

3 Epidemiologisk översikt

3.1 Internationell överblick

Den globala spridningen av hiv/aids utgör ett växande socialt och ekonomiskt problem. FN:s hivprogram UNAIDS uppskattar att ca 40 miljoner människor i världen lever med hivinfektion i dag (*AIDS epidemic update. December 2003. UNAIDS 2003*). Enligt UNAIDS:s beräkningar smittas ytterligare 5 miljoner människor årligen och ca 3 miljoner avlider i aids, en ökning av dödsfallen med nästan en miljon jämfört med i slutet av 1990-talet. Av alla hiv-infekterade personer uppskattas 2,5 miljoner vara barn under 15 år, men långt fler barn världen över har indirekt drabbats av hiv-epidemin genom att föräldrarna insjuknat och avlidit till följd av sjukdomen. Hiv/aids anges av WHO vara den infektionssjukdom som skördar flest liv i världen, fler än sjukdomar som malaria och tuberkulos, och totalt sett är hiv/aids i dag den fjärde vanligaste dödsorsaken i världen (*The world health report 2002. WHO 2002*). De medicinska framgångarna under senare delen av 1990-talet, främst i form av effektivare hivbehandling, har hittills nästan enbart kommit infekterade i höginkomstländer till del. Majoriteten av världens hivinfekterade saknar tillgång till antiviral behandling, men WHO har satt upp som mål att senast år 2005 skall tre miljoner hivinfekterade i utvecklingsländerna kunna erhålla behandling.

Hivinfektion i världen, WHO:s uppskattningar, december 2003

Antal människor som lever med hiv/aids	40 miljoner (34–46 milj.)
– varav barn under 15 år	2,5 miljoner (2,1–2,9 milj.)
Nyinfekterade med hivinfektion 2003	5 miljoner (4,2–5,8 milj.)
Dödsfall p.g.a. hiv/aids 2003	3 miljoner (2,5–3,5 milj.)

Källa: <http://www.unaids.org>

Värst drabbade är länderna i Afrika söder om Sahara där 26,6 miljoner människor lever med hivinfektion, vilket har uppskattats vara ca två tredjedelar av de infekterade i världen. Heterosexuell smittväg dominerar i denna del av världen. Med några få undantag, framför allt i Uganda och ytterligare i ett par östafrikanska länder, visar hivepidemin på den hårt drabbade afrikanska kontinenten inga tecken på att avta och situationen är alarmerande i många länder. I de värst drabbade länderna i Södra Afrika, t.ex. Sydafrika och Botswana, är andelen hivinfekterade bland gravida kvinnor så hög som 25–40 procent i vissa regioner.

I Syd- och Sydostasien, den efter Afrika värst drabbade regionen i världen, beräknas mellan 4,6 miljoner och 8,2 miljoner människor leva med hivinfektion. Här är heterosexuellt överförd smitta och smitta via injektionsmissbruk de vanligaste smittvägarna. I flera länder i denna region, t.ex. Vietnam och delar av Kina och Indien, pågår hivepidemier som startat nyligen och som fått en snabb spridning framför allt bland injektionsmissbrukare, med en prevalens på 20–80 procent bland dessa i vissa områden. I Thailand och Kambodja, med äldre epidemier och hög prevalens bland prostituerade, har läget stabiliserats under de senaste åren, men prevalensen i den vuxna befolkningen är så hög som 2 respektive 3 procent i dessa länder.

I Latinamerika och Karibien uppskattas det totala antalet hivinfekterade som nu lever med sjukdomen vara mellan 1,6 miljoner och 2,5 miljoner, med såväl heterosexuell smitta, sex mellan män och smitta via injektionsmissbruk som viktiga smittvägar. Flera länder i Karibien har en hivprevalens omkring 2 procent bland gravida kvinnor och på Haiti ligger den generella prevalensen i den vuxna befolkningen på 5–6 procent.

Antalet personer som lever med hivinfektion i Nordamerika uppskattas till ca 1 miljon och även här är heterosexuell smitta, sex mellan män och smitta via injektionsmissbruk de huvudsakliga smittvägarna. Liksom i övriga höginkomstländer i världen, ökar antalet personer som lever med hivinfektion, framför allt tack vare tillgången till antiviral behandling. Smitta via injektionsmissbruk står i dag för 25 procent av de nya hivfallen i USA och ca hälften av alla nya fall återfinns i dag i den afroamerikanska befolkningen.

I Västeuropa, där de huvudsakliga smittvägarna är sex mellan män, smitta via injektionsmissbruk och heterosexuell smitta uppskattas ca 600 000 personer leva med hivinfektion. Män som smittats genom sex med män är fortfarande den vanligaste smittvägen i

många länder, men i andra, bl.a. Storbritannien, Tyskland, Irland, Sverige och Nederländerna, är heterosexuell smitta den huvudsakliga smittvägen bland nyanmälda fall under senare år. En stor andel av dessa individer har dock ådragit sig sin hivinfektion i andra länder i världen med hög endemisk spridning av hiv.

Östeuropa och Centralasien beräknas ha mellan 1,2 och 1,8 miljoner hivinfekterade personer och injektionsmissbruk är där den dominerande smittvägen. I Ukraina, de baltiska länderna och delar av Ryssland pågår omfattande hivepidemier som startat de senaste åren och som fått en snabb spridning framför allt bland unga injektionsmissbrukare. Även i andra f.d. Sovjetrepubliker som Vitryssland, Kazakstan, Kirgizstan och Uzbekistan, pågår epidemier med snabb ökningstakt.

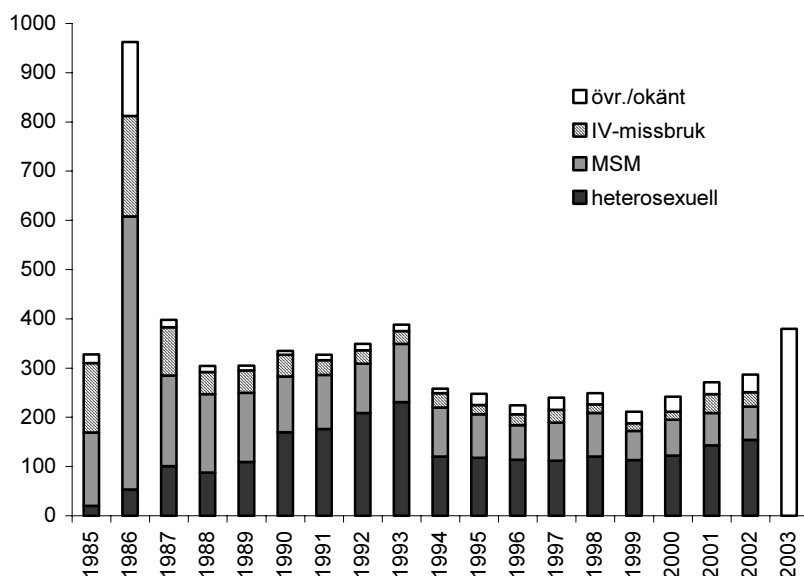
3.2 Utvecklingen av hiv/aids-epidemin i Sverige

Det har gått mer än 25 år sedan hivepidemin nådde Sverige. De tidigaste aidsfallen diagnostiserades i Sverige år 1982, men antikroppar mot hiv har i efterhand kunnat påvisas i sparad blod från några män som smittats av hepatit A i samband med ett utbrott bland homo- och bisexuella män i Stockholm redan 1979–80 (von Krogh m.fl. 1987). Det var först år 1985 som det blev möjligt att analysera förekomst av antikroppar mot hiv (då kallat HTLV-III) i blodprov, och anmälningsplikt infördes i smittskyddslagstiftningen för hivinfektion. En intensiv testning kom igång och ett stort antal fall av hivinfektion diagnostiserades under de följande två åren, framför allt bland män som smittats genom sex med män och bland injektionsmissbrukare – de två grupper som tidigast drabbades av hivepidemin i Sverige – och till viss del bland personer som erhållit blodtransfusion och andra blodprodukter, t.ex. personer med hemofili. Av de nära 1 300 fall som anmäldes åren 1985–86 var 54 procent MSM, 27 procent var smittade genom injektionsmissbruk och 13 procent var hemofilpatienter eller personer som smittats via blodtransfusion, medan endast 6 procent hade smittats genom heterosexuell kontakt.

Av statistiken över anmälda fall till den epidemiologiska avdelningen vid Smittskyddsinstitutet (tidigare Statens bakteriologiska laboratorium), framgår att 1986 anmäldes hela 962 personer som hivinfekterade – mer än dubbelt så många fall som något annat rapporteringsår. Det är en naturlig topp till följd av den anhopning av

fall som smittades från slutet av 1970-talet och under första halvan av 1980-talet och som blev möjliga att diagnostisera när hivtestningen introducerades år 1985. Därefter följde en snabb nedgång i årliga hiv-anmälningar. Under perioden 1988–1993 var antalet anmälda fall av hivinfektion tämligen konstant, omkring 300 fall årligen, med år 1993 som ett mindre undantag med 390 anmälningar. Åren 1994–2001 nydiagnostiserades ca 250 fall årligen.

Figur 1. Antal anmälda fall av hivinfektion per år 1985–2003, fördelade på smittväg



Källa: Smittskyddsinstitutet.

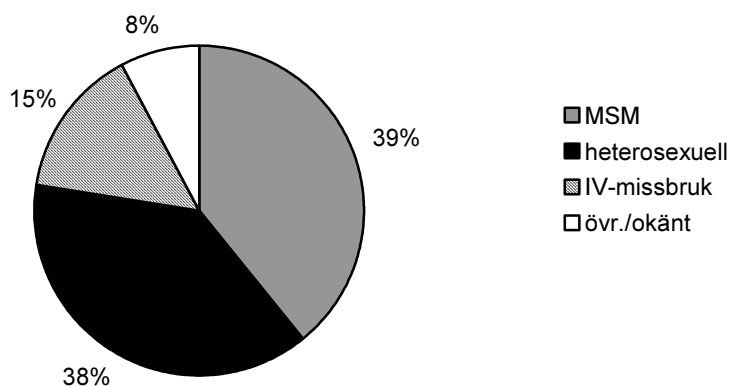
De uppskattningar om smittspridningen i Sverige, som initialt gjordes utifrån de höga årssiffrorna i mitten av 1980-talet och som förutspådde en utveckling med 10 000-tals smittade inom några få år, visade sig vara grovt felaktiga. I beräkningarna togs inte hänsyn till de skillnader i kontaktmönster som finns mellan olika grupper och till de skillnader i smittsamhet som finns mellan olika möjliga smittvägar. Den höga hivincidensen i mitten av 1980-talet speglade framför allt utbrotten i två grupper med förhöjd risk för hivinfek-

tion: MSM och injektionsmissbrukare. När hivinfektionen drabbade dessa två till storleken begränsade grupper spreds den initialt mycket snabbt inom grupperna för att sedan minska. Att utifrån denna spridning göra uppskattningar om smittspridningen i den större heterosexuella befolkningen, med andra kontaktmönster och en lägre smittspridningsrisk, visade sig således vara felaktigt (Åkerlund m.fl. 2003).

Bilden av hivepidemin i Sverige kompliceras också av att en så stor andel av de fall som upptäckts här har smittats utomlands, antingen före immigration till Sverige eller i samband med utlandsvistelser. Statistiken innehåller dessutom även fall som redan är kända genom hivtestning utomlands men som anmäls av sjukvården som nya fall i Sverige i samband med inflyttningen. En annan komplicerande faktor är att tiden kan vara lång mellan smitta och diagnos vilket gör det svårt att säkert veta hur smittspridningen ser ut i Sverige just nu. Av de fall som upptäcks i Sverige i dag är majoriteten smittade mellan ett till tio år före det att diagnosen ställs. Kunskapen om aktuell smittspridning blir därför beroende av hur screening och testningsfrekvens ser ut i befolkningen i allmänhet och i de särskilt riskutsatta grupperna i synnerhet.

Redan efter några år noterades att de primärt riskutsatta grupperna – MSM och injektionsmissbrukare – inte längre dominerade statistiken för nydiagnostiserad hivinfektion i Sverige. Redan 1987 passerade heterosexuell smittväg injektionsmissbruk som den näst vanligaste orsaken till hivsmitta och fr.o.m. 1990 har heterosexuell smitta varit den vanligast förekommande smittvägen bland nydiagnostiserade. Detta förklaras i första hand av ett stort antal immigranter som hivinfekterats redan före ankomsten till Sverige, men även av att ett relativt stort antal i Sverige bosatta personer har smittats under utlandsvistelse. En relativt låg andel av de heterosexuellt smittade har smittats i Sverige. En ökning av personer smittade utomlands före immigration till Sverige kan ses under de fyra första åren av 2000-talet. Likaså har antalet fall bland injektionsmissbrukare varit markant högre åren 2001–2003 än under den närmast föregående femårsperioden, medan någon motsvarande ökning av fall inte setts bland MSM eller heterosexuella som smittats i Sverige. Totalt sett är heterosexuell smittväg i dag lika stor som homosexuell dito – dessa smittvägar står för knappt 40 procent vardera av de totala antalet anmälda fall i Sverige, medan injektionsmissbrukarna utgör 15 procent.

Figur 2. Totalt antal anmälda fall av hivinfektion 1985–2002 (n=5 926) per smittväg. Kategorin övrig/okänd smittväg innefattar mor–barnsmitta, smitta via blod och blodprodukter, sjukvårdssmitta etc.

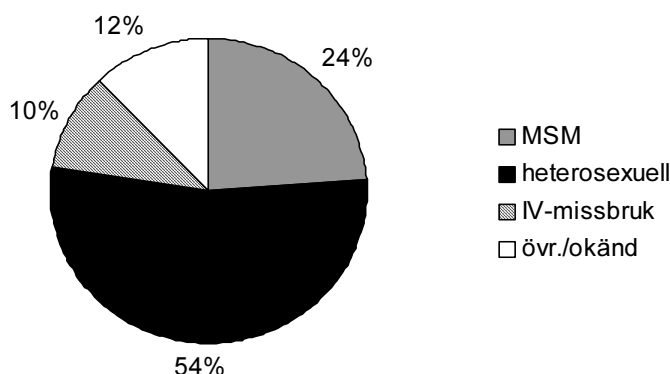


Källa: Smittskyddsinstitutet.

Totalt har 5 926 personer anmäls smittade med hivinfektion t.o.m. år 2002; 4 354 (73 procent) män och 1 572 (27 procent) kvinnor. Av samtliga fall är 78 procent anmälda från de tre storstadsregionerna, varav Stockholms län ensamt står för 58 procent. Statistiken domineras av tre grupper; MSM, intravenösa missbrukare samt, inom gruppen heterosexuellt smittade, immigranter från högendemiska områden. I de två förstnämnda grupperna är smitta i Sverige vanligast, bland heterosexuella är de allra flesta smittade utomlands. En utförligare redogörelse för situationen i storstadsregionerna lämnas i avsnitt 3.3. De ovannämnda målgrupperna behandlas mer specifikt i avsnitten 4.2.1, 4.2.2 och 4.2.3.

Av de 287 anmälda fallen av hivinfektion år 2002, har 68 smittats via sexuell kontakt mellan män, 154 personer (85 kvinnor och 69 män) har smittats via heterosexuella kontakter, 29 personer (8 kvinnor och 21 män) genom intravenöst missbruk och för ytterligare 35 personer (19 kvinnor och 17 män) har smittvägen uppgivits som antingen okänd eller övrig (där återfinns bl.a. mor–barnsmitta och smitta via sjukvård i utlandet).

Figur 3. Anmälda fall av hivinfektion per smittväg år 2002



Källa: Smittskyddsinstitutet.

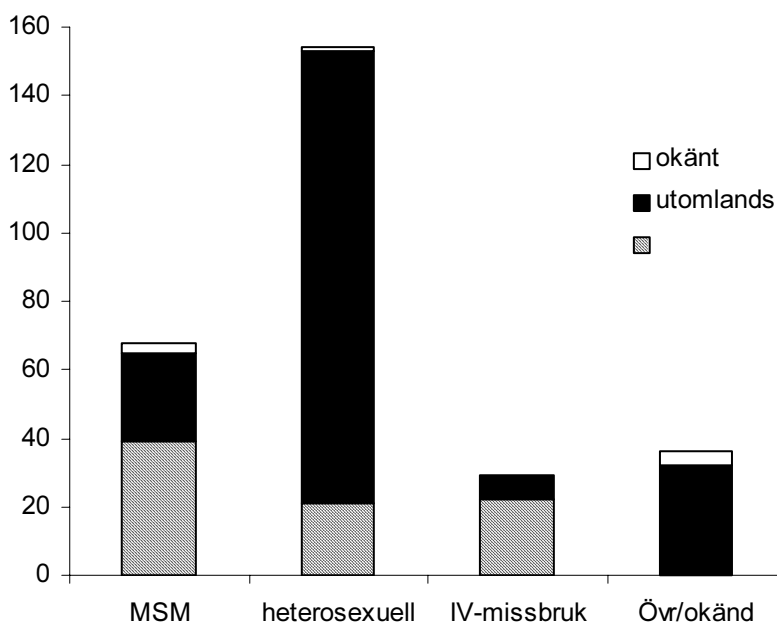
Antalet anmälda fall av hivinfektion år 2002 var 44 personer fler än genomsnittet under den föregående femårsperioden (med igenomsnitt 243 anmälda fall per år). Även år 2001 noterades, med 271 anmälda fall, en ökning jämfört med närmast föregående år vilket dels förklarades med fler anmälda fall bland intravenösa missbrukare, dels ett ökat antal fall bland immigranter, framför allt från hög-endemiska områden i världen, som smittats före ankomst till Sverige. Denna senare grupp ökade år 2002 med drygt 69 procent jämfört med genomsnittet för perioden 1996–2000 (83 fall per år).

Ökningen av antalet rapporterade fall av hivinfektion åren 2001 och 2002 har även fortsatt under år 2003. Till och med tredje kvartalet 2003 hade 271 fall anmälts till Smittskyddsinstitutet och preliminärt beräknas årssiffran för 2003 bli omkring 380 fall, den högsta noterade årsincidensen sedan 1993. Ökningen har framför allt fortsatt bland immigranter smittade före ankomsten till Sverige, men antalet hivinfekterade bland intravenösa missbrukare fortsätter också att vara fler än under andra halvan av 1990-talet.

Av de 287 anmälda hivfallen år 2002 var endast 82 personer, dvs. knappt 30 procent, smittade i Sverige. I gruppen MSM är majoriteten smittad i Sverige; 39 fall av inhemska smitta jämfört med 26 fall av smitta utomlands (och tre utan angivet smittland). Intravenösa missbrukare smittas nästa uteslutande i Sverige; 22 fall jämfört med 7 fall av smitta utomlands, samtliga före immigration till Sverige.

Endast 21 av de 154 personer som rapporterats smittade genom heterosexuell kontakt är däremot smittade i Sverige; 15 kvinnor och 6 män. Ytterligare 23 av dessa 154 – samtliga män – var bosatta i Sverige men har smittats vid vistelse utomlands, de flesta i Thailand. Det stora flertalet, 109 av 154 heterosexuellt smittade kvinnor och män hade smittats före immigrationen till Sverige. Även i grupperna MSM och intravenösa missbrukare, samt i kategorin övrig/okänd smittväg, ingår ett antal personer som smittats före immigrationen och sammanlagt står denna kategori för nästan hälften av de anmälda fallen år 2002.

Figur 4. Anmälda fall av hivinfektion år 2002 per smittväg, förvärvade i Sverige respektive utomlands eller okänt smittland



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Aids

I den svenska epidemiologiska rapporteringen till Smittskyddsinstitutet kan även antalet aidsfall följas över tiden liksom antalet dödsfall, även om den sistnämnda kategorin inte är lika fullständigt rap-

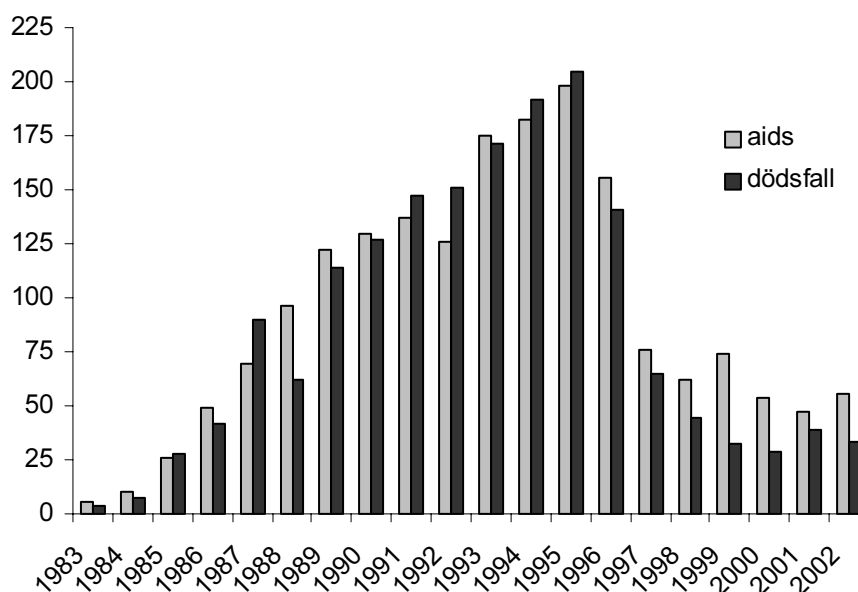
porterat från klinikerna. Hivinfektion hade, fram till införandet av effektiv antiviral behandling 1996, ett i högsta grad förutsägbar förlopp med aids som slutstadium och med en mycket hög dödlighet. En kontinuerlig och parallell ökning av antalet aidsanmälningar och antalet avlidna sågs mellan åren 1983–1995. Därefter ägde en påtaglig minskning av antalet aidsfall rum i kombination med en kraftigt minskad dödlighet. Av de personer som anmäls med aids efter 1996 har 44 procent varit personer vars hivinfektion inte tidigare varit känd och som diagnostiserats med aids och hivinfektion samtidigt, s.k. *late testers*. De har därmed inte haft tillgång till behandling som kunnat förhindra utvecklingen till aids. Denna grupp består framför allt av heterosexuellt smittade personer och av män som smittats genom sex med män. De rör sig både om immigranter som nyligen anlänt till Sverige och personer som ingår i det s.k. mörker-talet, dvs. svenskfödda personer eller andra personer som levt i Sverige under lång tid innan diagnosen ställdes oberoende av var de smittades.

Under 2002 fick 56 personer, 40 män och 16 kvinnor, diagnosen aids, vilket är ungefär lika många som under åren 2000 och 2001 då 54 respektive 48 aidsfall rapporterades. Av dessa 56 fick hälften, 28 personer, aidsdiagnosen vid samma tillfälle som hivdiagnosen eller i nära anslutning till den, vilket motsvarar genomsnittet (26 personer per år) under den föregående tioårsperioden. Av dessa 28 sent diagnostiserade var 18 smittade genom heterosexuell kontakt, varav 13 var smittade före immigration till Sverige och fem var svenska män varav åtminstone fyra smittats utomlands (Thailand, Spanien). Åtta män var smittade genom sex mellan män, varav samtliga var födda i Sverige eller hade bott här under längre tid. En svensk man var smittad genom intravenöst missbruk och en kvinna av utländsk härkomst avled innan diagnos och smittväg kunnat fastställas.

Sammantaget har 1 851 personer, varav 1 562 män och 289 kvinnor, anmäls med aids i Sverige t.o.m. år 2002. Nästan lika många, 1 723 personer (ofullständiga data) anmälda med hivinfektion, har rapporterats avlidna. Tack vare den minskade dödligheten har antalet personer som lever med hivinfektion i Sverige successivt ökat för varje år efter 1996 och antalet personer som i dag lever med hivinfektion och har kontakt med hälso- och sjukvården beräknas till ca 3 200 personer i slutet av år 2003. Därtill kommer mörker-talet, dvs. ett okänt antal personer som är smittade av hivinfektion utan att känna till sin infektion. Det relativt konstanta antalet per-

soner som under de senaste tio åren upptäckts med samtidig hivinfektion och aids indikerar att mörkertalet knappast kan omfatta fler än några hundra individer. En reservation måste dock göras för denna beräkning; om en ökad smittspridning ägt rum under de senaste åren samtidigt som hivtestningsfrekvensen minskat i riskutsatta grupper så att fler hivinfekterade förblir odiagnostiserade under längre tid, kommer det att dröja flera år innan ett växande mörkertal kan avläsas i antalet personer med samtidigt diagnostiserad hivinfektion och aids.

Figur 5. Antal anmälda fall av aids och rapporterade dödsfall 1983–2002



Källa: Smittskyddsinstitutet.

3.3 Hivpidemin i storstadsområdena

Som framgått ovan så har 78 procent av samtliga rapporterade fall av hivinfektion (1985–2002) anmälts från de tre storstadsregionerna; 58 procent från Stockholms län, 8 procent från Västra Götalandsregionen och 12 procent från Region Skåne. Under femårsperioden 1998–2002 är motsvarande andel för de tre storstadsregionerna 77 procent och för år 2002 enbart, då 287 fall av hivinfektion anmälades,

rapporterades 73 procent från Stockholms län, Västra Götalandsregionen och Region Skåne (se tabell).

Tabell 1. Antal rapporterade fall av hivinfektion från respektive storstadslän 1998–2002

År	Sthlms läns landsting	Västra Götalandsregionen	Region Skåne	% av samtliga fall
1998	147	22	31	80
1999	116	31	25	82
2000	126	36	30	79
2001	143	29	21	71
2002	143	33	33	73

Källa: Smittskyddsinstitutet.

År 2002 var incidensen per 100 000 invånare 7,3 i Stockholms län, 2,1 i Västra Götalandsregionen och 3,0 i Region Skåne, att jämföra med ett genomsnitt på 1,8 i övriga landsting. Utmärkande är att Stockholms län påtagligt skiljer sig från övriga län medan skillnaderna mellan de båda andra storstadsregionerna och övriga områden i landet är betydligt mindre. Incidenstal baserade på kommuner saknas eftersom det epidemiologiska rapporteringssystemet helt baseras på landsting (motsvarande), men man kan på goda grunder anta att hivincidensen i storstadskommunerna Göteborg och Malmö är påtagligt förhöjd i jämförelse med andra tätorter.

En uppfattning om *prevalensen* av hivinfekterade i olika regioner kan erhållas genom Svenska infektionsläkarförningens verksamhetsenkät som anger antalet hivinfekterade med en kontakt med hälso- och sjukvården i respektive landsting. År 2001 fanns 81,5 procent av de 2 850 hivpositiva med en sjukvårdskontakt vid kliniker i någon av de tre storstadsregionerna; 58 procent i Stockholms län, 11,5 procent i Västra Götalandsregionen och 12 procent i Region Skåne. Prevalensen av känt hivpositiva per 100 000 invånare var således 89 i Stockholms län, 21 i Västra Götalandsregionen och 30 i Region Skåne att jämföra med en genomsnittlig prevalens på 12 i övriga landsting.

Vid en jämförelse av hivepidemin i de tre storstadsområdena kan man notera att det epidemiologiska mönstret skiljer sig ganska markant. Vid en fördelning av anmälda fall på olika smittvägar i Stockholms

län under den senaste femårsperioden kan man konstatera att 35 procent smittats via sexuella kontakter mellan män, 45 procent heterosexuellt och 12 procent via intravenöst missbruk. Därtill har 8 procent rapporterats i kategorin övrig/okänd smittväg.

Situationen i Västra Götalandsregionen skiljer sig märkbart från den i Stockholms län. Under den senaste femårsperioden har t.ex. endast knappt 3 procent av de rapporterade fallen av anmälda vara smittade via intravenöst missbruk och andelen rapporterade fall bland MSM svarade för 21 procent av totalantalet. Även i Skåne är intravenöst missbruk en ovanlig smittväg och under den senaste femårsperioden har endast ett fåtal anmälda fall av hivinfektion bland missbrukare rapporterats. Däremot var andelen rapporterade fall av hivinfektion bland MSM (ca 35 procent) i stort sett jämförbar med den i Stockholms län.

Att hivproblematiken i stor utsträckning är koncentrerad till Stockholmsregionen syns inte bara i incidens- och prevalenstalen. När det gäller vissa riskutsatta grupper är den dominansen ännu mer påtaglig. Under femårsperioden 1998–2002 svarade Stockholms län för 54 procent av samtliga anmälda fall av hivinfektion i landet, men för 66 procent av samtliga fall smittade via intravenöst missbruk och 68 procent av samtliga fall av hivinfektion hos MSM. I övriga landsting dominerar således heterosexuell smittväg där smittan vanligen ägt rum i utlandet. Dessa siffror indikerar således tydligt att den *inhemska* spridningen av hivinfektion är än mer koncentrerad till Stockholms län än vad som framgår enbart av antalet anmälda fall.

3.4 Europeiska jämförelser

Jämför man hivepidemins utveckling i Sverige med andra länder i Västeuropa – övriga nuvarande EU-länder samt Norge, Island, Schweiz och Malta – finner man flera länder med en likartad utveckling under 1990-talet och framåt. Det föreligger dock vissa svårigheter att göra sådana jämförelser, främst beroende på skillnader i rapporteringssystem och graden av fullständighet i rapporteringen vilket påverkar tillförlitligheten i incidenstalen. Vissa länder har inte hivrapportering på nationell nivå, utan enbart rapportering av aidsfall, vilket efter den antivirala kombinationsbehandlingens genombrott 1996 och den därmed kraftigt minskade aidsincidensen i världens höginkomstländer förlorat sitt värde som epidemiologisk markör i dessa länder. Uppskattade prevalensdata rapporterades till och sam-

manställda av WHO visar att Finland är det land i Västeuropa som har den lägsta andelen personer, mindre än 0,1 procent, som lever med hivinfektion i den vuxna befolkningen (15–49 år), följt av Sverige, Norge, Tyskland, Storbritannien och Irland, som alla har en hivprevalens omkring 0,1 procent. Den högsta andelen hivinfekterade personer i Västeuropa återfinns i söder där Spanien och Portugal beräknas ha en prevalens på 0,5 procent, följt av Italien och Frankrike med 0,4 respektive 0,3 procent. Även Schweiz tillhör de europeiska länder som har en hög andelen hivinfekterade individer i befolkningen med en prevalens på 0,5 procent.

Tabell 2. Antal rapporterade nya fall av hivinfektion och incidens per 100 000 invånare år 2002, samt uppskattat antal levande personer med hivinfektion och procent hivinfekterade i den vuxna befolkningen (15–49 år) i ett antal europeiska länder, december 2001

	antal nya fall år 2002	incidens. per 100 000 inv. år 2002	antal levande med hivinfektion år 2001	% hiv+ i befolkningen (15–49 år)
Finland	130	2,5	1 200	<0,1
Sverige	286	3,2	3 200	0,1
Norge	203	4,5	1 800	0,1
Tyskland	1 866	2,3	41 000	0,1
Storbritannien	6 032	10,1	34 000	0,1
Malta	12	3,0	240	0,1
Irland	364	9,4	2 400	0,1
Danmark	286	5,4	3 800	0,2
Island	7	2,5	220	0,2
Luxemburg	33	7,4	360	0,2
Belgien	973	9,5	8 500	0,2
Grekland	403	3,8	8 800	0,2
Nederländerna	*	*	17 000	0,2
Österrike	*	*	9 900	0,2
Frankrike	*	*	100 000	0,3
Italien	*	*	100 000	0,4
Schweiz	754	10,5	19 000	0,5
Portugal	2 562	25,5	27 000	0,5
Spanien	*	*	130 000	0,5

* Nationell hivrapportering saknas eller är under uppbyggnad.

Källa: Incidensdata från EuroHIV (<http://www.eurohiv.org>), prevalensdata från WHO/UNAIDS (<http://www.unaids.org>).

Prevalenstalen påverkas bl.a. av skillnader i migrationsströmningar från högendemiska områden i världen till olika länder i Västeuropa, men också av initiala skillnader i smittspridningen, främst vad avser tidpunkten för introduktionen av hivinfektion i särskilt riskutsatta grupper och skillnader i gruppernas storlek i olika länder när hiv introducerades. Exempelvis har Finland haft en mindre immigration från länder med högendemisk spridning av hivinfektion än många andra Västeuropeiska länder och Finland har inte heller haft någon egentlig inhemsk smittspridning av hivinfektion bland injektionsmissbrukare förrän ett utbrott startade i Helsingfors så sent som år 1998. I de flesta andra länder i Västeuropa, t.ex. Sverige, startade epidemin bland injektionsmissbrukare redan i början av 1980-talet, innan hivtestning existerade och förebyggande insatser hade satts in. Utbrottet bland injektionsmissbrukarna i Helsingfors kan avläsas i de finländska incidenssiffrorna; år 1999 utgjorde injektionsmissbrukarna hela 60 procent av de rapporterade fallen i Finland – året innan 0 procent – och sammanlagt har ca 260 fall rapporterats i denna grupp efter utbrottets start 1998, med en markant sjunkande incidens efter 1999. Epidemiologisk typning har visat att utbrottet orsakats av en enda hivstam, en i Finland tidigare ovanlig subtyp som inte är kopplad till den pågående smittspridningen bland unga injektionsmissbrukare i Baltikum och Ryssland.

