällets resurser genom samordnad planering och insatser nödvändigt. En sådan samplanering mellan huvudmännen underlättas numera genom lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet (se även diskussionen i avsnitt 2.2.2). Hemlösa hivinfekterade eller aidsjuka missbrukare är en särskilt utsatt grupp som i dag har mycket stora svårigheter att få möjlighet till plats på hem för vård och boende eller andra slags stödboendeformer, vilket är en förutsättning för att denna grupp skall kunna tillgodogöra sig effektiv hivbehandling.

Den psykosociala stödverksamhetens betydelse såväl för följsamheten av behandling som för individernas upplevelse av hälsa är väl belagd för alla typer av patienter. Utredningen vill särskilt lyfta fram situationen för personer av utländsk härkomst och särskilt de

som vistats en relativt kort tid i Sverige. Kombinationen av utmaningar som dessa individer ofta står inför gör behovet än större av stöd och hjälp. En utveckling av den psykosociala stödverksamheten riktad särskilt till personer av utländsk härkomst är därför särskilt viktig.

Ett särskilt problem är svårigheterna att kunna erbjuda hivbehandling till asylsökande m.fl. som inte omfattas av socialförsäkringsförmånerna. I de flesta landsting gör hälso- och sjukvården, enligt vad utredningen erfarit, den tolkningen att landstingen inte skulle behöva erbjuda sådan vård eller att sådan vård åtminstone inte skulle omfattas av det avtal om ersättningar för viss vård som staten och Landstingsförbundet träffat. Landstingets skyldighet att erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård till personer, även utlänningar, som vistats inom landstingsområdet regleras i 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Någon närmare precisering av vad uttrycket *omedelbar vård* innebär ges inte i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), men det framgår att man inte är berättigad till mer vård än vad som från saklig synpunkt är motiverat. I prop. 1993/94:94 har emellertid omfattningen av hälso- och sjukvården till asylsökande behandlats. Där sägs bl.a. att statlig ersättning skall lämnas när det föreligger ett behov av omedelbar vård eller vård som inte kan anstå. Vård som inte faller under dessa kriterier och där en måttlig fördröjning inte medför allvarliga följder för patienten bör, enligt regeringens uppfattning, inte ersättas av staten. I fråga om asylsökande barn bör dessa enligt regeringens mening i princip få tillgång till samma hälso- och sjukvård som de barn som är bosatta i Sverige.

Ersättningen från staten till berörda sjukvårdshuvudmän samt regleras också i en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl. 2002-02-21. Överenskommelsen omfattar sådana personer som avses i 1 § första stycket 1 och 2 lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. För personer under 18 år omfattas all hälso- och sjukvård av överenskommelsen. För vuxna omfattar överenskommelsen bl.a. *omedelbar sjukvård* enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), *sjukvård som inte kan anstå* samt *vård och åtgärder enligt smittskyddslagen* (1998:1472). Överenskommelsen reglerar också i särskild ordning kostnaderna för hälsoundersökningar/hälsosamtal samt tandvård m.m.

Området har nu också blivit föremål för europeisk reglering. Enligt rådets direktiv 2003/9/EG av den 27 januari 2003 om minimi-

normer för mottagandevillkor av asylsökande i medlemsstaterna skall medlemsstaterna se till att de sökande får nödvändig hälso- och sjukvård som åtminstone skall innefatta akutsjukvård och nödvändig behandling av sjukdomar. De bestämmelser i lagar och andra författningar som är nödvändiga för att följa detta direktiv skall träda i kraft i medlemsstaterna senast den 6 februari 2005. Utredningen om mottagandevillkor för asylsökande (SOU 2003:89) som utrett hur direktivet skall genomföras i Sverige har funnit att den vård som i praktiken ges i Sverige, enligt ovannämnda överenskommelse, motsvarar direktivets krav och delvis går längre än vad direktivet fordrar. Eftersom författningsregleringen är svåröverskådlig föreslår den utredningen en ny lag som reglerar landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård. Några förändringar i sak beträffande de asylsökandes möjligheter att få vård och behandling föreslås emellertid inte. I lagförslaget föreslås att samma begrepp som i avtalet dvs. omedelbar vård och vård som inte kan anstå används för att beteckna de tillstånd där landstingen har skyldighet att erbjuda vård.

Hiv/aids-utredningen har för sin del valt att närmare försökt utreda hur hivbehandling ska klassificeras i förhållande till de typer av behandlingar som omfattas av avtalet mellan staten och Landstingsförbundet och som även förekommer i ovannämnda lagförslag. Utredningen kan först konstatera att det inte uppenbart rör sig om sådan behandling som omfattas av kostnadsfrihet enligt gällande smittskyddslagstiftning. Undantag är behandling av gravida kvinnor som syftar till att minska risken för smittöverföring till fostret. Tillämpningen varierar dock över landet och i vissa landstingsområden, eller t.o.m. i enstaka sjukvårdsområden inom landstingen, tillämpas kostnadsfrihet för patienten enligt smittskyddslagen även för hiv-behandling. I förarbetet till propositionen om ny smittskyddslag (prop. 2003/04:30) säger regeringen att man anser att Socialstyrelsen bör överväga att utfärda allmänna råd till ledning för den enskilde läkaren vid tillämpning av lagstiftningen i detta hänseende.

Omedelbar vård, dvs. akutbehandling, kan det röra sig om i vissa enstaka fall där diagnosen hivinfektion ställts sent och patienten redan utvecklat komplikationer.

När det gäller bedömningen huruvida uttrycket *sjukvård som inte kan anstå* kan tillämpas på antiviral behandling av hivinfektion anser utredningen att det är rimligt att samma kriterier skall användas för asylsökande (och motsvarande) som för andra individer. De kriterier

som tillämpas för insättande av behandling, och som främst baseras på en mätning av individens immunförsvar i form av antalet s.k. CD4-celler, medger viss flexibilitet i bedömningen (se vidare diskussionen i avsnitt 5.1). Detta innebär dock inte, enligt utredningens uppfattning, att man kan göra den tolkningen av avtalet att sådan vård kan anstå hos en grupp av individer utifrån deras sociala situation, nämligen att de är asylsökande. I individuella fall kan givetvis en sådan faktor vara avgörande för om patienten kan förväntas tillgodogöra sig en lång och krävande behandling som denna.

Sammanfattningsvis anser således utredningen att en rimlig tolkning av sagda överenskommelse mellan staten och landstingsförbundet är att även hivbehandling, när sådan bedöms nödvändig och möjlig att påbörja, skall omfattas av landstingens sjukvårdsåtaganden. Det bör noteras att flertalet EU-länder, enligt en snabbutredning utförd av Socialstyrelsen, beviljar ersättning till asylsökande för hivbehandling.

Utredningen bedömer inte att detta ställningstagande får några automatiska följdverkningar i synen på eventuell ersättning för behandling av andra smittsamma sjukdomar.

### **2.3.2 Särskilt om hivinfekterade barns och ungdomars situation**

I Sverige lever i dag ett 60-tal barn och ungdomar i åldrarna upp till 18 år med känd hivinfektion. Drygt hälften finns i Stockholmsområdet, ett tiotal i Skåne och resten utspridda över landet. Flertalet av de infekterade barnen är av utländsk härkomst och födda i utlandet. Följaktligen är mor-barnsmitta en vanlig smittväg men några av barnen/ungdomarna är sexuellt smittade i tonåren. I andra fall där modern inte har hivinfektion är smittvägen okänd och oftast uppger man att barnet smittats i sjukvården i hemlandet. Av svenska barn och ungdomar med hivinfektion så har merparten föräldrar som haft eller har drogmissbruk. Många av de äldre ungdomarna har redan mist sina mödrar då många dog tidigt; redan innan 1995–96 då läkemedelsbehandlingen introducerades i större skala.

Barn under 18 år är, som framgår ovan, såväl enligt författning som avtal alltid tillförsäkrade nödvändig vård och det medicinska omhändertagandet sker i allmänhet på barn- eller, i vissa fall, infektionskliniker runt om i landet. Såvitt utredningen kunnat utröna fungerar det medicinska omhändertagandet väl och barnen, och

deras föräldrar, har vanligen också möjlighet till kontinuerlig kuratorskontakt. På många håll har dock dessa kuratorer bara kontakt med ett eller på sin höjd några barn och någon organiserad gruppverksamhet kan därför inte erbjudas.

Vissa frivilligorganisationer bedriver rekreativ verksamhet riktad till hivinfekterade barn och ungdomar men den enda mer organiserade preventiva verksamhet som riktas till dessa är det projekt som sedan 1999 bedrivs vid Barnens sjukhus vid Huddinge universitetssjukhus. Den s.k. *Hivskolan* är ett forum där man som ung får en möjlighet att träffa andra unga i samma situation. Ett annat syfte med verksamheten är att barn och ungdomar skall kunna få vederhäftig information om hiv, sexualitet och prevention på ett sätt som är anpassat för dem. Stöd till verksamheten har erhållits från Statens folkhälsoinstitut och tidigare från Socialstyrelsen. Någon utvärdering av projektet har inte gjorts.

### *Överväganden och förslag*

Utredningen föreslår regeringen

- att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utreda hur samhället på bästa sätt skall stödja hivinfekterade barn och ungdomar.

Utredningen anser vidare

- att den verksamhet som för närvarande bedrivs vid Huddinge universitetssjukhus riktad till hivinfekterade barn och ungdomar bör kunna erhålla fortsatt stöd från de statliga hiv/aids-medlen så att aktiviteter kan riktas även till barn bosatta utanför Stockholmsområdet.

Det är uppenbart att dessa barn och ungdomar är en mycket utsatt grupp. De är inte bara hivinfekterade utan i de allra flesta fall också hemmahörande i hårt drabbade och marginaliserade familjer. De kan ha levt som flyktingar antingen tillsammans med sin familj eller anlant till Sverige som s.k. ensamkommande barn. I många fall är också någon av föräldrarna, och ibland även syskon, hivinfekterade och familjemedlemmar är inte sällan avlidna i aids.

Förutom den socialt utsatta situationen som dessa barn befinner sig i och den stigmatisering som hivinfektionen innebär väntar en sannolikt livslång medicinering med allt vad det innebär. De har

också en rad problem framför sig i livet som kan relateras till hiv-infektionen, alltifrån placering i daghemsgruppen och möjligheterna till en normal skolgång för de yngre barnen till introduktionen i vuxenlivet och frågorna kring sexualitet och familjebildning för de äldre ungdomarna. I dag rör det sig om en liten grupp men man kan förvänta att antalet personer – barn, ungdomar och unga vuxna – som levt med hivinfektion sedan födsel eller tidiga barnaår kommer att öka i vårt land de närmaste åren.

Utredningen anser att det finns starka skäl att stödja dessa barn och ungdomar samt deras omgivning. Endast vid Barnens sjukhus vid Huddinge universitetssjukhus finns i dag en mer organiserad verksamhet för hivinfekterade barn och det faktum att en stor del av barnen och ungdomarna lever utspridda i hela landet talar för att staten har en viktig roll att fylla i detta arbete. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utreda hur samhället på bästa sätt skall stödja dessa barn och ungdomar. En sådan utredning bör behandla det psykosociala omhändertagandet inom hälso- och sjukvårdens ram, frågor kring daghemsplaceringar och skolgång samt frågor kring sexualitet och infektionsprevention. En utgångspunkt för arbetet bör vara möjligheterna att stödja uppbyggnaden av ett nationell resurscentrum där verksamhet och insatser på nationell nivå kan komma alla dessa individer till del.

I avvaktan på en sådan genomlysning anser utredningen att den verksamhet som för närvarande bedrivs vid Huddinge universitetssjukhus även fortsättningsvis skall kunna erhålla stöd från de statliga hiv/aids-medlen så att aktiviteter kan riktas även till barn utanför Stockholmsområdet. Utredningen förutsätter därvid att även hemlandstingen har möjlighet att skjuta till vissa medel för detta ändamål. Inom ramen för detta stöd skall medel också kunna disponeras för handledning och utbildning av personal, t.ex. i hälso- och sjukvården och barnomsorgen, som kommer i kontakt med barn och ungdomar med hivinfektion.

## **2.4 Särskilt om diskriminering av hivinfekterade**

Diskriminering och social utstötning av hivinfekterade personer är ett allvarligt problem i stora delar av världen. Diskriminering och stigmatisering av personer med hiv riskerar också att bidra till att smittade undviker att testa sig och få vetskap om sin hivinfektion. De går därmed miste om möjlighet till medicinsk behandling och

kunskap om att inte föra smittan vidare, vilket givetvis också är negativt för samhället utifrån preventionssynpunkt.

Diskriminering av hivinfekterade är viktigt att uppmärksamma även i ett svenskt perspektiv. Ett framgångsrikt hivpreventivt arbete förutsätter att åtgärder riktas mot diskriminering och stigmatisering av hivinfekterade personer och att de mänskliga rättigheterna beaktas. Okunskap hos befolkningen om hiv och dess smittvägar orsakar fördomar och intolerans mot hivinfekterade som leder vidare till diskriminering i arbetslivet och övriga samhället.

Hivinfektionen har i Sverige, liksom i många andra länder, drabbat människor som tillhör marginaliserade grupper i samhället eller grupper som redan är utsatta för intolerans och diskriminering p.g.a. av missbruk, sexuell läggning eller etnicitet, vilket gör frågan om diskriminering komplex. Detta gör att det kan vara svårt att urskilja om diskrimineringsgrunden är hivinfektionen i sig eller om den beror på att individen exempelvis är homosexuell, har invandrar- eller missbruksbakgrund. Hivinfektion har i svensk diskrimineringslagstiftning klassats som funktionshinder. Se även avsnitt 5.3.

### *Överväganden och förslag*

Utredningen föreslår regeringen

- att Socialstyrelsen får i uppdrag att undersöka och analysera situationen för hivinfekterade,
- att överväga om diskrimineringskyddet för funktionshindrade även bör omfatta socialförsäkrings- och arbetslöshetsförsäkringsområdet.

Utredningen anser vidare

- att det behövs förstärkta utbildningsinsatser om sexualitet och olika sexuella läggningar för olika yrkeskategorier inom sjukvården, för att stärka dessa gruppers kunskaper och motverka fördomar,
- att hivinfekterade personers kunskaper och erfarenheter bör utnyttjas mer i arbetet mot diskriminering och stigmatisering och att hivinfekterade själva i högre grad integreras i det hivpreventiva arbetet och preventionsbudskapet.



Studier om hivinfekterade personers upplevelser av diskriminering och negativa attityder är fåtaliga i Sverige och det är därför svårt att veta hur omfattande problemet är i dag. Att öppenhet med sin hivinfektion kan leda till diskriminering är tydligt, även om det finns lagar som skyddar mot diskriminering. Diskrimineringen kan dock vara informell och ta sig subtila uttryck i form av negativa uttalanden och nedsättande inställning till människor med hiv. Ytterligare forskning inom detta diskrimineringsområde och om hivinfekterades situation i samhället är enligt utredningens uppfattning behövlig. Utredningen föreslår att ett särskilt uppdrag ges till Socialstyrelsen att undersöka och analysera situationen för hivinfekterade, upplevelse av diskriminering och utanförskap, samt allmänhetens attityder till och beteenden mot hivinfekterade. Det kan antas att skillnader finns mellan hur man i allmänhet ser på hivinfekterade personer och hur man faktiskt agerar/skulle agera vid direkt kontakt eller i en given situation.

Även om attitydstudier visar att allmänhetens inställning till personer med hivinfektion har förbättrats och rädslan för dem har minskat, anser utredningen att det finns all anledning att genom allmän information om hiv och dess smittvägar fortsätta arbetet med att förändra synen på hiv/aids så att den blir mer realistisk, tolerant och öppen. Diskriminering och fördomar måste också motverkas genom tillämpning av de lagar som finns inom diskrimineringsområdet. Det gäller såväl diskriminering av hivinfekterade som av i hivhänseende särskilt sårbara grupper, och eventuella brister i den nuvarande lagstiftningen måste fyllas igen. Tack vare senare års behandlingsframgångar med förlängd överlevnad som följd, lever en allt större grupp människor i dag med hiv, och många av dem som tidigare blivit förtidspensionerade p.g.a. sjukdomen söker sig nu ut på arbetsmarknaden eller till studier.

Utredningen föreslår att diskrimineringskyddet för funktionshindrade även övervägs att omfatta fler områden än vad det för närvarande gör, exempelvis socialförsäkrings- och arbetslöshetsförsäkringsområdet, som nu är undantagna beträffande funktionshindrade i lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering. Handikappombudsmannen (HO) har också särskilt påtalat behovet av förstärkt skydd mot diskriminering vad gäller tillgänglighet och delaktighet i samhället. HO har hittills inte behandlat mer än ett enstaka ärende om diskriminering p.g.a. hiv i arbetslivet. Det finns dock anledning att anta att hivinfekterade personer som blivit utsatta för diskriminering drar sig för att anmäla till HO av rädsla för att

deras hivstatus skall bli offentliggjord, i likhet med homosexuella som avstår ifrån att anmäla diskriminering till Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) för att deras sexuella läggning inte skall bli känd.

Förutom tillsynen över diskrimineringsområdet och de informationsinsatser som HO och övriga statliga ombudsmän bedriver finns, enligt utredningens uppfattning, anledning att påtala andra myndigheters ansvar inom samhällsområden där hivinfekterade och de särskilt sårbara grupperna riskerar att mötas av fördomar och negativ särbehandling. Särskilt bör påtalas Socialstyrelsens tillsynsansvar över sjukvården och socialtjänsten, Riksförsäkringsverkets ansvar över socialförsäkringsområdet och försäkringskassorna, samt Skolverkets tillsynsansvar över skolväsendet. Sistnämnda myndighet har givits i uppdrag av regeringen (i handlingsplanen mot diskriminering 2001) att vidta åtgärder och göra riktade insatser för att komma till rätta med eventuella missförhållanden i skolan när det gäller främlingsfientlighet, rasism och homofobi samt etnisk och sexuellt relaterad mobbning. Som framgår i avsnitt 2.3.2 föreslår denna utredning att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utreda hur samhället på bästa sätt skall stödja barn och ungdomar med hivinfektion; bl.a. det psykosociala omhändertagandet inom hälso- och sjukvårdens ram, frågor kring daghemsplaceringar och skolgång samt frågor kring sexualitet och infektionsprevention.

I detta sammanhang har utredningen noterat att en särskild utredare hösten 2003 tillsattes av regeringen och denna senast den 31 oktober 2004 skall lämna förslag till åtgärder för att motverka diskriminering på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning och funktionshinder och annan kränkande behandling inom det offentliga skolväsendet, offentligt bedriven förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg, fristående skolor, enskilt bedriven förskoleverksamhet, förskoleklass och skolbarnsomsorg samt pröva om annan verksamhet av utbildningskaraktär bör omfattas av sådana åtgärder. Utredningen utgår ifrån att utredaren i detta sammanhang kommer att beakta vad denna utredning uttalat om diskriminering och negativa attityder till hivinfekterade m.m. och lägger därför inget ytterligare förslag inom detta område.

Statens folkhälsoinstitut har i november 2003 fått i uppdrag av regeringen att undersöka och analysera hälsosituationen för homo- och bisexuella samt transpersoner och lämna förslag till åtgärder som kan förbättra hälsosituationen för dessa personer. Uppdraget

skall rapporteras till regeringen senast i november 2005. Utredningen vill i detta sammanhang särskilt rikta uppmärksamhet mot den negativa syn på homosexuella som enligt svenska studier förekommer bland sjukvårdens personal och blivande sjukvårdsanställda (Röndahl m.fl. 2003). MSM upplever alltjämt svårigheter i form av negativt bemötande, fördomar, okunskap och bristande förståelse i kontakten med den vanliga sjukvården i frågor rörande bl.a. hiv och sexuellt överförda sjukdomar och söker sig därför till de två särskilda mottagningarna som finns i Stockholm och Göteborg för män som har sex med män. Utredningen anser därför att det behövs förstärkta utbildningsinsatser om sexualitet i grund- och vidareutbildningen av olika yrkeskategorier inom sjukvården för att öka kunskaperna och motverka fördomar.

Utredningen vill också särskilt betona vikten av frivilligorganisationernas insatser och engagemang mot intolerans, stigmatisering och diskriminering p.g.a. hiv. Det informations- och utbildningsarbete, liksom stödjande verksamhet riktad till hivinfekterade personer, som bedrivs inom RFHP, Noaks Ark-Röda Korset och RFSL m.fl. organisationer, är även fortsättningsvis av stor betydelse för att motverka diskriminering och fördomar och bryta hivinfekterades isolering och stigmatisering. Det är också utredningens uppfattning att hivinfekterade personers kunskaper och erfarenheter bör utnyttjas mer i arbetet mot diskriminering och stigmatisering och att hivinfekterade själva i högre grad integreras i det hivpreventiva arbetet och preventionsbudskapet.

Ett område som berör diskrimineringsfrågan är smittskyddslagens möjlighet till tvångsåtgärder. Frågan har redan berörts av andra statliga utredningar – Fri och rättighetskommittén (SOU 1993:40) och 1996 års smittskyddskommitté (SOU 1999:51) – och denna utredning avser inte att pröva frågan om tvångsåtgärder i sig. Dock vill utredningen framhålla att när människor med hiv utsätts för långtgående tvångsåtgärder, särskilt om tvånget av de hivinfekterade upplevs som omotiverat, finns det en risk att det åtminstone indirekt motverka de förebyggande insatserna i samhället och bidrar till en ökad diskriminering av hivinfekterade. Enligt utredningens uppfattning riskerar omfattande tvångsåtgärder att ge allmänheten en felaktig bild av hur smitta sprids. Åtgärder som uppfattas som betingade av intolerans och bristande respekt för hivinfekterade personer, kan också leda till ett minskat ansvarstagande från den hivinfekterades sida att inte föra smittan vidare, och snarast mot-

verka sitt syfte. Det är därför angeläget att tillämpningen av eventuella tvångsåtgärder sker mycket restriktivt.

## 2.5 Nationell styrning

Vid de flesta infektionssjukdomar av betydelse och som har potential för epidemisk spridning finns en ofta naturlig ansvarsfördelning mellan staten i form av olika statliga myndigheter, landsting och kommuner samt, i tillämpliga fall, enskilda t.ex. i form av organisationer eller näringsidkare. Så är och har varit fallet t.ex. vid de omfattande insatser som under 1900-talets andra hälft gjorts mot tuberkulos eller mot salmonellasmitta i livsmedelskedjan. I detta hänseende utgör hiv/epidemien inget undantag. Skillnaden är bara att hiv/infektionens smittvägar och spridning, i vårt land men kanske ännu mer i ett globalt perspektiv, har inneburit en ännu större mobilisering av det civila samhället än vad som tidigare förekommit. En annan skillnad är det stora engagemang hos frivilligorganisationerna som manifesterades redan i hiv/epidemins inledning och som kommit att sätta sin prägel på insatserna både i Sverige och utomlands.

Redan tidigt insåg man behovet av en övergripande statlig planering och styrning av insatserna mot hiv/aids. Aidsdelegationen, som inrättades 1985 fick den övergripande uppgiften att samordna arbetet inom samhällets olika områden samt att följa och initiera forskning, bedöma behovet av och initiera information till olika grupper, bedöma och påtala behov av åtgärder samt bedöma angelägna resursbehov. Detta har inte inneburit att Aidsdelegationen och dess efterträdare har övertagit det ansvar som vilar på andra (statliga och kommunala) organ utan verkat, eller försökt verka, via mer eller mindre tydliga planeringsinstrument.

En tydlig markering från statens sida av engagemanget i hiv/aids är de särskilda statliga medel som anslogs i ett tidigt skede och som fortfarande är en viktig förutsättning för mycket av det preventiva arbetet, inte minst det som utgår från frivilligorganisationerna.

Så här ett 20-tal år efter det att hiv/epidemin upptäcktes i vår del av världen torde samhället, vilket också framskyntar bl.a. i smittskyddskommitténs betänkande (SOU 1999:51) ha en strävan efter att se en *normalisering* av hiv/aids-området. Denna strävan kan ta sig uttryck i ett aktivt arbete för en förändring av synen på sjukdomen så att denna blir mer realistisk och tolerant, ett arbete som

redan pågår i involverade myndigheter och inte minst bland frivilligorganisationerna. En normalisering bör dock eftersträvas på flera plan; en minskad särreglering av sjukdomen och en större integrering av förebyggande/ behandlande insatser med arbete som utförs inom närliggande områden.

I propositionen Statlig förvaltning i medborgarnas tjänst (prop. 1997/98:136) framhåller regeringen att renodlingen av den statliga verksamheten bör fortsätta. Renodlingen innebär bl.a. att en avgränsning av statens uppgifter skall eftersträvas i förhållande till andra samhällsorgan (t.ex. kommuner och landsting). Syftet är att öka effektiviteten och verksamhetens ändamålsenlighet i förhållande till de mål som har fastlagts av riksdag och regering.

Det finns alltså anledning för utredningen att pröva frågan om hur långt statens ansvar/åtagande bör sträcka sig vad avser implementering och finansiering av åtgärder mot just hiv/aids. Särskilt bör frågan om hur statens åtaganden på ett lämpligt sätt avgränsas från det som åligger landsting och kommuner diskuteras.

Ett annat syfte med renodlingen, som den beskrivs i propositionen Statlig förvaltning i medborgarnas tjänst (prop. 1997/98:136), är att uppnå en större tydlighet i ansvarsfördelningen *mellan* de olika statliga myndigheterna. I propositionen pekar regeringen särskilt på att det fortfarande finns stora effektivitetsproblem som beror på att myndigheter inte är ändamålsenligt organiserade, att myndigheter har överlappande uppgifter etc.

Det statliga åtagandet/ansvaret för preventiva och kurativa insatser mot hivinfektion (och andra STI) tar sig ett flertal olika uttryck och ett antal myndigheter är involverade i arbetet. I likhet med vad som gäller andra allvarliga smittsamma sjukdomar styrs mycket av arbetet via normering i form av lagar och förordningar (riksdag och regering) och i form av myndigheternas föreskrifter och allmänna råd. Detta innefattar också den epidemiologiska övervakningen som omfattar hiv, klamydiainfektion, gonorré, syfilis (samt för närvarande den i Sverige sällsynta sjukdomen *ulcus molle*).

Inom detta område har statens roll vad avser nationell planering och styrning samt uppföljning av insatser varit mer omfattande än vad som annars är fallet. Detta har tagit sig uttryck i såväl direkta statliga preventionssatsningar som särskilt statligt stöd till frivilligorganisationer samt till kommuner och landsting i arbetet mot hiv/aids. Staten har också gjort stora satsningar på forskning och

utveckling genom stöd till universitet och högskolor samt genom satsningar på forskning som bedrivs inom de statliga myndigheterna.

Vissa statliga ansvarsområden som normering, epidemiologisk övervakning och tillsyn ter sig närmast självklara och följer av lagstiftningen. Utredningen har inte närmare studerat förutsättningen och formerna för dessa verksamheter men kommer att diskutera dessa i relation till övriga aktiviteter inom området. Vad avser forskning och utveckling har utredningen studerat förutsättningarna för, och behovet av, sådana satsningar i myndigheternas regi. Att det dessutom finns behov av stöd till den forskning som bedrivs vid universitet och högskolor är närmast att betrakta som en självklarhet.

### 2.5.1 Planering och uppföljning

I detta avsnitt behandlas frågor kring nationell planering/styrning och uppföljning av insatser mot hiv/STI på olika nivåer samt förutsättningarna för satsningar på sådan forskning och utveckling som bör kunna bedrivas i de centrala myndigheternas regi eller med direkt stöd från dessa. I ett separat avsnitt (2.6) behandlas de statliga ekonomiska stöden; till direkta statliga preventionssatsningar (informationskampanjer m.m.), till andra offentliga aktörer (kommuner och landsting) för prevention och/eller vårdinsatser samt; till frivilligorganisationernas insatser inom området. Slutligen gör utredningen i avsnittet 2.7 överväganden bl.a. rörande den praktiska samordningen och interaktionen mellan berörda myndigheter som planering och styrning av de preventiva insatserna mot hiv/STI kräver. Myndigheterna presenteras kort i avsnitt 4.4.2.

Utredningens direktiv betonar särskilt behovet av en nationell handlingsplan i syfte att begränsa spridningen och konsekvenserna av aids. Utredningen har mot den bakgrunden valt att studera planerings- och uppföljningsinstrumenten ur ett antal perspektiv, och då främst;

- inriktningen på den nationella planeringen och uppföljningen mot bakgrund av de allmänna överväganden som utredningen gör i avsnitt 2.1,
- de behov av insatser av involverade aktörer och riktade till målgrupper som diskuteras i avsnitt 2.2,

- relationen till andra uppföljningssystem som de beskrivs i regeringens propositioner Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) samt Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30).

Som ett led i analysen har utredningen dessutom studerat hur den nationella planeringen för hiv/aids utvecklats under de nästan två decennier som gått sedan den första handlingsplanen presenterades 1985 samt gjort en utvärdering av planering och uppföljning under de senaste åren. Vidare har de åtaganden som Sverige gjort i UNGASS-deklarationen legat till grund för ställningstagandena.

En utgångspunkt för diskussionen har varit att en nationell planering för och uppföljning av samhällets samlade insatser mot hiv/aids (och i tillämpliga fall övriga STI) bör åvila staten samt att denna planering bör omfatta insatser och åtaganden som inte enbart är statliga utan även fullgörs av andra intressenter – t.ex. landsting och kommuner eller frivilligorganisationer. Utredningen vill återigen betona det som framförts tidigare (avsnitt 2.1) att planeringen (och utvärderingen) av insatserna måste omfatta *samtliga* insatser som görs, vare sig särskild statligt stöd utgått eller ej. Det framgår redan av de skrivningar som återfinns i regeringens proposition om särskilda medel för bekämpningen av aids (prop. 1985/86:171) att det, mot bakgrund av frågans vikt och komplexitet, ansågs viktigt med en omfattande och tydlig statlig planeringsinsats. Utredningen anser att detta fortfarande är giltigt. Dock är det av yttersta vikt att man i hanterandet av ett effektivt och kraftfullt statligt planerings-/styrinstrument har respekt för självständigheten hos de kommunala myndigheterna och frivilligorganisationernas integritet.

### Utvärdering av existerande planering

Sedan mitten av 1980-talet har fyra olika nationella hiv/aids-strategier presenterats (se utförligare genomgång i avsnitt 4.4). Den första presenterades i regeringens proposition om särskilda medel för bekämpningen av aids (prop. 1985/86:171) och behandlade bl.a. informationsinsatser, behovet av psykosocialt stöd till riskutsatta grupper, särskilda insatser för vård och behandling av narkotikamissbrukare, extra medel till landsting och kommuner och behovet av forskningsinsatser. Knappt tre år senare återkom regeringen i propositionen om åtgärder mot aids (prop. 1987/88:79) med ett förslag till handlingsprogram för den fortsatta bekämpningen av hiv/aids vilket

var en mer långsiktig och genomarbetad strategi baserad på de första årens erfarenheter. Liksom tidigare betonades vikten av insatser i fråga om information och psykosocial stödverksamhet, insatser för att begränsa smittspridningen, insatser för vård och behandling av narkomaner samt stöd till forskning. Därutöver redovisades förslag till särskilda insatser när det gällde kartläggning av smittspridning och intensifiering av det epidemiologiska arbetet. Vikten av att hiv/aids behandlas i skolans sex- och samlevnadsundervisning påtalades särskilt, likaså att ungdomar identifierades som en specifik målgrupp för informationsinsatser.

År 1995 presenterade Statens folkhälsoinstitut, som 1992 övertagit Aidsdelegationens samordnande roll inom området, en nationell folkhälsopolicy för hiv/STI som utarbetats i samarbete med berörda offentliga aktörer och frivilligorganisationer (*Nationell folkhälsopolicy för STD/HIV; Utgångspunkter och principer*, Folkhälsoinstitutet, 1995:65). Policydokumentet innehöll, enligt institutets egen uppfattning, egentligen inte något nytt i sak utan uttryckte och konsoliderade i samlad form de utgångspunkter och principer som varit vägledande för svensk hiv/STI-politik under årens lopp. Avsikten var att berörda myndigheter och organisationer skulle utarbeta handlingsplaner som överensstämde med de principer som fastlagts i den nationella folkhälsopolicyn.

Den senaste förslaget till nationell handlingsplan för hiv/STI-prevention presenterades i januari 2001 (*Nationell handlingsplan för STD/hiv-prevention under perioden 2000–2005*, Folkhälsoinstitutet 2001:14). Handlingsplanen som tagits fram av Folkhälsoinstitutet på uppdrag av regeringen är uppbyggd kring ett huvudmål – *Smittspridningen av och antalet allvarliga komplikationer till STD/hiv skall minska* – och tre delmål; (1) Kunskap, attityder och beteenden som motverkar smittspridning av STD/hiv ska förstärkas genom generella hälsofrämjande och förebyggande insatser samt insatser riktade till grupper som är särskilt utsatta för risk att smittas; (2) STD och hiv ska diagnostiseras tidigt och ett gott medicinskt och psykosocialt omhändertagande ska erbjudas; (3) Diskriminering och stigmatisering av smittade och deras närstående ska motverkas. Huvudmål och delmål kompletteras med målbeskrivningar som anger önskade förändringar (i sjukdomsspridning, resurstillgång etc.) åtminstone delvis i kvantitativa eller semi-kvantitativa termer. Dessutom finns för varje mål ett antal insatser listade. Tidpunkter för implementering av dessa insatser anges endast i undantagsfall.



Samma år (2001) bildades en nationell samordningsgrupp med företrädare för Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarorganisationen och Landstingsförbundet för uppföljningen av handlingsplanen. Till samordningsgruppen har också knutits en referensgrupp med representanter från andra myndigheter och aktörer inom området, bl.a. ett antal frivilligorganisationer. Avsikten är att årligen följa upp de mål som fastlagts i handlingsplanen och redogöra för aktuella insatser som genomförts med stöd av de särskilda medel som utgår. Den första av en rad årliga uppföljningar presenterades hösten 2002 (*Utveckling och insatser, 2002 års uppföljning av den nationella handlingsplanen för STI/hiv-prevention 2000–2005*, Statens folkhälsoinstitut 2002:44). Under 2003 har dock ingen uppföljning publicerats.

Utredningen har särskilt studerat den nationella planeringen för hiv/STI-prevention och särskilt de två senaste nationella planeringsinstrumenten mot bakgrund av de insatser mot hiv/STI som redogörs för i avsnitt 2.2. Vid en sådan granskning finner man en rad brister som sammantaget gjort och gör handlingsplanerna mindre lämpade som planerings- och uppföljningsinstrument för de hiv/STI-preventiva insatserna på nationell nivå. Den allvarligaste kritiken som man kan rikta mot planerna är att de inte innehåller någon egentlig ansvarsfördelning, annat än i mycket allmänna ordalag, vad avser vilken myndighet/instans som skall genomföra (respektive övervaka genomförandet av) de olika föreslagna åtgärderna samt att de saknar strategier för *hur* olika insatser skall genomföras i praktiken (t.ex. i form av föreskrifter/riktlinjer från myndigheter, finansiering med egna eller statliga medel etc.). Följaktligen saknar handlingsplanen också en tydlig roll för den samordnande myndigheten i arbetet mot andra myndigheter. Vidare saknas en prioritering mellan de olika föreslagna åtgärderna och någon form av kostnadsanalys. Den långa planeringshorisonten gör också att handlingsplanerna inte kan innehålla förslag på insatser som svarar mot en förändrad epidemiologisk situation (jfr det pågående syfilisutbrottet bland MSM i Stockholm).