Även när man ser till incidenstalen av nyrapporterade hivfall tillhör Sverige, med 2,5 fall per 100 000 invånare år 2002, de länder i Västeuropa som har det lägsta antalet årligen rapporterade fall. Andra länder med lika låg eller ännu lägre incidenstal är Finland, Island och Tyskland. Den högsta incidensen år 2002 rapporterades från Portugal, Schweiz och Storbritannien, med mellan 10 och 25 nya fall per 100 000 invånare. För flera av länderna med den högsta hivprevalensen i befolkningen, som Spanien, Italien och Frankrike, saknas dock nationella incidensdata. Utvecklingen under 1990-talet var likartad i flertalet Västeuropeiska länder som har historiska incidensdata – en minskande eller utplanande trend sågs förutom i Sverige, även i Belgien, Danmark, Norge, Schweiz, Tyskland och Luxemburg. I Storbritannien sågs en ökande tendens under andra halvan och slutet av 1990-talet liksom i Finland. Under 2000-talets tre första år har incidensen ökat i flertalet länder i Västeuropa. Totalt har antalet rapporterade nya hivfall i Västeuropa ökat med nästan 50 procent mellan 1997 och 2003. Ökningen ses framför allt bland heterosexuellt smittade som ökat med närmare 120 procent under denna period, en ökning som till största delen återfinns

bland immigranter från högendemiska länder i världen. Även bland MSM har en ökning skett i Västeuropa de senaste åren; mellan åren 2001 och 2002 ökade denna smittväg med drygt 20 procent efter en lång period av långsamt minskande incidens under 1990-talet. Där-
emot ses ingen generell ökning av incidensen bland injektionsmissbrukare i de västeuropeiska länderna, trots utbrottet i Finland 1998–99 och pågående stor smittspridning i delar av Östeuropa. Mellan år 1997 och 2002 sågs i stället en närmare tioprocentig minskning av hivincidensen bland injektionsmissbrukarna (Hamers 2003).

Incidensökningen har under perioden 1997–2003 varit störst i Irland och Storbritannien följt av Norge och Finland. I Storbritannien har antalet nya hivfall dubblerats sedan år 1998 och år 2002 rapporterades totalt drygt 6 000 fall. Där, precis som i många andra västeuropeiska länder inklusive Sverige, har ökningen framför allt ägt rum bland heterosexuella som smittats i afrikanska länder söder om Sahara. Dessa står i dag för ca 75 procent av nyupptäckta fall bland heterosexuella i Storbritannien, men en ökning av heterosexuell inhemsk smitta har också noterats. Likaså har en ökning med drygt 40 procent skett bland MSM mellan åren 1999 och 2002. Smitta mellan män är den vanligaste inhemska smittvägen i Storbritannien med drygt 1 900 fall rapporterade under år 2002. Även Irland har rapporterat en stor ökning av heterosexuellt överförd hivinfektion efter 1998, en ökning som återfinns bland personer smittade före immigrationen. Mellan åren 2001 och 2002 ökade individer som infekterats heterosexuellt med närmare 35 procent i Irland och personer födda i högendemiska länder står för mer än tre fjärdedelar av fallen som smittats heterosexuellt. Incidensen för injektionsmissbrukare och MSM i Irland ökade också mellan åren 1999 och 2000, men sjönk sedan åter tillbaka något under 2001 och 2002. I Norge rapporterades år 2002 det högsta antalet hivfall sedan 1985. Av de drygt 200 norska fallen år 2002 var 60 procent smittade genom heterosexuell kontakt före immigration till Norge. I Nederländerna saknas historiska incidensdata för hivinfektion och ett nytt rapporteringssystem har nyligen tagits i bruk. Hittills har totalt 8 300 fall av hivinfektion registrerats varav 50 procent är MSM, men totalt uppskattas 17 000 hivinfekterade leva i landet, varav en stor andel tillhör det odiagnostiserade mörkertalet. Även i Nederländerna ses en ökning av andelen som smittats heterosexuellt med koppling till högendemiska länder.

Den epidemiologiska utvecklingen i övriga Europa skiljer sig väsentligen från Västeuropa. I Centraleuropa finns inga tydliga

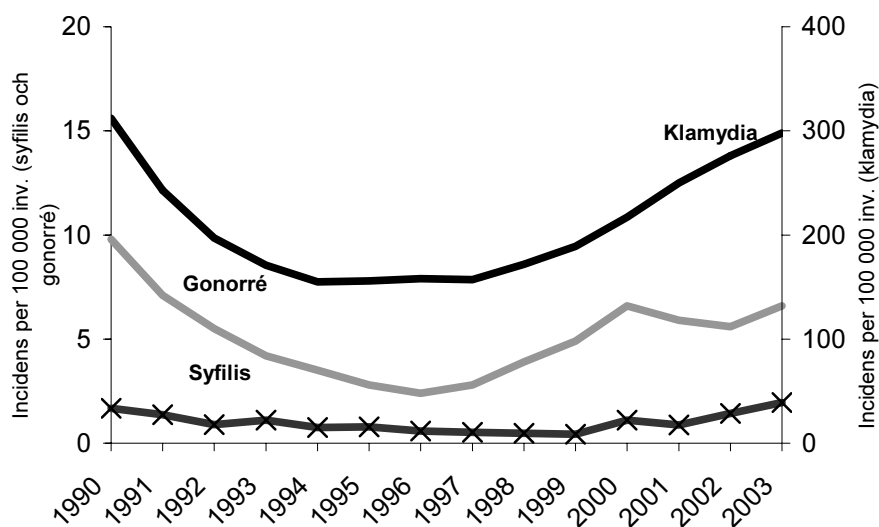
tecken på ökad smittspridning och såväl rapporterad incidens som beräknad prevalens är lägre här än i de flesta västeuropeiska länder. Prevalensen i länder som Tjeckien, Slovakien och Ungern beräknas till under 0,1 procent av den vuxna befolkningen och incidensen av nya hivfall ligger under två fall per 100 000 invånare. Polen och Rumänien är de länder i regionen som har flest rapporterade fall, varav Polen också står för 95 procent av alla fall bland injektionsmissbrukare i Centraleuropa. Ingen ökad smittspridning har dock kunnat noteras i denna grupp. En ökning av heterosexuella fall har dock konstaterats i Rumänien år 2002 och i Tjeckien och Ungern ses en viss ökning av fall bland MSM under de senaste åren. Sammantaget förefaller dock länderna i Centraleuropa hittills ha varit relativt förskonade från den globala hiv-epidemin.

I Östeuropa är situationen däremot mer dramatisk. Flertalet länder i Östeuropa har drabbats av stora utbrott bland injektionsmissbrukare med snabbt stigande incidens i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Det tidigaste utbrottet började i Ukraina år 1995 och spreds till injektionsmissbrukare i Ryssland, Vitryssland och Moldavien år 1996 och sedan vidare till de baltiska länderna. Även Kazakstan, Kyrgyzstan och Uzbekistan har rapporterat snabbt stigande incidenssiffror under 2000-talet. De högsta incidenstalen år 2001 rapporterades i Estland (107 per 100 000 invånare), Ryssland (61) och Lettland (34). I Estland och Lettland har mer än 3 500 respektive 2 500 fall sammanlagt rapporterats under 2000-talets första fyra år, men från år 2002 har antalet nya fall börjat minska, vilket antyder att epidemin kan ha nått sin kulmen i dessa två länder. Även Ryssland rapporterade en minskad incidens år 2002 för första gången sedan epidemin startade, men situationen kan förändras om epidemin når nya delar av landet som ännu inte drabbats. Smittspridningen sker framför allt bland unga personer; drygt 80 procent av alla rapporterade fall i regionen är yngre än 30 år, och flertalet är smittade genom injektionsmissbruk, men heterosexuell smitta har ökat de senaste åren, varav flertalet fall återfinns bland sexualpartners till injektionsmissbrukare. Risk för vidare spridning i den heterosexuella populationen finns dock. Antalet nyfödda barn som smittats av sina hivinfekterade mödrar har också ökat dramatiskt i Ryssland och Ukraina de senaste tre åren och uppgår totalt till över 6 000 respektive 5 000 rapporterade fall.

3.5 Övriga STI – utvecklingstendenser

Den epidemiologiska utvecklingen i Sverige för andra STI än hiv-infektion – gonorré, syfilis och klamydiainfektion – har under 1990-talets andra hälft och 2000-talets början präglats av en kraftig ökning av antalet rapporterade fall av dessa infektioner. Sedan år 1997 har antalet anmälda fall av klamydiainfektion ökat med drygt 90 procent, gonorréfallen har ökat med mer än 180 procent mellan åren 1996 och 2003, och antalet fall av syfilis har – visserligen från mycket låg nivå – ökat med hela 350 procent sedan 1999.

Figur 6. Klamydiainfektion (höger skala), gonorré och syfilis (vänster skala), antal fall per 100 000 invånare 1990–2003



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Historiskt kan gonorré- och syfilisincidensen i Sverige följas tillbaka till 1910-talet, då dessa båda sjukdomar var vanligt förekommande i befolkningen och rapporterades i tusentals fall årligen. Toppar i rapporteringen inträffade under de båda världskrigen då antalet rapporterade fall av gonorré som mest nådde drygt 20 000 fall per år. Gonorréincidensen sjönk därefter något under 1950-talet för att sedan öka markant under 1960-talet och nå sin absoluta topp i

Sverige 1970 med nära 40 000 anmälda fall, motsvarande 487 fall per 100 000 invånare. Även antalet personer som insjuknat i syfilis minskade successivt efter andra världskriget och vid 1950-talets slut låg antalet rapporterade fall på knappt 100 fall om året. Under 1960-talet skedde en ökning till 300–400 fall om året, en nivå som förblev oförändrad under 1970-talet och en bit in på 1980-talet. Minskningen under 1950-talet har bl.a. ansetts vara en effekt av förbättrad syfilisbehandling, medan STI-ökningen under 1960-talet sätts i samband med den sexuella frigörelsen och introduktionen av p-pillret.

Gonorré

Efter år 1970 följde en lång period då gonorrén minskade successivt ända fram till år 1996, då den lägsta rapporterade incidensen i Sverige någonsin noterades med endast 211 rapporterade fall (2,4 fall per 100 000 invånare). Denna remarkabla minskning har förklarats med satsningar på kontaktsparning inom STI-sjukvården, förbättrad diagnostik och behandling samt upplysnings- och informationskampanjer riktade till allmänheten. En liknande minskning ägde rum ungefär samtidigt i de flesta västeuropeiska länder. Minskningen accentuerades särskilt under 1980-talets andra halva, sannolikt som en effekt av rädslan för hivinfektion med förändrade sexualvanor som följd, särskilt i de mest riskutsatta grupperna. Efter 1996 har gonorréincidensen åter ökat i Sverige, framför allt beroende på en ökad inhemsk smittspridning, såväl bland unga heterosexuella som bland MSM (Berglund 2001).

År 2002 anmäldes 505 fall av gonorré varav majoriteten, 82 procent, var män. Detta var en liten minskning jämfört med år 2001 och noterades främst bland heterosexuella män smittade utomlands. Under år 2003 har dock antalet gonorréfallen åter ökat och preliminärt anmäldes 596 fall (6,6 fall per 100 000 invånare), den högsta årssiffran på över tio år. Majoriteten är anmälda från Stockholms läns landsting som ensamt svarar för mer än 50 procent av alla anmälningar och det är även här som den största delen av den inhemska smittspridningen förekommer. Andelen homosexuellt smittade män är hög, över 35 procent, men notabelt är att antalet kvinnor har ökat (med drygt 25 procent) bland de smittade. Fortfarande är dock könsfördelningen påfallande skev och kvinnorna utgör endast 20 procent (116 fall), medan de heterosexuellt smittade männen står för

mer än dubbelt så många fall, drygt 40 procent (252 fall), även det en ökning jämfört med år 2002. Medelåldern för kvinnorna var 26 år medan den var 34 år för de heterosexuella männen.

Skillnaden mellan könen är också stor när det gäller *var* man ådragit sig infektionen. Majoriteten av kvinnorna hade smittats i Sverige, medan endast drygt 40 procent av de heterosexuellt smittade männen infekterats i Sverige. Dessa män, som i stor utsträckning alltså smittats utomlands, har dessutom i många fall överfört infektionen till sin hemmavarande kvinnliga partner. Majoriteten, närmare 60 procent, av de utlandssmittade heterosexuella männen hade smittats i Sydostasien, framför allt i Thailand. Inhemsk heterosexuell smittspridning, bortsett från sekundärfall till utlandssmittade personer, förekom framför allt i Stockholm, men ett utbrott omfattande ett 25-tal heterosexuella ungdomar i åldrarna 17–26 år inträffade under år 2003 i Gävleborgs län. Den inhemska smittspridningen bland heterosexuella ökade med drygt 40 procent år 2003 jämfört med år 2002, medan utlandssmittan låg kvar på ungefär samma nivå. Ökningen var mest uttalad bland ungdomar. Antalet heterosexuella tonåringar som ådrog sig gonorré mer än fördubblades under år 2003 jämfört med år 2002; 36 fall jämfört med 16 fall. Likaså sågs en kraftig ökning – på mer än 50 procent – bland heterosexuellt smittade kvinnor och män i åldrarna 20–24 år.

Inhemsk smittspridning av gonorré förekommer också bland MSM. År 2003 anmäldes 220 fall i denna grupp, en ökning med nästan 20 procent från föregående år och från mycket låga tal i mitten av 1990-talet; år 1996 anmäldes som jämförelse endast 32 män som smittats genom sex med män. Medelåldern för de homosexuellt smittade männen var 32 år. Flertalet, ca 80 procent, var smittade i Sverige, framför allt i Stockholm, men inhemskt smitta förekom också med tiotalet fall vardera i Göteborg och Malmö/Lund. Av de MSM som smittats utomlands var flertalet smittade i Västeuropa.

Spridning av resistent gonokockstammar är ett växande problem världen över. I Sverige har ciprofloxacin varit rekommenderat antibiotikum mot gonorré sedan början av 1990-talet. En successiv ökning av andelen stammar resistent mot detta preparat har dock noterats de senaste åren vid det nationella referenslaboratoriet vid Universitetssjukhuset i Örebro. År 2002 var närmare 50 procent av de stammar (från 120 patienter) som testades där resistent mot ciprofloxacin. Sådan resistens har framför allt förknippats med smitta i Sydostasien, där fenomenet är mycket vanligt förekommande. Under 2003 har emellertid en omfattande inhemsk smitt-

spridning av ciprofloxacinresistent gonorré för första gången noterats i Sverige, både bland heterosexuellt smittade ungdomar och bland MSM.

Syfilis

Den aktuella syfilisepidemiologin domineras av det utbrott, främst bland MSM, som pågått i Sverige sedan våren 2000. Tittar man först bakåt så noterades inte samma incidensminskning för syfilis i Sverige under 1970-talet som för gonorré – antalet fall låg i stället kvar på nivån 300–400 fall om året och steg till 486 fall år 1982. Över 80 procent av de infekterade vid denna tidpunkt var män, och MSM utgjorde en stor andel av dessa. Efter år 1983 sjönk antalet fall till en nivå omkring 100 fall om året, en minskning som fortsatte på 1990-talet och sammanföll med uppmärksamheten kring hiv/aids. Endast enstaka fall bland MSM förekom och flertalet heterosexuella individer hade smittats utomlands. Någon egentlig inhemsk smittspridning förekom inte på 1990-talet och år 1999 rapporterades endast 39 syfilisfall i Sverige, det lägsta antalet rapporterade fall under hela 1900-talet. Situationen kom att förändras drastiskt år 2000, framför allt på grund det syfilisutbrott bland MSM som från andra europeiska städer nu också hade nått Stockholm, men också till följd av en ökad incidens av heterosexuellt överförd syfilis.

År 2003 anmäldes (preliminärt) 178 fall av syfilis (2,0 fall per 100 000 invånare) till Smittskyddsinstitutet, en ökning med nästan 40 procent jämfört med år 2002 och den högsta årsincidensen i Sverige sedan 1983. Majoriteten (97 personer) var MSM, en ökning med drygt 30 procent jämfört med året innan. Även bland heterosexuellt smittade män noterades en kraftig ökning, från 22 fall år 2002 till 41 fall och därtill kommer 18 män utan angiven smittväg. Endast 22 av de syfilissmittade var kvinnor. Medelåldern för kvinnorna var 33 år, för de heterosexuellt smittade männen 39 år och för de homosexuellt smittade 38 år. Av de heterosexuellt smittade var flertalet smittade utomlands, främst i Östeuropa, Asien och Afrika och många av dessa var asylsökande. Men för 17 personer (12 män och fem kvinnor) som smittats heterosexuellt uppgavs Sverige som sannolikt smittland – de flesta smittade i Stockholm och Skåne – även det en ökning jämfört med åren 2001 och 2002 då

enbart 6 respektive 11 inhemska fall bland heterosexuella rapporterade.

Av männen som smittats av syfilis genom sex med män hade 80 procent smittats i Sverige, varav flertalet i Stockholm, där det pågående syfilisutbrottet inte visar tecken på att avklinga. Totalt har 259 män som smittats genom homosexuell kontakt rapporterats sedan år 2000, att jämföra med någon enstaka individ om året under 1990-talet. De flesta inhemska fallen i denna grupp år 2003 var således smittade i Stockholm, men flera hade även ådragit sig infektionen i Göteborg, Halmstad, Malmö och Helsingborg. Utlandsmittan hade framför allt ägt rum i Västeuropa och i USA och syfilisutbrott bland MSM har också de senaste åren rapporterats från flera västeuropeiska storstäder, t.ex. London, Paris, Amsterdam, Berlin, Dublin och Oslo samt från storstäder i USA. En hög andel hivinfekterade bland MSM med syfilis, 25 procent eller mer, har rapporterats från vissa av städerna. Även utbrott av heterosexuellt överförd syfilis har rapporterats under 2003, bl.a. från London.

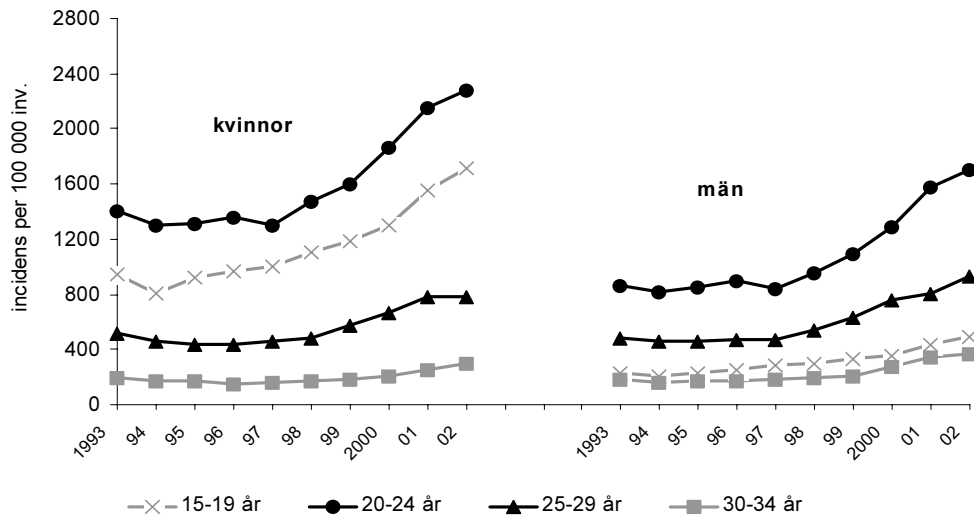
Klamydiainfektion

Klamydiainfektion har rapporterats enligt smittskyddslagen sedan våren 1988. År 1989 anmäldes drygt 29 300 fall i Sverige. De följande fem åren sjönk den årliga incidensen snabbt till en nivå strax under 14 000 fall år 1995 för att sedan ligga stilla på denna nivå under de följande två åren. År 1998 började emellertid incidensen åter att öka, en ökning som därefter har fortsatt med mellan 8 och 15 procent om året. År 2003 var den preliminära årsincidensen 26 800 fall (299 fall per 100 000 invånare) en ökning med 9 procent jämfört med föregående år. Därmed ligger incidensen på den högsta nivån sedan 1989 och hela den snabba nedgång som kunde noteras under första halvan av 1990-talet har därmed raderats ut.

Av 2002 års 24 688 anmälda klamydiafall var 57 procent kvinnor och 43 procent män, en skillnad mellan könen som successivt håller på att utjämnas; år 1989 var kvinnornas andel av fallen 65 procent. Medelåldern var lägre för kvinnorna än för männen, 23 år respektive 25 år, men klamydiaförekomsten är som högst bland 20-åriga kvinnor respektive 22-åriga män. Drygt 3 procent av de 20-åriga kvinnorna och 2 procent av de 22-åriga männen i Sverige diagnostiserades med klamydiainfektion år 2002. Klamydiainfektion är vanligast i åldrarna 15–24 år. År 2002 tillhörde närmare 75 procent av kvin-

norna och 55 procent av männen denna åldersgrupp. Ökningen har ägt rum i alla åldersgrupper, men har varit särskilt markant hos 15–19-åriga kvinnor och 20–24-åriga kvinnor och män.

Figur 7. Antal fall av klamydiainfektion 1993–2002 per 100 000 invånare i åldrarna 15–34 år, fördelat på kön och åldersgrupper



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Klamydiainfektion var under början av 1990-talet ovanligt förekommande bland MSM, men en markant ökning har också skett i denna grupp under slutet av 1990-talet och under 2000-talets början. Av männen med klamydiainfektion år 2002 hade 211 smittats via sexuell kontakt mellan män, vilket var en ökning med 12 procent jämfört med föregående år. Ökningen har även fortsatt under 2003 då preliminärt 229 fall bland MSM anmäldes.

De flesta personer med klamydiainfektion, oavsett kön och smittväg, är smittade i Sverige; av 2002 års fall var 82 procent inhemsk smitta och 6 procent utlandssmitta (för 11 procent saknades uppgift om smittland). Av de utlandssmittade hade 65 procent smittats i Europa och 13 procent i Sydostasien, framför allt i Thailand som blivit allt vanligare som smittland under de senaste fem åren, även för gonorré och hivinfektion.

Samtliga landsting uppvisar en ökad klamydiaincidens sedan år 1997, med vissa fluktuationer mellan åren, en ökning som varierar mellan 9 procent (Västernorrland) och 68 procent (Västmanland) om man jämför 2002 års incidens med medeltalet per landsting åren 1997–2001. Högst incidens per 100 000 invånare hade två län med stor sommar- respektive vinterturism, Gotland och Jämtland, följt av Stockholm. Flest fall anmäls under perioden augusti till november, en återkommande säsongsvariation som är särskilt påtaglig bland tonåringarna. Ungefär en tredjedel av fallen är upptäckta genom kontaktspårning, som är särskilt viktigt för att finna män med klamydiainfektion; ca 45 procent av männen är upptäckta genom spårning jämfört med bara drygt 25 procent av kvinnorna. Drygt 374 000 personer testades för klamydia i Sverige år 2002 av vilka 75 procent var kvinnor, som i större utsträckning än männen nås genom screening i hälso- och sjukvården, bl.a. i kvinnohälsovården och på ungdomsmottagningarna. Samtidigt som antalet provtagna personer ökat med 22 procent under perioden 1997–2002 har också andelen positiva ökat från 4,9 procent år 1997 till 6,7 procent år 2002, vilket visar att den ökande klamydiaincidensen inte tycks bero på förändringar i provtagningsvolymen i sig utan är ett uttryck för en reell ökning av infektionens spridning i samhället. Studier har också visat att ökningen av klamydiainfektion inte annat än till en mindre del kan förklaras med förbättrade laboratoriemetoder på 1990-talet (Götz m.fl. 2002).

3.6 Epidemiologisk sammanfattning

Den svenska hivpidemin, såsom den återspeglas i Smittskydds-institutets statistik över anmälda fall, har från 1990-talet och framåt mer kommit att likna situationen i övriga delar av världen. Heterosexuell smittväg dominerar bland nyupptäckta fall, medan de initialt största smittvägarna, män som smittats genom sex med män och personer som smittats via injektionsmissbruk, inte längre är lika framträdande. Den inhemska smittspridningen är dock fortfarande vanligast i dessa två grupper, där prevalensen hivinfekterade är hundrafalt högre än i den heterosexuella befolkningen i stort. Hivpidemin i Sverige har tidigt förefallit vara under en relativt god kontroll. Detta har speglats i snabbt sjunkande och stabiliserade hivincidenstal bland MSM och bland injektionsmissbrukare och en mycket begränsad inhemsk smittspridning bland heterosexuella. I

ett europeiskt perspektiv – med reservation för incidens- och prevalenstalens tillförlitlighet – tillhör Sverige de länder i Västeuropa som har den lägsta andelen hivinfekterade i befolkningen. Bara Finland har en lägre prevalens, men har inte heller haft en lika stor inflyttning från högendemiska länder.

Tack vare den antivirala kombinationsbehandlingen mot hiv-infektion som introducerades år 1996 har man dessutom sett en utveckling med en drastiskt sänkt incidens av nya aidsfall och av dödsfall till följd av hivinfektion. Det betyder att antalet personer som lever med känd hivinfektion i Sverige har ökat för varje år efter 1996 och kommer att fortsätta att öka. En successiv ökning av nya hivfall har också noterats under de första åren av 2000-talet, vilket framför allt sammanhänger med ett ökat antal utlandssmittade fall, särskilt immigranter som smittats före ankomsten till Sverige, men också en ökning av fall bland injektionsmissbrukare. En liknande ökning av antalet utlandssmittade och hivinfekterade immigranter har också rapporterats från flera andra EU-länder de senaste åren.

Förutom den ökade hivincidensen under 2000-talet och den ökande prevalensen av personer som lever med hivinfektion i Sverige, har en kraftig ökning av andra STI noterats, en ökning som pågått sedan andra halvan av 1990-talet, och varit särskilt uttalad bland heterosexuella ungdomar och unga vuxna och bland MSM. En likartad utveckling har rapporterats från flera andra västeuropeiska länder. Efter en markant minskning under 1980-talet och början av 1990-talet har incidensen av gonorré, syfilis och klamydia-infektion åter börjat öka. Den ökande klamydiaincidensen under senare år är gemensam för alla de nordiska länderna och även Storbritannien uppvisar en uppåtgående trend sedan 1990-talet senare del. Incidensdata för andra europeiska länder saknas för klamydia-infektion. Gonorré uppvisar en ökande incidens i flera länder från andra halvan av 1990-talet och framåt, bl.a. i Norge, Danmark, Storbritannien och Irland. Under 2000-talet har också syfilisincidensen ökat i många europeiska länder efter årtal av sjunkande incidens, en ökning som framför allt beror på det pågående utbrottet bland MSM i storstadsområden. En signifikant hög andel av MSM som smittats av syfilis är också hivinfekterade.

4 Det hiv/STI-preventiva arbetet

I detta kapitel sammanfattas bl.a. – som en bakgrund till problemanalys, överväganden och förslag i kapitel 2 – de insatser som genomförts och genomförs inom ramen för de samlade nationella insatserna mot hiv/STI. Redogörelsen innefattar epidemiologisk utveckling och specifika insatser riktade till de målgrupper som identifierats utifrån epidemiologiska data samt utifrån möjligheten att specifikt rikta sig till dessa i en preventiv ansats. En översikt ges av landstingens och kommunernas ansvarsområden, de relevanta statliga myndigheternas organisation och uppdrag samt användningen av de statliga medlen. Till sist lämnas en redogörelse för frivilligorganisationernas organisation och insatser.

4.1 Preventiva strategier

Utredningen har (i avsnitt 2.1) gjort några allmänna reflektioner om det preventiva arbetet och dess nära kopplingar till den breda hälsofrämjande insats som måste göras på många håll i samhället och av många olika aktörer. Det gäller sex- och samlevnadsundervisning och mer specifikt hiv/STI-prevention men också – och inte minst – ett långsiktigt arbete riktat mot unga människor kring normer, värderingar och personlig utveckling. En del av dessa tankegångar beskrivs i en skrift (*En fråga för livet – ett sexualitets- och samlevnads-perspektiv på Nationell folkhälsopolicy för hiv/STD*. Folkhälsoinstitutet, Rapport 1997:31) som Folkhälsoinstitutet gav ut i anslutning till den då nyligen presenterade folkhälsopolicyn för hiv/STI och som bygger på ett material skrivet av Viveca Urwitz (som också deltagit som expert i utredningen).

Utredningen har inte haft ambitionen att göra någon egen sammanfattning av området utan hänvisar till ovanstående skrift och andra publikationer som behandlar dessa frågor. Detsamma gäller det biomedicinska fältet där utredningen hänvisar till översikter som

publicerats i svensk och internationell fackpress, bl.a. av Smittskyddsinstitutet.

Inom ett område – det som rör kommunikations-/informationsinsatser i det hiv/STI-preventiva arbetet – har dock utredningen valt att ge en mer utförlig sammanfattning av de grundläggande förutsättningarna för insatserna bl.a. till stöd för utredningens ställningstaganden i avsnitt 2.2.4. Motivet till detta är främst att någon liknande sammanställning, anpassad till svenska förhållanden, inte gått att finna på annat håll. Förutom utredningens expert Lars Palm, så har doktoranderna Magnus Fredriksson, Göteborgs universitet och Jesper Falkheimer, Lunds universitet varit utredningen behjälpliga med underlaget till detta avsnitt.

Grundläggande förutsättningar för kommunikativa insatser

Under nittonhundratalet har antalet informationskampanjer ökat. Dels har de blivit vanligare inom redan etablerade områden, dels förekommer de inom fler områden än tidigare. Orsakerna till detta är flera men av stor betydelse är utvidgningen av samhällets ansvarsområden. En annan faktor av stor betydelse för behovet av informationskampanjer är en successivt förändrad relation mellan de offentliga institutionerna och medborgarna med större krav på medinflytande och insyn. Där det tidigare var möjligt att med hjälp av lagstiftning och regelverk reglera människors handlingar saknas i dag ofta sådana möjligheter.

Kommunikation av budskap intar och har intagit en framträdande plats i insatserna mot hiv/STI. Det finns mycket önsketänkande i samband med kommunikation, som ofta betraktas som ett universalmedel med vars hjälp man kan lösa alla problem. Kommunikation är emellertid ett relativt svagt, om än ofta kostnadseffektivt, styrmedel om man vill påverka människors beteenden. För det mesta fungerar kommunikation som förstärkning och komplement till andra starkare styrmedel, t.ex. tekniska och administrativa styrmedel, snarare än som alternativ.

Med *tekniska styrmedel* avses t.ex. effektivare distribution av kondomer, förbättrad tillgänglighet till undersökning och diagnostik av sjukdom, enklare och snabbare testmetoder. För att dessa styrmedel skall kunna få genomslag är information en absolut nödvändig (men inte tillräcklig) förutsättning. *Administrativa* styrmedel kan vara lagstiftning t.ex. föreskrifter om smittspårning eller infor-

mationsplikt hos infekterade individer och ekonomiska åtgärder som prissättning på kondomer eller kostnadsfrihet för behandling av vissa smittsamma sjukdomar. Administrativa styrmedel är effektiva, om än inte alltid särskilt populära. Det behövs därför inte endast information om åtgärdernas existens, utan dessa måste också förankras hos målgrupperna för att bli effektiva.

Här diskuteras vissa teoretiska förutsättningar för kommunikativt arbete som bakgrund till den diskussion som förs i avsnitt 2.2.4 om kommunikationen som medel i det preventiva arbetet. Utgångspunkten för resonemanget är medie- och kommunikationsvetenskaplig forskning om strategisk kommunikation och nya medier, främst digital informations- och kommunikationsteknik (IKT), särskilt Internet, och utvärderingar (i Sverige och internationellt) av informationsprojekt inom hiv/aids-området.

Dagens kommunikativa landskap

Mediekommunikationens utveckling i Sverige och liknande länder under de senaste decennierna har liknats vid en utdragen jordbävning. Sedan 1980-talet har ett stort antal nya medietekniker etablerats parallellt med en genomgående avreglering av mediemarknaden. Under senare delen av 1990-talet klev Internet in i svenskt arbets- och vardagsliv med ökat informationsflöde, konkurrens och hastighet som följd. Det finns aktörer som har dragit nytta av förändringen, men många institutioner i samhället har haft svårt att anpassa sig till de nya kraven. Det senare gäller många myndigheter, vars organisationsstrukturer ofta hamnat i kollision med omvärldens ökade rörlighet och skiftande informationsbehov.

Folkhälsobudskap trängs i dag på en marknad med ständigt ökande konkurrens om uppmärksamheten och mer svårångade och skiftande målgrupper än någonsin förr. Inom journalistiken sprids varje dag nya, och mer eller mindre välgrundade, riskbudskap och i underhållningsgenren har s.k. verklighets-TV (eng. *reality TV*) och s.k. *after school soaps*, som framför allt riktar sig till yngre, inte sällan kopplingar till folkhälsorisker. Med största sannolikhet har de budskap som där förmedlas större betydelse för människors uppfattningar om hälsorisker än traditionella informationskampanjer.

Ett antal samhällstrender kan sägas ha dominerande betydelse ur ett kommunikationsperspektiv:

En första sådan trend utgörs av *risk*. Den teknologiska, ekonomiska och sociala utvecklingen producerar allt fler risker som är osynliga och svårkontrollerade för den enskilde individen. Ambivalenta forskningsresultat förenklas genom massmedierna och får ofta en alarmerande karaktär. Offentliga informationskampanjer använder samma kanaler som reklamkampanjer. Dessutom möts människor ofta av motstridiga budskap, t.ex. då experter inte är överens om samband eller slutsatser. Den ökade riskexponeringen leder till att människor snabbare blir informerade och medvetna om risker i omvärlden. Men mer information betyder inte nödvändigtvis ökad kunskap, utan snarare ökad oro och osäkerhet. Behovet av entydig riskinformation från myndigheter uppstår ofta akut och när sådan inte finns tillgänglig, inte når ut eller kommuniceras på fel sätt, skapas informationsvakuum som människor fyller med oro, osäkerhet eller apati.

Risikkommunikation – definierat som kommunikation av information och riskvärderingar mellan experter, myndigheter, intressegrupper och allmänheten – har blivit en alltmer central uppgift för de offentliga institutionerna. Hiv/aids utgör här en s.k. potentiell risk för allmänheten. Detta innebär att risken bygger på någon form av prognos, statistik eller uppskattning som individen gör sin riskbedömning utifrån och där hon i en risksituation balanserar mellan att skydda sig eller utgå från att ”det händer inte mig”.

En andra trend av betydelse för kommunikation är *medialiseringen* av samhället. Medialiseringen innebär att människor i samhället allt oftare får information om omvärlden genom mediernas tecken och symboler. Naturligtvis har den närmaste sociala omgivningen som familj, umgängeskrets, skola etc. fortfarande stor betydelse för människors värderingar och attityder, men medierna kan anses vara den faktor vars position för människors identitetsskapande och uppfattningar har ökat mest i betydelse. Genom medierna kan makt sägas utövas över människor och offentlighet genom tre funktioner; genom att publicitet leder till att frågor uppmärksammas och diskuteras bland människor, s.k. agendasättning (eng. *agenda setting*), genom att medierna har en övervakande och granskande samhällsfunktion som påverkar myndigheternas verksamhet, samt genom att medvetenheten om mediernas betydelse gör att institutioner och aktörer anpassar sitt beteende. Hiv/aids kan anses vara ett typiskt exempel på ett medialiserat fenomen, där direkta erfarenheter är ovanliga för de flesta samhällsgrupper. Mediernas hälsointresse speglar och konstruerar också allmänhetens värdering av

hälsofrågorna. Ända sedan SOM-institutet (Samhälle – opinion – massmedia) vid Göteborgs universitet 1988 började att mäta svenskarnas värdering av vad som ”är viktigast för dig”, har hälsa hamnat före alla andra alternativ. Institutets undersökningar om riskuppfattningar 1997–2000 har dessutom visat att hiv/aids är en av de risker som svenskarna anser vara mycket stor för allmänhetens liv och hälsa, men minst farlig för den egna hälsan (Jarlbro 2000).

En tredje samhällstrend är *konvergens* eller *sammansmältning*. Av betydelse för kommunikation är särskilt två former av konvergens – innehållsmässig och teknisk konvergens. Analyser av mediernas innehåll visar uppkomsten av alltfler hybridformer där genrer blandas, detta gäller både journalistik och reklam. Exempel på hybrider är lättast att finna i televisionen, där s.k. *infotainment* (t.ex. Efterlyst), *dokusåpor* (t.ex. Big Brother), *gamedocs* (t.ex. Expedition Robinson) och *talentdocs* (t.ex. Fame Factory) fått allt större utrymme. Inom den kommersiella reklamen används också allt oftare genreblandningar för ökad uppmärksamhet. Att blanda populärkultur med folkhälsoinformation är inte lika vanligt, men från andra länder finns exempel på när sådana strategier slagit väl ut. I USA har olika hälsomyndigheter förmått producenterna till after school soaps att integrera hälsovänliga budskap i serierna redan på manusstadiet, s.k. *Hollywood lobbying*. Innehållsmässig konvergens i medierna handlar i grunden om ett överskridande av tudelningarna mellan information (förnuft) och underhållning (känsla) samt privat och offentligt.

Den andra formen av konvergens är den tekniska, som innebär att ’traditionella’ och ’nya’ medier smälter samman. Exempel på detta är Internettidningar, digitala TV-kanaler eller chattar.

Hinder för kommunikation

Hinder för kommunikation är bristande förtroende för avsändaren av budskapet, reklamformens bumerangeffekt och en allt mer heterogen befolkning.

Betydelsen av tilltron och attityden till avsändaren för acceptans av ett budskap är lika central i dag, som när Aristoteles formulerade retorikens grundregler under antiken. Studier har visat att ju högre förtroende en individ har för en samhällsinstitution, desto större är möjligheten för acceptans (samt övervärdering) av dess riskbudskap (Jarlbro 1999). Myndigheter har i regel hög trovärdighet och till-

skrivs hög kompetens i sakfrågan, samtidigt som de – särskilt bland yngre – förknippas med kontroll och glädjedödande, i synnerhet när den visuella och språkliga stilen är myndighetspräglad. Detta problem gäller i lägre grad budskap som kommuniceras genom reklamens formspråk. Å andra sidan riskerar dessa att drabbas av samma misstro som reklam bemöts med.

Ett annat hinder är att utvecklingen gjort allmänheten till en omöjlig målgrupp. Den svenska befolkningen är i dag betydligt mindre homogen än för bara 15–20 år sedan. Detta gäller inte bara en minskad etnisk homogenitet till följd av en ökad invandring. De senaste decennierna har också inneburit en framväxt av nya sociala och kulturella grupper, en ökade rörligheten bland värderingar, livsstilar och attityder samt en enorm expansion av antal medier. Detta har ökat kraven på träffsäkerhet såväl när det gäller budskap som medier.

Masskommunikationen – möjligheter och begränsningar

Masskommunikationen är *enkelriktad* – det saknas möjligheter för mottagaren att upprätta en relation till sändaren. Den är också *offentlig* – producenten vet inte vem som nås av budskapet och *opersonlig* – budskapet är inte riktat till en enskild individ. Masskommunikation är dessutom *samtidig* – sändaren förmedlar sitt budskap vid en och samma tidpunkt.

Förväntningarna på masskommunikativa kampanjers effekter har tidigare varit överdrivna. De mest påtagliga effekterna brukar handla om uppmärksamhet och agendasättning. Beteendeförändringar är i regel obetydliga, något som inte behöver hindra kampanjer från att vara kostnadseffektiva. Vägverket värderar ett liv till 14 miljoner kronor vilket innebär att ett räddat liv kan sägas täcka kostnaden för en nationell informationskampanj.

Vägval

Oberoende av vilken eller vilka metoder för kommunikation av ett folkhälsobudskap man väljer så har man ett antal valmöjligheter när det gäller utformningen, genomförandet och uppläggningsen av insatsen. Det kan gälla val av medier – traditionella eller nya medier – eller hur medierna ska användas – annonsering eller nyhetsstyrning.

Det kan också gälla budskapet i sig; ska det vara skrämmande, underhållande eller neutralt informativt? Till sist bör man reflektera över kommunikationsstrategin i sig – massdistribution eller kommunikation via nätverk?

Gamla och nya medier

Massiv annonsering i traditionella medier (press, radio, biografer och television) är sannolikt fortfarande en möjlig metod för folkhälsoinformation, som söker uppmärksamhet initialt i en kampanj. Men med tanke på hiv/aids ställning i mediernas redaktionella material (högt nyhetsvärde) och bland svenska folket, får det anses mycket tveksamt om dyr annonsering med hiv/aids-budskap i breddmedier fyller någon funktion.

Nya medier är däremot en självklar väg för strategisk kommunikation. Inom forskningsområdet offentliga informationskampanjer har det sedan långt tillbaka varit känt att informationskampanjer ofta har marginella effekter och att interpersonell kommunikation, som dessvärre är avsevärt mycket dyrare per kontaktad individ, är mer effektiv än masskampanjer via foldrar och affischer (Palm 1994).

Webbaserade kampanjer innebär en möjlighet att kombinera mass- och interpersonell kommunikation och intresset inom kampanjforskningen för Internet är stort. En utvärdering av Statens folkhälsoinstituts webbaserade kampanj Sentry (www.sentry.nu) inom hiv/STI-området visar att Internet är ett utmärkt medium för informationsspridning (Falkheimer J & Palm L. *Utvärdering av sentry.nu – en webbaserad informationskampanj riktad till män som har sex med män*. Rapport 2003:29. Statens Folkhälsoinstitut). Skälen till detta är flera. Internet är attraktivt för användaren p.g.a. interaktivitet och nästan ständig tillgänglighet. Internet innebär dessutom en viss anonymitet för användaren. Avsändaren kan vidare utnyttja webbplatser där sexuella kontakter tas för marknadsföring av sin kampanjplats. Webbkampanjer anses dessutom mycket kostnadseffektiva i jämförelse med andra kanaler. Det bör dock tilläggas att marknadsföringen av webbplatserna initialt kräver stora ekonomiska satsningar och att konkurrensen om uppmärksamheten på Internet är större än i det traditionella medielandskapet. Vid sidan om marknadsföring av webbplatserna inom Internet (via s.k. pop-ups m.m.), finns det därför fortfarande anledning att, i syfte att

göra webbplatsen känd och utnyttjad, använda sig av traditionell annonsering.

Andra alternativ till traditionell annonsering, vid sidan av nyhetsstyrning som berörs nedan är satsningar på följande kanaler och kommunikationsformer:

- *Minimedier*: kanaler som når avsedda målgrupper i relevanta situationer och miljöer (t.ex. anslagstavlor, posters, flygblad).
- *Edutainment* (entertainment+education): hybrider mellan underhållande rammar och seriösa budskap för att öka attraktion och inlärning (t.ex. via popsånger, tecknade serier, pjäser, i dokusåpor etc.).
- *Interaktiva medier*: att öka aktivering och involvering genom kanaler på Internet (t.ex. webbplatser), CD-rom och datorspel.
- *Reflexiv strategi*: att bygga funktioner för att lyssna, föra fram och ge status åt icke-experters åsikter (chattar, svarsmöjligheter, diskussionsgrupper).

Nyhetsstyrning

När det gäller agendasättning finns det anledning för avsändaren att satsa på *nyhetsstyrning*, dvs. metoder som skapar publicitet på redaktionell plats. Att få igenom sitt riskbudskap genom att intervjuas i en nyhetssändning har betydligt större verkan än en annons i en tidning. Det finns ett otal verktyg för publicitetsskapande: förmedling av undersökningsresultat till journalister, debattartiklar, arrangemang av händelser (galor, demonstrationer, utställningar), förberedda utspel etc.

Man kan skilja på tre olika nyhetsstyrningsstrategier som kan appliceras som led i informationskampanjer eller i generellt myndighetsarbete:

- *Faktastrategin* som innebär att avsändaren förmedlar undersökningsresultat, statistik, rapporter och sammanfattade vetenskapliga resultat till opinionsbildande aktörer (medier, politiker, andra opinionsaktörer). Målgruppen är offentligheten och ett delsyfte är att bli refererad eller omnämnd i medierna. Faktastrategin stämmer väl överens med journalistikens logik och behov.
- *Journalistisk strategi* som innebär att avsändaren konstruerar och producerar egna kanaler för att förmedla sina budskap, t.ex.

webbplatser, nyhetsbrev och liknande. I stället för att anpassa sig till journalistikens filter väljer avsändaren att vända sig direkt till målgruppen men i journalistikens form.

- *Direkt PR-strategi.* Här försöker avsändaren skapa direkt publicitet genom utspel, debattartiklar, presskonferenser, arrangemang etc. Man riktar sig direkt till journalisterna, med förhoppningen att den förpackade informationen ska skapa uppmärksamhet och erövra mediernas dagordning.

Skrämselbudskap

Hiv/aids-budskap måste, liksom andra folkhälsobudskap, vara väl förankrade i reell riskbedömning. Det handlar om en balansgång. Överdriven riskbetoning kan leda till obefogad oro och osäkerhet, medan alltför utslätade budskap kanske inte uppmärksammas alls. Det ökade informationsflödet har minskat möjligheterna att kommunicera nyanserade budskap genom massmedier, men genom att använda andra kommunikationsformer – t.ex. lokala informatörer i sociala nätverk – kan nyanserade budskap fortfarande nå fram.

Offentliga informationskampanjer använder sig sällan av skrämselbudskap på grund av risken för att målgruppen ska stöta bort dem. Många forskare inom kommunikationsvetenskap är dock positiva till skrämselbudskap (eng. *fear appeals*), och menar att de kan vara effektiva om det kopplas till en praktisk nivå ("hur undviker jag att hotet i hotbilden blir verklighet"). Risken för en bumerangeffekt i samband med skrämselbudskap är stor, särskilt om expertbudskapet inte stämmer överens med målgruppens egna upplevelser eller berättelser. Det största problemet med skrämselbudskap är att dessa riskerar att leda till ökad rädsla, vilket leder till att den grupp som lever med hiv/aids drabbas på ett negativt sätt genom intolerans och stigmatisering.

Nätverk eller bombmatta

Ett annat vägval gäller huruvida informationssatsningar bör genomföras genom individuella förmedlare, t.ex. via kommunikativa nätverk, eller genom olika former av medier.

Kommunikationsstrategier kan översiktligt delas upp i bombmattestrategier eller nätverksstrategier (Palm L & Hedin A. *Folk-*

hälsoinformatörens handbok. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 2000). Bombmattorna använder sig i hög grad av masskommunikation, annonsering, maximal exponering och kan ha effekter på kort sikt. Sociala nätverksstrategier har visat sig ha starkare effekt på lång sikt när det gäller social marknadsföring, dit hiv/aids kan räknas. I stället för att använda massmedier, satsas då på mänskliga förmedlare och ambassadörer som befinner sig inuti eller nära målgruppen. Betydelsen av att riskbudskap sprids vid situationer då målgruppen är nära riskerna är central (t.ex. på krogar, festivaler och liknande). Det bör sägas att tudelningen mellan bombmatta och nätverk inte är nödvändig i praktiken, eftersom båda distributionsvägarna är möjliga att använda samtidigt. Det viktiga är att de samordnas.

4.2 Särskilt om insatser riktade mot riskutsatta grupper

Redan tidigt utkristalliserades vissa grupper i samhället som var särskilt riskutsatta för hivinfektion – MSM och intravenösa missbrukare samt personer som erhållit blodkoncentrat i sjukvården (blödar-sjuka och andra). Så småningom noterades även i Sverige en tilltagande ökning av hivinfekterade i vissa grupper av immigranter, nämligen de som kom från områden med särskilt hög förekomst av hivinfektion, samt hos vissa utlandsresenärer. Som målgrupper för de preventiva insatserna har också definierats grupper där förekomsten av hivinfektion (ännu) inte är hög men där spridning riskerar att äga rum. Det gäller främst ungdomar och unga vuxna med högt sexuellt risktagande samt människor av utländskt ursprung som kan ha svårt att tillgodogöra sig hiv/STI-preventiva budskap.

Detta avsnitt är en genomgång av hiv/STI-preventiva insatser som genomförts i de olika grupperna som bakgrund till utredningens överväganden och förslag i kapitel 2.

4.2.1 Män som har sex med män (MSM)

MSM var den grupp som tidigast drabbades av hivinfektion i Sverige, liksom i många andra länder i västvärlden. Hivinfektion introducerades bland MSM i Stockholm i slutet av 1970-talet. De första aidsfallen i Sverige diagnostiserades hos homo- och bisexuella män i Stockholm 1982 och antikroppar mot hiv har kunnat påvisas i sparade

serumprover hos 6 av 98 homo- och bisexuella män i Stockholm som smittades av hepatit A under en lokal hepatitepidemi så tidigt som 1979–1980 (von Krogh m.fl. 1987). Beräkningar visar att den epidemiska spridningen av hivinfektion bland MSM i Sverige var som störst under första halvan av 1980-talet med en topp 1984–1985, för att sedan snabbt minska och stabilisera sig på en nivå under 100 nya fall om året (Amundsen m.fl. 2000). Åren 1985–1986, efter det att hivtestning blivit tillgängligt, anmäldes över 700 män med hivinfektion som smittats genom sex med män. Därefter sjönk antalet anmälda fall i denna grupp; 1987 anmäldes 183 fall, 1988 och 1989 anmäldes 158 respektive 139 fall. Denna tendens har fortsatt under 1990-talet; åren 1990–1994 anmäldes i genomsnitt drygt 100 fall årligen bland MSM och under andra halvan av 1990-talet ca 75 fall om året. Under åren 2000–2002 har i genomsnitt 70 fall om året anmälts, en incidens som tycks förbli väsentligen oförändrad även 2003; t.o.m. tredje kvartalet 2003 hade 51 fall av hivinfektion bland MSM anmälts till Smittskyddsinstitutet.

Totalt under åren har 2 319 män som smittats genom sex med män rapporterats (t.o.m. år 2002). Av dessa har majoriteten, 68 procent, anmälts från Stockholms län, Region Skåne står för 15 procent, medan f.d. Göteborgs och Bohus län samt övriga landet endast står för omkring 200 fall, eller knappt 9 procent, vardera av de rapporterade fallen. Fördelningen är densamma om man bara ser till de fall som anmälts de senaste fem åren och Stockholm är således starkt överrepresenterat när det gäller hivfall bland MSM. Totalt har 1 016 MSM anmälts insjuknade i aids och 979 har rapporterats avlidna eller utflyttade från landet (ofullständiga data). Antalet aidsanmälningar i gruppen MSM har kraftigt minskat efter 1996, till största delen som en följd av den effektivare hivbehandling som då infördes, men till viss del även på grund av att kulmen i den inhemska smittspridningen bland MSM nåddes 1985, vilket också påverkat aidsincidensen under 1990-talet och framåt. Under åren 1997–2002 har totalt 120 aidsfall anmälts bland MSM – eller i genomsnitt 24 fall per år – att jämföra med som högst 108 fall år 1994 (i genomsnitt 88 fall per år 1990–1996). Av de 120 aidsfall som anmälts efter 1996 har nästan hälften (57 män) diagnostiserats med aids samtidigt med eller i nära anslutning till hivdiagnosen, vilket innebär att sjukvården inte haft möjlighet att genom medicinerings förhindra utvecklingen till aids. Dessa män har tillhört det s.k. mörkertalet av odiagnostiserade hivfall som finns bland MSM. De flesta som tillhör mörkertalet hinner dock inte utveckla aids

innan de diagnostiseras med hivinfektion, men under de senaste tio åren har i genomsnitt nio MSM per år diagnostiserats med hivinfektion och aids samtidigt. Flertalet av dem är födda i Sverige eller bosatta i landet sedan länge, men några kommer ifrån andra länder och är sannolikt hivinfekterade före immigrationen till Sverige. Antalet har dock mer än halverats jämfört med andra hälften av 1980-talet, då i genomsnitt drygt 20 MSM per år diagnostiserades med samtidig hiv- och aidsdiagnos. Mörkertalet i gruppen har i studier beräknats till 300–400 män i slutet av 1980-talet och ca 230 personer i mitten av 1990-talet (Amundsen 1997).

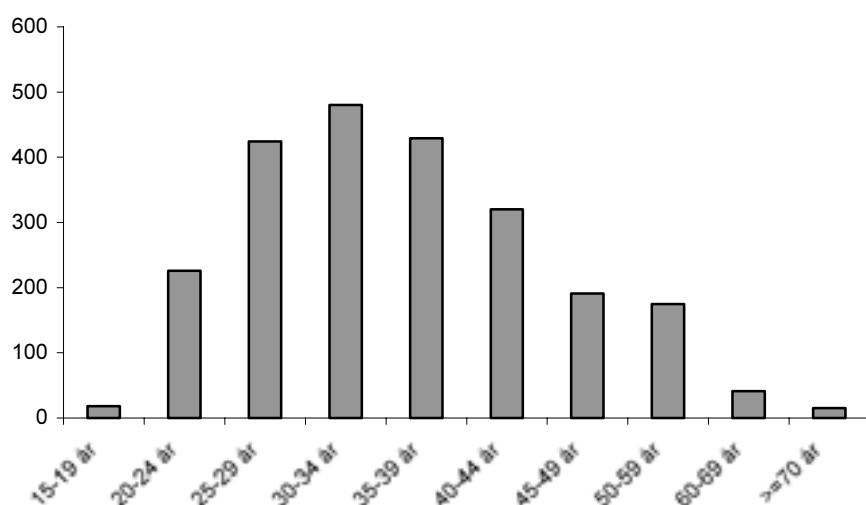
Under 1980-talet utgjorde MSM 52 procent av alla anmälda hivfall. Med tiden har dock gruppens dominans avtagit. Totalt står MSM för 39 procent av samtliga anmälda hivfall i Sverige t.o.m. år 2002 och utgör därmed totalt sett den största smittvägen. Den heterosexuella smittvägen svarar för 38 procent av alla fall. Under den senaste 10-årsperioden har MSM stått för endast 31 procent av de anmälda fallen. Förändringen beror dels på att smittspridningen bland MSM i Sverige var som störst under första halvan av 1980-talet för att sedan markant avta, dels på att under 1990-talet och 2000-talet har heterosexuellt smittade kommit att dominera i statistiken, fr.a. beroende på immigration från högendemiska områden i världen. Sex mellan män är alltjämt den största smittvägen för personer bosatta i Sverige som smittats i landet eller under utlandsvistelse, dvs. personer som varit tillgängliga för svenska preventiva insatser innan de infekterades med hiv. MSM utgör nästan hälften (48 procent) av alla som smittats sexuellt eller via injektionsmissbruk i Sverige eller under utlandsvistelse under den senaste tioårsperioden. Ser man bara till de personer som smittats i Sverige står MSM för 53 procent av fallen under samma period.

MSM är således alltjämt den grupp där den största inhemska smittspridningen av hivinfektion förekommer och som jämte injektionsmissbrukarna har den största förekomsten av hivinfektion i gruppen och därmed störst risk att träffa på en hivinfekterad sexualpartner. Under den senaste tioårsperioden har 60 procent av anmälda hivfall bland MSM smittats i Sverige. Andelen utlandsmittade har dock ökat bland MSM under senare år; på 1980-talet var endast 23 procent av männen smittade utomlands, många i Nordamerika, medan andelen under 1990-talet ökade till 37 procent och det blev vanligare att smittan skett i Europa, inklusive Norden. Uppmärksammas bör dock att bland MSM som inte smittats i Sverige så utgör immigranter som smittats före ankomst

till Sverige ungefär hälften, eller totalt 17 procent av alla anmälda fall. Inflyttning har framför allt skett från Latinamerika och Väst-europa inklusive de nordiska grannländerna, men andra områden i världen med utbredd smittspridning bland MSM är också representerade, som Nordamerika och Thailand.

Bland MSM som genom åren diagnostiserats med hivinfektion så dominerar åldersgruppen 30–34 år med totalt nära 500 fall, närmast följd av de omkringliggande åldersgrupperna. Endast 18 män har varit yngre än 20 år vid diagnos varav hälften rapporterades före 1990. Den genomsnittliga åldern vid hivdiagnos har inte ändrat sig nämnvärt över tiden utan legat stabilt omkring 37 år under den senaste tioårsperioden.

Figur 8. Ålder vid hivdiagnos för MSM, fördelat på åldersgrupper, anmälda fall 1985–2002 (n=2 319)



Källa: Smittskyddsinstitutet.

Tidiga hivpreventiva insatser

Preventiv information om säkrare sex riktad till MSM och hotet från aids gjorde att männen under 1980-talet radikalt kom att ändra sitt sexuella beteende. I Sverige, precis som i många andra västländer, kom preventionsinitiativet först från homosexuellas egna organisa-

tioner och från enskilda läkare och andra engagerade inom sjukvården. Särskilda venereologiska mottagningar för MSM öppnades 1982–1983 i Stockholm (Venhälsan) och Göteborg (Gayhälsan) på initiativ av homosexuella läkare och i samarbete med bland andra RFSL, STI-sjukvården och Statens bakteriologiska laboratorium (SBL). Redan tidigare hade viss uppsökande verksamhet med provtagning för STI och preventiv rådgivning bedrivits i klubbmiljö. Anledningen till dessa specialmottagningars tillkomst var, förutom signalerna från USA om att en ny sjukdom (aids) spreds bland homosexuella, att många homo- och bisexuella män hade erfarenhet av fördomsfullt bemötande inom sjukvården. Detta medförde att man inte berättade om sin sexuella läggning och därmed riskerade att bli inadekvat undersökt och behandlad för STI.

Redan 1982 utarbetade RFSL ett program för att motverka spridningen av aids och den första informationsbroschyren om hiv/aids i Sverige, *AIDS-fakta*, gavs ut 1983 av RFSL i samarbete med Venhälsan. Samma år uppmanade RFSL och Venhälsan alla homo- och bisexuella män att inte lämna blod, något som sannolikt starkt bidrog till att Sverige haft en relativt liten spridning av hivinfektion via blodtransfusion och blodprodukter. Detta var ett par år innan myndigheter och regering uppmärksammade hiv/aids som ett hot mot samhället och Aidsdelegationens inrättande år 1985. ”Säkrare sex” blev under 1980-talet norm för MSM, och fortsatta informationskampanjer och insatser från frivilligorganisationer (RFSL, Noaks Ark–Röda Korset m.fl.), sjukvård och myndigheter har sannolikt bidragit till att vi från senare delen av 1980-talet och framåt haft en begränsad spridning av hivinfektion bland MSM i Sverige, med ett relativt lågt antal nya fall per år. I efterhand kan man dock, genom epidemiologiska beräkningar, konstatera att redan innan de första allmänna informationskampanjerna startade 1986–1987, måste smittspridningen bland MSM ha avtagit efter den epidemiologiska topp som inträffade 1984–1985 (Giesecke 1998). När den s.k. bastu-klubbslagen, lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter, trädde i kraft den 1 juli 1987 i syfte att förhindra hivsmitta bland MSM, hade den faktiska incidensen av nysmitta i målgruppen redan stabiliserat sig på en nivå under 100 nya fall per år. Detta kunde emellertid inte vid denna tidpunkt avläsas i statistiken över nydiagnostiserade fall, som fortfarande visade höga tal.

Medvetenheten om hivinfektion och förändringen av det sexuella beteendet som denna medvetenhet medförde, fick också till följd

att andra sexuellt överförda infektioner som gonorré, klamydia-infektion och syfilis samt hepatit A och B, vilka hade ökat kraftigt bland MSM i storstadsområdena på 1970-talet, snabbt minskade och blev ovanliga i denna grupp, i Sverige liksom i andra västländer. Viktigt för denna utveckling var antagligen att den homosexuella delkulturen i Sverige så tidigt uppmärksammade hiv/aids som något som angick MSM, och att homosexuellas organisationer senare blev delaktiga i samhällets preventiva satsningar. Jämför man de nordiska länderna, så har Sverige och Norge haft en likartad hivutveckling bland MSM under 1980-talet och framåt, medan Danmark, där hiv-infektion tycks ha introducerats något tidigare, hade en betydligt större smittspridning bland MSM under första halvan och mitten av 1980-talet. Skillnaderna har man bl.a. velat förklara med att den homosexuella delkulturen, som var mer utvecklad i Danmark, initialt inte reagerade på aidshotet på samma sätt som i de andra två länderna och tonade ned att MSM var särskilt riskutsatta för aids, innan hivtestning blivit tillgängligt och det blev uppenbart i vilken hög grad hivinfektion hade drabbat gruppen. Den initialt större smittspridningen i Danmark innebar att landet fick en betydligt högre prevalens av hivinfekterade MSM och medförde även fortsättningsvis en högre årlig incidens än i Sverige och Norge (Amundsen 2000).

Insatser och inriktning

Utredningens genomgång av insatser och medelsfördelning av det statliga hiv/aids-anslaget visar att betydande resurser och belopp genom åren satsats på prevention riktad till MSM. Av de ca 58 miljoner kronor som år 2002 disponerats av Statens folkhälsoinstitut för hiv/STI-preventiva insatser gick 12,7 miljoner kronor (22 procent) till stöd för projekt, organisationer och forskning rörande målgruppen MSM. Av detta stöd gick 4,3 miljoner kronor till RFSL:s hivpreventiva arbete som samordnas av hivkansliet, 4,3 miljoner till landstingens utanför storstadsregionerna arbete riktad till MSM, 2,4 miljoner till Statens folkhälsoinstituts egna informationsinsatser riktad till målgruppen, 0,8 miljoner till stöd för olika projekt av nationellt intresse och 0,9 miljoner till stöd till homosexuellas organisationer. En uppföljning av hur de s.k. storstadsmedlen användes år 1999 visar att 11,8 miljoner (14 procent) gick till insatser

riktade till MSM, bl.a. stöd till rådgivningsverksamheterna vid RFSL:s lokalavdelningar i Stockholm, Malmö och Göteborg.

En stor del av preventionsinsatserna som riktas till MSM utförs av frivilligorganisationer med ekonomiskt stöd i projektform från staten och från landsting och kommuner. Frivilligorganisationernas insatser har varit, och är alltjämt, en mycket viktig del i det hivpreventiva arbetet riktat till MSM. Förutom annonsering av säkrare sex information i gaypress och på Internet, framställning av broschyrer, affischer och flyers etc., bedriver de bl.a. seminarier och workshops, utbildning av informatörer, uppsökande verksamhet (t.ex. ”Gay talk”) och kondomleveranser till träffställen som klubbar, barer och andra platser där sexuella kontakter knyts mellan män.

Nationella preventionskampanjer riktade till MSM har ofta skett i samarbete mellan flera aktörer, som Statens folkhälsoinstitut, RFSL och RFSU. Statens folkhälsoinstitut bedriver också sedan år 2001 en egen kampanj på Internet riktad till MSM för att öka medvetenheten om STI och hivinfektion och påminna om riskerna (www.sentry.nu). En utvärdering visar att webbkampanjen har fått mycket stort genomslag; under år 2002 registrerades 744 000 besökare som i genomsnitt stannade kvar på webbplatsen i fem minuter (Falkheimer J & Palm L. *Utvärdering av sentry.nu – en webbaserad informationskampanj riktad till män som har sex med män*. Rapport 2003:29. Statens Folkhälsoinstitut).

På det regionala och lokala planet är de primärpreventiva insatserna riktade till MSM i mycket stor utsträckning koncentrerade till frivilligorganisationernas verksamhet. Stockholm skiljer sig här från övriga regioner genom de insatser riktade till MSM som görs av landstinget genom Lafa, som har en egen handläggare för prevention riktad till målgruppen. Man arbetar också för att öka kunskapen om homosexualitet och motarbeta fördomar i samhället, t.ex. genom kurser och seminarier riktade till skol- och sjukvårdspersonal och genom andra informationskanaler. Lafa samarbetar bl.a. med organisationer och föreningar i Stockholm som har MSM som målgrupp, samt landstingets specialmottagningar Venhälsan och Psykhälsan. I några andra landsting medverkar också frivilligorganisationerna i landstingens planeringsarbete, t.ex. i Östergötland. RFSL har f.n. 28 lokalavdelningar runt om i landet och de flesta av dem bedriver egna preventionsprojekt med bl.a. uppsökande arbete, information och telefonrådgivning (gay-jourer).

Till det förebyggande arbetet som frivilligorganisationerna bedriver hör också den identitetsstärkande verksamheten i form av

t.ex. psykosocialt stöd, telefonrådgivning, samtalsgrupper och utbildningsinsatser om homo- och bisexualitet i skolans sex- och samlevnadsundervisning. I Stockholm, Göteborg och Malmö bedriver RFSL:s lokalavdelningar även kurativ verksamhet. Det identitetsstärkande arbetet är en betydelsefull del i hivpreventionen. Insatserna syftar till att stärka den sexuella identiteten och ge en positiv självbild samt till att motverka utanförskap, fördomar och diskriminering. Utsatthet och en negativ självbild är riskfaktorer för hivinfektion och STI och försvårar möjligheten att nå målgruppen med ett preventivt budskap.