Sammantaget saknar de framtagna planerna alltså en rad element som skulle kunna ha gjort dem till kraftfulla styrinstrument för samhällets insatser mot hiv/STI. Som utredningen ser det är den nu aktuella planen mer att betrakta som ett måldokument och på nationell nivå har detta inneburit att den egentligen bara kommit till användning vad avser Statens folkhälsoinstituts egen planering och allokering av resurser (vilket också fått konsekvenser för

uppföljningen av planen, se nedan). Vare sig Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet eller andra statliga myndigheter har, såvitt utredningen kunnat finna, tagit planen som utgångspunkt för egen strategisk planering inom området vilket är en brist. Däremot har den nationella handlingsplanen, som den kommit att utformas, visat sig vara mer lämpad som underlag för sjukvårdshuvudmännen i det lokala planeringsarbetet. Ett antal landsting har också utnyttjat den som underlag för detta ändamål (se vidare diskussion i avsnitt 2.2.2).

Den myndighet som fått uppdraget att ta fram underlag för en nationell planering har förvisso ett ansvar för planeringens utformning och användbarhet men utredningen vill inte lägga hela ansvaret för planeringsdokumentets tillkortakommanden på Statens folkhälsoinstitut. Ett av problemen har varit institutets oklara mandat vad avser förutsättningarna för planeringen, ett annat planens status. Planen överlämnades till regeringen redan i september 2000, och trycktes i slutlig version i januari 2001, men har inte blivit föremål för godkännande eller någon annan åtgärd från regeringens sida. När så de övriga statliga aktörer som på olika sätt är involverade i hiv/STI-prevention har avstått från att utveckla och implementera planen har Statens folkhälsoinstitut inte haft någon möjlighet att påverka detta. Enligt utredningens mening är detta ett typ av systemfel som måste undvikas i den framtida organisationen och i ansvarsfördelningen mellan olika myndigheter.

### Allmänt om uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder är en hörnsten i ett framgångsrikt preventionsarbete. Trots detta har uppföljningsarbetet ofta en tämligen låg prioritet och det är ofta så att uppföljningsstrategier inte från början har integrerats i presenterade preventionsprojekt och handlingsprogram. Statens folkhälsoinstitut har genomfört, eller låtit genomföra, utvärderingar av större projekt/insatser som bedrivits i egen regi eller av andra aktörer men med stöd från institutet. Däremot saknas en mer övergripande utvärdering av de samlade insatserna. Detta diskuteras mer i detalj nedan.

Uppföljning och utvärdering är vida begrepp och det finns därför anledning att inledningsvis se på de olika typer av uppföljningar/utvärderingar som, på olika nivåer, kan vara aktuella för området.

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) är den bärande idén att en tydligare struktur för statlig uppföljning och

utvärdering, som involverar ”alla” åtgärder och ”alla” aktörer inom området, ska stärka det samlade folkhälsoarbetet. Det övergripande målet för det samlade nationella folkhälsoarbetet föreslås vara *att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*. Detta innebär att de myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som påverkar folkhälsan också skall beakta dessa effekter på folkhälsan och aktivt arbeta för att den egna verksamheten eller ansvarsområdet bidrar till en positiv hälsoutveckling. Regeringen föreslår i propositionen *elva* målområden och anger inom vilka politikområden det är betydelsefullt att regeringen sätter upp mer detaljerade mål för att det övergripande folkhälsomålet skall nås. Man kan konstatera att huvuddelen av de insatser mot hiv/aids (och andra STI) som behandlats ovan kan inrangeras under fyra målområden, nämligen; *gott skydd mot smittspridning* (målområde 7); *trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa* (målområde 8); *en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård* (målområde 6) samt *minskat bruk av alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning etc.* (målområde 11). Andra målområden berörs också men ur nationell planeringshorisont är det huvudsakligen inom dessa fyra målområden som implementeringen av insatser mot hiv/STI äger rum. I propositionen betonar regeringen att förslagen i denna proposition inte i sig innebär några ändringar av gällande ansvarsfördelning mellan myndigheterna utan varje statlig myndighet skall ha ett ansvar för folkhälsofrågor inom det egna politik- och verksamhetsområdet. För kommuner, landsting, frivilligorganisationer och andra aktörer visar målområdena på hur de egna verksamheterna kan inordnas i arbetet för att nå det övergripande målet samtidigt som de ger vägledning i arbetet med att formulera mer preciserade delmål på olika nivåer. Regeringen avser att lämna uppdrag till myndigheter med särskilt ansvar för frågor av betydelse för folkhälsan att redovisa sina insatser för att nå det nationella folkhälsomålet och att påverka de för myndigheten relevanta målområdena. Statens folkhälsoinstitut får ett särskilt ansvar att samordna och stödja myndigheterna i detta arbete.

I propositionen med förslag till ny smittskyddslag (prop. 2003/04:30) föreslås Socialstyrelsen få ett samordnande ansvar för det nationella smittskyddsarbetet. I ansvaret för att samordna smittskyddet på nationell nivå ligger att Socialstyrelsen skall initiera ett utvecklingsarbete i syfte att öka samarbetet och samordningen mellan olika huvudmän samt, enligt regeringens uppfattning, att Socialstyrelsen har ett ansvar att i samverkan med berörda

myndigheter, kommuner och landsting initiera ett utvecklingsarbete i syfte att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering av landets smittskydd.

För att följa upp UNGASS-deklarationen har UNAIDS tagit fram ett antal indikatorer som alla medlemsländer rekommenderas att följa och ha som utgångspunkt i en regelbunden uppföljning och rapportering till FN-organet om hur bekämpningen av hiv/aids-epidemin framskrider i respektive land.

Nationella uppföljnings- och utvärderingssystem planeras således redan inom områden som mer eller mindre berör hiv/STI-preventionen men utredningen gör den bedömningen att inget av dessa system omfattar hela vidden av de åtgärder som tillsammans konstituerar samhällets insatser mot hiv/aids och andra STI. Ett sådant mer precist styrnings- och uppföljningsinstrument är viktigt för att kunna göra riktiga avvägningar av insatser inom hela fältet. På den konkreta genomförandenivån finns givetvis ett stort behov av uppföljning och utvärdering av enskilda projekt eller insatser (avseende ekonomi, innehåll eller effekt/utfall) oberoende av utförare och finansier. En sådan utvärdering bör från början ingå i projektets/insatsens genomförandeplan och belasta kostnaden för projektet. Likaså bör en uppföljning och utvärdering av måluppfyllelser i ett planeringsdokument vara en integrerad del av ett sådant planeringsarbete. Parallellt med detta bör den för planering och uppföljning ansvariga myndigheten bedriva ett kontinuerligt uppföljningsarbete på en mer övergripande nivå där planeringsinriktningen och genomförandestrategier ställs mot reellt utfall t.ex. i form av incidens av sjukdom eller utfall i olika indikatorer. Denna uppföljning och utvärdering bör bedrivas i nära samarbete mellan biomedicinsk, epidemiologisk samt kommunikations- och beteendevetenskaplig expertis.

### **Utvärdering av genomförda uppföljningar/utvärderingar**

Utredningen kan konstatera att Statens folkhälsoinstitut i förhållandevis stor utsträckning genomfört, eller låtit genomföra, utvärderingar av större projekt/insatser som bedrivits i egen regi eller av annan med stöd från institutet. Dessa utvärderingar har vanligen presenterats i form av en tryckt rapport som funnits tillgänglig för såväl de närmast berörda som för andra intressenter. Några ämnesvisa utvärderingar över längre tid eller metaanalyser avseende vissa

likartade insatsers effekter och utfall har dock inte genomförts vid institutet.

När det gäller den övergripande nationella uppföljningen av hiv/STI så kan man konstatera att 1995 års nationella folkhälso-policy saknar instrument för utvärdering av de uppsatta målen. En del enstaka projekt/insatser har förvisso utvärderats men, såvitt utredningen funnit, har handlingsplanen inte varit föremål för någon samlad uppföljning eller utvärdering.

I den nationella handlingsplanen 2001 finns en upprättad strategi för arbetet med uppföljning och utvärdering. Statens folkhälsoinstitut konstaterar i inledningen till planen att det hittills på nationell nivå har saknats en handlingsplan för hiv/STI-prevention med uppföljningsbara mål, vilket har gjort det svårt att värdera det förebyggande arbetet och därmed de olika insatsernas betydelse. Den nationella samordningsgruppen som inrättats för att bl.a. värdera insatserna får, enligt planen, till uppgift att upprätta en arbets- och tidsplan för uppföljning av handlingsplanen och ansvara för en årlig rapport med uppföljning av den nationella handlingsplanens mål och analys av måluppfyllelse. Med utgångspunkt från analysen skall gruppen ge rekommendationer om insatser, forskning, metodutveckling, utvärdering, kvalitetsgranskning och revidering av handlingsplanens mål. För varje resultatmål och insats skall ansvarig aktör definieras.

Den första av de årliga uppföljningarna publicerades i november 2002 (*Utveckling och insatser. 2002 års uppföljning av den nationella handlingsplanen för STI/hiv-prevention 2000–2005*. Statens folkhälsoinstitut 2002:44). Uppföljningen, som alltså avses genomföras varje år, har ägt rum i relation till handlingsplanens mål och arbetet med uppföljningen har skett inom respektive myndighet men följts av samordningsgruppen för uppföljning av den nationella handlingsplanen. Utredningen kan konstatera att denna uppföljning i huvudsak består av en epidemiologisk genomgång samt en redovisning av de insatser som gjorts med stöd av de statliga medel som administreras av Statens folkhälsoinstitut utan att för den skull omfatta någon uppföljning och utvärdering av dessa. Framför allt saknas här en analys av ansvarsfördelning vad avser vilken myndighet/instans som har ansvar för genomförandet – respektive övervaka genomförandet av – de olika föreslagna åtgärderna. Det framgår inte heller hur arbetet med uppföljningen har bedrivits inom respektive myndighet eller vilka myndigheter som varit involverade i denna process.

*Överväganden och förslag*

## Utredningen föreslår regeringen

- att de övergripande målen för samhällets insatser mot hiv/STI skall vara att *begränsa spridningen av hiv/STI* samt att *begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för den enskilde och för samhället*,
- att uppdra åt Socialstyrelsen att ansvara för planering och uppföljning av de samlade nationella insatserna mot hiv/STI.

## Utredningen anser vidare

- att den nationella planering och uppföljning som åvilar staten bör implementeras i två led, nämligen;
  - att regeringen fastställer övergripande mål samt de övergripande strukturella förutsättningarna för nationell styrning, planering, implementering och uppföljning av samhällets samlade insatser mot hiv/STI, samt
  - att Socialstyrelsen, i nära samarbete med andra berörda aktörer, utarbetar och fastställer verksamhetsplaner för de samlade nationella insatserna mot hiv/STI.
- att Socialstyrelsen, inom ramen för sitt planerings och uppföljningsansvar dessutom bör
  - ansvara för framtagandet av mer specificerade (del)mål och indikatorer för uppföljning av de samlade insatserna, efter en fördjupad analys och efter samråd med andra berörda aktörer,
  - ansvara för framtagandet av övergripande kommunikationsplaner,
  - svara för genomförandet av den nationella uppföljningen, inklusive den uppföljning som skall genomföras i enlighet med UNGASS-deklarationen.

Utredningen anser att planerings- och uppföljningssystemet är en svag länk i den samlade nationella insatsen mot hiv/STI. Statens folkhälsoinstitut har haft regeringens uppdrag att ta fram ett för-

slag till nationell handlingsplan för prevention av hiv/STI. Institutet som ju också administrerar en stor del av de statliga hiv/aids-medlen fick därefter i uppdrag att med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen inleda ett utvecklingsarbete av preventionen av hiv/aids och sexuellt överförbara sjukdomar i landet med stöd av en samrådsgrupp med institutet som sammankallande och med Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarföreningen och Landstingsförbundet som övriga deltagande.

Så vitt utredningen kan bedöma, med stöd i utsagor från involverade myndigheter och befintlig dokumentation har arbetsmodellen inte lett till förväntat resultat, nämligen en nödvändig kraftsamling och samordning av myndigheternas olika insatser över hela fältet. Det ökade samarbetet har förvisso genererat värdefulla projekt som genomförs med stöd från de av Statens folkhälsoinstitut administrerade statliga medlen. Bland dessa kan nämnas typning på Smittskyddsinstitutets virologiska avdelning av hivstammar hos nya hivfall bland injektionsmissbrukare och en av Socialstyrelsen påbörjad modernisering av kunskapsunderlag om kontaktpårning vid hiv/STI som riktas till hälso- och sjukvården. I övrigt tycks dock arbetet mest bestå i en avrapportering av myndigheternas insatser på området. Den första uppföljningen av handlingsplanen visade också att det inte har gått att åstadkomma gemensamma rekommendationer om insatser, forskning, metodutveckling, utvärdering, kvalitetsgranskning och revidering av handlingsplanens mål som förutsattes i den ursprungliga planen.

Som framgått i de allmänna övervägandena anser utredningen att läget är sådant att en mer kraftfull mobilisering av preventiva hiv/STI-resurser måste komma till stånd. De epidemiologiska trenderna från den svenska övervakningen i kombination med situationen i omvärlden ger stöd för att de hiv/STI-preventiva insatserna måste breddas. I första hand är det insatserna inom hälso- och sjukvården som måste förstärkas som ett komplement till de, i och för sig oftast välriktade, insatser som i dag genomförs med stöd av statliga medel. I avsnitt 2.2.2 har dessa insatser diskuterats i större detalj och utredningen har där också slagit fast att det är Socialstyrelsen som bör ta ett större ansvar för en kraftfullare ansats med en delvis ny och mer hälsobefrämjande inriktning från hälso- och sjukvårdens sida i det preventiva arbetet.

Utredningen anser det naturligt, mot bakgrund av ovanstående diskussion, att Socialstyrelsen också formellt åläggs ett nationellt samordningsansvar för planering och uppföljning av de samlade

nationella insatserna mot hiv/STI. Att leda hälso- och sjukvården i en mer hälsobefrämjande riktning är, enligt utredningens uppfattning, avgörande för en framgångsrik strategi för hiv/STI-prevention. För att resursanvändningen skall kunna optimeras bör det nationella preventiva arbetet också delvis bedrivas utifrån andra planeringsmässiga förutsättningar. I planeringen måste man i mycket större utsträckning än vad som är fallet i dag utgå ifrån vad som kan åstadkommas inom befintliga strukturer för att de statliga bidragen skall kunna användas på effektivast möjliga sätt. Genom att sträva efter en större integrering av arbetet inom kommuner och landsting och ett förbättrat samarbete mellan sjukvårdshuvudmän och frivilligorganisationer bör man kunna uppnå såväl en bättre kvalitet på arbetet som en större slagkraft.

Utredningen har också prövat möjligheten att i stället arbeta med en modell där Statens folkhälsoinstitut får det nationella ansvaret för samordning av hiv/STI-preventionen men har funnit det alternativet mindre lämpligt. Visserligen gör institutet, med stöd av de statliga medlen, omfattande insatser inom området och har ett stort kontaktnät med olika aktörer, men Statens folkhälsoinstitut saknar i stort sett andra sätt att påverka utvecklingen än genom ekonomiska bidrag och kunskapsförmedling. Institutet saknar helt enkelt den organisatoriska ställning i den statliga förvaltningen och de insikter om kommunernas och landstingens verksamhet samt de formella möjligheterna att påverka dessa som utredningen anser krävas för att svara för den nationella planeringen och uppföljningen. Socialstyrelsen har däremot möjlighet att, med stöd av sina olika bemyndiganden, själv påverka inriktningen inom ett flertal av de verksamhetsfält som är berörda. Detta gäller inte minst inom hälso- och sjukvårdens område där Socialstyrelsen svarar för samordning och normering av smittskyddet samt tillsyn av såväl smittskydd som den övriga hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har vidare ansvar för utveckling och samordning av tillsynen av socialtjänsten på nationell nivå samt ansvarar för statens normering på området. Socialstyrelsen skall på nationell nivå ha överblick över situationen för personer med funktionshinder, med olika missbruksproblem, med socialbidrag samt barn och ungdomar som är socialt utsatta. Socialstyrelsens arbetar dessutom inom ramen för sitt s.k. missbruksprogram för att ta fram nationella riktlinjer för missbrukarvård. Enligt det förslag som regeringen aviserat får Socialstyrelsen också tillsyn över sprututbytesverksamheten (se även avsnitt 2.3.1). Socialstyrelsen har till sist tillsyn över skolhälsovården



samt har i uppdrag att följa frågor kring medicinskt omhändertagande av personer av utländsk härkomst och har bl.a. meddelat allmänna råd om hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar.

Sammantaget finner således utredningen att Socialstyrelsens uppdrag och ställning inom många samhällssektorer som är eller behöver vara involverade i hiv/STI-prevention gör myndigheten bäst lämpad att också axla det nationella planeringsansvaret. I avsnitt 2.7 redogör utredningen mer i detalj för sin syn på hur samarbetet mellan de olika involverade myndigheterna skall kunna förbättras och fördjupas.

Utredningen anser att den nationella planering och uppföljning som åvilar staten bör implementeras i två led, nämligen;

- att regeringen fastställer övergripande mål samt de övergripande strukturella förutsättningarna för nationell styrning, planering, implementering och uppföljning av samhällets samlade insatser mot hiv/STI och därmed också fastställer ansvarsfördelningen mellan de olika statliga myndigheterna med utgångspunkt från den strukturplan som utredningen presenterar, samt,
- att den myndighet som har ansvaret för övergripande planering och uppföljning – i detta fall Socialstyrelsen – i nära samarbete med andra berörda aktörer, utarbetar och fastställer verksamhetsplaner, för det samlade nationella insatserna mot hiv/STI.

Utredningen föreslår att de övergripande målen för samhällets insatser mot hiv/STI skall vara *att begränsa spridningen av hiv/STI samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för den enskilde och för samhället*. Dessa övergripande mål bör fastställas i den nationella handlingsplanen men utredningen anser att övriga (del)mål liksom de indikatorer som skall användas vid uppföljning/utvärdering av insatserna bör fastställas av den för planeringen och uppföljningen ansvariga myndigheten (i förslaget Socialstyrelsen) i den löpande verksamhetsplaneringen för området.

Det finns, enligt utredningens uppfattning, en rad omständigheter som talar för en sådan ordning. Som utredningen tidigare framfört så är erfarenheterna från den av Statens folkhälsoinstitut framtagna planen, vad avser mål/målsättningar och uppföljningen av dessa, mindre goda. Huvudmålet om minskad smittspridning har i den planen brutits ner till mer detaljerade mål för olika smittämnen, i vissa fall uppdelat på inhemsk och importerad smitta. Dessa mål är, enligt utredningens uppfattning, fortfarande alldeles

för grova och oprecisa för att den meningsfull uppföljning skall vara möjlig att genomföra med dessa som grund. En uppföljning som strikt baseras på dessa mål riskerar därför att misskreditera de hiv/STI-preventiva insatserna trots att problemet snarare ligger i planerings- och uppföljningsinstrumentet.

Utredningen menar i stället att ett planerings- och uppföljningsinstrument måste återspegla den mer komplexa verklighet som spridningen av hiv och andra STI utgör. De fyra infektioner som man i första hand talar om här<sup>3</sup> – hivinfektion, klamydiainfektion, gonorré och syfilis – har alla olika spridningsmönster som är beroende inte bara av inneboende biologiska egenskaper hos smittämnet utan i hög grad av det mänskliga beteendemönstret samt administrativa beslut i samhället, t.ex. möjligheterna till adekvat vård och behandling eller krav på undersökning vid kontaktspårning. Man bör också hålla i minnet att ett smittämne inte är en homogen entitet utan sammansatt av olika stammar (undertyper) med potentiellt olika benägenhet till spridning, sjukdomsalstring och resistensutveckling. Dessutom uppvisar de identifierade målgrupperna för preventivt arbete – riskpopulationerna – sinsemellan mycket olika typer av beteendemönster och risktagande. Slutligen sker det successiva förändringar i attityder och beteendemönster hos befolkningen i stort men kanske främst hos yngre människor. Sammantaget ger detta en mycket brokig bild med olika spridningsmönster av de olika smittämnen i olika grupper, ofta samtidigt pågående endemisk spridning och uppblossande utbrott/epidemier (ibland av en resistent stam/typ) av en infektion. Detta måste, enligt utredningens uppfattning, i mycket större utsträckning än vad som nu är fallet återspeglas i planerings- och uppföljningsarbetet.

En annan faktor är den snabbhet, och ofta oberäknelighet, i förändringen av den epidemiologiska situationen som man har att räkna med när man planerar och utvärderar insatser av den här typen. Utredningen anser därför att man i sin verksamhetsplanering samtidigt bör arbeta med flera planeringshorisonter; en längre (4–5 år) och en kortare (1 år) där planeringsunderlaget genomgår täta (årliga) revisioner. Resultat- och implementeringsmålen måste dessutom vara mer konkreta och de valda indikatorerna för uppföljningen måste direkt eller indirekt återspegla förändringar på en rimlig och mätbar detaljningsnivå.

---

<sup>3</sup> Det bör observeras att andra infektioner bl.a. hepatit B och hepatit C också kan vara väl så relevanta i dessa sammanhang.

Utredningen anser också att det vore värt att pröva möjligheten att vid uppföljningen i större utsträckning göra relativa jämförelser t.ex. med utvecklingen i andra medlemsstater i EU eller med kvantifierbara beteendemässiga förändringar (i attityder, sexualpraxis, abortfrekvens etc.). Man bör dessutom i större utsträckning kunna tillvarata samarbetet inom nätverket för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar i den Europeiska gemenskapen, inrättat genom rådets beslut 2119/98/EG, där både Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet ingår som svenska parter. Bland urvalskriterier för kriterier för de sjukdomar som det europeiska samarbetet skall omfatta nämns särskilt sjukdomar där en jämförelse medlemsstaterna emellan skulle bidra till utvärderingen av nationella program och gemenskapsprogram (Kommissionens beslut 2000/96/EG). Europeisk hiv/aids-övervakning finns etablerad sedan länge (EuroHiv) och arbete med att bygga upp ett liknande samarbete avseende bl.a. klamydiainfektion, gonorré och syfilis (ESSTI) pågår. Det blivande Europeiska centret för förebyggande och kontroll av sjukdomar har dessutom möjligen en roll att spela i detta sammanhang.

I arbetet med mål och indikatorer för uppföljning av de samlade insatserna så anser utredningen att Socialstyrelsen bör ta initiativ till en bred genomlysning av de biomedicinska, beteendemässiga och administrativa/legala faktorer som styr utvecklingen vad avser spridningen av hiv/STI och dessutom påverkar möjligheterna till framgångsrikt förebyggande arbete. Ett levande planerings- och uppföljningsinstrument utgående ifrån den komplexa verklighet som här har beskrivits anser utredningen ha de största förutsättningarna att tjäna som ett verkligt stöd för insatserna mot hiv/STI.

Den nationella planeringen bör, som framgått ovan, omfatta hela spektrat av insatser som kan vara aktuella och strävan bör vara att uppnå största möjliga tydlighet i ansvarsfördelningen mellan de olika statliga myndigheterna vad avser implementering av åtgärder och/eller tillsyn av implementeringen samt uppföljning av åtgärderna. I detta ligger också att uppföljningen av den nationella planen måste omfatta alla åtgärder/insatser inom området och inte enbart de som fått stöd från de statliga medlen. Den nationella planeringen skall innehålla tydliga skrivningar om nationell återrapportering/uppföljning och utvärdering på olika nivåer. Den nationella planeringen bör också, liksom nu är fallet, kunna ligga till grund för och stå som modell för den regionala/lokala planeringen där fokus ligger på lokal implementering och ansvarsfördelning. Det bör i den nationella

planeringen tydligt anges inom vilka områden man förutsätter att sådana regional/lokal planer fastställs.

En viktig framgångsfaktor i planeringsarbetet är att skapa ett verktyg som inte bara leder till upprättandet av nationella/regionala/lokala planer utan underlättar implementering av nödvändiga strukturer, insatser och förhållningssätt. Statlig planering kan därför inte bara vara en envägskommunikation utan förutsätter en tät kommunikation och ett nära samarbete med landsting och kommuner. Varje kommun och landsting är ju ansvarig för sin verksamhet och behöver – mer än statliga dekret och pekpinnar – underlag för sina bedömningar och prioriteringar. Här vilar ett särskilt tungt ansvar på de ansvariga statliga myndigheterna.

I avsnitt 2.7 diskuteras mer i detalj det samlade utredningsförslagets konsekvenser för samarbetet mellan de närmast berörda statliga myndigheter och andra aktörer på nationell och regional nivå. Vad avser övriga involverade statliga myndigheter – Migrationsverket, Integrationsverket, Skolverket, Myndigheten för skolutveckling, Kriminalvårdsstyrelsen och Arbetsmiljöverket m.fl. anser utredningen dessa myndigheters roll i det förebyggande hiv/aidsarbetet i huvudsak bör ligga i linje med respektive myndighets uppdrag i övrigt.

Preventivt arbete inom detta område är i mångt och mycket en fråga om genomtänkta och koordinerade kommunikations-/informationsinsatser. Utredningen anser därför att en övergripande *kommunikationsplan*, kompletterat med en plan för varje huvudmålgrupp, bör tas fram till ledning för insatserna på detta område. Se vidare diskussion i avsnitt 2.2.4. Det övergripande ansvaret för planeringen bör åligga planeringsmyndigheten, dvs. i detta fall Socialstyrelsen, men med tekniskt och vetenskapligt bistånd av Statens folkhälsoinstitut inom ramen för institutets kunskapscentrumsuppdrag.

Vad avser uppföljning och utvärdering så anser utredningen alltså att den på nationell nivå skall vara nära kopplad till planeringsprocessen och att samma myndighet därmed bör vara huvudansvarig för den övergripande uppföljningen som för planeringen. Det är viktigt att poängtera att det vid en nationell uppföljning av detta slag krävs att en rad instanser, såväl statliga och kommunala myndigheter som frivilligorganisationer, engageras i arbetet på olika nivåer och uppföljningen bör därvid äga rum på olika nivåer i genomförandeprocessen. Uppföljning/utvärdering av enskilda metoder/insatser (t.ex. interventionsmetoder) bör vara nära kopplad

till den kunskapsuppbyggnad som förväntas äga rum inom de olika områdena.

Slutligen anser utredningen att Socialstyrelsen också bör ansvara för den nationella sammanställningen av den uppföljning som skall genomföras i enlighet med skrivningarna i UNGASS slutdokument.

### 2.5.2 Forskning och utveckling

Forskning och utveckling är ett viktigt statligt ansvarsområde inte minst inom detta fält som är i ständig förvandling och behöver stora och kontinuerliga satsningar på forskning och utvecklingsinsatser inom vitt skilda fält.

Inledningsvis bör det sägas att mycket stora forskningsresurser har satsats inom hiv/aids-området, såväl internationellt som i Sverige. Få områden har varit föremål för ett sådant stort vetenskapligt intresse och många forskningsfinansiärer, både statliga och privata, har satsat stora summor på forskning vilket också lett till snabba genombrott, främst inom biomedicinska forskningsfält som virologi och immunologi. Dessa forskningsframgångar har också mycket snabbt kommit patienterna till godo t.ex. genom utvecklandet av effektiva tester för virus och antiviral behandling (s.k. bromsmediciner) som mycket snabbt förbättrade överlevnadsmöjligheterna för de redan infekterade. Möjligheterna att förebygga smittspridning med vaccination står ännu ej tillbuds och det är också svårt att bedöma om och när detta kan bli aktuellt.

Även inom den beteendevetenskapliga forskningen har ämnesområdet hiv/aids (och andra STI) haft hög prioritet och inte minst i Nordamerika och i många europeiska länder finns studier publicerade kring möjliga beteendevetenskapliga interventionsmetoder, stigmatisering av hivinfekterade, etc. I Sverige har sådan forskning däremot haft en mindre framträdande plats.

Utredningen har inte haft ambitionen att göra någon kartläggning av svensk forskning inom området. I stället har inriktningen varit att diskutera förutsättningarna för vilka strategiska satsningarna som behövs inom de olika kunskapsfältet för att mer konkret stötta det hiv/STI-preventiva arbetet.

Såväl Statens folkhälsoinstitut som Smittskyddsinstitutet har redan specifika uppdrag inom området forskning och utveckling (se också avsnitt 4.5.2). Statens folkhälsoinstitut har i enlighet med sin instruktion uppdraget att vara nationellt kunskapscentrum för

metoder och strategier vad gäller folkhälsoarbete. Till uppgiften hör också att sprida dessa till kommuner och landsting – huvudansvariga för det folkhälsoarbete som är riktat till befolkningen – samt till andra folkhälsoaktörer. Smittskyddsinstitutet har, å sin sida, som huvuduppgift att följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt i fråga om smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa och lämna Socialstyrelsen och andra berörda information om det epidemiologiska läget samt föreslå åtgärder som detta kan föranleda. Institutet bedriver vidare forskning, metodutveckling och utbildning inom sitt ansvarsområde samt upprätthåller kompetens att utföra diagnostiska undersökningar av unik natur dvs. sådana undersökningar som inte rutinmässigt utförs vid landstingens laboratorier.

### *Överväganden och förslag*

Utredningen föreslår regeringen

att Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet ges i uppdrag att inom sina respektive verksamhetsområden utgöra kunskapscentra för det nationella hiv/STI-preventiva arbetet.

Inom ramen för uppdraget som kunskapscentrum bör Statens folkhälsoinstitut särskilt

- bidra med kunskapsunderlag till stöd för den nationella planeringen och uppföljningen av hiv/STI-preventionen,
- sprida kunskap till de i hiv/STI-preventionen involverade aktörerna,
- ge metodstöd till frivilligorganisationer, landsting och kommuner i det hivpreventiva arbetet
- ge aktivt stöd till frivilligorganisationer och landsting/kommuner i deras utvecklingsarbete och kunskapsuppbyggnad,
- identifiera kunskapsluckor och vid behov stötta genomförandet av studier/forskningsinsatser.

Statens folkhälsoinstitut bör dessutom

- svara för vissa informations-/kommunikationsinsatser på nationell nivå.

Inom ramen för uppdraget som kunskapscentrum bör *Smittskydds-institutet* särskilt

- bidra med kunskapsunderlag till stöd för den nationella planeringen och uppföljningen av hiv/STI,
- bidra med epidemiologiskt expertkunnande vid de olika aktörernas insatser mot hiv/STI,
- identifiera kunskapsluckor och bedriva studier/forskning.

Smittskyddsinstitutet bör dessutom, inom ramen för sin ordinarie verksamhet särskilt prioritera

- fördjupad epidemiologisk kartläggning av personer som infekterats med hiv och infektionens spridningsmönster,
- typning och resistensövervakning av hiv,
- kontinuerlig registrering av antalet utförda tester av hiv och andra STI.

En stor del av forskningen, särskilt inom biologi/medicin, bedrivs som fri forskning inom ramen för universitet och högskolor eller andra fristående forskningsinstitutioner. Ett fortsatt starkt statligt stöd till forskning inom detta fält via ordinarie kanaler (Vetenskapsrådet, Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap etc.) är närmast att betrakta som ett axiom och behöver, enligt utredningens uppfattning, inte särskilt motiveras. Här skall i stället i större detalj diskuteras riktade forsknings- och utvecklingsåtgärder inom det hiv/STI-preventiva området och de närmast berörda myndigheternas ansvar för detta.

Utredningen anser att planeringen och uppföljningen av samhällets insatser mot hiv/STI måste stötts av en förstärkt kunskapsuppbyggnad inom området. Det finns därför anledning att stärka Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet i institutens roll som kunskapscentrum inom sina respektive verksamhetsområden. Eftersom förutsättningarna för insatserna på dessa områden skiljer sig finns det inledningsvis anledning att reflektera lite över vilka behov som finns och vilken typ av insatser som kan förväntas av respektive institution.

När det gäller biologisk/medicinsk forskning så kan man nog säga att den rena grundforskningen redan är tämligen väl tillgodosedd och enligt utredningens mening behöver förstärkning av resurserna

i första hand ske vad avser kliniska studier och epidemiologi. Utredningen anser dessutom att det av flera skäl finns anledning att särskilt betona vikten av att den beteendevetenskapliga forskningen stärks. Det beteendevetenskapliga ämnesområdet (för definition se avsnitt 2.1.3) har i vårt land en svagare forskningstradition än biomedicinen och inte minst därigenom sämre möjligheter till ekonomiskt stöd. Forskningsfältet är dessutom i ständig rörelse dels i takt med de allmänna samhällsförändringarna, dels – och inte minst vad avser hiv/aids – i takt med landvinningarna inom biomedicinen och sjukvården. En tredje viktig faktor är att det generellt sett är betydligt svårare att inom detta fält applicera utländska studier i Sverige än vad som gäller den biomedicinska forskningen.

Mot den bakgrunden bör Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut ges något olika roller inom ramen för begreppet kunskapscentrum. Trots att begreppet kunskapscentrum förvisso inte står för något enhetligt har utredningen valt detta för att beskriva dessa uppdrag, främst för att det redan används i Statens folkhälsoinstituts instruktion. Begreppet används i dag på olika håll som beteckning på en rad olika typer av organisatoriska lösningar som syftar till att finna lämpliga former för kunskapsgenerering inom ett visst fält. Ofta rör det sig om en organisations-/myndighetsöverbyggande inrättning vars uppdrag är att arbeta med gemensam kunskapsgenerering. I andra fall ligger ett kunskapscentrum inom en större organisation men arbetar mot flera avdelningar/enheter inom denna. Ganska ofta har ett centrum av denna typ en särskild styrgrupp/referensgrupp som representerar avnämarna.

Statens folkhälsoinstitut bedriver ingen egen forskning inom detta fält. I stället dominerar kunskapssammanställningar i form av utvärderingar av genomförda projekt eller annan metodutveckling. Man ger också visst ekonomiskt stöd till projekt inom området som bedrivs av universitet och högskolor. Utredningen anser att det finns anledning att bygga på den grund som redan i dag finns och inte skapa en ren forskningsorganisation inom institutets ram.

För Smittskyddsinstitutets del, som redan bedriver rutinmässig epidemiologisk övervakning, diagnostisk verksamhet samt såväl grundläggande som applicerad forskning inom epidemiologi och biomedicin, bör uppdraget närmast gälla att fokusera på områden av konkret relevans för hiv/STI-preventionen i ett svenskt perspektiv inklusive tertiärpreventionen, dvs. inklusive vård och behandling av de infekterade. I uppdraget bör ingå egen forsknings- och utvecklingsverksamhet men även ett kunskapsgenererande arbete i



form av sammanställningar av epidemiologiska, kliniska och biomedicinska studier från annat håll vars slutsatser och resultat kan komma preventionen till del.