Att utsatthet alltjämt är ett reellt problem för många homo- och bisexuella i Sverige, trots de senaste decenniernas reformer och förbättrade attityder gentemot homosexualitet i samhället, visar flera undersökningar. En studie av svenska ungdomar i åldrarna 16–24 år som attraheras av personer av sitt eget kön visade att ungdomarna skattade sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt. Dubbelt så många av flickorna och tre gånger så många av pojkarna, jämfört med normalpopulationen, uppgav att de gjort självmordsförsök (Hanner 2002). En annan faktor som påverkar hälsan negativt är utsatthet för våld och hot om våld. I en svensk studie framkom att 30 respektive 20 procent av homosexuella män och kvinnor utsatts för brott p.g.a. sin homosexualitet, vanligen hot om våld, våld eller förolämpning (Tiby E. *De utsatta – Brott mot homosexuella kvinnor och män*. Folkhälsoinstitutet 2000:3). Mot denna bakgrund har Statens folkhälsoinstitut i november 2003 av regeringen fått ett särskilt uppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för homo- och bisexuella samt transpersoner, och lämna förslag till åtgärder som kan förbättra hälsosituationen för dessa.

Preventiva insatser riktade till MSM av utländskt ursprung

Särskilda informationssatsningar behövs för MSM med bakgrund i kulturer med en mindre tolerant syn på homosexualitet eller där homosexualitet är tabubelagt och straffbart. Denna grupp, som ofta inte lever öppet med sin sexualitet, är extra utsatt och är svår att nå genom sedvanliga informationskanaler. Kunskaperna om MSM med utländsk bakgrund är bristfälliga. En intervjustudie med 21 homosexuella kvinnor och män, företrädesvis av utomeuropeiskt ursprung, som lever i Sverige visar att de flesta av dem valt att dölja sin sexuella läggning eller att bryta kontakten med sin ursprungsfamilj

av rädsla för negativa reaktioner och för att bli utstött. Många homosexuella med utländsk bakgrund känner sig tvungna att dölja sin sexuella läggning i heterosexuella invandarmiljöer. Avslöjar de sin läggning blir det svårt att behålla kontakten med invandramiljön (Haansbaek T. *...som en kamel med två pucklar – Om homosexuella invandrare i Sverige*. Statens folkhälsoinstitut 2002:4). Ytterligare en svensk intervjustudie behandlar homosexuella med invandrarbakgrund; MSM i Stockholm med latinamerikansk bakgrund. Studien omfattar 24 intervjuer och påvisar bl.a. en del skillnader mellan dessa män och svenska MSM, men kunskapen om hur man skyddar sig mot hivsmitta var i stort sett tillfredsställande bland studiedeltagarna (Kristiansen HW. *Sexo completo. Sexuell praktik. Samlevnadsformer och attityder till hiv bland latinamerikanska män i Stockholm som har sex med män*. Lafa, rapport 4/98 FOU. 1998).

Inom RFSL finns gruppverksamheter som vänder sig till homo- och bisexuella med invandrarbakgrund, t.ex. GLIS (Grupo Latinoamericano por la Igualdad Sexual) för spansktalande bi- och homosexuella kvinnor och män, och Homan för persisktalande. Man ger också stöd i enskilda asylärenden som rör homosexuella individer. Även andra frivilligorganisationer som Noaks Ark–Röda Korset och RFSU kommer i kontakt med MSM med utländskt ursprung. Bland dem finns män som inte är öppna med sin sexuella läggning och därför kan ha lättare att vända sig till en organisation som inte uttalat vänder sig till homo- och bisexuella samt transpersoner som målgrupp.

Insatser riktade till hivinfekterade

Viktigt för det hivförebyggande arbetet i Sverige har varit att man tidigt insåg behovet – och den sekundärpreventiva betydelsen – av psykosocialt stöd till hivinfekterade personer. Vid landstingens hivmottagningar blev det psykosociala stödet en välintegrerad del i omhändertagandet av hivinfekterade patienter. Dessutom tillkom andra verksamheter som bl.a. vände sig till hivinfekterade personer. I Stockholm startades 1986 en särskild mottagning, Psykhälsan, för homo- och bisexuella män med hivrelaterad problematik, och i mitten av 1980-talet bildades också självhjälps- och stödgrupper för MSM som fått hivdiagnos. Positiva Gruppen i Stockholm startades och fick efterföljare i andra delar av landet, liksom Noaks Ark–Röda Korset, som vänder sig till hivpositiva oavsett smittväg, men som

p.g.a. epidemins initiala karaktär har haft stor betydelse för många MSM.

Under senare år har också uppmärksammats vikten av att bättre än vad som tidigare varit fallet integrera hivinfekterade i det preventiva arbetet och i budskapet, både som agent och målgrupp. De hivpreventiva budskapen i annonsering och kampanjer har i sin utformning ofta vänt sig enbart till de förmodat hivnegativa med information om hur man undviker att bli smittad, medan de hivinfekterade mer eller mindre har osynliggjorts. RFSL har sedan mitten av 1990-talet arbetat med ett program för att bättre integrera hivinfekterade och synliggöra dem i preventionen och utforma budskapet så att det kan tas emot av alla, oavsett hivstatus. För att bryta isolering och ensamhet, problem med sexualitet och relationer, rädsla för att berätta om sin hivstatus för sexpartner o.s.v. har RFSL bl.a. i samarbete med Positiva Gruppen anordnat kurser och seminarier riktade till hivinfekterade MSM. Tillsammans med Positiva Gruppen och Venhälsan har man också ordnat kurser om hivbehandling, den s.k. HAART-skolan.

Framgångarna med kombinationsbehandlingen mot hivinfektion som introducerades 1996, har också lett till nya frågeställningar och behov. Den kraftiga reduceringen av aidsfall och hivrelaterade dödsfall har inneburit att hivinfektionen blivit allt mer osynlig, även i en grupp med förhöjd prevalens som MSM, samtidigt som allt fler personer lever med infektion i Sverige. Smittsamhet, resistensutveckling, oro för att resistenta hivstammar skall spridas o.s.v. är nya frågeställningar som uppkommit och som berör den enskilde hivpositive individen och preventionen som helhet. I dag beräknas att mellan 3 och 6 procent av MSM som lever i Stockholms län är hivinfekterade (utifrån skattningen att 2–4 procent av den manliga befolkningen i åldrarna 15–64 år är MSM; *Handlingsprogram STI/hiv-prevention*. Stockholms läns landsting 2002). Prevalensstudier i andra Västeuropeiska storstäder år 2000 visar på en hög och ökande andel hivinfekterade bland MSM, efter en stadig minskning under 1990-talet: 11 procent i London, 17 procent i Amsterdam, 18 procent i Barcelona och 19 procent i Paris (*HIV/AIDS Surveillance in Europe*. Mid-year report 2002, No. 67, EuroHIV).

Hivtestning

I Sverige har hivtestning haft en mer central roll i preventionsprogrammen än i många andra länder i Västeuropa. Uppfattningen har varit att den som känner till sin hivinfektion i de allra flesta fall vidtar sådana åtgärder att han/hon inte smittar någon annan. Hivtestning med adekvat rådgivning har också varit en betydelsefull del av de svenska insatserna mot hiv/aids bland MSM, inte minst tack vare verksamheten vid de särskilda mottagningarna för MSM som öppnades i Stockholm och Göteborg i början av 1980-talet. RFSL och andra har visserligen betonat att hivtestning i sig inte är en preventionsmetod – säkrare sex måste praktiseras av alla oavsett känd hivstatus om smittspridningen av hivinfektion skall kunna hejdas – men man avrådde inte MSM från att hivtesta sig, vilket skedde i andra länder. Däremot riktades från RFSL och andra stark kritik mot de idéer om masstestning av riskutsatta grupper som framfördes i mitten av 1980-talet, liksom mot införandet av hivinfektion i smittskyddslagstiftningen.

I andra länder, t.ex. Storbritannien, har hivtestet främst betraktats som ett diagnostiskt verktyg och i Nederländerna avråddes t.o.m. MSM från att hivtesta sig under lång tid av de homosexuellas organisationer. Motiveringen var att ett hivpositivt besked ändå inte medförde något gott för den enskilde eftersom sjukvården inte hade någon behandling att erbjuda. Detta ställningstagande har medfört en låg testningsbenägenhet bland MSM i Nederländerna, vilken alltså består trots dagens möjligheter till behandling. En så stor andel som 50 procent av MSM i Nederländerna tros aldrig ha hivtestat sig och mörkertalet av odiagnostiserade personer med hivinfektion beräknas vara lika stort som de kända fallen. I Storbritannien visar Sigmastudien från år 2002 att 44 procent av MSM aldrig hade hivtestat sig (Hickson F. m.fl. *Out and about. Findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2002*). I de nordiska länderna förefaller testningsbenägenheten vara högre. I Danmark och Norge visar studier från 1990-talets första hälft på en hög hivtestningsfrekvens bland MSM; 75 respektive 83 procent (Amundsen 2003).

I en stor svensk studie från 1998, omfattande närmare 1 400 MSM, hade 74 procent hivtestat sig, men skillnaden var stor mellan de yngsta och de äldre; i åldersgrupperna över 28 år, hade närmare 85 procent hivtestat sig, medan endast 55 procent av dem i åldrarna 15–27 år hade genomfört hivtest (Tikkanen & Månsson 1999). En

studie från Venhälsan i Stockholm år 2002 visade att 90 procent av MSM som sökte för hivtest hade testat sig tidigare, i genomsnitt sex gånger. De vanligaste anledningarna till att man önskade hivtesta sig var rutintestning, osäker sex med tillfällig partner eller att man inlett en ny relation. Trots att man sökte för hivtestning bedömde hela 89 procent att ingen eller liten risk förelåg för att de skulle vara smittade av hiv (Berglund T, opublicerade data). Av MSM som diagnostiserades med hivinfektion i Sverige mellan 1997 och 2001 hade 59 procent tidigare hivtestat sig, vilket var mer än dubbelt så hög andel som den bland personer som smittats via heterosexuell kontakt. Dessa data visar att hivtestningsfrekvensen bland MSM är hög i Sverige, åtminstone bland MSM som är i 30-årsåldern och äldre, medan yngre MSM inte lika ofta har hivtestat sig. Att många män har testat sig ett flertal gånger indikerar att man är medveten om att man tillhör en riskutsatt grupp och därför tar ansvar genom att testa sig, om man vid en tillfällig kontakt eller i en relation haft osäker sex.

Den svenska studien från 1998 visade också att en stor andel av de MSM som hivtestat sig har gjort det på någon av de två landstingsdrivna specialmottagningarna som finns i Stockholm och Göteborg. En liknande verksamhet har också tidvis drivits i anslutning till STI-mottagningen i Linköping. I studien från Venhälsan år 2002 framhåller många av männen mottagningens stora betydelse och att personalens professionalitet, kompetensen och förståelse när det gäller MSM:s livsvillkor, sexuella beteende och riskutsatthet etc. skapar en trygghet och tillit som de inte känner inom den vanliga sjukvården. Mottagningarna i Stockholm och Göteborg når en stor del av MSM-populationen i respektive region och även MSM i övriga landet och bidrar aktivt till att höja medvetenheten och kunskapen om hivinfektion och andra STI samt hålla testningsfrekvensen på en hög nivå i gruppen. Mottagningarna ser tidigt och slår larm om trendförändringar i smittspridningen av hivinfektion och STI i denna målgrupp.

Risksituationer och förändrade sexvanor

Svenska och utländska studier visar att MSM radikalt kom att ändra sitt sexuella beteende på 1980-talet när hivinfektionen blev allmänt känd. De började använda kondom vid anala samlag, något som innan hiv/aids blev känt vanligen inte förekommit bland MSM.

Många kom också att minska antalet sexpartner och sexuella kontakter utomlands (Westrell 1997). Den under många år låga förekomsten av gonorré, klamydiainfektion och syfilis bland homosexuella män i Sverige, liksom det sjunkande antalet nya hivfall under 1990-talet, har tagits som ett tydligt tecken på att denna grupp, mer än någon annan i samhället, förändrade sitt sexuella beteende på grund av hiv/aids. Studier av homosexuella mäns sexualvanor i Sverige under 1980- och 1990-talet, styrker också att en sådan beteendeförändring ägde rum och att kondomanvändningen vid anala samlag med tillfälliga partner varit hög. Däremot använder de flesta inte kondom vid oralsex, där i stället den rådande "säkrare sexnormen" bland MSM varit att undvika att få sädesvätska i munnen (Westrell 1997; Tikkanen & Månsson 1999).

Trots hög medvetenheten om riskerna och hur man skyddar sig har ändå kontinuerlig smitta fortsatt att ske inom gruppen MSM i Sverige, även om antalet fall varit relativt lågt. Tidigare studier, i Sverige och internationellt, har bl.a. framhållit alkoholpåverkan och negativ självuppfattning som riskfaktorer för smittoöverföring. Påverkan av andra droger (amfetamin, extacy, LSD etc.) brukar också framhållas som en riskfaktor, men resultaten i undersökningar pekar på att droganvändningen är låg bland MSM i Sverige; endast 5 procent uppgav av de någon gång använt droger i samband med sex (Tikkanen & Månsson 1999). Andra riskfaktorer är lägre ålder, få vänner med hivinfektion, få vänner som avlidit i aids och under-skattande av den egna hivrisken (Nilsson Schönnesson L. *Faktorer av betydelse för spridningen av hiv bland män som har sex med män*. Rapport 1996). Förälskelse och relationer har också framhållits som riskfaktorer; det är mycket vanligare i fasta förhållanden att man har oskyddade samlag än vid tillfälliga kontakter (Berglund 1996; Tikkanen & Månsson 1999).

Den markant ökade förekomsten av gonorré, klamydiainfektion och syfilis som rapporterats bland MSM under andra halvan av 1990-talet och början av 2000-talet är inte unik för Sverige utan har även iakttagits i våra grannländer Norge och Danmark och i flera andra västländer. Flera storstäder i Västeuropa och USA, inklusive Stockholm och Oslo, har för närvarande pågående utbrott/endemisk spridning av syfilis bland MSM vilket inte förekommit i sådan stor omfattning sedan början av 1980-talet. Den ökning av STI som nu rapporteras bland MSM är oroande och markerar ett trendbrott. I Sverige har vi ännu inte sett någon ökning av antalet nya hivfall bland MSM men från andra Västeuropeiska länder, t.ex. Storbritan-

nien och Tyskland, och från USA rapporteras om ett ökat antal nya hivfall bland MSM och om ett ökat risktagande, framför allt bland unga MSM.

Att STI ökar bland MSM, behöver i och för sig inte betyda att det skett en sexuell beteendeförändring som innebär ökat risktagande vad gäller hivinfektion. Gonorré, klamydiainfektion och syfilis har en högre smittsamhet än hivinfektion och smittar betydligt lättare än hivinfektion vid till exempel oskyddat oralsex. Å andra sidan ökar mottagligheten för hivinfektion om man bär på en annan STI och omvänt ökar smittsamheten om en hivinfekterad person drabbas av en STI, vilket gör att en ökad STI-spridning bland MSM, med en betydligt högre hivprevalens än generellt bland allmänheten i övrigt, i sig är oroande. Kliniska data från Venhälsan i Stockholm indikerar dessutom att oskyddade anala samlag ökar – andelen rektala gonorré- och klamydiainfektionfall har ökat de senaste åren – och att en förändrad attityd till säkrare sex håller på att ske bland MSM. Sexualvanestudier bland MSM som söker för hivtestning på Venhälsan visar också att männen fördubblat antalet sexualpartner mellan åren 1997 och 2002, från i genomsnitt (medianvärde) 5 partner till 10 partner under den senaste 12-månadersperioden, något som givetvis har stor betydelse för spridningen av STI (Berglund T, opublicerade data).

Det finns säkert flera bakomliggande faktorer som alla bidrar mer eller mindre till den ökade STI-spridningen bland MSM och till den förändring och uppluckring av normer för säkrare sex som kan antas ha skett under senare år. Allra viktigast är antagligen tidsfaktorn – mer än 20 år har gått sedan aids chockade världen i början av 1980-talet. Hiv/aids har gått från att vara alarmerande förstasidesnyhet som berörde alla till något som de flesta inte kommer i kontakt med eller känner sig särskilt berörda av. Även i grupper med större utsatthet för hivinfektion, som MSM, kan förhållandet till hiv/aids sägas ha gått ”från kris till vardag”. En ny generation MSM har också vuxit upp och de flesta av dem har inte samma erfarenheter av hiv/aids, som så många homosexuella män fick under 1980-talet, antingen direkt personligt eller via vänner och bekanta som drabbades. För den unga generationen i dag är hiv/aids inte alls lika konkret och verkligt. Studier bekräftar också att yngre MSM tar större risker och inte är lika konsekventa i kondomvändningen vid analsamlag med tillfällig partner som de äldre. Andelen som aldrig använde kondom var högre bland de yngre, som också dominerar bland dem som har haft fler än 25 oskyddade sam-

lag med tillfälliga partner under de senaste 12 månaderna (Tikkanen & Månsson 1999).

De nya effektivare medicinerna och behandlingsmetoderna mot hivinfektion som började användas i Sverige 1996, har sannolikt också bidragit till att avdramatisera hivinfektion. Markant minskat insjuknande i aids och kraftigt sjunkande dödstal bland hivinfekterade, har gjort hiv/aids mindre närvarande i den homosexuella delkulturen, trots att allt fler lever med hivinfektion. Internet-revolutionen har under de senaste åren också skapat nya lättillgängliga kontaktmöjligheter för MSM som troligtvis medfört förändrade sexuella nätverk som kan involvera fler personer än traditionella träffställen och kontaktvägar för MSM. Ett antal utländska studier visar att MSM som söker sexpartner via Internet har fler partner än andra, mer oskyddade samlag och högre risk att få en STI (Benotsch m.fl. 2002; Elford m.fl. 2001). Å andra sidan öppnar Internet helt nya möjligheter att nå ut med säkrare sex information, inte minst till män som i övrigt inte deltar i den homosexuella delkulturen och inte tar del av information och annonser i gaypressen, något som RFSL, Statens folkhälsoinstitut och andra aktörer utnyttjat i sin riktade information till MSM.

4.2.2 Intravenöst missbruk

Sparade blodprov som senare undersökts med avseende på hiv visar att hiv epidemin bland injektionsmissbrukarna i Sverige startade 1983 bland heroinmissbrukare i Stockholm. Spridningen var initialt mycket snabb och den skedde till största delen innan missbrukarna själva blev medvetna om att hivinfektion kommit in i gruppen. När ett antikroppstest för hiv blev tillgängligt i november 1984 upptäcktes att ungefär två av tio narkomaner som testades på avgiftningskliniken på Sabbatsbergs sjukhus var hivpositiva. De följande åren kom en massiv testning igång av injektionsmissbrukare på avgiftningsklinikerna, i öppenvården och även inom kriminalvården. Åren 1985–1987 rapporterades 443 fall av hivinfektion bland injektionsmissbrukare i Sverige varav flertalet (78 procent) från Stockholms län. De flesta var heroinmissbrukare som smittats under epidemins initiala fas 1983–1985. Betydligt färre fall upptäcktes bland amfetaminmissbrukare, en till antalet personer större grupp än heroinmissbrukarna. Hivinfektion tycks ha introducerats senare bland dem vilket i så fall bidrog till att någon spridning i större omfattning

aldrig hann ske innan risken för hivinfektion blev känd bland amfetaminmissbrukarna (Stymne 1995; Käll 1996; Anell 2001).

Efter de första årens höga incidens bland injektionsmissbrukarna avtog antalet rapporterade fall snabbt. Åren 1988–1990 anmäldes ca 45 nya fall av hivinfektion per år, varefter incidensen lade sig på ca 25 fall per år 1991–1997 och endast 16 fall per år 1998–2000. Majoriteten av dessa var amfetaminmissbrukare. År 2001 anmäldes 37 intravenösa missbrukare med hivinfektion, varav 25 från Stockholms län. Jämfört med genomsnittet för perioden 1995–2000 fördubblades antalet anmälda fall av hivsmittade intravenösa missbrukare under 2001. Ökningen sågs såväl bland män som kvinnor. Under 2002 sjönk incidensen åter något till 29 personer (21 män och 8 kvinnor), varav 17 var anmälda från Stockholm. Under de tre första kvartalen 2003 anmäldes 20 nya fall bland injektionsmissbrukare, varav fem var smittade i andra länder än Sverige, bl.a. ett par personer från Ryssland och Estland som smittats i sina hemländer.

Molekylär typning vid Smittskyddsinstitutet och epidemiologisk analys av Stockholmsfallen år 2001, som utgjorde majoriteten av de anmälda fallen detta år, har visat att ökningen inte orsakats av ett enda isolerat utbrott av en enstaka hivstam. I stället rörde det sig om flera skilda subtyper, men med ett större kluster av samma subtyp hos minst en tredjedel av Stockholmsfallen. Ökningen 2001–2002 har främst tillskrivits en intensifierad provtagning bland missbrukare och hemlösa i Stockholm 2001.

Injektionsmissbrukarnas andel av det totala antalet anmälda fall i Sverige uppgick under de tidiga åren av hivpidemin 1985–1987 till drygt en fjärdedel. Totalt står denna smittväg i dag för 15 procent av de rapporterade fallen i Sverige sedan 1985 och ungefär 10 procent av de nyupptäckta fallen under den senaste femårsperioden. Om man bara tar hänsyn till inhemsk smittspridning står injektionsmissbruk för 25 procent av fallen som smittats i Sverige såväl totalt (sedan 1985) som under de senaste åren.

Efter det inledande utbrottet i mitten av 1980-talet, då fall anmälda från Stockholms län helt dominerade, har Stockholm ensamt svarat för drygt två tredjedelar av de rapporterade hivfallen bland injektionsmissbrukare i Sverige och resten av landet för en tredjedel. Totalt har 872 fall rapporterats bland injektionsmissbrukare i Sverige t.o.m. 2002, varav Stockholmsfallen utgör 72 procent. Malmö- och Göteborgsregionerna har tillsammans rapporterat 11 procent och övriga landsting 17 procent av de hivinfekterade missbrukarna. Anmärkas bör också att alla som rapporteras smittade genom sitt

injektionsmissbruk inte alltid har infekterats p.g.a. orena injektionsverktyg. I denna smittväg ingår också ett antal personer som är, eller kan vara, sexuellt smittade av annan missbrukare.

Cirka två tredjedelar av de hivanmälda missbrukarna är män, vilket också motsvarar männens andel av injektionsmissbrukarna. Medelåldern vid diagnos var 33 år för hela perioden 1985–2002. Under de senaste tio åren, med ett lågt antal rapporterade fall i gruppen, har medelåldern dock ökat från 34 år (1993) till 41 år (2002). Någon tendens till att hivinfektion sprids nedåt i åldrarna syns således inte i statistiken. Den stigande medelåldern för de nydiagnostiserade under senare år kan emellertid också sammanhålla med eventuella förändringar i testningsintensiteten i gruppen, som skulle kunna innebära att längre tid nu går mellan smittotillfälle och diagnos. Sedan 1985 har totalt endast sju personer i åldern 15–19 år anmälts som smittade via injektionsmissbruk, två kvinnor och fem män, varav fyra av männen var av utländsk nationalitet. Det finns dock 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 kan erbjudas hivtestning och rådgivning. Även kvinnorna kan vara underrepresenterade i dessa sammanhang.

Av de sammanlagt 872 anmälda hivfallen bland injektionsmissbrukare har 367 (42 procent) rapporterats avlidna och 27 har flyttat från Sverige. Detta är dock minimalt eftersom anmälan av dödsfall och emigration sker frivilligt från klinikerna.

Bland injektionsmissbrukarna spelar smitta utomlands en mindre roll än bland sexuellt smittade personer. Flertalet är smittade i Sverige, men totalt har 15 procent smittats utomlands, varav majoriteten är missbrukare som kommer från Norden och övriga Västeuropa samt från Sydostasien. Flertalet av dem är smittade redan innan ankomsten till Sverige. Hittills har endast ett fåtal personer som kommer från Ryssland och andra länder i f.d. Sovjetunionen rapporterats med hivinfektion till följd av injektionsmissbruk. Dessa har anlänt till Sverige under de allra senaste åren.

Den epidemiologiska utvecklingen i Sverige bland injektionsmissbrukare följer i stort sett situationen i övriga Västeuropa – med undantag för Finland där ett utbrott bland injektionsmissbrukare startade år 1998 – med ett relativt lågt antal nysmittade missbrukare, oförändrade eller sjunkande andel hivpositiva missbrukare och utan tydliga tecken på ökad smittspridning. Länderna i Sydeuropa har dock en betydligt högre andel hivsmittade missbrukare

och i Ryssland och Baltikum, samt i andra delar av Östeuropa och Centralasien, pågår för närvarande en dramatisk smittspridning av hivinfektion bland unga injektionsmissbrukare. Över 90 procent av de hivinfekterade som rapporterats i Ryssland efter 1997 återfinns bland injektionsmissbrukare och hivepidemin i denna del av världen har för närvarande den snabbaste ökningstakten.

Risikfaktorer och riskbeteende

Överlag bedöms injektionsmissbrukare ha en hög medvetenhet om hiv, vara generellt sett öppnare än andra grupper med det faktum att de är hivinfekterade, och ha en relativt hög benägenheten att hivtesta sig. Trots detta kan man konstatera att den viktigaste bakomliggande orsaken till att injektionsmissbrukare utsätter sig för risk att smittas av hivinfektion är själva narkotikaberoendet. Riskerna som tas kan exemplifieras med det faktum att det i kontaktsparningsutredningarna i Stockholm från år 1994 framgick att minst fyra av tio injektionsmissbrukare blivit smittade av en person vars hivinfektion var känd för båda parter (Åsander m.fl. 1996). En studie av 21 nydiagnostiserade hivfall bland injektionsmissbrukare 2001, genomförd vid infektionskliniken på Huddinge universitetssjukhus, visar att 20 av 21 hade delat sprutor med annan injektionsmissbrukare, varav 12 med någon som de kände till var hivpositiv. Av 23 kontroller bland hivnegativa injektionsmissbrukare hade 15 delat sprutor, dock inte med någon som de kände till var hivpositiv. Dessa data visar att det inom gruppen finns individer som medvetet utsätter sig för smittrisk och medvetet utsätter andra för smittrisk.

Risk för hivsmitta gäller givetvis inte bara vid sprutdelning utan också vid sexuella kontakter. Smittspridning från missbrukare till icke-missbrukande sexualpartner har dock inte förekommit i någon större omfattning i Sverige. Vanligast är att sexuell smitta sker i parrelationer där båda är injektionsmissbrukare och den från början hivnegativa parten varit medveten om den andras positiva hivstatus, men inte alltid velat eller förmått skydda sig.

Prostitution bland hivpositiva injektionsmissbrukande kvinnor är ett riskbeteende där man tidigt använde sig av smittskyddslagens (1988:1472) möjligheter till tvångsisolering. Länsrätten kan endast döma till tvångsisolering om den smittade inte medverkar frivilligt till de åtgärder som behövs för att förhindra smittspridning eller om det finns anledning anta att den smittade inte följer meddelade

förhållningsregler och detta innebär en uppenbar risk för smittspridning.

Droganvändning

Det ökande användandet av narkotika i samhället medför givetvis ökad risk för hivspridning bland missbrukare. Enkätundersökningar visar att antalet ungdomar som någon gång prövat narkotika (oftast cannabis) har ökat under det senaste decenniet. Samtidigt visar undersökningar av antalet tunga narkotikamissbrukare (injektionsmissbrukare eller annan frekvent narkotikaanvändning) i Sverige att en stor ökning skett under 1990-talet. Antalet tunga missbrukare i Sverige beräknas 1979 ha varit omkring 15 000. I början av 1990-talet var siffran 19 000 och 1998 beräknas de ha uppgått till 26 000. Även om dessa beräkningar är mycket osäkra, så indikerar beslagsuppgifter, kriminalstatistik, samt vård- och dödsorsaksstatistik att en ökning av det tunga narkotikamissbruket skett i Sverige under 1990-talet och 2000-talets första år. Injektionsmissbruket är framför allt koncentrerat till storstadsregionerna (*Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2002*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport nr 63, Stockholm 2002).

Narkomanvården och förebyggande insatser mot narkotika

Redan innan hivpidemin startade bland narkotikamissbrukarna i Sverige hade beslut tagits om att förstärka narkomanvården. Spridningen av hivinfektion bland injektionsmissbrukare ledde till en intensifierad satsning på utvecklingen av narkomanvården och samarbetet mellan olika aktörer som socialtjänst, kriminalvård, polis och missbrukarvård. Vård och rehabilitering av missbrukarna ansågs vara den bästa smittskyddspreventiva insatsen och avsevärda belopp avsattes på 1980-talet för bl.a. drogförebyggande arbete; för att bygga upp narkomanvårdsbaser inom socialtjänsten för aktivt uppsökande av missbrukare; samt för fler platser inom öppenvård, institutionsvård och familjevård. I satsningen ingick också utbildningsinsatser om hiv/aids både för personal och klienter, information till intagna i kriminalvården om smittrisker, drogfria platser inom kriminalvården, stöd till landstingen för att utveckla sjuk- och hälsovårdens insatser för missbrukare och hivinfekterade, särskilda

insatser riktade mot kvinnliga missbrukare samt stöd till frivilligorganisationer.

Socialstyrelsen fick i mitten av 1980-talet ett särskilt regeringsuppdrag med syfte att motverka smittspridningen av hivinfektion bland narkotikamissbrukare. Medel disponerades från anslaget insatser mot aids för att utveckla en offensiv narkomanvård, främst på kommunal nivå, och därigenom begränsa spridningen av hiv. Dessa medel fördes 1997 över till Socialstyrelsens ramanslag och anslagsposten för utvecklingsinsatser.

Under 1990-talet blev narkomanvården föremål för omorganisationer, omfattande nedskärningar och nedprioriteringar i landets kommuner. Narkotikakommissionen bedömer i sitt slutbetänkande (SOU 2000:126) att vårdinsatserna för narkotikamissbrukare i dag inte svarar mot behovet, vare sig det gäller insatsernas inriktning eller omfattning. Bristerna bedöms som särskilt stora när det gäller det tunga missbruket. Regeringen konstaterar i sin nationella narkotikahandlingsplan (prop. 2001/02:91) att det i dag finns stora brister i den svenska narkotikapolitiken. Inte minst gäller det i den struktur som finns för att bekämpa narkotikaproblemet, främst inom det förebyggande arbetet och inom den vård och behandling som i dag erbjuds missbrukare. Att fler ungdomar än tidigare har en mer tillåtande attityd till narkotika visar att det förebyggande arbetet inte når fram i tillräcklig utsträckning. Minskande resurser och förändringar inom polis- och tullväsendet under 1990-talet, liksom ändrade förutsättningar för gränskontroll i och med EU-inträdet och anslutningen till Schengenavtalet, är också faktorer som påverkat införseln av och tillgången på narkotika i samhället.

I propositionen redogör regeringen för sin syn på narkotikapolitiken och lägger fast grundvalarna för hur samhällets insatser under de kommande fyra åren skall förstärkas och följas upp. Målet för den svenska narkotikapolitiken skall även i fortsättningen vara ett narkotikafritt samhälle. Huvudinriktningen för narkotikapolitiken skall vara målinriktade och samordnade insatser för att begränsa både utbudet av och efterfrågan på narkotika. Insatser behövs bl.a. för att förstärka den politiska prioriteringen av narkotikafrågan, förbättra samarbetet mellan olika myndigheter och mellan myndigheter och organisationer, förbättra det förebyggande arbetet och vården genom bl.a. metod- och kompetensutveckling samt forskning.

En särskild nationell narkotikasamordnare (dir. 2002:6) har tillsatts som skall genomföra och följa upp narkotikahandlingsplanen och samordna insatserna på nationell nivå. Sammanlagt 325 miljoner

kronor har avsatts för att genomföra planen under åren 2002–2005. Samordnaren har med stöd i undersökningar som Socialstyrelsen genomfört 2003 bl.a. pekat på bristen på avgiftningsplatser som skapar långa väntetider, avsaknad av uppsökande verksamhet och svårigheter för missbrukarna att komma i kontakt med socialtjänsten, samt brister i eftervården (*Rapport 2003*. Den nationella narkotikapolitiska samordnarens årsrapport maj 2002 – juni 2003). Samordnaren skall avlämna en slutrapport till regeringen senast den 31 december 2005. Vidare har en utredningen tillsattes av regeringen (dir. 2002:10, tilläggsdir 2003:149) med uppdrag att se över tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och hur omstruktureringen av missbrukarvården till mer öppenvård och mindre institutions- och tvångsvård påverkat den enskilde missbrukarens möjlighet att få sitt vårdbehov tillgodosett. Uppdraget skall slutredovisas senast i januari 2004. Socialstyrelsen arbetar också för närvarande med att ta fram nationella riktlinjer för missbrukarvården.