### Statens folkhälsoinstitut

Utredningen vill särskilt betona Statens folkhälsoinstituts roll som kunskapscentrum för preventiva metoder och strategier inom hiv/STI-området. Utredningen har funnit att Statens folkhälsoinstitut redan i dag i viss omfattning arbetar med dessa frågor men kunskapscentrumsuppdraget bör stärkas ytterligare. Statens folkhälsoinstitut bör därvid bl.a.:

- i nära samarbete med universitet och högskolor systematiskt sammanställa internationell och nationell kunskap/forskning med inriktning mot metodutveckling inom beteendevetenskap och praktiska interventionsmetoder bl.a. till stöd för den nationella planeringen och uppföljningen av hiv/STI-preventionen,
- utveckla lämpliga metoder och vägar för att sprida kunskapen till berörda parter, dvs. frivilligorganisationer, landsting och kommuner samt andra i hiv/STI-arbetet involverade statliga myndigheter,
- aktivt medverka i det arbete som bedrivs av frivilligorganisationer, landsting och kommuner och föreslå/rekommendera evidensbaserade metoder för användning i olika projekt/insatser,
- ge aktivt stöd till frivilligorganisationer och landsting/kommuner i deras utvecklingsarbete och kunskapsuppbyggnad,
- identifiera kunskapsluckor och vid behov stötta genomförandet av studier/forskningsinsatser.

Utredningen anser också att institutet även fortsättningsvis kan svara för vissa former av budskapsförmedling/information. Med detta avses främst att med metoder och i vissa fall resurser stötta andra aktörer i deras budskapsförmedling. Det kan också röra sig om nationella satsningar på nya medier, exempelvis webbaserad information/kommunikation. Om det därutöver, inom ramen för den nationella planeringen, bedöms finnas behov av större informationssatsningar, vid exempelvis en förändrad epidemiologisk situation, så kan institutet svara för att ta fram underlaget till den.

Statens folkhälsoinstitut bör dessutom ges i uppdrag att närmare studera, sammanställa och stötta basal kunskap/forskning inom

kommunikationsvetenskap och medverka i att ta fram kommunikationsplaner för området hiv/STI (se vidare diskussion i avsnitt 2.2.4).

Utredningen tar inte ställning till hur Statens folkhälsoinstitut i detalj ska lösa denna uppgift. Den förskjutning av fokus mot kunskapsuppbyggnad som föreslås här borde dock få konsekvenser för institutets prioriteringar samt för personalens (och därmed institutets) kompetensuppbyggnad.

Resursfrågor i anslutning till detta avhandlas i avsnitt 2.9.

### Smittskyddsinstitutet

Ett uppdrag som kunskapscentrum inom området innebär att Smittskyddsinstitutet:

- i nära samarbete med universitet och högskolor systematiskt sammanställer internationell och nationell biomedicinsk och epidemiologisk kunskap/forskning till stöd för den nationella planeringen och uppföljningen av insatserna mot hiv/STI,
- aktivt medverkar i det arbete som bedrivs av frivilligorganisationer, landsting och kommuner och föreslår/rekommenderar epidemiologiska metoder för användning i olika projekt/insatser,
- identifierar kunskapsluckor och vid behov initiera och genomföra studier/forskningsinsatser.

Utredningen konstaterar att dessa uppgifter i princip redan täcks av institutets instruktion samt vad regeringen i förarbetet till den nya smittskyddslagen (prop. 2003/04:30) säger om Smittskyddsinstitutets roll. Där säger regeringen att Smittskyddsinstitutets roll bör vara att stödja landsting och kommuner vid större eller ovanliga smittutbrott och att bistå Socialstyrelsen med kunskapsunderlag av betydelse för samordningen av smittskyddet i landet. Vad som där sägs om smittskyddsarbete har, enligt utredningen, också relevans för institutets roll i det bredare preventiva sammanhanget mot hiv/STI. För att öka tydligheten i instruktionen anser utredningen att denna kompletteras med en mer specificerad formulering om att Smittskyddsinstitutet skall ta fram kunskapsunderlag till stöd för nationell planering av insatser mot hiv/STI.

Det finns också, anser utredningen, anledning att åtminstone på ett par punkter närmare specificera några av de uppgifter som borde ingå i Smittskyddsinstitutets ordinarie åtaganden till stöd för det samlade hiv/STI-preventiva arbetet. Förutom det ordinarie upp-

gifterna i form av epidemiologisk övervakning (som följer av smittskyddslagstiftningen) och viss diagnostik borde följande områden prioriteras:

- fördjupad epidemiologisk kartläggning/studier av personer som infekterats med hiv (inkluderande beteendevetenskapliga studier) för att öka kunskapen om smittspridningsmönster och därigenom möjliggöra en förbättrad prevention,
- kontinuerlig registrering av antalet utförda tester av hiv och andra STI och registrering av testorsaker i syfte att erhålla nämnardata som stöd för den epidemiologiska analysen,
- typning och resistensövervakning av hiv.

I den föregående diskussionen om inriktningen på de hiv/STI-preventiva insatserna riktade till särskilda målgrupper har utredningen genomgående pekat på betydelsen av att den epidemiologiska analysen fördjupas. Detta, tillsammans med en allmän typning av hivstammar är ett viktigt led i den förbättrade övervakning av hivepidemin i Sverige som utredningen anser är nödvändig.

Ett allt större problem i vissa delar av världen är förekomsten av allt fler patienter som börjat utveckla aids till följd av att läkemedlens effekt har upphört. I Sverige är problemet än så länge litet men en ansenlig del av svenska hiv patienter bär redan på resistent hiv och det förekommer att individer smittas med resistent virus också i Sverige. Det är därför angeläget att resistensutvecklingen följs.

Dessa uppgifter behöver, enligt utredningens bedömning, inte innebära att institutets instruktion behöver förändras. Till del bör de utföras som ett led i implementeringen av den verksamhetsplan för den samlade hiv/STI-preventionen som Socialstyrelsen, enligt förslaget, skall utarbeta. Vissa av dessa uppgifter, t.ex. registrering av antalet utförda tester, kan också tänkas ingå i sådant som Smittskyddsinstitutet utför med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter på området.

I övrigt bör det finnas utrymme för forsknings- och utvecklingsinsatser på en rad områden innebärande bl.a.:

- fördjupade kartläggningar av smittspridningsmönster även för andra sexuellt överförbara sjukdomar,
- förbättrade möjligheter att följa prevalens avseende hiv/aids, dvs. skaffa kunskap om hur många människor som i dag lever

med hiv/aids i Sverige genom enhetliga (anonyma) registrerings-system,

- typning och resistensövervakning av andra STI.

Resursfrågor i anslutning till detta behandlas i avsnitt 2.9.

## 2.6 Statliga hiv/aids-medel – inriktning och administration

Inledningsvis vill utredningen betona att sammanställningar av fördelningen av de statliga hiv/aids-medlen inte ger en rättvisande bild av samhällets *samlade* insatser inom området. Dels föreligger stora metodologiska svårigheter att skaffa sig en tydlig bild av hur medlen har fördelats med avseende på typ av insatser och målgrupper, dels speglar givetvis inte dessa medel de samlade insatserna inom respektive område. När det gäller svårigheterna att bilda sig en klar uppfattning om hur medlen disponerats är det främst uppdelningen i två anslag, varav det för det ena – de s.k. storstadsmedlen – saknas uppföljningsmekanismer, som gör en rimlig överblick mycket svår att åstadkomma.

### 2.6.1 De av Statens folkhälsoinstitut förvaltade medlen

Utredningen har trots dessa begränsningar valt att specialstudera fördelningen av de av Statens folkhälsoinstitut förvaltade medlen med avseende på aktörer/utförare, målgrupper och typ av insatser. En mer fördjupad redovisning lämnas i avsnitt 4.5.3.

Av de ca 60 miljoner kronor som årligen tilldelats Folkhälsoinstitutet/Statens folkhälsoinstitut under åren 1998–2002 har mellan 68–79 procent fördelats i form av stöd till *organisationer, projekt och forskning*. Kvarvarande del av anslaget har använts till verksamhet i Statens folkhälsoinstituts egen regi. För år 2002 gällde följande procentuella fördelning av de ca 58 miljoner kronor som fördelades:

organisationsstöd till homosexuellas organisationer	1,6 %
organisationsstöd för hivpreventivt arbete	27,7 %
stöd till projektverksamhet av nationellt intresse i regi av berörda aktörer	16,4 %
bidrag som utgår till landstingen utanför storstadsregionerna	19,4 %
forskningsstöd	3,6 %
Statens folkhälsoinstituts egen verksamhet	31,3 %

Vad avser stödets fördelning på *målgrupper* år 2002 så är de enskilt största posterna MSM (12,5 miljoner kronor), ungdomar (11,2 miljoner kronor) och hivinfekterade (11 miljoner kronor), följt av personer av utländsk härkomst (8,5 miljoner kronor) och insatser riktade till allmänheten (5,8 miljoner kronor). Stöd för insatser till intravenösa missbrukare utgick med 1,6 miljoner kronor.

En direkt jämförelse mellan resurser satsade på prevention/ stödverksamhet riktad till de olika målgrupperna är svår att göra av flera skäl. Det är svårt att göra avvägningen mellan de olika målgrupperna av hur stor andel av resurserna som bör satsas på respektive målgrupp. Prioriteringarna bör/kan grundas såväl på incidens (antalet hivinfekterade som diagnostiseras årligen) och de trender som därigenom kan urskiljas, men också utifrån den uppskattade prevalensen (antalet personer som vid ett givet tillfälle har infektionen) inom de olika grupperna. Av nödvändighet bör prioriteringen i det preventiva arbetet vara sådana förebyggande insatser som riktas också till personer som har, eller framgent kan tänkas utveckla, ett riskbeteende eller finns i en population som kan tänkas utsättas för förhöjd risk. Att med enkel aritmetik beräkna detta låter sig inte göras. De organisatoriska/strukturella förutsättningarna för preventionen skiljer sig åt vilket påverkar vad jämförbara insatser kostar, likaså beror kostnaden av en insats på hur svårt budskapet är att förmedla. Många organisationer riktar sig i sitt arbete till mer än en målgrupp, likaså riktas många insatser till individer som tillhör flera målgrupper vilket gör klassifikationen av insatserna vanskelig.

Ett tredje sätt att värdera insatserna är att försöka klassificera dem med avseende på typ av insatser, oberoende av målgrupp och (delvis) oberoende av utförare. Utredningen har här försökt skilja på, å ena sidan, mer långsiktiga projekt/program med ett primärpreventivt innehåll sett i ett brett perspektiv (t.ex. sex- och samlevnadsundervisning, huvuddelen av frivilligorganisationernas långsiktiga insatser) och, å andra sidan, primär- och sekundärpreventiva insatser mer direkt riktade mot smittspridningen som sådan och ibland, men inte alltid, av mer akut karaktär. Exempel på sådana insatser är sådana som vidtas p.g.a. förändrat epidemiologiskt läge (inkl. insatser för förbättrad diagnostik/typning) och insatser hos huvudmän för utvecklandet av metoder för primär- och sekundärprevention oftast på individbasis, insatser för att öka testningsfrekvensen hos vissa grupper etc. Dessa preventiva insatser är sådana som vanligen genomförs inom ramen för smittskyddsarbetet och de består ofta av en blandning av biomedicinsk, epidemiologisk

och beteendevetenskaplig intervention. Rågången mellan projekt och program av den ena eller andra typen är givetvis inte helt klar men det har trots detta gått att skaffa sig en ganska god bild av de olika typer av insatser som stötts med statliga medel.

Vid en översiktlig granskning kan man konstatera att det, under den senaste femårsperioden, inte skett några större förskjutningar mellan målgrupperna vad avser fördelningen av statliga medel administrerade av Statens folkhälsoinstitut. Genomgången (som presenteras mer detaljerat i avsnitt 4.5.3) visar att resurser satsade på att nå invandrare och flyktingar i det preventiva arbetet har ökat något under senare år, i takt med att man har funnit former för arbetet. En annan målgrupp som har kommit att bli allt mer uppmärksammad, men där man av förklarliga skäl har svårt att finna effektiva former för det preventiva arbetet, är personer bosatta i Sverige som smittas vid kortare eller längre tids vistelse utomlands. Sedan 2001 har dessutom medel utgått för projekt riktade till intravenösa missbrukare, vilket till del motiverats av den noterade ökningen av hiv-infektion bland intravenösa missbrukare främst i Stockholm.

Utredningen har också försökt studera i vilken mån Statens folkhälsoinstitut i sin anslagsfördelning snabbt kan svara mot ändrade behov. Det avsätts årligen medel för akuta insatser, vilka skall användas för att snabbt kunna bemöta en förändrad utveckling/plötsliga utbrott av koncentrerad smittspridning. Under hösten 2001 beslutade institutet mot bakgrund av rapporterad och befarad epidemiologisk utveckling av övriga STI att ytterligare 6,5 miljoner kronor skulle utgå för extra insatser riktade till MSM och unga vuxna. I övrigt är det svårt att avgöra hur flexibel fördelningen av medel är då epidemiologin under senare år inte har förändrats tillräckligt mycket för att motivera större förändringar.

När det gäller anslagsfördelningen tycker sig utredningen kunna säga att Statens folkhälsoinstitut i stora drag lever upp till rimliga krav på flexibilitet visavi förändringar i sjukdomsspridningen som inte förutsetts i planeringsdokumentet. Trots detta tvingas man konstatera att samordnade och specifika preventiva insatser av mer akut karaktär ibland har satts in i tämligen sent skede. Exempel på detta är den preventionssatsning som sommaren 2003 riktades till homo- och bisexuella män i Stockholm med anledning av den syfilisepidemi som startat redan tre år tidigare. Ansvar för denna tidsutdräkt kan inte enbart läggas på Statens folkhälsoinstitut utan är väl snarare ett uttryck för oklara ansvarsförhållanden och bristande kommunikation mellan inblandade myndigheter.

## 2.6.2 Storstadsmedlen

Att försöka göra motsvarande fördelning på olika målgrupper och typer av insatser för denna del av de statliga hiv/aids-medlen är betydligt svårare. Även om medlen fördelas på olika verksamheter inom landstinget respektive kommunen och man därigenom i grova drag kan skaffa sig en uppfattning om målgrupper så är det svårt att utläsa vilka insatser som riktas mot respektive målgrupp genom att enbart studera fördelningen av det statliga bidraget. Detta beror främst på att det statliga bidraget endast utgör en del av respektive storstadsområdes samlade insats och anslaget generella natur tillåter landstinget/kommunen att välja hur man finansierar insatser riktade till olika målgrupper. Således kan en övervikt av insatser riktade till en specifik målgrupp finansieras via dessa medel samtidigt som all finansiering av insatser riktade till en annan målgrupp i stället belastar ordinarie budget.

Man kan dock konstatera att medlen används till projekt/program/insatser riktade till de huvudsakliga målgrupperna för preventiv och stödjande verksamhet. Det är även här svårt att avgöra hur flexibel fördelningen av medel är på grund av att de små förändringarna i epidemiologin under senare år inte har motiverat större förändringar i insatserna. Man kan dock notera en ökande satsning riktad till personer med utländsk bakgrund. Inom vissa områden har det dessutom tagits steg för att överföra verksamheter som tidigare finansierats via de statliga bidraget till respektive huvudmans ordinarie budget. Vidare kan konstateras att relativt stora satsningar gjorts på ungdomar, ofta inom ramen för skolans sex- och samlevnadsundervisning eller via ungdomsmottagningar (Jarlbro G. *Var det värt alla pengarna? Utvärdering av hur det särskilda bidraget för hivförebyggande insatser använts*. Folkhälsoinstitutet utvärderar 4/1995; *Hivförebyggande arbete i storstadsregionerna 1998–1999*, Folkhälsoinstitutet 1999:20).

### 2.6.3 Överväganden och förslag

Utredningen föreslår regeringen

- att de statliga medel som utgår till stöd för insatser mot hiv/aids permanentas i ett anslag under socialdepartementet med ett gemensamt planerings- och uppföljningssystem,
- att uppdra åt Statens folkhälsoinstitut respektive Socialstyrelsen att administrera dessa medel.

Utredningen anser vidare

- att de samlade statliga satsningar på hiv/STI området behöver upprätthållas på åtminstone oförändrad nivå även under kommande år,
- att det långsiktiga primärpreventiva arbetet förblir grunden i den statliga satsningen inom området och att stödet till sådan verksamhet administreras av Statens folkhälsoinstitut,
- att den mindre del av medlen som avsätts för stöd till insatser som i huvudsak rör epidemiologi och primär- och sekundärpreventivt arbete inom ramen för hälso- och sjukvården samt mer akuta insatser administreras av Socialstyrelsen,
- att man genom att administrationen av medlen fördelas på detta sätt bättre tillvaratar respektive myndighets kompetens- och ansvarsområden samt motverkar att vissa insatser inte får en adekvat bedömning och nödvändigt ekonomiskt stöd,
- att det generella stödet till homosexuella organisationer fortsättningsvis inte bör belasta hiv/aids-anslaget,
- att ett mer omfattande generellt organisations-/verksamhetsstöd bör kunna utgå för den mer permanenta verksamheten vid frivilligorganisationer verksamma inom hiv/STI-området samt att särskilda projektstöd därtill bör kunna utgå för tidsbegränsade och riktade insatser,
- att projektstöd bör kunna utgå till såväl frivilligorganisationer som kommuner och landsting för preventivt arbete på nationell nivå eller av nationell relevans,
- ett myndigheterna vid anslagstilldelningen bör fästa särskild vikt vid storstadsproblematiken inom hiv/STI-området,



- att statligt stöd bör kunna utgå även till mer permanenta strukturer för hiv/STI-prevention som inrättats i storstadsområdena,
- att man vid stöd till frivilligorganisationernas lokala arbete skall prioritera sådana projekt som bedrivs i samarbete med kommuner och landsting,
- att ekonomiskt stöd inom ramen för hivanslaget skall kunna ges till frivilligorganisationer inom missbruksområdet med verksamhet som är relevant för det hivpreventiva arbetet,
- att särskilda stödformer bör utvecklas för att stötta sex- och samlevnadsundervisningen i skolan.