Hivpreventiva insatser

Ett viktigt strategiskt beslut när hivspridningen uppmärksammades bland missbrukare i Sverige i mitten av 1980-talet var att försöka nå alla missbrukare med erbjudanden om behandling, information om smittvägar och smittskydd samt testning av hivstatus. Många kommuner satsade stora resurser på uppsökande verksamhet med bl.a. erbjudande om hivtest, något som också skedde inom kriminalvården. Detta, tillsammans med ett gott omhändertagande inom narkomanvården och sjukvården, bidrog till att en stor del av de injicerande narkotikamissbrukarna testade sig. I efterhand kan man se att denna strategi innebar att nysmittan bland missbrukare sjönk mycket snabbt till internationellt sett låga nivåer. Det fanns tidigt en villighet från flertalet injektionsmissbrukare att hivtesta sig och inom missbrukarpopulationen uppstod ett grupptryck att låta testa sig och att vara öppen om sitt hivstatus.

Narkotikakommissionen behandlar i sitt slutbetänkande (SOU 2000:126) de infektionsrisker som injektionsmissbrukarna på grund av sin livsstil och sina narkotikavanor är utsatta för. Särskilt berörs hivinfektion och hepatit, men också risken för spridning av tuberkulos bland hemlösa och tunga missbrukare. I Östeuropa samt i vissa städer i Centraleuropa har tuberkulos under senare år börjat

sprida sig i sådana grupper. Narkotikakommissionen framhåller, trots den relativt gynnsamma epidemiologiska utvecklingen vad gäller hivinfektion i Sverige, att det är viktigt att upprätthålla en hög nivå på information och kunskap om risken för smittspridning bland missbrukare. De ökade kontakterna med Östeuropa, Asien och Afrika där såväl den sexuella smittspridningen som smittspridningen bland missbrukare är epidemisk och snabbt ökande i stora områden, kräver också hög beredskap. Generellt gäller, konstaterar kommissionen, att man måste arbeta för en högre beredskap och en ökad medvetenhet om riskerna för spridning av hiv, hepatit och tuberkulos bland missbrukare. Det faktum att många lever under svåra och osunda förhållanden ökar riskerna för smittspridning. Den stora omfattningen av hepatit C-infektion bland missbrukare kommer att på några års sikt innebära mycket stora hälsoproblem och även medföra stora påfrestningar på vården. Kommissionen menar därför att en handlingsplan för motåtgärder mot hepatit C bör upprättas, som involverar alla som kommer i kontakt med de tyngsta missbrukarna, dvs. akutmottagningar, tillnyktringsenheter, häkten, härbärgen och frivilligorganisationer som arbetar med hemlösa och missbrukare.

Aktuella uppgifter tyder på att ca 50 procent av de intravenösa missbrukarna i Sverige har smittats av hepatit B-virus och ca 90 procent av hepatit C-virus. Mot hepatit B finns ett skyddande vaccin medan det alltså saknas ett vaccin mot hepatit C, som ger livslångt bärarskap och stor risk för leverskador. Att prevalensen av hepatiter är så stor beror dels på att smittsamheten är mycket större för dessa virus än för hiv, dels på att missbrukarna inte på samma sätt själva har uppmärksammat problemet och inte heller bedömer det lika allvarligt. Tillgängliga data tyder på att prevalensen av hepatit C-smitta är hög bland injektionsmissbrukare i hela Västeuropa.

Hivtestning och rådgivning

Hivtestning och rådgivning riktad till injektionsmissbrukare sker bl.a. inom narkomanvården, infektionssjukvården och kriminalvården. Särskilda sprututbytesprogram inkluderande bl.a. hivtestning startades i Malmö och Lund i mitten av 1980-talet (se nedan). Det socialmedicinska häktesprojektet i Stockholm, som vänder sig till häktade och anhållna med intervjuer, information och erbjudande om hivtestning, startade 1987. Redan vid starten av häktesprojektet

hade ca 80 procent av deltagarna hivtestat sig tidigare och under 1990-talet låg denna andel på omkring 95 procent. Incidensen av nyupptäckta hivfall låg initialt på ca 1 procent per år för att sedan sjunka på 1990-talet. Även i Göteborg och Malmö startades uppsökande verksamhet på häktena i samarbete med den kommunala narkomanvården.

I Stockholm finns också det s.k. Spiralprojektet, en kombinerad öppenvårds- och gynekologmottagning med bl.a. preventivmedelsrådgivning för kvinnor som befinner sig i prostitution och/eller missbruk. Verksamheten, som startade redan 1978, bedrivs i samarbete mellan socialtjänsten och sjukvården. Den når många av de mest utsatta kvinnorna och har kontakt med ett 40-tal hivpositiva personer. Verksamheten är ett exempel på s.k. *harm reduction*, dvs. insatser för att minska skadeverkningarna och samtidigt förebygga sjukdom.

Den regelbundna hivtestningen av injektionsmissbrukare i kombination med deras öppenhet sinsemellan om hivstatus är sannolikt de enskilt viktigaste faktorerna för den relativt gynnsamma utvecklingen av hivpidemin bland injektionsmissbrukarna i Sverige. Det uppsökande arbetet som underlättade och möjliggjorde regelbunden hivtestning avtog dock under 1990-talet i många av landets kommuner, i takt med att narkomanvården fick minskade resurser, omorganiserades, och narkomanvårdsbaser, vårdenheter och behandlingshem specialiserade på narkotikamissbrukare lades ned eller minskade antalet vårdplatser. Även inom tvångsvården, enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), mer än halverades antalet vårdplatser mellan åren 1994 och 2000 och antalet LVM-institutioner har minskat från 25 till 15. Detta har medfört att långa väntetider uppstått vid akuta omhändertaganden.

Fram t.o.m. 1993 hade över 50 000 hivtester rapporterats i hela landet på personer som injicerat narkotika. Från 1994 saknas tillförlitlig nationell statistik över antalet utförda hivtester och information saknas om den testades riskbeteende. Uppgifter från narkomanvården och sjukvården i Stockholm tyder på att en minskning i testningsfrekvensen bland injektionsmissbrukarna ägde rum under 1990-talet, liksom en försämring i kvaliteten på information och rådgivning till denna grupp (Anell A & Larsson K. *Rapport år 2000 om det sociala och psykologiska omhändertagandet av hivinfekterade narkomaner och de preventiva insatserna mot smittspridning av hiv bland narkomaner i Stockholms stad*. Socialtjänstförvaltningen, Stockholms stad 2000). Även data från det socialmedicinska häktesprojektet i

Stockholm bekräftar att tiden mellan hivtest för enskilda individer ökat med i genomsnitt nära 12 månader mellan åren 1997 och 2003 och är nu i genomsnitt drygt 32 månader bland injektionsmissbrukarna som testas i samband med häktesvistelse (Käll K, opubl. 2003).

En nysatsning på målgruppen har skett under 2002 i Stockholm som omfattar ett särskilt informationsmaterial till narkotikamissbrukare om hivinfektion och hepatiter och utbildning för personal inom socialtjänsten. Informationsmaterialet används även i andra landsting och av frivilligorganisationer.

År 2002 startade häktesprojektet igen efter tre års uppehåll. Detta innebär att personer som häktas i Stockholms län erbjuds hiv- och hepatittest samt information och rådgivning i större utsträckning och mer systematiskt än under de föregående tre åren. Verksamheten drivs som ett forskningsprojekt med stöd från de statliga hiv/aids-medlen. Under första halvåret 2003 hade häktesprojektet kontakt med 369 injektionsmissbrukare varav 366 testades. Sex procent var hivinfekterade. En person kände inte till sin hivinfektion sedan tidigare och ytterligare en, som inte uppgivit något injektionsmissbruk, testades hivpositiv på häktet under samma period. Majoriteten av injektionsmissbrukarna hade tidigare hivtestat sig vid något eller flera tillfällen, men 6 procent testade sig för första gången (Käll K. *Socialmedicinska häktesprojektet*. Sammanställning jan–juni 2003, opubl.).

På Huddinge universitetssjukhus gjordes 2001–2002, med ekonomiskt stöd från Statens folkhälsoinstitut, en satsning på utökad hivtestning av injektionsmissbrukare i slutenvård med målet att öka testningen, utbilda personalen och höja kunskapen om hivinfektion och hepatit inom beroendevården. Av 101 injektionsmissbrukare utan känd hivinfektion testades hälften varav 7 procent befanns vara hivpositiva.

Hivprevention inom kriminalvården

Kriminalvården har en viktig funktion såväl när det gäller samhällets insatser mot narkotikamissbruk som i det hivpreventiva arbetet. Det finns få samhällsorgan som möter så många narkotikamissbrukare som kriminalvården. Varje år är ca 5 000 narkotikamissbrukare intagna på anstalter eller häkten. Regeringen framhåller i den narkotikapolitiska propositionen (prop. 2001/02:91) att vid verkställig-

het av fängelsestraff och skyddstillsyn bör kriminalvården försöka motivera till, planera och genomföra en missbrukarvård som vid behov fortsätter även efter verkställighetens slut. Att så inte sker visar en rundfråga från kriminalvården 2000/2001. Kriminalvårdens centrala beredningsgrupp i drogfrågor framhåller därför i sin handlingsplan för kriminalvårdens insatser mot narkotika att hivtestning måste återupprättas som basrutin vid häktning och anstaltsinställelse. Vidare föreslås att särskilda narkomanvårdsgrupper i varje region inrättas som skall arbeta med uppsökande verksamhet mot i första hand häktena. Varje person som häktas skall intervjuas om eventuellt missbruk och ges information om hivinfektion och hepatiter samt få erbjudande om hivtestning och hepatit-vaccination. En särskild testnings- och vaccinationsjournal upprättas som följer varje intern inom kriminalvården.

Sprututbytesprogram

I syfte att förhindra smittspridning av hivinfektion via orena injektionsverktyg inleddes i mitten av 1980-talet försök med sprututbyte för injektionsmissbrukare i Lund och Malmö. Förutom utbyte av sprutor omfattar verksamheterna rådgivning och information om spridningen av hivinfektion och hepatit, hivtestning och vaccination mot hepatit. Vidare motiverar man till – och förmedlar – kontakt med socialtjänst och narkomanvård. Antalet deltagare i de båda försöksverksamheterna har under senare år varit relativt konstant – ca 1 200 per år i Malmö och ca 350 i Lund. En övervägande majoritet av de tunga missbrukarna i Malmö och Lund bedöms ingå i programmen och genomgår regelbundet hivtest. Detta ger goda möjligheter att tidigt upptäcka enstaka fall av hivinfektion eller eventuell ny smittspridning i gruppen. Återlämningsfrekvensen är mycket hög – mellan 96 och 98 procent av alla sprutor och kanyler återlämnas.

Socialstyrelsen har åren 1988, 1993 och 2001 presenterat utvärderingar av försöken med sprututbyte (Socialstyrelsen, dnr 205-7720/91; dnr 44-9880/96; dnr 62-4917/2000). Dessa utvärderingar har inte kunnat ge något entydigt svar på vilka effekter försöksverksamheten haft på spridningen av hivinfektion i Malmö/Lund-regionen. Dock anser Socialstyrelsen att det saknas stöd för att sprututbytesprogrammen, som de bedrivs i Malmö och Lund, skulle ha påverkat nyrekryteringen till tungt missbruk i vare sig den ena

eller andra riktningen, eller att de skulle kunna innebära skada för enskilda. Socialstyrelsens bedömning är att verksamheterna når en starkt marginaliserad och vårdbehövande grupp som inte på egen hand förmår bryta sitt missbruk. Programmen utgör en kontaktyta och har ett väl upparbetat kontaktnät inom hälso- och sjukvården och även med andra vårdgivare, vilket borde ha betydelse för patienternas motivation till behandling av sitt missbruk.

Narkotikakommissionen menar i sitt slutbetänkande (SOU 2000:126) att det i allmänhet går att uppnå samma resultat när det gäller att få kontakt med missbrukare med andra metoder än sprututbytesprogram. Man vill dock inte ta avstånd från all sådan verksamhet, eftersom situationer kan uppkomma då det kan finnas skäl att använda denna metod. Kommissionen framhåller att en grundläggande förutsättning för sprututbytesverksamhet i så fall är att verksamheten knyts till en narkomanvårdsenhet och kopplas till en aktiv missbrukarbehandling.

Den av regeringen tillsatte narkotikapolitiska samordnaren (dir. 2002:6) ansåg i sitt ställningstagande till sprututbytesverksamheten 2003 att sprututbyte i kombination med annan stödverksamhet fyller en viktig funktion när det gäller att förhindra liksom att spåra smittspridning av hivinfektion och hepatit. Vidare ansåg samordnaren att sprututbyte, sett i ett större narkotikapolitiskt sammanhang, bör rymmas inom ramen för en human och restriktiv narkotikapolitik som den fastslagits i regeringens nationella narkotikahandlingsplan (prop. 2001/02:91). Samordnaren föreslog därför att försöksverksamheterna i Malmö och Lund skulle övergå till att bli en del av den reguljära verksamheten och att övriga sjukvårdshuvudmän genom ett ansökningsförfarande skulle ges möjlighet att driva sprututbytesprogram (Fries B. Narkotikapolitisk samordnare. Mobilisering mot narkotika. Dnr 209/02).

Dock poängterade samordnaren att programmen inte får reduceras till enbart ett utbyte av sprutor och inte heller begränsas till enbart hälso- och sjukvårdande insatser. Det bör krävas att verksamheten innehåller ett väl fungerande motivationsarbete med nära koppling till avgiftning och narkomanvård liksom till socialtjänstens insatser för narkotikamissbrukare. Det långsiktiga målet för verksamheten måste alltid vara att förmå den enskilde missbrukaren till ett liv utan narkotika. Särskilda krav måste ställas på sådana verksamheter och Socialstyrelsen bör upprätta detaljerade föreskrifter med krav på dokumentation, uppföljning och utvärdering.

Efter remissbehandling av samordnarens ställningstagande har regeringen i november 2003 klargjort sin ståndpunkt i frågan. Regeringens uppfattning är 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.

Metadon- och Subutexbehandling

Underhållsbehandling med metadon eller Subutex kan vara en väg att förebygga hivspridning bland injektionsmissbrukare. Metadon för tunga opiatmissbrukare har använts i Sverige sedan mitten av 1960-talet, då ett metadonprogram inleddes i Uppsala. Socialstyrelsen konstaterade 1987 att vårdbehovet hade ökat, särskilt mot bakgrund av hivspridningen bland heroinmissbrukarna i Stockholm. De närmast följande åren kom därför ytterligare tre program att inrättas i Stockholm, Lund och Malmö. I dag har metadonprogrammet i Stockholm ca 320 patienter och totalt kan högst 800 patienter för närvarande få metadonbehandling i de fyra programmen. Under senare år har antalet heroinmissbrukare som uppfyller inskrivningskriterierna ökat och därmed har också kötiden för en plats i programmen ökat på grund av resursbrist (*Hivprevention och missbrukare*. Expertseminarium. Folkhälsoinstitutet 2001:5).

I Socialstyrelsens utvärdering (SOS-rapport 1997:22) konstaterades goda resultat vad avser minskat missbruk, minskad konsumtion av sluten sjukhusvård, minskad kriminalitet, lägre dödlighet samt socialt förbättrade levnadsvillkor för dem som stannar kvar i behandling. Narkotikakommissionen påpekar i sitt slutbetänkande (SOU 2000:126) att begränsade behandlingsprogram med stöd av metadon eller andra underhålls- och blockeringsmediciner också kan vara betydelsefulla för bl.a. smittskydd och rehabilitering.

De i Sverige tillämpade principerna för läkemedelsassisterad underhållsbehandling innebär strikt kontroll. De flesta patienter stannar i programmen under relativt lång tid – ca 60 procent kvarstår i behandling efter två år. Flera studier visar dock att livssituationen för dem som utesluts eller hoppar av blir särskilt svår och dödligheten i den gruppen är stor. Bland dem som utesluts finns

även hivpositiva missbrukare, trots vetskapen att de kommer att gå tillbaka till den situation de var i innan underhållsbehandlingen eller en ännu sämre situation. Narkotikakommissionen framhåller att det är nödvändigt att metadonbehandling kombineras med ett psykosocialt stöd och att tiden som patienten stannar i programmet är av stor betydelse.

Hivpositiva heroinmissbrukare har i dag inte förtur till läkemedelsassisterad underhållsbehandling, men medicinsk förtur kan ges vid allvarig sjukdom. Av de 261 personer som skrevs in 1989–1991 i något av de fyra metadonprogrammen var 43 procent hivpositiva. En tredjedel av de inskrivna personerna hade avlidit före år 2000 varav 30 procent (26 personer) avled på grund av hiv/aids. En stor del av dödsfallen inträffade under början av 1990-talet, medan dödligheten i hiv/aids minskat efter 1996 då de moderna hivmedicinerna introducerades (*Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling*. Socialstyrelsen, dnr 2001-103-14). I dag utgör hivpositiva patienter i programmen en betydligt mindre andel än i början av 1990-talet. Färre än en femtedel av patienterna i Stockholmsprogrammet var hivpositiva 1998.

För hivinfekterade heroinmissbrukare är underhållsbehandling med metadon eller Subutex i många fall en förutsättning för att de skall kunna tillgodogöra sig och få tillgång till hivbehandling, vilket annars kan vara omöjligt beroende på deras instabila livssituation. Även heroinmissbrukare som blivit tvångsisolerade på grund av smittfarligt beteende har tack vare underhållsbehandling kunnat komma ut i samhället igen.

Medicinsk behandling och stöd till hivinfekterade

Att injektionsmissbrukare på grund av sin utsatthet och hälsofarliga livsföring har särskilda sjukvårdsbehov har tidigare berörts. När det gäller hivbehandling kan konstateras antalet personer som insjuknar i aids eller avlider till följd av hivinfektion kraftigt minskats i Sverige, tack vare den effektiva kombinationsbehandlingen mot hivinfektion som infördes 1996. De hivinfekterade injektionsmissbrukarna har dock i större utsträckning än andra hivinfekterade svårigheter att tillgodogöra sig denna medicinska framgång. Behandlingen är inte okomplicerad och den kräver regelbundenhet och optimal följsamhet för att inte behandlingssvikt och resistensutveckling skall riskera att uppkomma. Den utsatthet som särskilt hemlösa hivinfekterade

injektionsmissbrukare befinner sig i, ofta även i kombination med psykisk sjukdom, försvårar eller omöjliggör hivbehandling.

Av de ca 200 hivinfekterade injektionsmissbrukare (år 2003) som har sin medicinska behandlingskontakt vid hivmottagningen på Huddinge universitetssjukhus, har uppskattningsvis 55 procent någon form av behandling mot sin hivinfektion, vilket kan jämföras med att ca 70 procent av samtliga hivinfekterade i Stockholms län har aktiv kombinationsbehandling mot hivinfektion. Av injektionsmissbrukarna bedöms dock färre än hälften ha en välfungerande behandling.

I Helsingfors har man efter det finska utbrottet av hivinfektion bland injektionsmissbrukare som startade 1998 valt att samla ett flertal resurser för hivpositiva injektionsmissbrukare i ett särskilt servicecenter med generösa öppettider. Där finns infektionssjukvård, sprututbyte, metadonbehandling, avgiftning, socialtjänst, sovsal, boendeavdelning, restaurang, sociala verksamheter m.m. Hivprovtagning med snabbtest, hepatittestning och vaccination, rena sprutor och nålar samt kondomer erbjuds även till injektionsmissbrukare som inte har en känd hivinfektion. Samordningen av olika verksamheter i ett enda center underlättar genomförande av vård, behandling, stödåtgärder samt information till målgruppen om pågående utbrott av t.ex. hepatit.

Hemlöshet

En särskilt utsatt grupp av hivinfekterade missbrukare är de som saknar ordnat boende. Hemlösa är i stor utsträckning alkohol- eller narkotikamissbrukare och ofta är missbruket också kombinerat med psykisk sjukdom. Såväl svenska som internationella studier visar att personer med långvarig hemlöshet drabbas av en ansamling av hälsoproblem, såväl psykiska som fysiska. En pilotstudie av hemlösa som genomfördes 2000 i Stockholm visade bl.a. att 16 av 35 var smittade av hepatit C, 12 respektive 13 hade en genomgången hepatit B respektive A-infektion, tre var hivinfekterade varav en tidigare okänd. Tre fjärdedelar saknade regelbunden läkarkontakt (Hallin J m.fl. *En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm*. Avdelningen för socialmedicin, Karolinska institutet och Enheten för socialmedicin, Stockholms läns landsting, 2001).

Av den kartläggning som FoU-enheten i Stockholms stad genomför varje år framgår att det finns ca 5 000 av socialtjänsten och det

övriga hjälpsystemet kända tunga missbrukare av alkohol eller narkotika i staden, varav ca 30 procent injicerar heroin eller amfetamin (2001). Andelen hemlösa av missbrukarna är 38 procent och 27 procent bedömdes lida av allvarlig psykisk ohälsa. Totalt finns ca 2 500 hemlösa i Stockholm. I kartläggningen ingår 126 hivpositiva med pågående missbruk (87 män och 39 kvinnor), varav 74 (59 procent) saknar ordnat boende eller är hemlösa (Finne E. *Statistik över socialtjänstens kontakter med missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm år 2001*. FoU-rapport 2003:6).

För att öka tillgängligheten till sjukvård för hemlösa och narkomaner i Stockholms innerstad, öppnades 2001 en särskild vårdcentral för hemlösa, Hållpunkt Maria. Vårdcentralen, som har 20–30 besök per dag, samarbetar med infektionssjukvården, tandvården och med det mobila medicinska teamets uppsökande verksamhet. Hivtestning erbjuds och 2001–2002 diagnostiserades flera besökare med tidigare ej känd hivinfektion.

Personer med dubbeldiagnoser (missbruk och psykisk ohälsa) behöver samtidig hjälp från socialtjänsten och psykiatrin. Som kommittén för hemlösa konstaterar i sitt betänkande (SOU 2001:95) måste en samlad bedömning av vårdbehovet för den enskilde göras utifrån en somatisk, psykiatrisk och social synvinkel. Från den enskildes perspektiv är det därför viktigt att metoder för samordnad planering av insatser utvecklas samt att en god kvalitet säkerställs samtidigt som samhällets resurser används effektivare. Möjligheterna till sådan samordning har öppnats i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Under den gemensamma nämnden kan i stort sett alla nuvarande uppgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen fullgöras. Så kan t.ex. uppgifter enligt smittskyddslagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om vård av missbrukare i vissa fall samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade inordnas under den gemensamma nämnden.

Frivilliga insatser

Föreningen Convictus har genom sin stödverksamhet Bryggan i Stockholm kontakt med ett 50-tal hemlösa missbrukare per dag. Man uppskattar att hälften av de hemlösa med känd hivinfektion har kontakt med verksamheten. Flera nya hivfall har diagnostiserats de senaste åren bland hemlösa i Stockholm, bl.a. genom kontakten

med Bryggan. Några av dem har inte hivtestat sig på flera år vilket indikerar att hivtestningsfrekvensen bland tunga missbrukare har sjunkit under senare år. Föreningen presenteras mer utförligt i avsnitt 4.5.

Även andra frivilligorganisationer som arbetar med hivförebyggande insatser, såsom Noaks Ark–Röda Korset och RFSL, kommer i viss utsträckning i kontakt med narkotikamissbrukare inom sina stödverksamheter och har i sitt informationsmaterial om hivinfektion även uppmärksammat riskerna vid narkotikamissbruk.

4.2.3 Personer med utländsk bakgrund

I propositionen om särskilda medel för bekämpningen av aids (prop. 1985/86:171) där regeringen presenterade ett första samlat åtgärdsprogram mot hiv/aids noterades att det fanns snabb spridning av hivinfektion utomlands, främst i USA men också i Europa. I Sverige var spridningen av hivinfektion vid tillfället fortfarande i huvudsak begränsad till vissa grupper i befolkningen; intravenösa missbrukare och MSM. Det var först i slutet av 1980-talet som olika invandrargrupper och flyktingar identifierades som en målgrupp i sig. År 1989 anställde Aidsdelegationen en handläggare för att arbeta specifikt med invandrargrupper. I den nationella folkhälsopolicyn som presenterades av Folkhälsoinstitutet år 1995 och i olika handlingsprogram därefter har man uppmärksammat behovet av en målgruppsanpassad prevention riktad till olika invandrargrupper.

Det finns här, enligt utredningens mening, anledning att vara mer precis när man diskuterar olika grupper av personer av utländsk härkomst i förhållande till hivinfektion. Att i allmänna ordalag tala om *invandrare och flyktingar* i detta sammanhang är missvisande. Det är exempelvis inte anledningen till att individen kommer till Sverige, utan varifrån han/hon kommer som är relevant, majoriteten av de personer med utländsk bakgrund som lever i Sverige i dag kommer inte från länder/områden med en kraftigt förhöjd spridning av hivinfektion, s.k. högendemiska områden.

I detta kapitel behandlas frågor kring de människor som kommer till Sverige från områden med en relativt sett hög hivprevalens, de nyanlända från högendemiska områden. Med högendemiska områden avses normalt länderna i Afrika söder om Sahara, ett flertal länder i Karibien, samt ett antal länder i Sydostasien och Latinamerika. Till denna grupp kan numera också nyanlända från områden

med pågående epidemier fogas. Exempel på dylika områden är delar av Ryssland och ibland avses även geografiska områden där det pågår epidemisk spridning inom en viss undergrupp av befolkningen, t.ex. utbrott av hivinfektion bland intravenösa missbrukare.

Likaså behandlas här frågor kring hiv/STI-prevention anpassad för olika grupper av personer av utländsk härkomst. Prevalensen av hivinfektion är högre i vissa invandrargrupper än i andra, och än i befolkningen som helhet. Detta, i kombination med att sociala och därtill också sexuella kontakter ofta tas inom gruppen, gör att vissa individer/grupper av individer är riskutsatta i högre utsträckning, och ett preventivt budskap behöver utformas därefter.

En ytterligare orsak till att den stora gruppen personer med utländsk bakgrund kan behöva särbehandlas i det preventiva arbetet är att här finns individer/grupper av individer som av olika anledningar kan sakna förutsättningar att kunna tillgodogöra sig ett generellt hiv/STI-preventivt budskap. Avgörande för detta är om personen har tillgång till de kanaler genom vilket budskapet förmedlas, kan det språk på vilket budskapet förmedlas och har den grundkunskap som budskapet förutsätter.

Det preventiva arbetet riktat till personer av utländsk härkomst omfattar i ett första skede att hivtestning skall erbjudas dem som i högre utsträckning riskerar att vara hivinfekterade. Detta sker vanligen, eller bör ske, vid den hälsoundersökning som skall erbjudas vid ankomst till Sverige. Därtill skall dessa individer/grupper av individer, liksom alla andra bosatta i Sverige, ges saklig och relevant information och därmed tillräckliga förutsättningar för att skydda sig själv och andra mot smittspridning.

Smitta före immigration till Sverige

Personer smittade utomlands, vanligtvis i högendemiska områden, står för över två tredjedelar av de rapporterade fallen av hivinfektion under senare år. Huvudparten av dem har smittats före immigration till Sverige, men ett ökande antal individer som är bosatta i Sverige smittas också under utlandsresor (vilket behandlas närmare i avsnitt 4.2.5).

År 2002 rapporterades 287 fall av hivinfektion i Sverige, varav närmare hälften, 140 personer, hade smittats före immigration till Sverige. Antalet rapporterade fall av hivinfektion där personer smittats före immigration har ökat under senare år, genomsnittet

under 2000-talet har varit 113 personer per år, att jämföra med 85 fall per år under den föregående femårsperioden. Att antalet hivinfekterade globalt beräknas öka med 5 miljoner per år påverkar givetvis också andelen hivinfekterade bland de personer som kommer till Sverige.

Heterosexuell smittoöverföring dominerar globalt och av de 140 personer som år 2002 rapporterades smittade före immigration till Sverige, svarade de heterosexuellt smittade för över 75 procent (jämfört med 25 procent av dem som infekterats i Sverige). Av de övriga hade 14 personer smittats via sexuella kontakter män emellan, 7 personer via intravenöst missbruk och för 13 personer uppgavs smittvägen antingen vara okänd/övrig (mor-barnsmitta, smitta via sjukvård utomlands etc.).

Av dem som 2002 anmäldes smittade heterosexuellt före immigration hade ca hälften smittats i Afrika, framför allt i länder söder om Sahara. Andelen som smittats i Asien före immigration har fördubblats under 2000-talet; år 2001 anmäldes 26 personer och 22 personer år 2002, att jämföra med i genomsnitt 11 personer under den föregående femårsperioden. Under 2002 anmäldes 11 personer smittade i Europa (Norden ej inbegripet) före immigration, att jämföra med i genomsnitt tre personer under den föregående femårsperioden. Denna siffra speglar sannolikt att antalet personer som kommit till Sverige från andra delar av världen via europeiska länder har ökat efter Sveriges inträde i Schengensamarbetet år 2001.

I ovanstående fall hade i Sverige vidtagna hivpreventiva insatser inte kunnat påverka risken för smittspridning, men likväl är det ur smittspridningssynpunkt av stor vikt att eventuell hivinfektion identifieras tidigt. För den enskilde individen innebär en tidig diagnos dessutom ett mer gynnsamt medicinskt utgångsläge.

Erbjudande om hälsoundersökning inkl. hivtestning

I enlighet med Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1995:4) om hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar skall samtliga asylsökande och flyktingar snarast efter ankomst till Sverige erbjudas ett individuellt hälsosamtal och vid behov en hälsoundersökning. Hälsoundersökningen syftar till att identifiera personer som är i behov av omedelbar vård eller vård som inte kan anstå samt att uppmärksamma eventuella behov av smittskyddsåtgärder.

Bestämmelser om att asylsökande skall erbjudas hälsoundersökning vid ankomst till Sverige har funnits sedan 1985, en undersökning som sedan 1990 även har inbegripit erbjudande om hivtestning. Hälsoundersökningen är frivillig för den enskilde, vilket också innebär att den asylsökande skall vara såpass välinformerad om de olika moment som ingår i undersökningen att han/hon har möjlighet att avstå. I januari 2003 antog Europeiska unionens råd ett direktiv (2003/9/EG) som ger medlemsstaterna *möjlighet* att begära att asylsökande skall hälsoundersökas av folkhälsoskäl. Regeringen tillsatte i januari en utredning (dir 2003:11) för att ta ställning till hur rådets direktiv om miniminormer för mottagandevillkor av asylsökande i medlemsstaterna skall genomföras i Sverige, vilket inbegrep att pröva behovet av obligatoriska hälsoundersökningar för de asylsökande.

I betänkandet EG-rätten och mottagandet av asylsökande (SOU 2003:89) som överlämnades i september år 2003 gör utredningen bedömningen att det saknas tillräckligt starka skäl att föreslå att hälsoundersökningarna görs obligatoriska. Utredningen föreslår dock att skyldigheten för landstingen att erbjuda hälsoundersökning till de asylsökande skall lagregleras. Utredningen hänvisar också till pågående uppföljnings- och utvecklingsarbete och lämnar ytterligare förslag för att förbättra rutinerna avseende hälsoundersökningarna.

Mottagande av asylsökande, anknytningsfall, kvotflyktingar etc.

Anledning till varför en person sökt sig till Sverige (asylsökande, anknytningsfall, kvotflyktingar, övriga etc.) blir ur preventiv synvinkel särskiljande först när det kommer till de olika rutiner för mottagande, och därmed erbjudande om hälsosamtal/hälsoundersökning, som förekommer. Det avgörande här är nämligen om personen har uppehållstillstånd vid ankomst till Sverige.

Anknytningsfall och kvotflyktingar har definitionsmässigt erhållit uppehållstillstånd *före ankomst* till Sverige och den kommun där de har sin hemvist svarar således för mottagande och Integrationsverket för ersättningen till sjukvården för hälsoundersökning, i de fall då sådan skall erbjudas (se nedan). Av anknytningsfallen var drygt 20 procent anhöriga till flyktingar, vilket är den grupp som är viktigast att nå med avseende på just hivinfektion. År 2002 utgjorde den gruppen samt kvotflyktingarna sammantaget drygt 5 000 per-

soner, vilket motsvarar 13 procent av de närmare 45 000 som erhöll uppehållstillstånd under året.

Asylsökande *saknar uppehållstillstånd* vid ankomst till Sverige och Migrationsverket ansvarar för mottagande inklusive erbjudande om hälsoundersökning, likaså för ersättning i efterhand till sjukvårdshuvudmannen för utförda hälsoundersökningar. År 2002 invandrade ca 46 500 personer till Sverige, av dessa var ca 33 000 asylsökande.