Som tidigare framgått så anser utredningen att det inte är möjligt att, annat än i mycket generella termer, uttala sig om den direkta effekten av olika hiv/STI-preventiva åtgärder. Detta gäller såväl för samhällets preventionsinsatser som helhet som för avvägningen mellan olika områden. Vid en samlad bedömning anser dock utredningen att de relativt stora satsningar som gjorts från statens sida på såväl infrastruktur (hos frivilligorganisationer och hos kommuner och landsting) som på direkta preventionsinsatser sannolikt spelat en stor roll för att förebygga hiv/aids i vårt land.

I detta avsnitt lämnar utredningen förslag på hur de statliga medlen bör administreras samt diskuterar formerna för fördelningen av medel till olika aktörer och med utgångspunkt i olika typer av insatser. Som framgått tidigare så anser utredningen att ett av problemen med hur samhället i dag organiserat sina insatser mot hiv/STI är avsaknaden av en sammanhållen lednings- och uppföljningsstruktur. Detta gäller inte bara i samordningen mellan olika statliga myndigheters insatser utan i allra högsta grad även i hanteringen av det särskilda statliga stödet. Utredningen anser att det statliga stödet till insatser mot hiv/aids (och andra STI) bör ha en gemensam planerings- och uppföljningsmekanism och att inga medel skall utgå utan att statlig uppföljning äger rum. Det är mot den bakgrunden olyckligt med uppsplittringen i ett anslag som kanaliseras via en statlig myndighet (Statens folkhälsoinstitut) och ett direktanslag till storstäderna som utgår utan formella krav på återrapportering. De statliga medel som utgår till stöd för hiv/STI-preventivt arbete – anslaget 14:1 *Insatser mot aids* under utgiftsområde 9 samt anslag 48:2 *Bidrag till särskilda insatser i vissa kommuner och landsting* under utgiftsområde 25 – bör således i framtiden

utgå i form av ett samlat anslag under utgiftsområde 9. Detta skulle innebära förbättrade möjligheter till samlade strategiska satsningar på de områden där statliga medel kan göra störst nytta.

Utredningen gör dessutom den bedömningen att den aktuella epidemiologiska utvecklingen och den hotbild vi står inför nödvändiggör att de samlade statliga satsningar som görs inom detta område behöver upprätthållas på åtminstone oförändrad nivå även under kommande år.

Som framgått tidigare anser utredningen att Socialstyrelsen skall ansvara för den övergripande planeringen, uppföljningen och utvärderingen av den samlade statliga insatsen. Utredningen har mot den bakgrunden i särskild ordning prövat frågan om vilken eller vilka myndigheter som skall administrera de statliga medlen för insatser mot hiv/aids (och i tillämpliga fall andra STI). Vidare diskuteras formerna och de allmänna principerna för hur stödet fördelas.

### Administration

Utredningen konstaterar att de statliga medlen, som de har hante-rats av Statens folkhälsoinstitut och av landsting och kommuner i storstadsområdena, har använts till att stödja ett brett spektrum av insatser av såväl primär- som sekundärpreventiv art. De olika aktörerna har dessutom varit lyhörda för behovet av en successiv förändring av inriktningen av verksamheterna som ett svar på förändringar i epidemiologin. Huvuddelen av de medel som Statens folkhälsoinstitut i dag fördelar ur anslaget avser långsiktigt preventivt arbetet som vilar på samhällsvetenskaplig/beteendevetenskaplig grund. Det rör sig bl.a. om stöd till frivilligorganisationer, stöd till olika satsningar inom skolans ram, stöd till samordningsinsatser mellan olika lokala aktörer eller stöd till preventionssatsningar i landstingen. Även storstadsanslaget går huvudsakligen till liknande satsningar och fördelas såväl till frivilligorganisationer som egna satsningar i landsting och kommuner. Den enskilt största satsningen här är stödet till Lafa inom Stockholms läns landsting.

Utredningen konstaterar vidare att det också finns ett tämligen stort behov av att stötta primär- och sekundärpreventiva insatser mer direkt riktade mot smittspridningen t.ex. sådana som vidtas p.g.a. förändrat epidemiologiskt läge (inkl. insatser för förbättrad diagnostik/typning) och insatser hos huvudmän för utvecklandet

av metoder för primär- och sekundärprevention oftast på individbasis, insatser för att öka testningsfrekvensen hos vissa grupper etc. Denna typ av stöd har utgått såväl från de av Statens folkhälsoinstitut administrerade medlen och, i något större utsträckning, från medlen som gått till satsningar i storstadsområdena. Förutom detta finns det ofta ett behov av mer akuta insatser till följd av en snabb förändring av den epidemiologiska situationen, t.ex. i samband med utbrott.

Utredningen gör den samlade bedömningen att Statens folkhälsoinstitut även i fortsättningen bör anförtros att, med utgångspunkt i och ledning av den genomförda nationella planeringen, fördela medel för det långsiktiga preventiva arbetet som det beskrivs ovan. Stödet till de insatser som i huvudsak rör epidemiologi, (primär- och sekundär)preventivt arbete inom ramen för hälso- och sjukvården samt för mer akuta insatser bör i fortsättningen administreras av Socialstyrelsen som ett led i myndighetens samlade ansvar för smittskyddsfrågorna.

Fördelen med den föreslagna ordningen för administrationen av de statliga medlen gör att man även fortsättningsvis kan hålla samman implementeringen av det långsiktiga breda primärpreventiva arbetet mot hiv/STI med Statens folkhälsoinstituts övriga uppdrag inom området sex och samlevnad och de fördjupade uppdrag som kunskapscentrum som institutet föreslås få. Det ligger, enligt utredningens uppfattning, ett värde i att hålla samman kunskapsgenerering med diskussion kring och uppföljning av de olika projekt som rör primärpreventiva insatser på fältet. Att, som föreslås ovan, bryta ut en mindre del av anslaget som redan i dag används för mer akuta satsningar och satsningar på områden som traditionellt betraktats som preventiva åtgärder företagna inom smittskyddets ram är också, enligt utredningens uppfattning, ägnat att stärka och effektivisera arbetet. Utredningen vill på så vis ta till vara de olika myndigheternas kompetens- och ansvarsområden och motverka att vissa insatser inte får en adekvat bedömning och nödvändigt ekonomiskt stöd.

Det stöd som, enligt utredningens uppfattning, bör administreras av Socialstyrelsen utgör i dag ca 5 procent av de samlade insatserna men skulle sannolikt behöva ökas något som ett led i den mobilisering av hälso- och sjukvården i det preventiva arbetet som utredningen förespråkar. I det fortsatta arbetet bör det åligga de båda för hiv/aids-medlen ansvariga myndigheterna att utifrån den fastställda nationella verksamhetsplaneringen beräkna vilka kostnader som

kan komma att belasta den del av anslaget som man administrerar. Utredningen förutsätter att ett sådant budgetarbete och myndigheternas äskanden till följd av detta sker i nära samarbete mellan myndigheterna. I avsnittet 2.7 diskuteras mer ingående formerna för samarbetet mellan de olika myndigheterna.

Utredningen har också prövat möjligheterna att i stället överlåta hela ansvaret att administrera de statliga hiv/aids-medlen på antingen Socialstyrelsen eller Smittskyddsinstitutet.

När det gäller Socialstyrelsen så finner utredningen att en sådan lösning också skulle vara ett tänkbart alternativ. Socialstyrelsen har stor erfarenhet av fördelning av medel till såväl kommuner och landsting som enskilda. Dessutom finns, i form av sekretariatet för frivilligt arbete (SoFri) en enhet med ett väl utvecklat system för fördelning av medel till olika frivilligorganisationer (se avsnitt 4.5.2). Utredningen har närmare studerat arbetet inom SoFri och anser att man här tillämpar principer och arbetsmetoder som också skulle behöva appliceras inom hiv/aids-området. Att knyta anslagsfördelningen närmare till den övergripande planeringen och uppföljningen, som skulle bli följd av att överföra även ansvaret för hiv/aids-medlen till Socialstyrelsen, anser utredningen däremot inte har något större egenvärde. Den samlade nationella styrningen avser ju ett mycket bredare uppdrag där de särskilda stöden endast utgör en del – förvisso en viktig sådan – av den samlade insatsen. En överföring till Socialstyrelsen av det operativa arbetet med att fördela hela anslaget skulle också innebära större personalomflyttningar/nyanställningar och därmed sådana tempoförluster i arbetet som bör undvikas.

Utredningen vill dock på intet sätt avfärda alternativet att överföra ansvaret för hela det statliga hiv/aids-anslaget till Socialstyrelsen. De svårigheter man då skapar genom att skilja detta uppdrag från Statens folkhälsoinstituts uppdrag inom sex och samlevnad och som beteendevetenskapligt kunskapscentrum är dock det främsta skälet som talar mot en sådan lösning.

Utredningen har också övervägt för och nackdelar med att låta Smittskyddsinstitutet ta över ansvaret för hela eller delar av det uppdrag som Statens folkhälsoinstitut i dag har på hiv/STI-området. Utredningen kan inte se rationaliteten i att enbart överföra ansvaret för de statliga medlen till Smittskyddsinstitutet. Ett möjligt alternativ vore givetvis att överföra hela det ansvar inom sex och samlevnad och sexuellt överförda sjukdomar (inklusive det. s.k. kunskapscentrumsuppdraget) från Statens folkhälsoinstitut till Smitt-

skyddsinstitutet. På detta sätt behåller man sambandet mellan kunskapsgenerering på det beteendevetenskapliga området och arbetet med att direkt stötta insatser inom området.

Utredningen kan se fördelar med en sådan lösning men hyser också vissa betänkligheter. Den viktigaste är att Smittskyddsinstitutet på detta sätt och inom ett begränsat område skulle få ett annat arbetssätt och en delvis annan inriktning på verksamheten än vad som i övrigt är fallet. Dagens inriktning är epidemiologisk och biomedicinsk och att bredda inriktningen till att omfatta beteendevetenskap och implementering av direkta insatser bara inom ett fält (i detta fall hiv/STI) skulle skapa oklarheter om institutets uppdrag och arbetssätt. Om en sådan överföring av arbetsuppgifter till Smittskyddsinstitutet skulle göras borde det, enligt utredningens mening, vara en del i en större omdaning av myndigheterna. En intressant idé vore att, enligt norsk (*Folkehelseinstituttet*, se <<http://www.fhi.no>>) eller finsk (*Kansanterveyslaitos/Folkhälsoinstitutet*, se <<http://www.ktl.fi>>) modell, skapa ett bredare folkhälsoinstitut med uppgifter inom ett brett fält t.ex. smittsamma sjukdomar, miljömedicin, psykisk ohälsa, alkohol och drogfrågor m.m. och således inkorporera många av de uppgifter som i dag ligger på Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet. Ett sådant förslag kräver en fördjupad analys inom en rad fält och detta ligger utanför denna utrednings uppdrag.

Utredningen finner dock att den lösning som här förordas, med Socialstyrelsen som ansvarig myndighet för den övergripande planeringen och uppföljningen med bistånd av två fristående expertmyndigheter i form av kunskapsgenerering och implementering inom sina respektive verksamhetsfält, inte på något sätt försvårar att man i ett senare skede, om så befinns vara lämpligt samordnar de bägge expertmyndigheternas arbete. Tvärtom öppnar det nu aktuella förslaget möjligheter till stor flexibilitet i detta hänseende.

När det gäller den av utredningen här föreslagna ordningen bör det till sist återigen påpekas att Statens folkhälsoinstituts uppdrag att administrera och fördela de statliga hiv/aids-medlen bör vara mycket nära knutet till kunskapsgenereringen. Om denna koppling inte kan upprätthållas bör också ansvaret för medlen omprövas.

## Inriktning

När det gäller inriktningen på insatserna för det preventiva arbetet så diskuteras denna utifrån den indelning i anslagstyper som Statens folkhälsoinstitut redovisar. Utredningen vill betona att det är viktigt att Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i nära samarbete själva utvecklar och ansvarar för stödet och stödformerna och att de kommentarer som här lämnas av utredningen mer ska betraktas som stöd i den delen av myndighetsutövningen.

Inledningsvis konstaterar utredningen att det generella stödet till homosexuellas organisationer (tidigare homosexuppdraget) fortsättningsvis inte bör belasta hiv/aids-anslaget. Detta stöd är inte knutet till insatser mot hiv/STI och utredningen anser därför att det står i strid med intentionerna för anslaget 14:1 att utnyttja det för detta ändamål. Allmänt stöd till dessa organisationer är motiverat utifrån andra aspekter, t.ex. för attitydförändrande och intressepolitiskt arbete, men bör, enligt utredningens uppfattning, finansieras med andra medel.

När det gäller stödet till frivilligorganisationer verksamma inom hiv/STI-prevention på riksnivå så anser utredningen att ett mer omfattande generellt organisations-/verksamhetsstöd bör kunna utgå för den mer permanenta verksamheten. Därtill bör organisationerna kunna ansöka om särskilda projektstöd för tidsbegränsade och riktade insatser. På detta sätt undviker man att organisationernas kontinuerliga ordinarie verksamhet oegentligt klassificeras som projekt.

Projektstöd bör dessutom kunna utgå till såväl frivilligorganisationer som kommuner och landsting för preventivt arbete på nationell nivå eller av nationell relevans. Det senare kan t.ex. innebära att resultatet av ett projekt/en studie kan nyttjas på nationell nivå.

I och med att hela det statliga stödet samlas i ett anslag måste man givetvis fästa särskild vikt vid storstadsproblematiken inom detta område. I många fall är det så att problemet enbart finns eller är starkt koncentrerat till storstadsområdena och då särskilt till Stockholmsområdet. I sådant fall skall den lokala insatsen givetvis anses vara av nationell relevans. Exempel på det sistnämnda är insatser riktade till intravenösa missbrukare där drygt 70 procent av samtliga rapporterade fall av hivinfektion hos intravenösa missbrukare har rapporterats från Stockholms län. Ett sådant resonemang kan föras över nästan hela fältet och innebär givetvis att en försvarlig andel av det statliga stödet kommer att behöva gå till aktiviteter i

storstadsområdena. I storstäderna, och då främst i Stockholm, har man också byggt upp mer permanenta strukturer för hiv/STI-prevention som också bör kunna stöttas av statliga medel. Exempel på sådana verksamheter är Lafa och Hivskolan inom Stockholms läns landsting.

När det gäller frivilligorganisationernas lokala arbete, anser utredningen att stöd i första hand ska utgå till sådana projekt som bedrivs i samarbete med kommun/landsting (se vidare diskussion i avsnitt 2.2.3).

Särskilda satsningar bör göras inom skolans område och Statens folkhälsoinstitut bör här utveckla särskilda stödformer för att stötta sex- och samlevnadsundervisningen. Detta bör göras i samråd med de statliga myndigheter som är verksamma inom skolans område och i nära samverkan med kommuner, landsting och frivilligorganisationer (se avsnitt 2.2.2 för ytterligare diskussion).

Generellt gäller att bättre evidens för effekt av insatserna bör eftersträvas och ekonomiskt stöd till strategiska beteendevetenskapliga forskningsprojekt skall också fortsättningsvis kunna utgå; dock bör merparten av den kunskapsuppbyggande verksamheten falla inom ramen för institutets generella kunskapscentrumsuppdrag. Utredningen vill, detta sammanhang återigen betona vikten av den starka knytningen mellan det kunskapsgenererande arbetet på det beteendevetenskapliga området och ansvaret för de statliga medlen. Genom att denna knytning bibehålls kan Statens folkhälsoinstitut arbeta mer aktivt med att stötta projekt/insatser som utförs av andra aktörer, föreslå lämpliga metoder och stödja metodutveckling under projektets genomförande.

Slutligen vill också utredningen framhålla att ekonomiskt stöd inom ramen för hivanslaget skall kunna ges till frivilligorganisationer inom missbruksområdet med verksamhet som är relevant för det hivpreventiva arbetet. Stöd skall kunna utgå såväl till verksamheten som till särskilda projekt, gärna samarbetsprojekt med andra aktörer/huvudmän.

## Hantering och resurser

Kostnaderna för arbetet med fördelningen av medel skall i huvudsak belasta respektive myndighets ramanslag vilket närmare diskuteras i avsnitt 2.9. Utredningen anser däremot att uppföljning och utvärdering av projekten/insatserna bör belasta hiv/aids-anslaget.

Motivet till detta är att man därigenom får möjlighet att redan vid anslagsgivningen besluta om formerna för, och omfattningen av, uppföljningen av varje enskilt projekt.

Utredningen föreslår vidare att man i tilldelningen av medel arbetar med en längre planeringshorisont, förslagsvis på tre år, även om medelstildelningen sker årsvis. Såväl rutinerna för ansökan, beslut, återrapporering och uppföljning måste ses över och utvecklas och utredningen anser att man här kan ta lärdom av den hantering av bidrag som sker i andra myndigheter, inte minst i Socialstyrelsens frivilligsekretariat.

För ytterligare diskussion om resursfrågorna hänvisas till avsnitt 2.9.

## **2.7 Särskilt om ansvarsfördelning och samarbete mellan involverade myndigheter**

Som framgår av den diskussion som förs i avsnitt 2.5 om nationell styrning är det utredningens uppfattning att den oklara ansvarsfördelning som i dag finns mellan olika statliga myndigheter har varit till förfång för det samlade preventiva arbetet mot hiv/STI. Möjligen bottenar den otydligheten i att man från regeringens och myndigheternas sida aldrig tydligt definierat formerna för det preventiva arbetet på olika nivåer, vilka aktörer som finns och vilka redskap som är möjliga att använda.