Möjligheten till eget boende för den asylsökande

År 1994 trädde en ny lag (1994:137) om mottagande av asylsökande i kraft, med vilken följde möjlighet till eget boende för den asylsökande. Detta har i sin tur påverkat förutsättningarna för erbjudande om hälsoundersökning. Tidigare passerade alla asylsökande en s.k. transitenhet och genom att Statens invandrarverk (nuvarande Migrationsverket) hade avtal med olika vårdgivare fanns vid dessa enheter möjlighet till hälso- och sjukvård och asylsökande kunde där nås med ett erbjudande om hälsoundersökning. Med den nya ordningen minskade andelen asylsökande som bodde på förläggningar stadigt fram till år 2000, då endast en tredjedel fanns på förläggning medan övriga valde eget boende. Därefter har dock trenden vänt och per den 31 januari 2003 bodde dryg 50 procent av de ca 40 000 asylsökande som fanns i mottagningsystemet i anläggningsboende och andelen fortsätter att öka. År 2001 tillsatte regeringen en utredning (dir. 2001:87) för att göra en översyn av mottagande av och introduktion för flyktingar. I betänkandet *Etablering i Sverige, möjligheter och ansvar för individ och samhälle* (SOU 2003:75) som överlämnades i september 2003 föreslår utredningen att asylsökande även fortsättningsvis skall ha möjlighet att välja om de vill bo i Migrationsverkets anläggningar eller hos släktingar eller vänner (eget boende).

Kostnadsfri hälsoundersökning

Under 2002 tecknades en ny överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl., vilken även innefattar hälsoundersökningar (*Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande*

m.fl. 2002-02-21). Där framgår bl.a. att staten (Migrationsverket) lämnar en schabloniserad ersättning per utförd hälsoundersökning för asylsökande och vissa personer med tidsbegränsade uppehållstillstånd samt för personer som erhållit uppehållstillstånd, men än inte anvisats eller kunnat utnyttja en anvisad plats i en kommun.

Enligt förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande, får Integrationsverket ersätta kostnader för hälsoundersökningar av följande kategorier av personer som vid ankomst har uppehållstillstånd och efter att de första gången tagits emot i en kommun: kvotflyktingar, utlänningar som har fått uppehållstillstånd på grund av skyddsbehov i vissa fall eller av humanitära skäl, samt utlänningar som har fått uppehållstillstånd på grund av sin anknytning till person som varit i Sverige i mindre än två år. När det gäller denna förhållandevis stora grupp personer finns dock inga rutiner för erbjudande om hälsoundersökning.

Utförda hälsoundersökningar

Erfarenheter har visat att det överlag är få individer som väljer bort hälsosamtal/hälsoundersökning då detta erbjuds. Likaså är det få av dem som genomgår undersökningen som väljer att låta bli att hiv-testa sig. Studier som genomfördes vid Flyktinghälsovården Carlslund under 1993–1994, samt år 1997 visade att 95 procent av dem som erbjudits hälsosamtal också valde att hiv-testa sig (*Asylsökande och hiv*. En rapport från Flyktinghälsovården Carlslund 1998, Väsby primärvård, Stockholms läns landsting).

Socialstyrelsen fick år 2000 i uppdrag av regeringen att följa upp innehållet i och omfattningen av den vård som landstingen enligt avtalet mellan staten och Landstingsförbundet åtagit sig att ge till asylsökande. Rapporten påvisade bristande rutiner och dåliga uppföljningssystem, vilket resulterar i att endast en begränsad del av de nyanlända erbjuds och erhåller en hälsoundersökning. I sin rapport föreslog Socialstyrelsen bl.a. förbättrat informationsutbyte mellan Migrationsverket och landstingen, utbildning för flyktinghandläggare och vårdpersonal, samt att anvisandet av ett samordningsnummer till asylsökande standardiseras, för att uppnå de mål som satts upp vad gäller hälsosamtal/hälsoundersökningar (*Innehåll i och omfattning av den vård landstingen åtagit sig att ge till asylsökande m.fl.* Socialstyrelsen, dnr 2000-04-27 III:15).

Den genomgång som utredningen om mottagandevillkor för asylsökande gjort visar att förbättringar ägt rum inom detta område, men enligt Landstingsförbundets redovisning av sjukvård för asylsökande år 2002 var det endast 37 procent som faktiskt erhållit en hälsoundersökning. Andra kartläggningar har dessutom visat att förhållanden varierar kraftigt i landet. I Malmö hälsoundersöks uppskattningsvis 90 procent av de asylsökande främst beroende på att man har utarbetat ett fungerande kallelsesystem, vilket också möjliggör uppföljning. I Göteborg hälsoundersöks ca 50 procent av de asylsökande och 25 procent av anknytningsfallen. De genomgående skäl som uppgivits till att man inte når fler är dels svårigheter att hitta de asylsökande, dels problem för landstingen att frigöra tid och resurser för verksamheten.

Hiv/STI-information vid testresultat

Som noterats ovan så regleras hälso- och sjukvård för asylsökande genom ett särskilt avtal mellan staten och Landstingsförbundet. För asylsökande under 18 år ersätter staten landstingen för all vård. För vuxna asylsökande begränsas ersättningen till att omfatta: erbjudande om hälsoundersökningar, *akut vård* eller *vård som inte kan anstå*, mödravård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning samt åtgärder enligt smittskyddslagen. Handläggningen varierar över landet, men vanligtvis anses inte hivinfektion utan komplikationer innefattas i begreppet vård som inte kan anstå. Däremot behandlas opportunistiska infektioner i den mån de tillstöter.

Vid ett positivt testresultat skall patienten informeras om vad det positiva testresultatet innebär. Enligt 13 § smittskyddslagen (1988:1472) är individen skyldig att följa de förhållningsregler som läkaren meddelar, regler som syftar till att förhindra att ytterligare personer smittas. Studien som genomfördes vid Flyktinghälsovården på Carlsunds flyktigförläggning under åren 1993–1994, samt år 1997 visade att de som under den perioden testades positiva, med något undantag, hade givits en utförlig information, både av Flyktinghälsovården, men också under de följande besöken på infektionskliniken. Intrycket var att de hivpositiva blev välinformerade och var väl medvetna om sina skyldigheter.

Vid hälsosamtal och vid utlämnande av testresultat ges ett värdefullt tillfälle att förmedla ett individuellt anpassat preventivt budskap. Som noterats ovan varierar rutinerna i olika delar av landet

vad avser erbjudande om hälsosamtal. I vilken utsträckning tillfället nyttjas till att förmedla hiv/STI-information skiljer sig sannolikt åt på motsvarande sätt. I ovannämnda studie framkom vidare att informationen till de hivnegativa hade varit mer sporadisk. I studien påtalades också att motivation och förmåga att ta till sig information växlade med den asylsökandes bakgrund, ålder och utbildning. Att upprepa informationstillfällena, dels vid ett återbesök för provsvar men också några månader senare, hade visat sig fruktbart.

Hiv/STI-prevention riktad till vissa grupper av personer med utländsk bakgrund

Det råder delade meningar om i vilken utsträckning resurser satsade på anpassad prevention riktad till olika grupper av personer med utländsk bakgrund står i paritet till såväl populationens storlek som till förekomsten av hivinfektion. I budgetpropositionerna 1996/97:1 och 1997/98:1 konstaterade regeringen att det var oroväckande att insatserna riktade till personer med utländsk bakgrund ännu inte genomförts i tillräcklig omfattning av berörda aktörer. Regeringen anförde vidare att det var svårt att nå vissa grupper av personer av utländsk härkomst med information och stöd och att detta gav anledning till fortsatt hög uppmärksamhet. I en studie av det hivförebyggande arbetet i storstadsregionerna 1998–1999 (avseende det s.k. extrabidraget), framhölls att det hivförebyggande arbetet riktat till personer med utländsk bakgrund var mindre utvecklat än vad som var motiverat med hänsyn till antalet hivinfekterade inom gruppen. Man konstaterade att under år 1999 hade enbart 5 procent (4,5 miljoner kronor) av de disponerade medlen använts för insatser riktade specifikt till personer av utländsk härkomst, att jämföra med 25 procent till ungdomar, 14 procent till MSM och 24 procent till hivpositiva och deras anhöriga (*Hivförebyggande arbete i storstadsregionerna 1998–1999, Kartläggning och analys*. Folkhälsoinstitutet 1999:20). Hiv/aids-utredningens genomgång visar att de resurser som läggs på insatser riktade till personer med utländsk bakgrund har ökat något under senare år, men också att den fortfarande inte är i nivå med vad som satsas på övriga målgrupper.

Av de 58 miljoner kronor som disponerades av Statens folkhälsoinstitut under år 2002 utgick ca 8,5 miljoner kronor till insatser riktade till personer med utländsk bakgrund. För målgruppen som

helhet är det vanligast att projektmedel utgår till frivilligorganisationer för målgruppsanpassat hiv/STI-preventivt arbete, för år 2002 rörde det sig om ca 5 miljoner kronor. Det bör dock i detta sammanhang sägas att en exakt uppdelning av insatser per målgrupper inte låter sig göras då olika målgrupper i viss utsträckning överlappar, samt att många insatser riktas till individer som tillhör två alternativt tre målgrupper. Dessutom kan en jämförelse i reella tal vara missvisande mot bakgrund av att ett budskap som är svårare att förmedla också är mer kostsamt. Under senare år har särskilda satsningar gjorts på metodutveckling för att försöka finna nya vägar att nå olika grupper av personer med utländsk bakgrund, samt för att åstadkomma utveckling av arbetsmetoder mellan folkrörelser och offentligt finansierad verksamhet för integration och hiv/STI-förebyggande insatser.

Insatser görs således av nationella invandrarorganisationer som bedriver hivpreventiva projekt i egen regi eller tillsammans med landsting/kommun. Målet är att med språk och kulturanpassad information och hälsouppläsning nå olika grupper av personer av utländsk härkomst med hiv/STI-förebyggande insatser. Erfarenheter har visat att det har förekommit problem förknippade med att ett hiv/STI-preventivt budskap förmedlas via de traditionella föreningarna, som ofta vilar på en kulturell eller religiös grund. Bland annat blir budskapet ett av flera som förmedlas och skiljelinjerna är inte alltid tydliga.

Frivilligorganisationer vars huvudsakliga verksamhet är hivprevention och stöd till särskilt riskutsatta grupper av personer med utländsk härkomst, t.ex. Afrikanska hälsoteamet och Kamratföreningen Oasen, har bildats under 1990-talet. Likaså bedrivs hiv/STI-prevention av frivilligorganisationer vars huvudsakliga verksamhet är hivprevention och stöd, där personer med utländsk bakgrund ingår som en av flera målgrupper, exempelvis Noaks Ark-Röda Korset, RFHP, RFSL etc. Därtill har vissa förgreningar utvecklats utifrån de större organisationerna, exempelvis Grupo Latinoamericano por la Igualdad Sexual (GLIS) som är en grupp inom RFSL som riktar sig särskilt till spansktalande homo- och bisexuella kvinnor och män.

Vidare tillvaratas det tillfälle som ges att nå stora grupper av nyanlända personer med hiv/STI-information genom IVIK/SFI-undervisningen. Särskilt IVIK – introduktionsklass för invandrarelever – är en viktig arena för att ge ungdomar i gymnasieåldern undervisning i sex och samlevnad. Vissa grupper av nyanlända ungdomar

har tidigare inte fått någon sex- och samlevnadsundervisning och saknar därför ofta baskunskaper inom området. Svenskundervisning för invandrare (SFI) når en stor del av de vuxna nyanlända som kommer till Sverige och är därför en viktig väg att nå personer med information om hiv/STI. Såväl Statens folkhälsoinstitut som Lafa har tagit fram material som kan användas i undervisningen. Det bör också noteras att satsningar enligt ovan även har visat sig ha positiva konsekvenser för andra angelägna områden, t.ex. arbetet för utsatta flickor med utländsk bakgrund.

Särskilt i den här målgruppen, och då främst bland ungdomar och unga vuxna, har Internet visat sig vara en värdefull informationskälla. Statens folkhälsoinstitut har gjort satsningar på hemsidor med information om hiv/STI, abort och preventivmedel på olika språk. Likaså bedrivs ett viktigt arbete riktat till personer av utländsk härkomst inom ramen för ungdomsmottagningar, mödravårdscentraler, barnavårdscentraler etc. Studier i invandratäta områden i Stockholm har visat att såväl ungdomar som vuxna sätter stor tilltro till den svenska hälso- och sjukvården och att det ofta är den arena som man föredrar för kunskapsinhämtning (Nilsson A. *Sex- och samlevnadsarbetet i Tensta-Rinkeby. Kartläggning av resurs-systemet*. Rapport. Lafa).

Som noterats ovan är det viktigt att hiv/STI-information finns tillgänglig på flera olika språk och förmedlas via kanaler som når målgruppen. Skillnaderna som finns inom de olika grupperna av personer med utländsk bakgrund utgör en särskild utmaning. Resultatet av ett pilotprojekt om sex- och samlevnadsundervisning i IVIK-klasser som Lafa genomfört, visade bl.a. att kunskapsnivån om sex och samlevnad generellt sett var låg, men också att kunskapsnivån skilde sig markant mellan eleverna (*Det är samma hormoner... Ett sex- och samlevnadsprojekt för invandrarelever med begränsade svenskunskaper*, Lafa 1:2000). Det sistnämnda gäller i ännu större utsträckning i SFI-undervisningen, där en större bredd avseende exempelvis ålder, ursprung och utbildningsnivå finns representerad. Svårigheter föreligger också när det gäller generell budskapsförmedling av hiv/STI-preventiv information, dels för att ämnet inom många kulturer är tabubelagt, dels mot bakgrund av att t.ex. homosexualitet inte anses existera inom vissa kulturer. Erfarenheter har visat att det inom gruppen invandrade MSM generellt sett föreligger ett stort kunskapsbehov, vilket i kombination med att gruppen är svår att nå utgör en särskild utmaning.

Studier fokuserade på budskapsförmedling har visat att ju kortare det kulturella och sociala avståndet är mellan sändaren och mottagaren desto större är sannolikheten för att man lyckas åstadkomma den önskade förändringen. I en studie av invandrarföröreningarnas hivpreventiva verksamhet i Göteborg betonas vikten av att informationen ges på det egna språket och av en landsman. Man betonar särskilt identifikationsaspekten och menar att det är angeläget att utbilda fler personer med utländsk bakgrund till hivinformatörer (Sandberg H & Palm L. *Invandrarföröreningarnas HIV-preventiva verksamhet i Göteborg*. Avdelningen för medie- och kommunikationsvetenskap, Göteborgs universitet 1997). Att använda personer med ursprung i de olika etniska grupperna men med en tydlig förankring också i det nya samhälle i vilket man lever har med framgång prövats i exempelvis Nederländerna, där man sedan lång tid har erfarenhet av preventivt arbete bland minoritetsgrupper av utländsk härkomst.

4.2.4 Ungdomar och unga vuxna

Ungdomstiden är i dag en mer utsträckt tid än bara tonårstiden. I det preventiva arbetet delar man ibland in ungdomsgruppen i tre delar; 10–13-åringar, 14–19-åringar och 20–29-åringar – den sista gruppen benämns unga vuxna. Särskilt den senare gruppen har på senare tid uppmärksammats därför att deras levnadsförhållanden har försämrats, framför allt avseende arbetsmarknad, ekonomi och bostad men även med avseende på försämringar i det psykiska välbefinnandet, en ökning av alkoholkonsumtionen och en tilltagande övervikt, framför allt bland kvinnorna (Folkhälsorapporten 2003, Stockholms läns landsting). Unga vuxna är mer benägna att byta partner än både tonåringar och äldre vuxna. Man vet också från undersökningar, bl. a. Ungdomsbarometern, att det var betydligt fler i åldersgruppen 20–25 år som inte skyddade sig vid senaste samlaget, jämfört med åldersgruppen 16–19 år.

Hivinfektion i tonårsgrupperna är mycket ovanligt i Sverige. Av de 287 hivfallen som anmäldes i Sverige år 2002 var endast sju personer (4 män och 3 kvinnor) i åldern 15–19 år vid diagnostillfället. Fyra av dem var smittade genom heterosexuell kontakt, tre kvinnor och en man som smittats före immigration från Östeuropa och Afrika. De återstående tre, alla män, hade smittats genom homosexuell kontakt, två i Sverige och en vid utlandsvistelse. I ålders-

gruppen 20–24 år anmäldes 18 fall (9 män och 9 kvinnor) och i åldersgruppen 25–29 år anmäldes 55 fall (22 män och 33 kvinnor). Majoriteten av 20–29-åringarna (88 procent) var födda i andra länder än Sverige och hade smittats före immigration från hög-endemiska länder i Afrika eller länder med pågående epidemier bland ungdomar i Östeuropa och Asien. Endast sex personer i åldern 20–29 år hade smittats i Sverige, varav tre var kvinnor som smittats genom heterosexuell kontakt och tre män som smittats genom homosexuell kontakt.

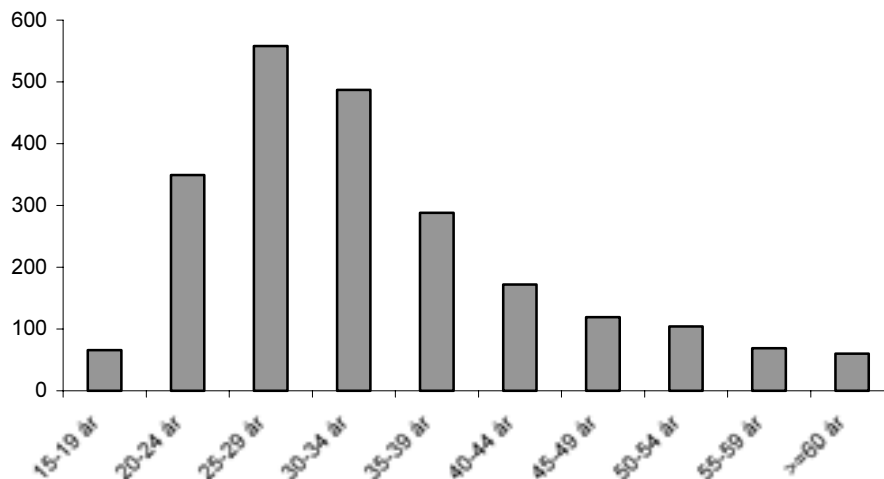
Av de totalt 5 926 anmälda hivfallen i Sverige (t.o.m. år 2002) har 35 procent (2 068 personer) varit i åldrarna 15–29 år när hivdiagnosen ställdes. Den vanligaste smittvägen i dessa åldrar är heterosexuell kontakt, som står för 47 procent av fallen, följd av homosexuell smittväg med 32 procent, smitta på grund av injektionsmissbruk 15 procent och övrig/okänd smittväg (inklusive blod- och blodpreparatsmitta) 5 procent. Totalt har 113 fall (65 män och 48 kvinnor) av hivinfektion anmälts bland ungdomar som var i åldrarna 15–19 år när infektionen upptäcktes, vilket utgör knappt två procent av samtliga rapporterade fall. Majoriteten har smittats genom heterosexuell kontakt och de flesta av dem har smittats före immigration till Sverige. Endast nio av de heterosexuellt smittade tonåringarna har smittats i Sverige, varav tre under den senaste femårsperioden.

I åldersgruppen 20–24 år finns 693 personer (393 män och 300 kvinnor) eller 12 procent av alla hivfall som anmälts genom åren. Heterosexuell smittväg står för hälften av dessa fall och homosexuell smittväg för 33 procent, följt av injektionsmissbruk med 13 procent. Även i denna åldersgrupp är majoriteten smittade i andra länder, vanligen före immigration till Sverige. Av de heterosexuellt smittade ungdomarna har endast 12 procent ådragit sig infektionen i Sverige. Bland de homosexuellt smittade och de som smittas genom injektionsmissbruk var det dock vanligast att smittoöverföringen skett i Sverige, men för flertalet av fallen i dessa två grupper gäller att de anmäldes före år 1990, då den inhemska smittspridningen var som störst i dessa grupper.

Den inhemska spridningen av hivinfektion i ungdomsgrupperna är således fortfarande mycket begränsad, oavsett smittväg. Medelåldern vid hivdiagnos har dessutom ökat för heterosexuellt smittade, från 31 år 1993 till 36 år 2002. En motsvarande ökning av medelåldern har samtidigt ägt rum för personer som smittats p.g.a. injektionsmissbruk, från 34 år till 41 år, medan medelåldern vid hivdia-

gnosen för män som smittats genom sex med män legat tämligen oförändrad kring 36–38 år under den senaste tioårsperioden.

Figur 9. Ålder vid hivdiagnos för heterosexuellt smittade personer, fördelat på åldersgrupper, anmälda 1985–2002 (n=2 272)



Källa: Smittskyddsinstitutet.

För andra sexuellt överförbara infektioner förhåller det sig emellertid annorlunda. Klamydiaincidensen har nära nog fördubblats i Sverige sedan mitten av 1990-talet. År 2003 anmäldes 26 800 fall, och därmed ökade incidensen för sjätte året i rad. Klamydiainfektion är vanligast i åldrarna 15–24 år. År 2003 tillhörde närmare 75 procent av kvinnorna och 60 procent av männen denna åldersgrupp. Av dessa var nära 5 800 av kvinnorna och av 1 800 männen i tonåren. Ökningen har ägt rum i alla åldersgrupper, men har varit särskilt markant hos 15–19-åriga kvinnor och 20–24-åriga män. Klamydiaförekomsten är som högst bland 20-åriga kvinnor respektive 22-åriga män. Drygt 3 procent av de 20-åriga kvinnorna och 2 procent av de 22-åriga männen i Sverige diagnostiserades med klamydiainfektion år 2003.

Även gonorréincidensen har ökat i Sverige sedan mitten av 1990-talet, framför allt beroende på en ökad inhemsk smittspridning, såväl bland unga heterosexuella som bland MSM (Berglund 2001). Under år 2003 anmäldes preliminärt 596 fall, den högsta årssiffran

på över tio år. Av kvinnorna var 63 procent i åldrarna 15–24 år och av männen tillhörde 26 procent i denna åldersgrupp. Inhemsk heterosexuell smittspridning, bortsett från sekundärfall till utlandssmittade personer, förekommer framför allt i Stockholm, men ett utbrott omfattande ett 25-tal heterosexuella ungdomar i åldrarna 17–26 år inträffade under år 2003 i Gävleborgs län. Gonorrhéökningen år 2003 var mest uttalad bland ungdomar. Antalet heterosexuella tonåringar som ådrog sig gonorrhé mer än fördubblades under år 2003; 35 fall jämfört med 16 fall år 2002 och ytterligare 10 fall sågs hos homosexuellt smittade tonåriga män. Likaså sågs en kraftig ökning – på mer än 50 procent – bland heterosexuellt smittade kvinnor och män i åldrarna 20–24 år.

Under år 2002 ökade också antalet tonårsaborter med 12 procent, vilket innebär en ökning med nästan 50 procent under den senaste sjuårsperioden. Totalt rapporterades drygt 33 000 aborter år 2002, varav ca 6 500 (ca 20 procent) utfördes på ungdomar under 19 år.

Det är tydligt att det faktum att så få yngre heterosexuella individer ådrar sig hivinfektion i Sverige inte beror på att ungdomar och unga vuxna i extra hög grad skyddar sig mot STI. Tvärtom talar den epidemiologiska utvecklingen de senaste åren för ett allt större sexuellt risktagande i dessa grupper, och den låga förekomsten av hiv speglar snarare det faktum att vi i Sverige ännu inte har fått in hivinfektion i ungdomspopulationen.

Skolan

År 1988 betonade regeringen i propositionen om åtgärder mot aids (prop. 1987/88:79) vikten av att hiv/aids behandlades i skolans sex- och samlevnadsundervisning, likaså att ungdomar identifierades som en specifik målgrupp för informationsinsatser. Föredragande statsråd anförde att varje ny ungdomsgeneration bl.a. i skolundervisningen måste ges tillräcklig information om hiv/aids så att den kan lära sig att hantera denna risk i framtiden, utifrån en positiv syn på sex och samlevnad. Regeringen konstaterade att skolan här har ett särskilt ansvar. I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) framhåller regeringen bl.a. att barn och ungdomar har rätt till en saklig sexualkunskap, att en bra sex- och samlevnadsundervisning kan spela en nyckelroll för ungas utveckling och är särskilt viktig för dem vars hälsa riskerar att utvecklas ogynnsamt. De viktigaste

kanalerna är sex- och samlevnadsundervisningen i grund- och gymnasieskolan och rådgivning/individuella samtal om sexuellt relaterade frågor på ungdomsmottagningarna.

Inom skolans område finns således ett tydligt ansvar för undervisning i sex och samlevnad inom ramen för den reguljära undervisningen. Dessutom kan skolhälsovården sägas ha ett generellt ansvar för hälsoupplýsning och sjukdomsprevention (se nedan).

Under år 1999 genomförde Skolverket på regeringens uppdrag en kvalitetsgranskning av skolverksamheten hos några av landets kommuner och fristående skolhuvudmän, med inriktning på läroplanernas värdegrund. I uppdraget ingick bl.a. en granskning av sex- och samlevnadsundervisningen. 80 skolor i 20 kommuner granskades, och i sin rapport konstaterade Skolverket att resultatet visar på en stor variation, inte endast mellan skolor utan också inom varje enskild skola. Tydligt var att eleverna hade olika möjlighet att skaffa sig kunskaper om, och få insikt i, sexualitets- och samlevnadsfrågor (*Nationella kvalitetsgranskningar 1999*, Skolverkets rapport nr 180).

Granskningen visade att endast ett fåtal av grund- och gymnasieskolorna hade några nedskrivna mål för sin sex- och samlevnadsundervisning. Endast i fyra av grundskolorna och i sex av gymnasieskolorna utövade rektor styrning. Uppdraget till lärarna var överlag otydligt och det var ofta oklart vem som hade ansvaret för denna undervisning. Som en följd av att det ofta saknades lokalt nedskrivna mål blev också innebörden i själva begreppet *sex och samlevnad* diffus och således föremål för enskildas tolkning. Det blir därför, enligt rapporten, svårt att uppnå det i läroplanen uttryckta nationella målet, att sexualitet och samlevnad skall vara ett ämnesövergripande kunskapsområde. Skolverket slog således fast att det vid tillfället inte finns några garantier för att alla elever fick del av undervisning i sexualitet och samlevnad, eller att det skedde en utveckling av kunskapsområdet.

För att skolan skall kunna tillhandahålla en god undervisning i sex och samlevnad krävs det att lärare utbildas inom ämnesområdet. En studie som Folkhälsoinstitutet genomfört bland studerande på landets lärarutbildningar visade att undervisningen i sex och samlevnad i det närmaste var obefintlig (*Sex- och samlevnadsundervisning i landets lärarutbildningar. Intervjuer med skolledningar och lärarkandidater 1996*. Folkhälsoinstitutet 1997:21). Blivande grundskolelärare sade överlag att de saknat undervisningen i fråga och att de kände sig dåligt rustade att börja undervisa i sex och samlevnad.

En majoritet av de intervjuade upplevde att ett problem med ämnesövergripande frågeställningar som sex och samlevnad var att ämnet lätt försvinner mellan olika ansvariga på en utbildningslinje.

Skolhälsovården

År 1997 övergick tillsynsansvaret för skolhälsovårdens verksamhet från Skolverket till Socialstyrelsen. Inför sitt tillsynsuppdrag gjorde Socialstyrelsen en bred genomgång bl.a. av det regelverk som styr verksamheten och arbetet presenterades i rapporten *Skolhälsovården 1998* (Socialstyrelsen 2000). I rapporten lyfte Socialstyrelsen bl.a. fram behovet av ett nationellt basprogram. Professionella företrädare för skolhälsovården har därefter fått i uppdrag att ta fram vetenskapligt grundade rekommendationer för skolhälsovården vilka presenterades i januari 2002. Socialstyrelsen arbetar nu vidare utifrån detta material, med avsikten att lägga fram ett nationellt basprogram för skolhälsovården.

Socialstyrelsens tillsynsenhet i Jönköping har under 2002–2003 undersökt hur skolhälsovården i ett urval kommuner bedrivs i dag. Utgångspunkt för studien har främst varit att granska skolsköterskans och skolläkarens roller och deras möjligheter att utveckla verksamheten i hälsofrämjande riktning. Studien har visat på stora olikheter när det gäller hur skolhälsovårdsinsatser tillgodoses och hur man har utvecklat skolhälsovården som verksamhet i de kommuner som besökts. Sammanfattningsvis görs bedömningen att det i verksamheten som sådan saknas mål, tydlig ledning, övergripande dokumentation av vad man gör och redovisning av resultat (*Hur bedrivs Skolhälsovård i dag – förutsättningar och hinder. En studie omfattande nio kommuner*. Socialstyrelsen 2003).

Ungdomsmottagningar

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 (reproduktiv hälsa) som hiv/STI. Det övergripande målet för ungdomsmottagningar är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka identitetsutvecklingen samt att förebygga oönskade graviditeter och STI. Mottagningarna har utvecklats utifrån lokala behov och förutsättningar

vilket innebär att det finns en stor variation vad gäller huvudmannaskap, resurser och uppdrag.

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM), en sammanslutning av landets ungdomsmottagningar, bildades år 1988 och organiserar ungdomsmottagningar som uppfyller vissa kvalitetskrav, bl.a. att yrkesgrupperna barnmorska, läkare och socio-nom/psykolog har arbetstid avsatt på mottagningen. Enligt FSUM är dessa yrkesgrupper en förutsättning för att den grundläggande verksamheten – förebyggandet av STI och oönskade graviditeter – skall kunna fungera. I dag finns det ungdomsmottagningar i 230 av landets 290 kommuner.

FSUM samlar årligen in besöksstatistik från ungdomsmottagningar som är medlemmar i föreningen. Inom det utåtriktade arbetet, studiebesök och gruppträffar, rapporteras att ungdomsmottagningarna under år 2000 träffat ca 120 000 ungdomar och ca 12 000 vuxna. Drygt 350 000 individuella besök registrerades på mottagningarna under samma tid. Det övervägande antalet besökare är flickor i åldrarna 16–21 år. Samtliga ungdomsmottagningar bedriver utåtriktat arbete, genom att ta emot studiebesök av skolklasser i anslutning till sex- och samlevnadsundervisningen i skolan eller genom att på annat sätt delta i sådan undervisning.

Socialdepartementet gav år 1997 Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvården och som ett led i detta uppdrag gjordes en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet. I rapporten *Ungdomsmottagningars kontakter med pojkar* (Socialstyrelsen 2000) konstaterade Socialstyrelsen att det är viktigt med både manlig och kvinnlig personal samt med speciella mottagningstider bara för pojkar. Likaså noterades behovet av en kompetens- och resursförstärkning på ungdomsmottagningarna med inriktning mot pojkars behov. Därutöver konstateras att samarbetet mellan skolan och ungdomsmottagningar är viktigt, liksom samarbetet med barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Enligt rapporten behöver kvalitetsfrågorna få en större tyngd i arbetet med ungdomsmottagningar. Huvudmännen behöver formulera lokala mål för verksamheten och därutöver klargöra lednings- respektive verksamhetsansvar.

Preventiva insatser riktade till ungdomar

Omfattande insatser riktade till ungdomar vidtas av statliga myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer. Ungdomar är också den grupp vars attityder och sexuella beteenden är utförligast kartlagda. Statens folkhälsoinstitut beviljar varje år medel till insatser riktade mot ungdomar. Institutet bedriver också egen verksamhet riktad till ungdomar samt producerar material till stöd för skolans sex- och samlevnadsundervisning.

År 1995 presenterade Skolverket en ny handledning för skolans sex- och samlevnadsundervisning; *Kärlek känns! Förstår du*. Boken behandlar frågor om sexualitet och samlevnad som ett kunskapsämne i skolan. Den avsågs vara en startpunkt för en bättre kommunikation mellan vuxna och unga.

Statens folkhälsoinstitut genomförde under hösten 2002, i samarbete med Skolverket, Länshälsolaget i Östergötland samt de tre storstadsregionerna, en nationell sex- och samlevnadskonferens för pedagoger i skolan och på högskolan. Ungdomstidningen *Glöd* produceras och distribueras av Statens folkhälsoinstitut som ett stöd till skolans sex- och samlevnadsundervisning. Målet är att främja en god psykisk och sexuell hälsa för pojkar och flickor i tonåren, att stärka ungdomars självkänsla, identitet och känsla av sammanhang samt att förebygga oönskade graviditeter och STI.

Ungdomar är också en vanligt förekommande målgrupp i det preventiva arbete som bedrivs i landsting och kommuner. Olika projekt har utvecklats, ofta i samarbete med skolan och ungdomsmottagningar. I Stockholms läns landsting har Lafa utarbetat material till stöd för skolans sex- och samlevnadsundervisning. Två stora satsningar; *Sex och samlevnad för 10–13-åringar* och *Röda Tråden* för arbete med ungdomar i åldrarna 14–19 år. Sex och samlevnad för 10–13-åringar presenterar metoder och idéer om hur man kan arbeta med sex och samlevnadsfrågor till 10–13-åringar. Materialet har tagits fram och producerats som svar på förfrågningar om material anpassat till barn som ännu inte nått tonåren. Röda tråden är en handbok som Lafa producerat i nära samarbete med skol- och fritidspersonal i Stockholms län. Boken vänder sig till människor som arbetar med ungdomar i åldrarna 14–19 år och omfattar ett tiotal texter om hur man kan lägga upp sex- och samlevnadsarbetet kring teman som självkänsla, relationer, sexualitet och etik.

Ett flertal frivilligorganisationer riktar sig mer eller mindre specifikt till ungdomar. Som ett stöd i skolans sex- och samlevnadsundervisning har RFSU tagit fram; *Sexatlas för skolan – vägvisare för att planera och genomföra sex- och samlevnadsundervisningen i grundskolan och gymnasiet*. Sexatlasen är tänkt att vara ett stöd för skolledningar, lärare och andra för att man enkelt ska kunna planera och genomföra, analysera eller utveckla undervisningen i sexualitet och samlevnad. Den kan användas av skolledningen, av arbetsgrupper på skolan eller individuellt. Både RFSU och RFSL utbildar informatörer som besöker skolor och talar med eleverna om olika aspekter av sex och samlevnad, som ett komplement till den sex- och samlevnadsundervisning som skolan tillhandahåller. Organisationerna får många förfrågningar och det är tydligt att behovet av informatörer och personer utbildade för att diskutera sex och samlevnad är stort.

RFSU-kliniken i Stockholm erbjuder preventivmedel, testning och rådgivning, och inom ramen för kliniken finns också sedan 1991 en mottagning för unga män (MUM), med enbart manlig personal för att bättre kunna svara mot pojkars behov.

4.2.5 Utlandsresenärer

Personer som är bosatta i Sverige men som har smittats av hiv-infektion vid kortare eller längre tids vistelse utomlands har, under den senaste femårsperioden, utgjort en hög andel av dem som infekterats med hiv. Drygt 20 procent av samtliga rapporterade fall tillhör denna kategori och om man enbart ser på de personer som har varit bosatta i Sverige när de smittats – och därmed i princip varit tillgängliga för svenska hiv/STI-preventiva insatser – svarar gruppen utlandsresenärer för hela 40 procent av de nya fallen. Bland de heterosexuellt smittade tillhör närmare 60 procent denna kategori.

Utlandsresenärer som målgrupp för hiv/STI-preventivt arbete utgör en mycket heterogen grupp människor som egentligen, förutom själva resandet, enbart har det gemensamt att de kan, och bör, bli föremål för hiv/STI-preventiva insatser. Gruppen utgör sedan många år en av de särskilt prioriterade målgrupperna för de hiv/STI-preventiva insatserna. Trots detta har de insatser som riktats till denna grupp hittills varit av begränsad omfattning. Utvecklingen av den globala hivpidemin och ökningen även av andra

STI i kombination med det ökande resandet, talar för att det framgent kommer vara av än större vikt att nå utlandsresenärer med hiv/STI-preventiva insatser av olika slag.

Utredningen har gjort en genomgång av den information som inhämtats via det kompletterande frågeformulär som Smittskyddsinstitutet sänder ut en tid efter läkares anmälan av hivinfektion. Undersökningen omfattade åren 1997–2001 och 267 personer som rapporterats smittade av hivinfektion vid kortare eller längre tids vistelse utomlands har studerats. Majoriteten var män; 85 procent jämfört med 65 procent för samtliga i Sverige rapporterade fall av hivinfektion under samma period. 22 procent var utlandsfödda, de flesta av dem hade varit bosatta i Sverige en längre tid (kvinnorna i genomsnitt ca 10 år och männen i genomsnitt ca 20 år), vilket innebär att smitta före immigration rimligtvis kan uteslutas i flertalet av fallen. Av de utlandsfödda hade nära 60 procent sitt ursprung i Afrika och ca 30 procent i Europa.

Heterosexuell smitta dominerar bland utlandsresenärerna, såväl bland de svenskfödda (ca 70 procent) som de utlandsfödda (ca 65 procent). Av dem som smittats utomlands infekteras en större andel via heterosexuella kontakter, 70 procent, jämfört med samtliga rapporterade fall i Sverige under samma tidsperiod (knappt 50 procent).

Av de 151 män som smittats heterosexuellt utomlands var närmare 85 procent svenskfödda. Medelåldern var högre än för samtliga under perioden rapporterade fall av heterosexuell smitta bland män, 46 år jämfört med 42 år. Av de svenskfödda hade en majoritet, 85 procent, smittats i länder i Afrika och Asien, varav dryg 50 procent i Thailand ensamt. Av de utlandsfödda männen hade över 70 procent smittats i länder i Afrika och Asien, ofta vid besök i sitt tidigare hemland. Såväl bland de svenskfödda som utlandsfödda uppgav ca 60 procent att de smittats via tillfälliga sexuella kontakter.

Bland de 35 heterosexuellt smittade kvinnorna var andelen utlandsfödda mer än dubbelt så stor som motsvarande andel bland heterosexuellt smittade män. Av de svenskfödda kvinnorna hade en majoritet (55 procent) smittats i Europa, medan de utlandsfödda kvinnorna nästan uteslutande (i över 90 procent) hade smittats i sina tidigare hemländer i Afrika eller Asien. Av de svenskfödda kvinnorna uppgav 64 procent att de smittats av en fast partner och 36 procent hade varit stadigvarande bosatta i landet där de smittades.

Av de utlandsfödda kvinnorna hade endast 46 procent smittats av en fast partner.

Bland MSM var de allra flesta – eller mer än 85 procent – svenskfödda. Medelåldern (38 år) skiljer sig inte från den för samtliga hivinfekterade MSM under samma period. En majoritet har smittats i Europa (svenskfödda 67 procent och utlandsfödda 78 procent). Till skillnad från vad som är fallet för de heterosexuellt smittade utlandsfödda, noteras att utlandsfödda MSM vanligen inte har smittats i sina tidigare hemländer. Även MSM har i stor utsträckning (60 procent av de svenskfödda och 67 procent av de utlandsfödda) smittats via tillfälliga sexuella kontakter.

Endast tre personer har rapporterats smittade via intravenöst missbruk vid vistelse utomlands under perioden 1997–2001.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att heterosexuell smitta är vanligare förekommande bland dem som smittats vid vistelse utomlands och att männen är överrepresenterade. Männen är dessutom i genomsnitt något äldre än medelåldern för samtliga rapporterade fall under samma period. Svenskfödda kvinnor och MSM har i stor utsträckning smittats i Europa, medan utlandsfödda kvinnor och heterosexuella män oftare har smittas i Asien och Afrika, inte sällan i sina tidigare hemländer. Det framgår också att smitta via tillfälliga kontakter svarade för drygt 60 procent för männen (såväl för MSM som för heterosexuella män), medan kvinnorna i större utsträckning, närmare 60 procent, smittats av en fast partner.

Testning

Utifrån samma kompletterande formulär som sänds ut från Smittskyddsinstitutet inhämtas också uppgifter om bl.a. testanledning, eventuella tidigare hivnegativa test etc. Av dem som smittats heterosexuellt, hade 30 procent själva sökt sig till sjukvården för hivtestning. Ytterligare 10 procent hade testats som ett resultat av kontaktsparning och 5 procent till följd av att de haft en annan STI. Vidare hade 5 procent diagnostiserats inom olika screeningprogram (blodgivning, screening av gravida kvinnor etc.). Resterande, ca hälften av de studerade fallen, har testats på läkares initiativ; klinisk misstanke om hivinfektion, uppgivet riskbeteende eller tillhörighet till en generellt sett mer riskutsatt grupp.

Anmärkningsvärt är att minst 13 procent av de heterosexuellt smittade bland utlandsresenärerna – nästan uteslutande svenskfödda

män – fick hiv- och aidsdiagnos samtidigt. Av de studerade utlandsresenärerna som alltså infekterats med hiv hade över 40 procent tidigare låtit hivtestat sig, vilket indikerar en generell hög riskmedvetenhet.

År 2001 genomfördes en studie i syfte att undersöka sjukvårdens handläggning av patienter med gonorré och/eller klamydiainfektion förvärvad i ett land med hög hivprevalens (Azerkan 2002). Studien visade att över 40 procent av dem som hade en diagnostiserad gonorré eller klamydiainfektion inte hade testats för hivinfektion vare sig i samband med att STI-diagnosen ställdes eller efter tre månader därefter. Handläggningen skilde sig beroende på var STI-diagnosen ställdes. Av dem som diagnostiserats vid venerologiska mottagningar/hudkliniker hade sammantaget 36 procent av STI-patienterna varken testats vid diagnos eller tre månader därefter, samma siffra för primärvården var 42 procent, och för ungdomsmottagningarna hela 52 procent.

Riskbeteende på utlandsresa

I den återkommande studien som genomförs för att följa utvecklingen av allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden avseende hiv/aids ställdes år 2000 också frågor avseende sexuella förbindelser vid vistelser utomlands (Herlitz C. *Allmänheten och hiv/aids – kunskaper, attityder och beteenden 1989–2000*. Statens folkhälsoinstitut 2001:18). Av de tillfrågade männen uppgav 6 procent och av kvinnorna 4 procent att de haft en tillfällig sexuell förbindelse när de vistats utomlands någon gång under de senaste 12 månaderna. Av männen i åldrarna 20–24 år uppgav 15 procent att så var fallet och av kvinnorna i åldrarna 18–19 år uppgav 12 procent detsamma. I åldersgrupperna 18–24 år uppgav dessutom mellan 4 och 6 procent att det rört sig om oskyddat sex.

Den individuella uppfattningen om risk påverkar i hög grad de val man gör och ovannämnda studie visade att bara några få procent ansåg att de själva löpte risk för att ådra sig hivinfektion, en uppfattning som om man tar den med utomlands kan innebära att man är riskutsatt. Vidare kan man urskilja att vissa situationsbetingade faktorer har samband med ett större risktagande; exempelvis har alkohol en utbredd och negativ påverkan på individers riskbeteenden. En studie som genomfördes 1992–1993 vid två STI-kliniker i Göteborg, då 206 personer som uppgivit att de haft sexuell kon-

takt utomlands tillfrågades om sina sexualvanor utomlands, visade bl.a. att 76 procent av männen och 59 procent av kvinnorna var alkoholpåverkade vid den senaste sexuella förbindelsen utomlands. Av kvinnorna uppgav endast 27 procent att kondom kom till användning vid det tillfället, motsvarande siffror för männen var 38 procent (Ramstedt m.fl. 1996). Syftet med studien vid de två STI-klinikerna var, förutom att få fördjupad kunskap om patienternas sexualvanor utomlands, att bedöma eventuell effekt av rådgivningen i samband med testning genom ett uppföljande samtal sex månader senare. Av de (55 procent) som deltog i ett uppföljningsamtal, uppgav en majoritet att samtalet i samband med testningen sex månader tidigare lett till ökad reflektion om risktagande och av dem som därefter hade rest utomlands uppgav en majoritet att de i större utsträckning hade funderat över sina handlingar och att de i mindre utsträckning hade haft oskyddade samlag vid tillfälliga kontakter utomlands.

Olika målgrupper

Utlandsresenärer är således en mycket heterogen grupp och en viktig del av den preventiva insatsen riktad till utlandsresenärer är det kunskapsgenererande arbetet. Det är bl.a. viktigt att så långt som möjligt identifiera relevanta subgrupper i den större gruppen, för att på så vis ge förutsättningar för att studera och förstå beteendemönster, attityder samt utforma aktiviteter och riktade insatser utifrån den kunskapen.

I en studie som genomfördes 2002 på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut (Bolin A. *Utlandsresenärer och hivpreventiva insatser*. Statens folkhälsoinstitut 2002. Dnr 24-02-0045) framhålls att de fem vanligaste kategorierna av resenärer som är aktuella för preventiva insatser är: ungdomar, män och kvinnor som reser ensamma, de som arbetar/studerar längre tid utomlands, homo-/bisexuella män, samt vissa grupper av personer av utländsk härkomst. I andra sammanhang har t.ex. ensamma män i Thailand och ensamresande kvinnor på Medelhavssemester särskilt uppmärksammats. Det finns även ungdomar som vill "åka bort från sig själva" eller sådana för vilka resandet blivit en livsform i sig. Det finns homosexuella män som söker sig till de europeiska storstädernas gaymiljöer, biståndsarbetare som successivt förankrar sig i den lokala kulturen och personer med utländsk bakgrund som besöker tidigare hemländer.

Ser man specifikt till hivinfektion (spridningsmönstren skiljer sig för övriga STI) så framgår av de svenska siffrorna att de två enskilt största grupperna av personer som smittats under vistelse utomlands är dels personer som varit bosatta utomlands under längre perioder för studier eller arbete, dels utlandsfödda på besök i tidigare hemländer. Som noterats ovan, vet man också att bland svenskfödda kvinnor och MSM hade en majoritet smittats i länder i Europa, medan utlandsfödda kvinnor och heterosexuella män oftare smittats i länder i Asien och Afrika.

Hiv/STI-preventiva insatser

Utlandsresenärer har sedan många år varit en prioriterad målgrupp, men insatserna har generellt varit begränsade och av mer kortsiktig karaktär. Framtagning och distribution av informationsmaterial, kondomer etc. har varit vanligast förekommande. Att nå utlandsresenärer i det nationella hiv/STI-preventiva arbete har dock varit föremål för ökad uppmärksamhet under senare år. Statistiken visar på ett ökat resande och att allt fler söker nya resmål, t.ex. har turistresorna till Asien fördubblats sedan 1990, en region där hiv-prevalensen ökat märkbart under samma period. Det är således viktigt att kontinuerligt följa utvecklingen och notera förändringar i resmönster och val av resmål.

Ett flertal studier har under åren genomförts i syfte att öka kunskapen om olika målgruppers beteenden och attityder. Under år 2002 gjordes, som nämnts ovan, en genomgång av området i syfte att belysa resandet och utgöra ett underlag för att utarbeta hiv/STI-preventiva strategier. I rapporten (Bolin A. *Utlandsresenärer och hivpreventiva insatser*. Statens folkhälsoinstitut 2002. Dnr 24-02-0045) presenteras en processororienterad modell där resandet och utlandsvistelsen betraktas i flera definierade moment, från det att resan initieras, planeras och genomförs fram till att den avslutas. Rapportförfattaren konkluderar att det inte är kunskap som i första hand saknas. Utmaningen består snarare i att finna andra vägar som mer fokuserar på att påverka beteenden, grundläggande attityder samt förståelse för eget och andras sexuella beteenden och val-situationer i samband med resa och i andra miljöer. Det gäller alltså att utveckla metodik som når väl definierade målgrupper med rätt budskap/insats i rätt situation samt att finna balansen mellan direkta insatser och mer långsiktiga strategier som ger utrymme för reflek-

tion och integrering av nya insikter och kunskaper. Det framhålls vidare att information om testning och rådgivning är en integrerad del av det primärpreventiva budskapet.

När det gäller det särskilda statliga anslaget kan man notera att de riktade informationsinsatserna till utlandsresenärer snarare har minskat de senaste fem åren. Statens folkhälsoinstitut konstaterade i 2002 års uppföljning till den nationella handlingsplanen att det vid tillfället saknades riktade informationsinsatser till utlandsresenärer. Institutet har tidigare arbetat med olika projekt, bl.a. samarbetsprojekt med researrangörer samt med resebyråer specialiserade på resor till tidigare hemländer för personer med utländsk bakgrund. Under hösten 2003 genomfördes vidare en informationsinsatsning på Arlanda flygplats riktad till utlandsresenärer. Satsningen gjordes i samarbete med Wasa Vaccination i Stockholm och RFSU. Aspekten utlandssmitta har också införlivats i insatser riktade till prioriterade målgrupper som ungdomar/unga vuxna, MSM etc.

Likaså bedrivs, om än i begränsad utsträckning, riktade insatser av frivilligorganisationer som Noaks Ark–Röda Korset, RFSL och Afrikanska Hälso teamet. Sammantaget är dock insatsen fortfarande begränsad och den samlade erfarenheten är att det är svårt att finna former för denna prevention. Erfarenheter har bl.a. visat att det har varit svårt att få till stånd ett regelbundet samarbete med resebranschen eftersom den inte vill fokusera på negativa budskap inför en resa. Den alltmer ökande internationaliseringen av arbetsmarknaden innebär också att allt fler arbetsgivare skickar personal på utlandsuppdrag, ibland under långa perioder. Såväl Lafa som RFSU och Noaks Ark–Röda Korset har genomfört, eller deltagit i, utbildningar i hiv/STI-prevention för personal inför utlandsuppdrag.

4.2.6 Gravida kvinnor

Under 2002 identifierades 15 hivpositiva kvinnor i screening av gravida. Endast en av dessa kvinnor hade svenskt ursprung; sju av kvinnorna kom från Afrika, fyra från Asien och tre från Östeuropa. I fyra av 21 landstingsområden har man riktad hivscreening, i övriga landstingsområden, som representerar närmare 90 procent av befolkningen, genomförs generell hivscreening av gravida. Totalt har 184 hivpositiva kvinnor identifierats i screening sedan år 1986. Drygt hälften (52 procent) av kvinnorna kommer från högendemiska områden i Afrika och 25 kvinnor kommer från Asien. Fler-

talet av kvinnorna har smittats i sina hemländer. Fyrtio av de 184 kvinnorna har vid smittotillfället varit bosatta i Sverige. Av dessa hade tre smittats via intravenöst missbruk, en via blodtransfusion och 36 heterosexuellt.

4.3 Landstingens och kommunernas ansvar för insatser mot hiv/aids

Det finns skäl att klarlägga vilket ansvar som vilar på landsting och kommuner när det gäller åtgärder som direkt eller indirekt är ägnade att minska spridningen av hivinfektion och, i förekommande fall, andra STI. En sådan kartläggning av ansvarsförhållandena skall betraktas som en legal bakgrund till en diskussion om den optimala balansen mellan statliga och kommunala åtaganden och inte som en planering av insatserna.

4.3.1 Landstingen

Att landsting och kommuner i egenskap av sjukvårdshuvudmän har ansvaret för de rent sjukvårdande insatserna följer direkt av lagstiftningen. Även för det preventiva arbetet – folkhälsoarbetet – har sjukvårdshuvudmännen en omfattande ansvar. I 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) definieras hälso- och sjukvård som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Sjukdomsförebyggande åtgärder av både miljöinriktad och individinriktad karaktär omfattas, vilket särskilt framgår av det kompletterande stadgandet i 2 c § som fastställer att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Av propositionen om hälso- och sjukvårdslag m.m. (prop. 1981/82:97) framgår att det, utöver de traditionellt sjukvårdande uppgifterna, bör åligga landstingskommunerna att företa förebyggande insatser som riktas mot såväl miljön som människorna. Landstingskommunernas individinriktade förebyggande åtgärder bör enligt föredragande statsråd innefatta bl.a.:

- information och hälsoupplýsning,
- åtgärder för att förhindra uppkomsten av sjukdom t.ex. genom vaccinering och tillförsel av skyddsläkemedel,

- uppspårande verksamhet riktad mot sjukdomar eller förstadier till sådana dvs. hälsokontroller och hälsoövervakning.

Just förebyggande insatser inom infektionssjukdomarnas område framhålls i propositionen som exempel på framgångsrikt preventivt arbete. I propositionen, som skrevs innan hiv/aids-problemet uppmärksammades, betonas bl.a. kampen mot kolera och tuberkulos, och vaccination mot smittkoppor, polio och difteri. Statsrådet pekar särskilt på att vaccinationerna visat sig vara samhällsekonomiskt lönsamma och medför minskade behov av slutenvård för barn samt till minskade sociala störningar för familjerna. Dessutom betonas nyttan med att vidta preventiva åtgärder mot folksjukdomar såsom högt blodtryck med följsjukdomar t.ex. hjärtinfarkt och hjärnblödning m.m. Sjukdomskostnaderna och konsekvenserna för de enskilda dämpas genom det preventiva arbetet och betydande välfärdsvinster och samhällsekonomiska vinster finns att hämta även av ett miljöinriktat arbete med förebyggande åtgärder. Ansvaret för att förebygga ohälsa är inte en uppgift för enbart hälso- och sjukvården utan frivilligorganisationernas betydelse när det gäller hälsoupplysning är betydande anser statsrådet. Epidemiologiska studier och det samhällsmedicinska analysarbetet som syftar till att kartlägga och analysera förekomsten och utbredningen av sjukdomar och annan ohälsa är viktiga instrument för att nå erforderlig kunskap.

Vidare stadgas i 8 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare. Landstingen skall alltså samarbeta med regionala och centrala myndigheter och expertorgan men också med andra organisationer verksamma inom området. Krävs det behov av samordning på central nivå för en samlad kunskap på detta område skall detta åstadkommas i rationella former. Det behövs enhetliga begrepps- och referensramar för att möjliggöra sammanställningar och analyser på nationell nivå. Till sist konstateras i propositionen, att det inte finns något motsatsförhållande mellan den preventiva förebyggande verksamheten och den sjukvårdande.

Inom området smittsamma sjukdomar finns dessutom ett ännu tydligare ansvar hos landstingen för de förebyggande frågorna. I varje landstingsområde finns, i enlighet med smittskyddslagens (1988:1472) stadgande, en väl definierad struktur, smittskyddsläkarorganisationen, med ett lagfäst brett ansvar även för de preventiva

frågorna. I enlighet med propositionen om ny smittskyddslag (prop. 2003/04:30) skall det ingå i smittskyddsläkarens uppgifter bl.a. att:

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

4.3.2 Kommunerna

Kommuner har även ett mer indirekt ansvar för frågor kring hiv/STI genom huvudmannskapet för socialtjänsten (inklusive åtagandena för hemtjänsten och för missbrukarvården) och skolan. Vidare har kommunerna särskilt tillsynsansvar enligt miljöbalken (1998:808) som dock inte närmare kommer att behandlas här. Nedan redovisas kort delar av den rättsliga grunden till kommunernas ansvar för dessa frågor.

Socialtjänstlagen

Av 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) framgår att varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område. Socialtjänstlagen bygger på den kommunala självstyrelsens princip och kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. I princip är socialtjänsten subsidiär i förhållande till andra biståndsformer och ”det yttersta

ansvaret” betyder inte att en kommun skall axla uppgifter som ankommer på kriminalvården eller hälso- och sjukvården, men socialnämnden bör vid behov se till att vårdbehövande kommer i kontakt med t.ex. kroppssjukvård eller psykiatrisk vård. Till socialnämndens uppgifter hör enligt 3 kap. 1 § socialtjänstlagen bl. a. att:

- göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen,
- medverka i samhällsplaneringen och i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen,
- informera om socialtjänsten i kommunen,
- genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden,
- svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

Socialnämnden skall även i övrigt ta initiativ till och bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för barn och ungdom, äldre och andra grupper som har behov av samhällets särskilda stöd.

Enligt 3 kap. 7 § socialtjänstlagen skall socialnämnden arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Åtgärder med stöd av socialtjänstlagen måste förutsätta att den enskilde missbrukarens frivilliga inställning kommer till klart och otvetydigt uttryck. När det gäller det förebyggande arbetet avseende missbruk är ansvaret för missbruksfrågor intimt förknippat med ansvaret för barns och ungdomars sociala och personliga utveckling i övrigt. Till 5 kap. 1 § har därför förts bestämmelser om att socialnämnden aktivt skall förebygga och motverka missbruk av beroendeframkallande medel samt dopningsmedel. Missbruksproblematiken utvecklas vidare i 9 § där det framgår att socialnämnden aktivt skall sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

Missbrukarvård

Av 1 § i LVM (1988:870) framgår att de i 1 § socialtjänstlagen (2001:453) angivna målen för samhällets socialtjänst skall vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. Vården skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde.

För tvångsvårdens innehåll och utformning gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen, om inte något annat anges i LVM. Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

Skolan

Inom skolans område finns ett tydligt ansvar för undervisning i sex och samlevnad inom ramen för undervisningen. Dessutom kan skolhälsovården sägas ha ett generellt ansvar för hälsouppllysning och sjukdomsprevention.

Enligt läroplanerna för förskolan, fritidshemmen och grundskolan – förordningen (SKOLFS 1994:1) om läroplan för det obligatoriska skolväsendet – har rektor på en skola ett särskilt ansvar för att ämnesövergripande kunskapsområden integreras i undervisningen i olika ämnen. Förutom sexualitet och samlevnad nämns i uppdraget till rektor miljö, trafik, jämställdhet, konsumentfrågor och riskerna med tobak, alkohol och andra droger. Förutom vad som uttalas i läroplanen används inte begreppet sex och samlevnad i skolans styrdokument och några mål anges heller inte för undervisningen. Däremot anges mål exempelvis i syfte att främja jämställdhet, att ge stöd för att eleverna utvecklar självförtroende, empati och andra dimensioner av social kompetens. Endast i ämnet biologi finns det direkta målangivelser med anknytning till sexualitet, uttryckta under mål att uppnå i slutet av det nionde skolåret. Vissa andra ämnen har mål som innebär att samlevnadsfrågor kan tolkas in. Förutom i ämnet biologi tycks det alltså vara skolans, lärarnas och elevernas prioriteringar av innehållet i ämnesundervisningen som avgör hur stor del av utbildningen som ägnas sex- och samlevnadsundervisning.

Ett motsvarande stadgande finns i förordningen (SKOLFS 1994:2) om 1994 års läroplan för de frivilliga skolformerna där det stadgas att rektor har ett särskilt ansvar för att eleverna får kunskap om sex och samlevnad, trafikfrågor samt riskerna med tobak, alkohol, narkotika och andra droger. I kärnämnen finns skrivningar som gör det möjligt att tolka in sex och samlevnad. I några av de nationella programmen (barn- och fritidsprogrammet, naturvetenskapsprogrammet, omvårdnadsprogrammet) ingår därtill kurser som tar upp kunskapsområdet relativt tydligt. För att förstärka de övergripande kunskapsområdena och stödja skolornas arbete har Skolverket gett ut ett referensmaterial för bl.a. sex- och samlevnadsundervisningen.

Skolhälsovård

Skolhälsovården, enligt 14 kap. skollagen (1985:1100), kan sägas vara ett led i en kontinuerlig hälsoövervakning, som påbörjas i samband med mödra- och barnhälsovård (och som sedan kan komma att följas upp i form av företagshälsovård och andra former av hälsokontroll). Skolhälsovård skall anordnas inom samtliga skolformer för barn och ungdomar utom förskoleklassen men inte för elever inom vuxenutbildningen (14 kap. 1 §).

Enligt 14 kap. 2 § har skolhälsovården till ändamål att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Skolhälsovården skall främst vara förebyggande. Den skall omfatta hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser. För elever i särskolan och specialskolan skall i skolhälsovården också ingå särskilda undersökningar som föranleds av deras funktionshinder.

4.4 Statens roll

4.4.1 Tidiga statliga insatser mot hiv/aids

Hivinfektionen har som ingen annan sjukdom i modern tid engagerat hela det civila samhället. Efter att det första fallet av aids upptäcktes i Sverige år 1982 vidtogs snabbt en rad åtgärder av ansvariga myndigheter i syfte att begränsa smittspridningen. Socialstyrelsen utfärdade, till ledning för hälso- och sjukvården, bl.a. föreskrifter (SOSFS 1983:6) om anmälningsskyldigheten för läkare vid inträffade fall av aids, föreskrifter (SOSFS 1984:27) om blodgivning och blod-

transfusion, samt föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1985:4) angående aids. Socialstyrelsen framställde också informationsmaterial riktat till såväl allmänheten – *Vad alla bör veta om AIDS* – som material riktat till specifika målgrupper. Vid SBL (sedermera Smittskyddsinstitutet) byggdes en omfattande verksamhet upp för laborietestning och epidemiologisk övervakning. Därutöver genomfördes informationsinsatser riktade till olika yrkesgrupper och ett omfattande forsknings- och utvecklingsarbete initierades. Betydande insatser vidtogs likaledes av landstingen, kriminalvårdstyrelsen och andra statliga myndigheter, kommuner, frivillig- och intresseorganisationer. Utredningen har inte haft som ambition att spegla hela detta arbete som omfattade en stor del av det civila samhället men vissa av dessa insatser kommer att beröras mer i detalj i andra delar av betänkandet.

För att samordna arbetet inom samhällets olika områden tillsatte regeringen i maj 1985 en särskild delegation – Aidsdelegationen. I delegationen, vars arbete leddes av dåvarande socialminister Gertrud Sigurdsen, ingick företrädare för samtliga riksdagspartier, berörda myndigheter och huvudmän, samt företrädare för relaterade forskningsområden. Till delegationen knöts två referensgrupper; en med företrädare för berörda organisationer och en med företrädare för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten i de tre storstadsregionerna. Förutom den övergripande uppgiften att samordna arbetet inom samhällets olika områden, fick Aidsdelegationen särskilt i uppgift att följa och initiera forskning, bedöma behovet av och initiera information till olika grupper, bedöma och påtala behov av åtgärder samt bedöma angelägna resursbehov.

Den nya situationen krävde också en anpassning av det legala ramverket. I regeringens proposition om ändring i smittskyddslagen m.m. (prop. 1985/86:13) framgår att regeringen har beslutat att hivinfektion skall hänföras till de veneriska sjukdomarna och i socialutskottets betänkande (SoU 1985/86:15) behandlades förslag om att öppna möjligheten för anonym provtagning avseende hiv. Riksdagen beslutade därefter i linje med utskottets rekommendation om en ändring i patientjournalagen (1985:562).

Under 1985 hade Aidsdelegationen, i samråd med referensgrupperna, arbetat fram ett första nationellt åtgärdsprogram för bekämpningen av aids. Regeringen konstaterade i propositionen om särskilda medel för bekämpningen av aids (prop. 1985/86:171) att ytterligare skyndsamma åtgärder och därmed extra resurser krävdes för att begränsa den alltjämt snabba spridningen av hiv/aids. I proposi-

tionen föreslog regeringen att särskilda medel skulle anvisas för genomförandet av det åtgärdsprogram som presenterats.

I propositionen om åtgärder mot aids (prop. 1987/88:79) presenterade regeringen ett förslag till nytt nationellt handlingsprogram för den fortsatta bekämpningen av hiv/aids. Det var en vidareutveckling av det åtgärdsprogram som presenterats två år tidigare och ambitionen var att med mer information och kunskap i bagaget presentera en mer långsiktig och genomarbetad strategi.

När det då nybildade Folkhälsoinstitutet fick ansvar för hiv/aids-preventiva frågor var det mot bakgrund av att institutet som huvuduppgift hade att på nationell nivå driva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete av sektorsövergripande karaktär. Institutet föreslogs arbeta i programform och inom ramen för varje program skulle kunskap om det moderna folkhälsoarbetets metoder tas fram, ställas samman och spridas till berörda instanser.

4.4.2 Statliga myndigheters roll i insatserna mot hiv/STI

Statens folkhälsoinstitut (tidigare Folkhälsoinstitutet)

År 1988 tillsatte regeringen en s.k. folkhälsogrupp; ett rådgivande organ vars främsta uppgifter var att följa hälsoutvecklingen och diskutera behov av hälsopolitiska initiativ, komma med konkreta åtgärdsförslag, analysera kunskaps- och forskningsbehov samt beakta möjligheter att förstärka den folkhälsovetenskapliga forskningen. Folkhälsogruppen föreslog i början av 1990-talet att folkhälsofrågorna skulle ges en egen organisatorisk plattform, vilket föranledde en proposition om att ett särskilt folkhälsoinstitut skulle inrättas (prop. 1990/91:175). Bakgrunden var enligt propositionen att det trots att hälsoutvecklingen i stort varit positiv, fanns stora och i vissa fall ökande skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället.

En organisationskommitté (dir. 1991:77) tillkallades för att utföra det förberedelsearbete som krävdes för att folkhälsoinstitutet skulle kunna inrättas. Kommittén presenterades efterhand med ett tilläggsdirektiv (dir. 1991:96) där den gavs i uppgift att utreda förutsättningarna för att även inlemma Aidsdelegationen i det nya institutet. I direktiven betonades förtjänsterna av att organisatoriskt föra samman relaterade områden. Riksdagen hade tidigare i olika sammanhang påtalat att Aidsdelegationens arbetsuppgifter så småningom

borde föras över till en permanent organisation utanför regeringkansliet. Kommittén fick således i uppgift att i samråd med Aidsdelegationen utreda de organisatoriska förutsättningarna för att inlemma det hiv/aids-förebyggande arbetet i Folkhälsoinstitutets verksamhet.