Trots denna otydlighet vad avser de strukturella förutsättningarna för arbetet anser utredningen att ansvariga myndigheter borde ha kunnat arbeta mer aktivt och samordnande med de preventiva hiv/STI-frågorna inom sina respektive verksamhetsfält. Detta gäller Socialstyrelsen som har en rad ansvarsområden som på olika sätt berör hiv/STI-preventionen men också Smittskyddsinstitutet som, inte minst mot bakgrund av den epidemiologiska situationen, borde ha kunnat förstärka sin verksamhet inom området. Statens folkhälsoinstituts tillkortakommanden när det gäller planering och uppföljning har också berörts (i avsnitt 2.5) och ska inte ytterligare diskuteras här.

I dagsläget har ett antal statliga (och kommunala) myndigheter, genom vad som följer av lag eller instruktion, uppgifter inom detta område. Samverkansformer finns – t.ex. i form av den samordningsgrupp och den större referensgrupp som leds av Statens folkhälsoinstitut – men en tydlig ansvarsfördelning saknas. Under utrednings-



arbetet har det framförts, såväl från sjukvårdshuvudmän som från frivilligorganisationer, att man saknar en statlig samtalspartner som har ett övergripande ansvar för samhällets *samlade* insatser mot hiv/aids och andra STI. Även UNGASS-deklarationen betonar behovet av ett tydligt ledarskap på olika nivåer i samhället.

Förslaget till fördelning av uppdrag och ansvar mellan de statliga myndigheterna och skälen för dessa har utförligt redovisats i avsnitten 2.5 och 2.6 och ska inte i detalj upprepas här. Sammanfattningsvis föreslår utredningen att Socialstyrelsen ska få ett formellt ansvar för samordningen av de nationella hiv/STI-insatserna och därmed svara för övergripande nationell planering och uppföljning inom området. Vidare föreslår utredningen en förstärkt kunskapsuppbyggnad inom området genom att Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet inom sina respektive kompetens- och verksamhetsområden får ett tydligt ansvar som kunskapscentra som stöd till samtliga aktörer på nationell och regional/lokal nivå. När det gäller de statliga medel som kan utgå för stöd till insatser inom området så föreslår utredningen att Statens folkhälsoinstitut även fortsättningsvis skall administrera huvuddelen av dessa medel, men att en mindre del bör disponeras av Socialstyrelsen.

Utredningen vill, med sitt förslag, dels på ett bättre sätt tillvarata de olika myndigheternas kompetens- och ansvarsområden, dels markera betydelsen av ett samlat grepp om hiv/STI-arbetet. I detta avsnitt diskuteras förslagets möjlighet att förbättra interaktionen mellan myndigheter på nationell nivå och möjligheterna att utveckla interaktionen mellan olika aktörer på nationell/regional/lokal nivå.

Det finns sannolikt mycket goda möjligheter att inom detta område utveckla en väl fungerande nationell planerings- och uppföljningsmekanism. Förutsättningen är att rollfördelningen mellan myndigheterna tydliggörs samt att man skaffar sig en stabil gemensam kunskapsgrund att basera sitt handlande på. Förslaget medför inte att Socialstyrelsen, i sin roll som samordnande myndighet, ska ha någon direkt direktivrätt över andra myndigheter. Det som sägs inom ramen för planering och uppföljning är däremot att betrakta som övergripande anvisningar avseende i vilken riktning och med vilka medel de olika myndigheterna skall verka på fältet. Med verksamhetsplaneringen som bas förväntas sedan inblandade aktörer utföra sina uppgifter under eget ansvar. Socialstyrelsen har ju dessutom andra möjlighet att påverka prioriteringar och tillämpningar, t.ex. genom att i vissa fall utnyttja de möjligheter att utfärda föreskrifter och allmänna råd som följer av förordningen (1985:796)

med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. samt smittskyddsförordningen (1989:301) eller genom den uppföljning av verksamheter som är resultatet av myndighetens tillsyn. De senare styrmekanismerna omfattar i allmänhet sjukvårdshuvudmännens verksamhet men sammantaget ger detta stora möjligheter till statlig styrning och uppföljning av hiv/STI-området.

Samarbetsformerna mellan myndigheterna måste ses över och förnyas. Dagens myndighetssamarbete, som sker i en mer formell samverkansgrupp, måste utvecklas till att omfatta samarbete även på mer operativ nivå dvs. mellan handläggare vid myndigheter eller frivilligorganisationer som specifikt sysslar med vissa problemställningar. Generellt gäller att det kunskapsgenererande arbetet måste förstärkas. Detta diskuteras mer i detalj i avsnitt 2.5.2.

Indirekt kan bristen på samordning på statlig nivå även sägas ha medfört konsekvenser på regional nivå, främst på arbetet inom landstingens ram. Den modell med separata kanaler för information och handläggning mellan nationell och regional nivå som utvecklats har inte gynnat en samlad lokal ansats. På lokal nivå har utredningen noterat att ett successivt ökat samarbete, och inte så sällan en integrering, har ägt rum mellan arbetet vid smittskydds-enheter och folkhälsoenheter (motsv.) och det är angeläget att också de statliga myndigheterna anammar det arbetssättet och skapar gemensamma och öppna kanaler mellan arbetet på nationell och lokal/regional nivå. Detta är, enligt utredningens uppfattning, ett sätt att uppnå målet om en mer hälsobefrämjande hälso- och sjukvård. Det skulle dessutom med stor sannolikhet bidra till att frivilligorganisationernas insatser i större utsträckning än vad som är fallet i dag i tillämpliga delar kan samordnas med hälso- och sjukvårdens arbete.

Sammanfattningsvis anser utredningen att det, trots att man kan konstatera brister i det sätt på vilket myndigheterna i dag arbetar, finns goda möjligheter att skapa en fungerande samarbetskultur på nationell och regional/lokal nivå.

## 2.8 Särskilt om UNGASS-deklarationen

Den globala spridningen av hiv/aids har under senare år kommit att uppmärksammas på högsta politiska nivå såväl inom FN-systemet som i andra internationella organ. Fram till mitten av 1990-talet hade WHO huvudansvaret för bekämpningen av hiv/aids genom

sitt globala aidsprogram. År 1996 bildades ett övergripande FN-organ, UNAIDS, i syfte att förbättra samordningen inom FN-systemet systemet men också för att vara ett s.k. *centre of excellence*; ett centralt organ för aktuell information om smittspridning, finansiering, forskning, samarbetsformer m.m. I FN:s millenniedeklaration från år 2000 slås det fast att ett av de s.k. millennieutvecklingsmålen skall vara att bekämpa hiv/aids, malaria och andra sjukdomar, men flera av de andra målen har också relevans för arbetet mot hiv/aids.

År 2001 hölls en särskild session om hiv/aids i FN:s generalförsamling. Vid denna session ställde sig regeringarna i FN:s medlemsstater bakom en deklaration om behovet av omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av hiv/aids. Tidsramar inom vilka olika målsättningar skall ha uppnåtts har preciserats avseende ett flertal områden. UNGASS-deklarationen talar om såväl globala som regionala och nationella åtgärder som krävs för att stoppa den världsomspännande epidemin.

Utredningen konstaterar att en rad av dessa områden har stor relevans för hur man handskas med smittspridning i Sverige. Vissa områden ligger utanför utredningens uppdrag – särskilt avseende Sveriges globala åtaganden. Inom ramen för diskussionen av respektive område refererar utredningen till UNGASS-deklarationen och gör bedömningar huruvida nuvarande aktiviteter/ordning i vårt land motsvarar de krav som kan ställas. Vid behov har förslag lagts om förändringar i gällande ordning.

I detta avsnitt sammanfattas UNGASS-deklarationens centrala avsnitt med relevans för den svenska situationen och utredningens förslag i dessa delar kommenteras särskilt.

I UNGASS-deklarationen betonas initialt vikten av att hiv/aids-frågan står högt på den politiska dagordningen. Ett starkt ledarskap på samtliga nivåer i samhället krävs, samt att tillräckliga resurser avsätts för arbetet. Utredningen vill med de förslag som lagts fram ytterligare renodla och tydliggöra ansvarsförhållandena mellan berörda aktörer och på så vis också stärka aktörernas handlingsmöjligheter och därmed den *samlade* insatsen mot hiv/aids. Utredningen anser att de, i jämförelse med andra länder, stora *extra* resurser som staten avsätter (för år 2004 sammantaget 148 miljoner kronor) skulle kunna utnyttjas effektivare genom att samla anslagen under ett gemensamt planeringsinstrument.

Deklarationen lägger också stor vikt vid framtagandet av en nationell sektorsövergripande handlingsplan mot hiv/aids, samt att komplementära regionala/lokala handlingsplaner och policydoku-

ment utvecklas på basen av den nationella planen. I Sverige har detta mål endast delvis uppnåtts. Den av Statens folkhälsoinstitut framtagna handlingsplanen har legat till grund för institutets eget arbete, samt i stor utsträckning tjänat som utgångspunkt för komplementära regionala/lokala handlingsplaner, inkluderande storstadsregionernas. Däremot kan planen inte sägas ha legat till grund för den samlade insatsen mot hiv/aids, vilket förvisso har varit en brist. Utredningen vill i och med föreslagna planerings- och uppföljningsstrukturen samla insatserna under ett gemensamt planeringsinstrument som därmed också skall ansvara för upprättandet av nödvändig planering på nationell nivå. Arbetet med handlingsplaner på regional och lokal nivå behöver med nödvändighet initieras och drivas av respektive landsting/kommun (se avsnitt 2.5.1).

I deklARATIONEN betonas vidare vikten av att särskilt fokusera på ungdomar/unga vuxna i det preventiva arbetet. I deklARATIONEN specificeras att minst 90 procent av alla ungdomar/unga vuxna (15–24 år) år 2005 skall ha tillgång till information och utbildning avseende hiv/aids, samt till anpassade vårdresurser. År 2010 skall motsvarande siffra vara minst 95 procent. Tidigare kartläggningar, samt utredningens egen genomgång, visar att det har satsats stora resurser på prevention riktad till ungdomar, såväl inom skolans sex- och samlevnadsundervisning och vid ungdomsmottagningar som i särskilda projekt i regi av olika berörda aktörer. Utredningen har noterat att undersökningar visat att skolan ofta inte lever upp till målsättningarna i skolplanerna avseende undervisningen i sex och samlevnad och föreslår ett antal förbättringar och förstärkningar inom området. Utredningen föreslår också att Skolverket, inom ramen för sin tillsyn och kvalitetsgranskning, får i uppdrag att mer explicit och kontinuerligt bevaka dessa frågor, en uppföljning som sedan också bör kunna ligga till grund för den återrapportering som skall göras till UNAIDS. Vidare anser utredningen att systemet med ungdomsmottagningar bör utvecklas och stärkas. Utredningen föreslår dessutom att Statens folkhälsoinstitut skall ges ett särskilt uppdrag avseende ungdomar och unga vuxna (se avsnitt 2.2.2).

En fråga som särskilt berörs är vikten av att involvera och samarbeta med hivinfekterade och särskilt riskutsatta grupper i preventionsarbetet och den stödjande verksamheten. Många av frivilligorganisationerna inom hiv/aids-området är i huvudsak organiserade av personer som tillhör den målgrupp som de vänder sig till. Detta gäller särskilt de homo- och bisexuella människors organisationer. Särskild målgruppskompetens har rekryterats till Statens folkhälso-

institut, som svarar för den särskilda statliga insatsen men även inom sjukvården har sådan kompetens knutits t.ex. till de specialmottagningar som finns för MSM. Inom hälso- och sjukvården behövs dock kompetensen och kunnandet vad avser särskilda målgrupper stärkas. Sammanfattningsvis är det utredningens uppfattning att hivinfekterade och riskutsatta grupper ytterligare kan bidra till det preventiva arbetet och utredningen vill därför förbättra frivilligorganisationernas möjligheter och villkor (se avsnitt 2.2.3).

Det läggs särskild tonvikt på situationen för de hivinfekterade barnen. Att deras tillgång till rådgivning och psykosocialt stöd säkerställs, samt att de särskilt skall beaktas i frågor som rör diskriminering och stigmatisering. I Sverige rör det sig lyckligtvis fortfarande om en liten grupp barn, men samtidigt har det tyvärr också resulterat i att de delvis har hamnat i skymundan. Förbättringar behöver komma till stånd avseende såväl formerna av den vård som erbjuds barnen som den psykosociala stödverksamheten. Utredningen föreslår här att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utreda hur samhället på bästa sätt skall stödja hivinfekterade barn och ungdomar (se avsnitt 2.3.2).

Återkommande i deklARATIONEN betonas vikten av att angripa problemen med stigmatisering och diskriminering av hivinfekterade och riskutsatta grupper. Att gällande regelverk skall anpassas och utvecklas. Diskriminering i arbetslivet lyfts fram särskilt. Likaså det faktum att diskriminering underminerar preventions-, vård- och behandlingsinsatser. Utredningen har föreslagit att Socialstyrelsen ges i uppdrag att närmare undersöka hivinfekterades situation i samhället innefattande bl.a. upplevelsen av diskriminering och utanförskap, samt allmänhetens attityder till och beteenden mot hivinfekterade. Vidare har utredningen föreslagit att regeringen i särskild ordning överväger om diskrimineringsskyddet för funktionshindrade även bör omfatta socialförsäkrings- och arbetslöshetsförsäkringsområdet (se avsnitt 2.4).

I deklARATIONEN betonas vikten av att behandling av hivinfektion erbjuds utan urskillning. Betydelsen av att se prevention, psykosocialt stöd och behandling som integrerade och ömsesidigt förstärkande delar av en helhetsstrategi betonas. Utredningen delar den uppfattning som presenteras i deklARATIONEN och anser att nuvarande ordning motverkar det samlade smittskyddsarbetet. Förslag har därför lagts om förstärkt psykosocialt stöd till hivinfekterade i allmänhet och i synnerhet till intravenösa missbrukare och personer med utländsk härkomst eftersom dessa grupper har visat

sig ha särskilt dålig följsamhet till behandling. Utredningen anser dessutom att behandling av hivinfektion också bör tillhandahållas asylsökande (och motsvarande) på samma villkor som svenska medborgare och anser att det finns stöd för detta i tolkningen av det avtal som slutits mellan staten och Landstingsförbundet och som reglerar förutsättningarna för den vård som skall erbjudas asylsökande etc.

Deklarationen tar också ställning för sprututbyte och ett aktivt användande av andra åtgärder av den typ som brukar benämnas *harm reduction*. Utredningen ställer sig i princip positiv till användandet av skademinskande åtgärder av denna typ som ett sätt att begränsa effekterna av särskilda riskbeteenden både när de omfattar hivnegativa missbrukare (primärprevention) och hivinfekterade (sekundärprevention). Regeringen fastslog i november 2003 att staten varken skall uppmana till eller förbjuda sprututbyte, utan att detta skall ses som en smittskyddsåtgärd som varje landsting har att bedöma behovet av och Socialstyrelsen skall ge tillstånd till. Utredningen välkomnar detta ställningstagande och lägger inget eget förslag inom detta område, men vill särskilt betona vikten av att erbjudande om testning för såväl hiv som hepatit C bör ingå i sådana sprututbytesprogram.

Vikten av det arbete som utförs av frivilligorganisationer lyfts fram i deklARATIONEN, samt att dessa skall stödjas ekonomiskt. I deklARATIONEN förordas olika former av samarbeten mellan frivilligorganisationerna och offentliga aktörer. Frivilligorganisationerna var i Sverige tidiga med insatser för att begränsa spridningen av hiv/aids och det finns en samstämmighet om värdet av organisationernas insatser. De har en unik position i det förebyggande hiv/STI-arbetet, vilket motiverar de stora resurser som har utgått till frivilligorganisationer under åren. Utredningen vill i och med de förslag som presenterats ytterligare förbättra organisationernas villkor och möjligheter. Utredningen föreslår att man vid ansökan och i tilldelningen av medel arbetar med en längre planeringshorisont även om medelstilldelningen sker årsvis. Det är också, enligt utredningens uppfattning, viktigt att bidragsformerna är anpassade till innehållet i de verksamheter som skall stödjas. Utredningen anser därför att ett mer omfattande organisations-/verksamhetsstöd bör kunna utgå till de organisationer vars huvudsakliga verksamhet är hiv/aids-preventivt arbete. Därutöver bör särskilda satsningar stötta med projektbidrag. Utredningen anser också att organisationerna bör kunna spela en större roll i planeringsprocessen. Utredningen vill

betona vikten av att samarbetet/interaktionen med de lokala huvudmännen stärks och att samarbetsprojekt mellan sjukvårdshuvudmännen och frivilligorganisationerna skall prioriteras (se avsnitt 2.2.3).

I deklARATIONEN betonas vikten av uppföljning och utvärdering av handlingsplaner och uppställda målsättningar såväl nationellt som regionalt/lokalt. Likaså vikten av att ett effektivt epidemiologiskt uppföljningsinstrument finns, samt att uppföljningssystem utvecklas för att övervaka behandlingseffektivitet, biverkningar och resistensutveckling etc. Som framgått ovan anser utredningen att den uppföljning (och eventuell utvärdering) som gjorts inte är tillfredsställande. Utredningen har lagt fram en rad förslag för att förbättringar ska komma till stånd (avsnitt 2.5.1). Utredningen anser vidare att det epidemiologiska uppföljningssystemet behöver utvecklas för att kunna tillhandahålla den information som behövs för att ytterligare kunna anpassa riktade insatser. Som noterats ovan, saknas bl.a. nämnardata för antalet utförda hivtester. Utredningen föreslår därför att Smittskyddsinstitutet skall tilldelas ytterligare resurser (avsnitt 2.5.2). Utredningen vill vidare betona vikten av projekt och satsningar i syfte att kartlägga/övervaka behandlingseffektivitet, biverkningar och resistensutveckling, och för att förebygga de senare.

Slutligen har UNAIDS, för att följa upp FN-deklARATIONEN, tagit fram ett antal indikatorer som medlemsländerna bör ha som utgångspunkt i en regelbunden uppföljning och rapportering till FN-organet om hur bekämpningen av hiv/aids-epidemin framskrider. Uppföljningar avser landets åtagande och handlande globalt, åtagande och handlande nationellt, nationella program och beteenden, samt effekter (på nationell nivå). Metoder för datainsamling, samt tidsintervall för återrapportering specificeras också. Sverige överlämnade sin första uppföljning i juni 2003 – vilken avsåg ett delmoment i uppföljningen av nationellt åtagande och handlande – i form av ett självvärderingsformulär avseende strategisk plan, prevention, mänskliga rättigheter samt vård och stödinsatser. I tillämpliga delar motsvarar de svenska satsningarna i stort sett åtagandena enligt deklARATIONEN. Utredningen anser att ansvaret för att ta fram underlag till de återkommande uppföljningarna framgent skall åvila planeringsmyndigheten, för att på så vis utgöra en integrerad del av den kontinuerliga uppföljningen och utvärderingen.

## 2.9 Resursfrågor och ekonomiska konsekvenser av förslagen

Som framgått av betänkandets förslag anser utredningen att det statliga stödet för insatser mot hiv/aids (och i tillämpliga delar mot andra STI) skall användas som en strategisk resurs i ett brett preventivt arbete. Huvuddelen av medlen skall fördelas till aktörer för direkt implementering av åtgärder och i betänkandet diskuteras målgrupper, utförare och möjliga insatser. I ett särskilt avsnitt (2.6) gör utredningen allmänna överväganden rörande själva fördelningen av medlen, men lägger inga mer preciserade förslag beträffande hur medlen skall fördelas. Utredningen anser att de för fördelningen ansvariga myndigheterna (Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen) själva har att värdera hur dessa skall fördelas, dels utifrån den nationella planeringen, dels utifrån de förslag på insatser och projekt som myndigheterna har att ta ställning till i anslagsfördelningen.

För att åstadkomma största möjliga slagkraft och effektivitet i de statliga satsningarna krävs dock, enligt utredningens uppfattning, ett bättre fundament i form av resurser för planering, kunskapsgenerering och uppföljning på nationell nivå. I första hand bör Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut ha tillräckliga basresurser för de uppgifter som bör vila på dessa myndigheter. I följande avsnitt redovisas utredningens förslag till resursfördelning utifrån de överväganden och förslag som redovisats i avsnitt 2.5 och 2.6 ovan.

Utredningen har också, i enlighet med vad som stadgas i 14–16 § Kommittéförordningen (1998:1474), försökt kartlägga de konsekvenser, ekonomiska och andra, som kan bli en följd av att utredningens förslag genomförs. Denna redovisning följer i avsnitt 2.9.2.

### 2.9.1 Resursfördelning

Utredningen föreslår i avsnitt 2.6 att de statliga medel som utgår till stöd för hiv/STI-preventivt arbete – anslag 14:1 Insatser mot aids under utgiftsområde 9 samt anslag 48:2 Bidrag till särskilda insatser i vissa kommuner och landsting under utgiftsområde 25 – bör föras samman till ett permanent anslag under utgiftsområde 9. Huvuddelen av detta anslag bör, liksom är fallet i dag, användas till stöd till strategiska satsningar regionalt/lokalt i enlighet med vad



som diskuterats i avsnitt 2.6 och således utgå i form av stöd till kommuner, landsting och frivilligorganisationer. En mindre del av det samlade anslaget bör även i fortsättningen avsättas till planering och uppföljning, kunskapsgenerering på nationell nivå samt till uppföljning och utvärdering av enskilda projekt. Utredningen anser också att vissa nationella informationsinsatser bör belasta det statliga hiv/aids-anslaget. För Socialstyrelsens nationella planering och uppföljning och för vissa aktiviteter vid Smittskyddsinstitutet, som redan i dag till stor del finansieras av de statliga hiv/aids-medlen, föreslås smärre transfereringar av medel till respektive myndighets ramanslag (se nedan). I övrig förutsätts att de statliga myndigheterna kan fullgöra det som förväntas av dem genom prioriteringar inom sina respektive ramanslag.

Redan budgetåret 1993/94 genomfördes en överföring av medel till Statens folkhälsoinstituts ramanslag i och med att 6,5 miljoner kronor från hiv/aids-anslaget fortsättningsvis fick utnyttjas för kostnader (löner, lokaler etc.) för uppgifter inom hiv/aids-området. För närvarande finansieras dessutom fyra projektjänster direkt från anslaget. Totalt avlönas 10 handläggare vid institutet antingen via ramanslaget eller för det direkta arbetet inom projektet. Dessutom finns personella resurser vid den folkhälsovetenskapliga enheten för kunskapssammanställningar om, och rapportering av, folkhälsovetenskaplig forskning.

Vid beräkning av resursbehovet vid Statens folkhälsoinstitut har utredningen tagit hänsyn till de föreslagna förändringarna i inriktning och arbetsätt. Institutet föreslås få ansvar även för fördelning av medel till storstadsområdena samt ett fördjupat ansvar för kunskapsgenerering. Däremot behöver inte resurser avsättas för nationell planering och uppföljning av samhällets samlade insatser mot hiv/STI (annat än vad som följer av institutets uppdrag vad avser de samlade folkhälsomålen).

Sammantaget bedömer utredningen de nya arbetsuppgifterna, framför allt arbetet med värdering och implementering av insatserna i storstäderna, kräver betydande personella resurser vid institutet. Utredningen anser (som framgått i avsnitt 2.6.3) att kostnader för uppföljning och utvärdering av projekt/insatser skall kunna belasta hiv/aids-anslaget. Mot den bakgrunden är det rimligt att Statens folkhälsoinstitut även fortsättningsvis arvoderar centralt placerad personal för det ändamålet. Under åren 1998–2002 har i genomsnitt mellan 14,5 och 19,5 miljoner kronor av det särskilda anslaget använts till verksamhet som bedrivs av Statens folkhälsoinstitut och

2002 utgjorde den egna verksamheten ca 30 procent av anslaget. Institutet bör självt ta ställning till omprioriteringar inom ramen för dessa medel, t.ex. till resurser för kunskapsgenerering och stöd till forskning, inom ramen för den andel av anslaget som redan nu används för egen verksamhet.

Socialstyrelsen har, enligt förslaget, två huvuduppgifter nämligen; nationell planering och uppföljning av de samlade insatserna mot hiv/STI samt, inom ramen för sitt uppdrag som samordnande myndighet inom smittskyddet, ansvar för fördelning av vissa medel till främst sjukvårdshuvudmän men även till andra aktörer. För normering och tillsyn av hiv/STI inom smittskyddsområdet finns i dag inga specificerade resurser avsatta men uppskattningsvis kan för närvarande ca 0,25 av en årsarbetstid beräknas användas för detta. Vissa handläggare- och utredningsresurser avsätts dessutom inom andra angränsande områden men sammanlagt rör det sig, enligt utredningens uppskattning, om mindre än en heltidstjänst vid myndigheten. Utredningen anser att de myndighetsuppgifter som berör detta område och som följer av Socialstyrelsens olika uppdrag och bemyndiganden skall utföras inom ramen för myndighetens ramanslag och är därför inte beredd att föreslå något särskilt resurstillskott för detta arbete. De förstärkningar som utredningen anser vara nödvändiga måste alltså bekostas genom omprioriteringar inom myndighetens ramanslag. Socialstyrelsen bör givetvis, liksom fallet är för Statens folkhälsoinstitut, kunna disponera 5–10 procent av anslagsmedlen för uppföljning och utvärdering av de enskilda projekten/insatserna som finansieras av hiv/aids-medlen, antingen i form av egen personal och/eller genom att tjänsterna köps in externt.

När det gäller Socialstyrelsens ansvar för den samlade nationella planeringen och uppföljningen av området anser utredningen att denna bör vara av sådan art och omfattning att den kan sysselsätta tre personer. Till skillnad från den övriga myndighetsutövningen bör kostnaderna för dessa uppgifter hämtas från det statliga hiv/aids-anslaget och medel motsvarande tre heltidstjänster – sammanlagt 3,3 miljoner kronor – föreslås därför tillföras Socialstyrelsens ramanslag och motsvarande reduktion göras av anslag 14:1 under utgiftsområde 9.

De resurser som Smittskyddsinstitutet i dag avsätter för hiv/STI är inte helt enkelt att beräkna. Vid den epidemiologiska avdelningen används ca 1,5 handläggartjänst för analys och uppföljning av hiv/STI. I övrigt avsätts resurser för renodlad forskning samt för

diagnostisk verksamhet (som huvudsakligen är avgiftsfinansierad). Vidare bedrivs epidemiologisk uppföljning och molekylär typning i form av tillfälliga projekt som stöts ekonomiskt från de statliga hiv/aids-anlagen.

Utredningen anser, som tidigare framgått, att den epidemiologiska analysen och uppföljningen bör fördjupas och Statens folkhälsoinstitut har de senaste åren stöttat ett antal projekt med det syftet. Utredningen föreslår att denna verksamhet permanentas och att 1,1 miljon kronor, motsvarande löneomedel för en handläggare vid epidemiologiska avdelningen, tillförs Smittskyddsinstitutets ramanslag för ändamålet (med motsvarande reduktion av anslag 14:1 enligt ovan).

Vidare föreslås att institutet förstärks med ytterligare 1,5 miljoner kronor för att kunna permanenta typningen av hivstammar samt genomföra resistensbestämningar. Även dessa medel bör överföras från hiv/aids-anslaget men det bör betonas att denna kostnadsöverföring direkt kommer sjukvårdshuvudmännen till godo genom att såväl typningen som resistensbestämningen på detta sätt kan genomföras utan kostnad för hälso- och sjukvården.

Utredningen förutsätter också att viktiga utvecklingssatsningar vid Smittskyddsinstitutet kommer att stödjas av de statliga hiv/aids-medlen inom ramen för det anslag som disponeras av Socialstyrelsen. Om vissa av dessa satsningar senare bedöms behöva permanentas kan projektmedlen då överföras till Smittskyddsinstitutets ramanslag. Övriga satsningar vid Smittskyddsinstitutet förutsätts finansieras via omprioriteringar inom myndighetens ramanslag.

De föreslagna omdisponeringarna från hiv/aids-anslaget till vissa statliga myndigheter motsvarar mindre än 4 procent av det statliga anslaget men skulle tillsammans med de medel som redan överförts till Statens folkhälsoinstitut, enligt utredningens uppfattning, innebära förbättrade möjligheter till samlade strategiska satsningar på de områden där statliga medel kan göra störst nytta.

Som framgår av förslagen i avsnitt 2.6 gör utredningen dessutom den bedömningen att den aktuella epidemiologiska utvecklingen och den hotbild vi står inför nödvändiggör att de samlade statliga satsningar som görs inom detta område behöver upprätthållas på åtminstone oförändrad nivå även under kommande år. Av de ca 142 miljoner kronor som kan användas till specifika statliga satsningar inom området föreslår utredningen att Socialstyrelsen får disponera ca 7–8 miljoner och Statens folkhälsoinstitut resterande belopp, ca 135 miljoner kronor årligen.

## 2.9.2 Konsekvensbeskrivning

De strategiska satsningar på hiv/STI-prevention som utredningen föreslår ryms således inom den ram om 148 miljoner kronor som riksdagen beviljat för budgetåret 2004 och innebär alltså inga kostnadsökningar för staten. Tvärtom innebär den föreslagna modellen med ett samlat anslag som kontinuerligt följs upp, och där behovet av särskilda statliga satsningar ställs emot samhällets samlade insats, en förbättrad framtida styrning av området. Storleken på de statliga insatserna kan därmed lättare anpassas till reella behov och konsekvenser av förändringar i budgeterade anslag kan lättare överblickas.

För landsting och kommuner i storstadsområdena innebär förslaget en förändring i och med att inga schablonanslag längre föreslås utgå. Några garantier för att storstadsområdena erhåller de ca 90 miljoner kronor som i dag utgår i direktstöd kommer alltså inte att finnas. I stället föreslås de statliga stöden gå ut som aktivitetsstöd till strategiskt viktiga områden. Utredningen gör dock den bedömningen att huvuddelen av det statliga stödet kommer att utgå till satsningar som helt eller till stor del berör storstadsområdena. Utredningen pekar särskilt på behovet av att stödet riktas mot områden (geografiskt och ämnesmässigt) där de stora problemen finns. Storstäderna, och då särskilt Stockholmsregionen, bedriver också omfattande aktiviteter inom många fält och stöd föreslås dessutom kunna utgå till verksamheter av mer permanent natur, t.ex. Lafa. Sammantaget gör utredningen alltså den bedömningen att förslaget inte kommer att missgynna storstadsområdena jämfört med dagens system för medelstildelning.

För övriga kommuner och landsting innebär inte förslaget några större ekonomiska förändringar. Stödet blir, som i dag, aktivitetsbaserat. En skillnad är att samarbetsprojekt med frivilligorganisationer särskilt prioriteras.

I övrigt innehåller betänkandet en rad förslag riktade till landsting och kommuner t.ex. om nödvändigheten av att upprätthålla och förbättra vissa resurser inom hälso- och sjukvård, skola och missbrukarvård. Dessa förslag innebär ju inget automatiskt kostnadsutfall för huvudmännen även om utredningen, för sin del, anser att områdena bör prioriteras. Kostnader för att genomföra dessa förslag är givetvis också beroende på respektive huvudmans utgångsläge. Mot eventuella kostnadsökningar skall också ställas de vinster man förväntas göra genom en minskad sjuklighet, eller i värsta fall bara en utebliven ökning av denna. Som framgår av be-

tänkanget anser utredningen dessutom att strategiska satsningar inom en rad av dessa områden, åtminstone övergångsvis, skall kunna stöttas med statliga medel.

Allmänna skrivningar finns också om att hälso- och sjukvården bör få en mer hälsofrämjande inriktning. Att arbeta mer hälsofrämjande med ett preventivt synsätt i fokus är inte så mycket en fråga om stora kostnader utan snarare om attityder och förhållningssätt. Sådana omställningar kräver förvisso också insatser inte minst i form av utbildning.

När det gäller frågorna kring vård och behandling av hiv/aids så föreslås alltså förstärkningar av bl.a. det psykosociala stödet som skulle möjliggöra för en större grupp av hivinfekterade att erhålla behandling. Detta innebär, åtminstone kortsiktigt, ökande kostnader för sjukvårdshuvudmännen men dessa kostnader skall givetvis ställas mot riskerna med och de långsiktiga kostnaderna för en stor grupp obehandlade hiv-infekterade individer. Dessa satsningar torde dessutom ingå i huvudmännens ordinarie sjukvårdsåtagande och har därför inte kostnadsberäknats i detta sammanhang.

När det gäller hälsoundersökning av asylsökande har denna utredning, som framgår i avsnitt 2.3.1, ställt sig bakom de förslag från utredningen EG-rätten och mottagandet av asylsökande (SOU 2003:89) som syftar till att förbättra möjligheterna att dessa undersökningar också verkligen genomförs. Redan utredningen EG-rätten och mottagandet av asylsökande konstaterar i sitt betänkande att om så blir fallet innebär det onekligen större kostnader för staten men anser att det egentligen inte är fråga om några nya åtaganden utan att utredningens förslag syftar till att bidra till att redan gjorda åtaganden uppfylls på ett bättre sätt. Hiv/aidsutredningen instämmer i detta.

Ett snarlikt resonemang kan man föra om de kostnadsökningar som eventuellt skulle uppstå om den av utredningen föreslagna tolkningen av överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om kostnader för vård till asylsökande tillämpades i alla landstingsområden. Utredningen har försökt beräkna de faktiska kostnaderna men det ligger i sakens natur att en sådan analys är svårt att göra. Utredningen uppskattar att det totala antalet kontinuerligt pågående behandlingar per år i dagsläget kan komma att uppgå till maximalt 35. Med beaktande av en läkemedelskostnad som per år beräknas uppgå till 80 000–100 000 kronor rör sig totalkostnaden om ca 2,8–3,5 miljoner per år. Ersättningen till sjukvårdshuvudmännen utgår dels i form av ett schablonbelopp, dels i form

av direkt kostnadstäckning motsvarande den kostnad för en vårdkontakt som överstiger 50 000 kronor. Kostnadsfördelningen mellan landstingen och staten är därför huvudsakligen beroende på genomströmningen av patienter i denna grupp. Utredningen gör den grova uppskattningen att parterna i dagens läge kommer att få stå för cirka hälften var av totalkostnaden.

Eftersom detta rör en tillämpning av ett redan gällande avtal kan det, enligt utredningens uppfattning, inte egentligen sägas vara några nya åtaganden det är fråga om för stat och landsting. Snarare är detta en följd av de normala fluktuationer i sjukdomspanorama och möjligheter till – och därmed i vissa fall nödvändigheten av – behandling av olika sjukdomar som äger rum över tiden. Dessa kostnader skall också ställas mot riskerna med, och därmed kostnaderna för, den smittspridning från en grupp individer som inte kommer att ingå i det normala uppföljningssystemet för hivinfekterade individer. Till detta kommer problemen med ofullständig behandling – i första hand risk för resistensutveckling – eftersom det är väl känt att vissa personer som i dag inte kommer i åtnjutande av antiviral terapi genom samhällets försorg ändå på olika vägar skaffar sig läkemedel.