Det nybildade Folkhälsoinstitutets huvuduppgift var att på nationell nivå driva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete av sektorsövergripande karaktär. Institutet föreslogs arbeta i programform och inom ramen för varje program skulle kunskap om det moderna folkhälsoarbetets metoder tas fram, ställas samman och spridas till berörda instanser. Ett Hiv/aids/STD-program inrättades (se nedan).

År 1995 presenterade Folkhälsoinstitutet en nationell folkhälsopolicy för STD/hiv som utarbetats i samarbete med berörda offentliga aktörer och frivilligorganisationer (*Nationell folkhälsopolicy för STD/HIV; Utgångspunkter och principer*. Folkhälsoinstitutet 1995:65). Fram till dess hade utgångspunkterna för svensk hivpolitik varit det handlingsprogram som lagts fram år 1987 i propositionen om åtgärder mot aids (prop. 1987/88:79). Policydokumentet avsåg utgångspunkter och principer för det fortsatta arbetet med hiv-infektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar i Sverige. Avsikten var att berörda myndigheter och organisationer skulle utarbeta handlingsplaner som överensstämde med de principer som fastlagts i den nationella folkhälsopolicyn.

Den 1 juli 2001 ombildades Folkhälsoinstitutet, i enlighet med regeringens proposition Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (prop. 2000/01:99), till en ny folkhälsomyndighet, Statens folkhälsoinstitut, med tydligare myndighetsuppgifter och klarare avgränsningar gentemot andra myndigheter med folkhälsouppgifter. Bakgrunden var bl.a. att man konstaterat att det fanns centrala myndigheter med överlappande och likartade uppgifter och att detta kunde leda till oklarheter, gränsdragningsproblem och samordningssvårigheter. Under år 1999 tillkallades därför en organisationskommitté (dir. 1999:56) med uppgift att ombilda Folkhälsoinstitutet. Arbetet skulle, enligt direktiven, ske i nära samverkan med den nationella folkhälsokommitté som inrättats år 1997 med uppgift att utarbeta förslag till nationella mål för hälsoutvecklingen (dir. 1995:158).

Enligt sin nya instruktion (i förordningen [2001:309] med instruktion för Statens folkhälsoinstitut) skall institutet huvudsakligen:

- ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet,
- vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området,
- ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol- narkotika- och tobaksområdena,
- fullgöra den tidigare Alkoholinspektionens uppgifter enligt alkohollagen (1994:1738) samt,
- fullgöra Socialstyrelsens tidigare ålägganden enligt tobakslagen (1993:581).

En tydlig förändring är således att institutet gått från att tidigare ha haft till uppgift att sektorsövergripande *driva* hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete till att i stället svara för kunskapsuppbyggnad, uppföljning, utvärdering och tillsyn. Organisatoriskt frångick man vid tiden för ombildandet också den programorganisation som institutets verksamhet tidigare utgått ifrån. Programformen ansågs ha medfört brister i samordning och resursutnyttjande och befanns vara mindre lämplig för institutets framtida roll och uppgifter.

En av institutets huvuduppgifter är följaktligen att ansvara för en sektorsövergripande uppföljning av folkhälsan och insatserna på folkhälsoområdet i relation till de folkhälsopolitiska intentionerna som de tar sitt uttryck i den folkhälsopolitiska propositionen (prop. 2002/03:35). Institutet skall regelbundet rapportera till regeringen om uppföljningen och föreslå åtgärder.

I sin roll som nationellt kunskapscentrum, skall institutet samla erfarenheter och forskning om metoder och strategier som är viktiga i folkhälsoarbetet. Verksamheten skall stå på vetenskaplig grund och institutet skall bistå kommuner, landsting och andra myndigheter samt organisationer med kunskap om framgångsrika metoder och strategier i folkhälsoarbetet. Inom ramen för detta uppdrag bör institutet i begränsad utsträckning kunna ge bidrag till avgränsade vetenskapliga projekt som syftar till att utveckla och utvärdera sådana för folkhälsoarbetet viktiga metoder. Sådana projekt skall vara samfinansierade med den kommun eller det landsting som avser genomföra projektet. Institutet skall också ytterligare utveckla sitt samarbete med olika forskningsinstitutioner.

I propositionen om Statens folkhälsoinstitut (prop. 2000/01:99) framhåller regeringen likaså att det inte längre bör ingå i institutets löpande verksamhet att initiera eller genomföra kampanjer eller

annan attitydpåverkande/opinionsbildande verksamhet. Det konstateras dock att det i vissa fall kan vara befogat med nationella samordnade insatser i vissa specifika frågor, men dessa insatser kommer då att genomföras i form av särskilda regeringsuppdrag.

Det framgår också i propositionen att institutet skall kunna fördela projektmedel till organisationer i samband med regeringsuppdrag att samordna nationella insatser. Därutöver var regeringens bedömning att det bör övervägas, i linje med organisationskommitténs förslag (SOU 2000:57), om administrationen av det organisationsstöd som Folkhälsoinstitutet tidigare fördelat på sikt bör överföras till annan myndighet.

Samverkan mot hiv/STI

Till Folkhälsoinstitutets arbetsuppgifter fogades således år 1992 det hiv/aids-preventiva arbetet och ett *Hiv/aids/STD-program* inrättades. Uppdraget bestod i att förmedla kunskap om hiv och andra STI, förebygga smittspridning, minska konsekvenserna av hiv i form av ångest och rädsla samt att verka för solidaritet och mot utstötning och diskriminering av hivpositiva och riskutsatta grupper. Till institutet knöts en referensgrupp – Aidsrådet – i vilken representanter från berörda myndigheter och huvudmän samt frivillig- och intresseorganisationer ingick. Basen i Folkhälsoinstitutets hiv/STD-förebyggande arbete var av långsiktig karaktär och hade ett brett sex- och samlevnadsperspektiv.

Efter ombildningen av institutet år 2001 har hiv/aids-programmet kommit att organiseras i projektform; *Samverkan mot hiv/STI*. I ett särskilt regeringsuppdrag har Statens folkhälsoinstitut givits i uppgift att bedriva insatser inom området hiv/STI-prevention. Anledningen till att uppgiften inte integrerats i institutets ordinarie verksamhet är att projektet har en annan inriktning än den roll och de uppgifter som myndigheten fått i och med ombildningen. Exempelvis så faller såväl arbetet med och det ekonomiska stödet till frivilligorganisationer som informationsuppdraget egentligen utanför ramen för institutets nuvarande instruktion.

Institutets hiv/aids-preventiva verksamhet har, i enlighet med det givna regeringsuppdraget, fortsatt i stort sett oförändrad sedan ombildningen. Arbetet utgår från det förslag till nationell handlingsplan för hiv/STI-prevention som Folkhälsoinstitutet på uppdrag av regeringen och i samråd med institutets referensgrupp för aidsfrågor

har utarbetat (*Nationell handlingsplan för STD/hiv-prevention under perioden 2000–2005*. Folkhälsoinstitutet 2001:14). Under 2001 fick Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen inleda ett utvecklingsarbete av hiv/STI-preventionen i landet. Som ett led i genomförandet av detta uppdrag bildades en samordningsgrupp med Statens folkhälsoinstitut som sammankallande och med Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarföreningen och Landstingsförbundet som övriga deltagande. Samordningsgruppen svarar därvid också för uppföljning av den nationella handlingsplanen. Avsikten är att årligen följa upp de mål som fastlagts i handlingsplanen och mot bakgrund därav revidera mål och inriktning för den samlade insatsen. Den första uppföljningen låg färdig hösten 2002. Under 2003 har dock ingen uppföljning presenterats.

Regeringen föreslog i propositionen om Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgift (prop. 2000/01:99) att programmet, inklusive det särskilda statliga anslaget, skulle ligga kvar på institutet tills vidare, men man konstaterade likaså att det fanns flera tänkbara alternativ för det fortsatta hiv/aids-preventiva arbetet och att regeringen avsåg återkomma i frågan.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, hälsoskydd och smittskydd. Enligt förordningen (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen skall myndigheten verka för god hälsa och social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen skall därvid bl.a.:

- följa utvecklingen inom och utvärdera verksamheterna samt därvid samverka med andra samhällsorgan i den utsträckning det behövs,
- vaka över verksamheterna vad gäller kvalitet och säkerhet samt den enskildes rättigheter,
- svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling i vård och omsorg,
- samordna de statliga insatserna inom socialtjänst och hälso- och sjukvård vad gäller barn och ungdom,

- med hjälp av det epidemiologiska centret och på annat sätt följa, analysera och rapportera om hälsoutvecklingen i landet samt belysa epidemiologiska konsekvenser av olika åtgärder,
- följa forsknings- och utvecklingsarbete av särskild betydelse inom sitt ansvarsområde och verka för att sådant arbete kommer till stånd,
- ansvara för officiell statistik enligt förordningen (1992:1668) om den officiella statistiken.

I detta arbete har Socialstyrelsen bemyndigats att utfärda föreskrifter och allmänna råd m.m. Socialstyrelsen får därför – utöver de bemyndiganden som finns i andra författningar – meddela föreskrifter enligt förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. på en rad områden inom hälso- och sjukvård, tandvård m.m.

Rent praktiskt innebär detta att Socialstyrelsen är verksam inom ett antal områden som är viktiga för samhällets samlade insatser mot hiv/STI. Inom smittskyddsområdet är Socialstyrelsen central tillsynsmyndighet och får i enlighet med smittskyddslagen (1988:1472) och smittskyddförordningen (1989:301) meddela föreskrifter om frågor inom smittskyddet. I egenskap av tillsynsmyndighet har Socialstyrelsen redan i dag i viss omfattning kommit att ha en samordnande roll för smittskyddets olika verksamheter men utan att ha ett formellt uppdrag för detta. I propositionen om ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:35) föreslår regeringen att Socialstyrelsens samordnande roll inom smittskyddet även formellt skall regleras i den nya lagen. I uppgiften ligger också att Socialstyrelsen skall initiera ett utvecklingsarbete i syfte att öka samarbetet och samordningen mellan olika huvudmän. Socialstyrelsen har tillsyn över sjukvården enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och ansvarar för utveckling och samordning av tillsynen av socialtjänsten på nationell nivå samt 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 vidare, inom ramen för sitt s.k. missbruksprogram, för att ta fram nationella riktlinjer för missbrukarvård. Avsikten är att med stöd av aktuell kunskap om t.ex. effekter av behandling påverka utvecklingen av missbrukarvården. Denna styrning sker inte bara genom förmedling av kunskap utan även via

tillsyn. Tanken är att skapa en plattform med en för alla aktörer gemensam uppfattning om vad god missbrukarvård är och på den grunden bedriva förutsägbar tillsyn. Enligt det förslag som den av regeringen utsedde narkotikapolitiska samordnaren avlämnat, och som regeringen i stort biträtt, föreslås att Socialstyrelsen också utfärda föreskrifter avseende sprututbytesverksamhet (se även avsnitt 2.2.2 och 4.2.2).

Socialstyrelsen har även tillsyn över skolhälsovården samt har i uppdrag att följa frågor kring medicinskt omhändertagande av asylsökande m.fl. och har bl.a. meddelat allmänna råd om hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar.

Sekretariatet för frivilligt socialt arbete och organisationsbidrag

Socialstyrelsen har ett särskilt regeringsuppdrag att administrera och utveckla den statliga bidragsgivningen till frivilligorganisationerna. Detta ansvar ligger på ett särskilt sekretariat för frivilligt socialt arbete och organisationsbidrag (SoFri). Sekretariatet bildades den 1 januari 2001 och har ett verksövergripande uppdrag. Syftet är att profilera och utveckla Socialstyrelsens roll och insatser vad gäller frivilligarbetet och frivilliga organisationers verksamhet i samhället. En viktig arbetsuppgift är att administrera och utveckla den omfattande bidragsgivningen, där för närvarande drygt 300 miljoner årligen fördelas till ett hundratal organisationer. Bidrag kan utgå till riksorganisationer som företräder personer med funktionshinder, organisationer för pensionärer, frivilligorganisationer inom området utsatta barn och deras familjer, kvinnovåld samt organisationer som arbetar inom områdena alkohol eller narkotika.

Sekretariatet arbetar med att utveckla de system för bidragshantering som finns i dag, utveckla olika former för att tillvarata och synliggöra den kunskap och erfarenhet som organisationerna har, initiera olika utvecklingsarbeten kring och tillsammans med frivilligorganisationer. Som exempel kan nämnas att sekretariatet kommer att arbeta med samverkansfrågor mellan organisationer och huvudmän och belysa omfattningen av frivilligarbete för olika målgrupper. Vidare initierar sekretariatet studier för att beskriva och jämföra värdet på insatser som görs av olika utförare. Man kommer även att följa och stödja den forskning som finns inom området. Bidragshandlingen skiljer sig mellan de olika grupperna av organisationer, dels genom regeringens mål för bidragen (vilka framgår av det

årliga regleringsbrevet till myndigheten), dels genom de förordningar som reglerar bidragen. Vissa bidrag utgår i form av grundstöd medan andra är verksamhetsstöd. Bidrag lämnas för ett år i taget, men organisationerna förväntas upprätta en treårsplan för sin verksamhet.

Smittskyddsinstitutet

Smittskyddsinstitutet är statlig expertmyndighet inom smittskyddsområdet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor och främja skyddet mot sådana sjukdomar. Smittskyddsinstitutet skall, i enlighet med förordningen (1996:609) med instruktion för Smittskyddsinstitutet, bl.a.:

- följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt i fråga om smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa,
- lämna Socialstyrelsen och andra berörda information om det epidemiologiska läget och föreslå åtgärder som detta kan föranleda,
- följa och analysera immunitetsläget i utvalda befolkningsgrupper efter genomförda vaccinationsprogram och föreslå vaccinationsåtgärder,
- ta initiativ till åtgärder som medför ett gott skydd i landet mot smittsamma sjukdomar, även i kris och krig,
- upprätthålla kompetens att utföra diagnostiska undersökningar av unik natur som ett led i landets smittskydd,
- bedriva forskning, metodutveckling och utbildning inom smittskyddsområdet,
- delta i internationellt samarbete inom smittskyddsområdet.

I smittskyddsförordningen (1989:301) fastställs slutligen att Smittskyddsinstitutet fortlöpande skall sammanställa anmälningar till institutet enligt 20 och 22 §§ smittskyddslagen (1988:1472) och med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser för dessa till berörda myndigheter, läkare (och veterinärer).

Smittskyddsinstitutet har inga direkta normativa uppgifter och saknar således föreskriftsrätt inom sitt verksamhetsområde. Där emot har institutet både en rätt och skyldighet att ta initiativ och föreslå åtgärder som bedöms erforderliga mot bakgrund av det

epidemiologiska läget. Vanligen kanaliseras Smittskyddsinstitutets förslag via Socialstyrelsen som ansvarar för nationell policy och har föreskriftsrätt inom området men institutet kan också rikta sig direkt till press och allmänhet med information som bedöms behöva få allmän spridning. Detta görs via pressmeddelanden, via institutets hemsida eller dess publikationer.

Smittskyddsinstitutet har en omfattande forsknings- och utvecklingsverksamhet och har förutom sitt anslag betydande externa finansieringskällor för den delen av verksamheten.

Epidemiologiska avdelningen samlar fortlöpande in data om hiv-infektion och andra STI i Sverige och vidarebefordrar dem analyserade till Socialstyrelsen och andra statliga myndigheter, hälso- och sjukvården, europeiska och internationella nätverk samt till allmänheten. Sedan flera år insamlas också – utanför Smittskyddsinstitutets egentliga uppdrag – uppgifter om antalet utförda undersökningar för klamydiainfektion och gonorré i syfte att få värdefulla nämnardata för bättre bedömning av epidemiologin.

För att förbättra de epidemiologiska kunskaperna om hiv-epidemin i Sverige bedrivs sedan 1997 vid epidemiologiska avdelningen, med ekonomiskt stöd från de statliga hiv/aids-medlen, ett nationellt projekt som omfattar samtliga nydiagnostiserade hivfall som rapporteras till Smittskyddsinstitutet. Syftet är att projektet ska ge en mer detaljerad kunskap än vad som kan erhållas via det normala anmälningssystemet vad gäller själva smittotillfället: smittotidpunkt, smittväg, smittort, relation till smittkällan och risktillhörighet. De uppgifter som framkommer om smittotillfället i kontaktspårningen ligger till grund för uppgifterna som samlas in via ett särskilt frågeformulär till patientansvarig läkare och kurator vid anmälande klinik ca 6–12 månader efter det att ursprungsanmälan inkommit till Smittskyddsinstitutet. Genom detta projekt rättas felaktiga uppgifter i ursprungsanmälan och kompletterande information inhämtas, som är av betydelse för förståelsen av den svenska hivepidemin och som kan fungera som underlag för utformningen av preventiva metoder och insatser. Sedan år 2002 bedriver epidemiologiska avdelningen, med stöd av de statliga hiv/aids-medlen, dessutom ett projekt syftande till att kartlägga det sexuella nätverkets betydelse för spridningen av klamydia bland ungdomar.

Den epidemiologiska övervakningen innefattar också typning av hivisolat med molekylär teknik. Sedan 2001 görs, med stöd från de av Statens folkhälsoinstitut förvaltade medlen, sådan typning bl.a. av alla nyupptäckta hivfall bland intravenösa missbrukare. Syftet är

att snabbt kunna upptäcka stammar med hög spridningsbenägenhet, t.ex. av den typ som setts i Finland.

Genom ett nära samarbete med hälso- och sjukvården har Smittskyddsinstitutet utvecklat en väl fungerande diagnostisk verksamhet, såväl inom virologi som immunologi. Smittskyddsinstitutet är nationellt referenslaboratorium för diagnostik av hivinfektion och tillhandahåller prover för intern och extern kvalitetskontroll av verksamheten vid andra diagnostiska laboratorier i Sverige. Vidare utvärderar institutet testmetoder, teststrategier och instrument för hivdiagnostik. För att upprätthålla kunskap och få tillgång till prover utför Smittskyddsinstitutet all diagnostik på patienter från Venhälsan, Södersjukhuset.

Kriminalvården

Kriminalvårdens yttersta mål är att minska brottsligheten och öka tryggheten i samhället. Till kriminalvården hör häkte, frivård och anstalter. Kriminalvårdens uppgift är att sköta landets häkten och att ta över ansvaret för dem som av domstolen har dömt till fängelse eller skyddstillsyn. Övervakning av villkorligt frigivna samt tillsyn och genomförande av samhällstjänst och kontraktsvård innefattas också i uppgifterna. Kriminalvården gör även personutredningar i brottsmål och samarbetar med övriga aktörer i rättsväsendet och med andra som deltar i det arbete som syftar till att hjälpa människor tillbaka till ett normalt liv.

I kriminalvårdens egna riktlinjer (2000:1) för hälso- och sjukvårdsverksamheten slås fast att alla nyintagna på häkten och anstalter i landet skall erbjudas provtagning avseende hiv.

Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket bildades år 2001, genom att Yrkesinspektionens tio distrikt och Arbetarskyddsstyrelsen gick samman och bildade en särskild myndighet. Verkets övergripande mål är att minska riskerna för ohälsa och olycksfall i arbetslivet och att förbättra arbetsmiljön ur ett helhetsperspektiv, dvs. från såväl fysisk, psykisk som social och arbetsorganisatorisk synpunkt. Verkets huvuduppgift är att övervaka att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningar

efterlevs. Arbetsmiljöverket ska också ge råd och upplysningar samt sprida information.

Myndigheten har utfärdat föreskrifter i syfte att förhindra överföring av hivinfektion m.m. i samband med olika risksituationer i arbetslivet, bl.a. i Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd (AFS 1988:1) om HIV-testning i arbetslivet; i Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse (AFS 1986:23) med föreskrifter om skydd mot blodsmitta samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna; i Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse (AFS 1991:2) med föreskrifter om smittfarligt arbete; samt i Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter (AFS 1997:12) om biologiska ämnen samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna. Arbetsmiljöverket har även givit ut kunskapsunderlag och rapporter i samma syfte.

Migrationsverket

Migrationsverket ansvarar för att tillämpa de lagar och regler som styr invandring till Sverige och beviljande av svenskt medborgarskap, tar emot och behandlar ansökningar om asyl, visum och uppehållstillstånd, erbjuder de asylsökande bostad under väntetiden. Myndigheten ska vidare underlätta för den som vill återvändra samt förmå den som inte har erforderligt uppehållstillstånd att lämna landet.

Migrationsverket ansvarar bl.a. för att asylsökande (och andra) får information om hälsoundersökning och sjukvårdsförmåner och har i uppgift att informera landstingen om nyanlända personer. Verket betalar också ut den ersättning för hälso- och sjukvård som lämnas med ett schablonbelopp per kvartal och person för utlänningar som bor inom landstinget eller kommunen (se även avsnitt 4.2.3).

Integrationsverket

Den 1 juni 1998 startade Integrationsverket sin verksamhet. Den nya myndigheten var ett led i den integrationspolitik som skulle ersätta den gamla invandrapolitiken. Bakgrunden var bl.a. att Sveriges befolkningssammansättning hade ändrats radikalt under de senaste decennierna, i dag är närmare en miljon invånare födda i ett annat land, jämfört med ca 300 000 år 1960. Verket ansvarar för att integrationspolitiska mål och synsätt får genomslag på olika sam-

hällsområden och ska aktivt stimulera integrationsprocesserna i samhället. Integrationsverket är en kunskaps- och påverkansmyndighet som ska fungera som samordnare och påtryckare i integrationsfrågor.

Integrationsverket ska ha det övergripande ansvaret för att nyanlända invandrare får stöd för sin integration i det svenska samhället, verka för lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, förebygga och motverka främlingsfientlighet, rasism och diskriminering, följa och utvärdera samhällsutvecklingen mot bakgrund av samhällets etniska och kulturella mångfald.

Integrationsverket ersätter kostnader för hälsoundersökningar av vissa personer som vid ankomst har uppehållstillstånd. Det gäller bl.a. kvotflyktingar, utlänningar som har fått uppehållstillstånd på grund av skyddsbehov i vissa fall eller av humanitära skäl, samt utlänningar som har fått uppehållstillstånd på grund av sin anknytning till person som varit i Sverige i mindre än två år.

Skolverket

Den 1 mars 2003 delades Skolverket i två myndigheter – (nya) Skolverket och Myndigheten för skolutveckling. Avsikten var att göra Skolverkets granskande uppgifter tydligare och skilja dem från den utvecklingsstödjande verksamheten.

Skolverket är den centrala myndigheten för det offentliga skolväsendet, förskoleverksamheten, skolbarnsomsorgen och vuxenutbildningen. Skolverket skall fortlöpande informera såväl regering och riksdag som kommuner och allmänheten om utvecklingen inom området. Skolverkets uppgifter renodlas, i och med uppdelningen i två myndigheter, och koncentreras numera till kvalitetskontroll genom uppföljning, utvärdering, tillsyn och kvalitetsgranskning.

Nationella utvärderingar är en prioriterad uppgift för Skolverket. En annan viktig uppgift är att kontinuerligt se över och utveckla kursplaner och betygskriterier. Myndigheten prövar även ärenden om fristående skolor.

Myndigheten för skolutveckling

Myndigheten för skolutveckling ska stödja kommuner och andra huvudmän i deras utveckling av förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning. Myndigheten ska också inspirera och stödja förskolor och skolor i deras utveckling. Målet för myndighetens arbete är utbildning av hög kvalitet. Varje elev ska nå de mål som finns för utbildningen, i en god fysisk och social miljö.

Myndigheten för skolutveckling ska bl.a. genomföra generella utvecklingsinsatser inom nationellt prioriterade områden; stödja lokal kvalitetsutveckling och utveckling av goda läromiljöer; främja kompetensutveckling av personal i förskola och skola; sprida kunskap, erfarenhet och resultat från praktik och forskning; samt delta i nätverk och samarbeten i Sverige och internationellt. Myndigheten för skolutveckling skall arbeta tillsammans med andra aktörer; kommuner, olika organisationer eller högskolor. Arbetet ska präglas av flexibilitet, med fokus på de lokala verksamheternas skilda behov och förutsättningar.

4.4.3 Statliga hiv/aids-medel

Riksdagen har sedan budgetåret 1986/87 årligen anvisat särskilda medel för insatser i syfte att begränsa spridningen och konsekvenser av hiv/aids. Under 1985 hade Aidsdelegationen, i samråd med referensgrupperna, arbetat fram ett åtgärdsprogram för bekämpningen av aids. Regeringen konstaterade i sin proposition om särskilda medel för bekämpningen av aids (prop. 1985/86:171) att ytterligare skyndsamma åtgärder och därmed extra resurser krävdes för att begränsa den alltjämt snabba spridningen av hiv/aids. Det konstaterades att förutsättningarna var goda, men att tidsfaktorn var av vikt och att kraftfulla insatser som sattes in i ett skede när smittspridningen fortfarande var relativt begränsad borde kunna förhindra uppkomsten av en mycket allvarlig situation.

Åtgärdsprogrammet behandlade bl.a. informationsinsatser, behovet av psykosocialt stöd till riskutsatta grupper, särskilda insatser för vård och behandling av narkotikamissbrukare och behovet av forskningsinsatser. Regeringen hade beräknat kostnaderna för de insatser man presenterat till 75 miljoner kronor för vardera av budgetåren 1986/87 och 1987/88. Man föreslog att medlen skulle anvisas under ett nytt reservationsanslag och att socialdepartementet

skulle svara för den närmare fördelningen. Därtill föreslog regeringen att ett *extra bidrag* skulle utgå med 50 miljoner kronor för år 1987 (25 miljoner kronor för vardera av budgetåren 1986/87 och 1987/88) till de landsting och kommuner där hivinfektion var särskilt utbredd, således de tre storstadsområdena. Regeringen konstaterade att det huvudsakliga ansvaret för det praktiska arbetet med att begränsa spridningen av hiv/aids låg på landsting och kommuner och då spridningen i stor utsträckning var koncentrerad till storstadsområdena hade de drabbats av en stor del av kostnaderna. Det betonades att en effektiv smittbekämpning låg i hela landets intresse och man föreslog således att extra medel skulle utgå för sådana åtgärder som huvudmännen fann bäst gagna smittskyddsarbetet inom varje enskilt område. Fördelningen av bidraget skulle ske med utgångspunkt i antalet kända fall av hivinfektion i respektive storstadsområde.

Påföljande år, i propositionen om åtgärder mot aids (prop. 1987/88:79), föreslog regeringen en förstärkning av insatserna mot aids och därmed också en utökad medelsram för budgetåret 1988/89. Medelsbehovet för det förebyggande arbetet beräknades till 110 miljoner kronor och extrabidraget till 85 miljoner kronor. Redan i den första propositionen till riksdagen i ärendet hade intravenösa missbrukare identifierats vara en, för det förebyggande arbetet, strategisk grupp. Regeringen hade framhållit att intravenösa missbrukare löpte stor risk att smittas och att de, med hänvisning till erfarenheter från bl.a. USA, var en grupp som, i större utsträckning än andra riskgrupper, kunde befaras komma att sprida hivinfektion till personer utanför den egna gruppen. Nu konstaterades att de tillgängliga vårdresurserna när det gäller tillsyn enligt 18 § LVM (1981:1243) var otillräckliga i förhållande till behoven och regeringen föreslog därför att 35 miljoner kronor skulle anvisas för stöd till utbyggnad av hem för vård enligt denna lag.

I propositionen presenterade regeringen ett förslag till handlingsprogram för den fortsatta bekämpningen av hiv/aids vilket var en utveckling av det åtgärdsprogram som presenterats två år tidigare. 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 1992 överfördes det nationella ansvaret för stora delar av det hiv/aids-förebyggande arbetet, liksom de medel som tidigare disponerats av socialdepartementet (Aidsdelegationen), till det då nybildade Folkhälsoinstitutet (se avsnitt 4.5.2). När det gällde inriktning av arbetet hänvisade regeringen i budgetpropositionen för år 1992 (prop. 1991/92:100) till handlingsprogrammet från år 1987 (prop. 1986/87:79). Det totala anslaget uppgick då till drygt 168 miljoner kronor inkluderande det s.k. extrabidraget till landsting och kommuner.

Under de följande fem åren (1992–1997) uppgick det särskilda anslaget för insatser mot hiv/aids till ca 160 miljoner kronor per år. De förändringar i anslagets storlek som gjordes under perioden rörde främst omfördelningar mellan olika anslagposter, bl.a. tillfördes budgetåret 1993/94 Folkhälsoinstitutets förvaltningsanslag 6,5 miljoner kronor från aidsanslaget, vilket avsåg kostnader – dvs. löner, lokaler m.m. – för uppgifter inom hiv/aids-området. I budgetproposition för år 1997 (prop. 1996/97:1) konstaterade regeringen att insatserna som vidtagits varit framgångsrika. Den bedömning som då gjordes var att den hotande epidemin inte hade fått den omfattning man tidigare fruktat och detta sannolikt tack vare tidiga, konsekventa och fortgående insatser. I propositionen hänvisades också till en utvärdering av extrabidraget och som visade att ett avancerat och mångfacetterat arbete bedrevs inom de kommuner och landsting, i huvudsak alltså i de tre storstadsområdena, som erhållit extra medel (Jarlbrog G. *Utvärdering av hur det särskilda bidraget för hiv-förebyggande insatser använts*. Folkhälsoinstitutet utvärderar 1995:4).

Regeringen hänvisade till samma utredning i budgetpropositionen för år 1998 (prop. 1997/98:1) och konstaterade mot bakgrund av resultatet att det nu var lämpligt att frångå det särskilda ansökningsförfarandet som tidigare gällt med de resurskrav och med den detaljstyrning som det hade kommit att innebära. Regeringen föreslog för att underlätta avvecklingen av en del av det specialdestinerade bidraget och för att värna den verksamhet som byggts upp i samarbete mellan kommuner, landsting och frivilligorganisationer att 90 miljoner kronor skulle avsättas av anslaget för särskilda insatser mot aids, för att användas för bidrag till kommuner och landsting i storstadsområdena för förebyggande hiv/aids-verksamhet. Från och med år 1998 delades således anslaget för det före-

byggande hiv/aids-arbetet upp i ett anslag som disponeras av Folkhälsoinstitutet och ett anslag som via finansdepartementet (tidigare via inrikesdepartementet) går direkt till de tre storstadsregionerna.

Under perioden 1998–2003 har extra bidrag utgått till storstadsregionerna med 84–90 miljoner kronor årligen för löpande verksamhet, projektverksamhet hos landsting och kommuner samt till lokala/regionala frivilligorganisationer. Under samma tid har Folkhälsoinstitutet (numera Statens folkhälsoinstitut) disponerat den kvarvarande delen av anslaget, ca 60 miljoner kronor årligen. Under detta anslag utgår medel för stöd till frivilligorganisationer på riksnivå, stöd till projekt utanför storstadsregionerna samt till institutets egen verksamhet för att förebygga hiv/aids, dvs. nationell kunskapsuppbyggnad, samordning, kunskapsspridning samt uppföljning och utvärdering.

Sammanfattningsvis så utgår således sedan 1998 statliga specialdestinerade medel till hiv/aids-området i två former; dels ett anslag som administreras av Statens folkhälsoinstitut och som för år 2004 uppgår till drygt 58 miljoner kronor; dels ett anslag om 90 miljoner kronor för 2004 som via finansdepartementet anvisas till storstadsregionerna.

Särskilda medel till storstadsområdena

Den initiala fördelningen av medlen till storstäderna baserades på antalet ditintills anmälda fall av hivinfektion och innebar 25 miljoner kronor till Stockholms läns landsting, 10 miljoner kronor till Stockholms stad och 5 miljoner kronor till vardera Göteborgs stad, Malmö stad och Malmöhus läns landsting. I propositionen om åtgärder mot aids (prop. 1986/87:79), föreslogs en ytterligare förstärkning av insatserna och därmed också en utökad medelsram för budgetåret 1988/89. Extrabidraget kom då att uppgå till 85 miljoner kronor. Anslaget utökades ytterligare i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet och för budgetåret 1992/93 uppgick extrabidraget till 120 miljoner kronor. År 1998 minskades sedan anslaget till ca 90 miljoner kronor och året därpå till 84 miljoner kronor vilket utgick årligen fram till år 2003 då regeringen avsåg betala ut högst 90 miljoner kronor, motsvarande belopp gäller även för år 2004.

Det har framgått alltsedan propositionen om åtgärder mot aids (prop. 1986/87:79) att regeringen avsett att bidraget skulle utgå

som en tillfällig resursförstärkning. I socialutskottets betänkande (SoU 1987/88:10), där propositionen behandlades, framgår att föredragande statsråd uttryckt att finansieringsansvaret för de insatser som planerats och genomförts, och för vilka extra statliga medel tidigare utgått, efter år 1989 bör övertas av respektive huvudman. Socialutskottet (SoU 1987/88:10) var dock inte berett att ansluta sig till den ståndpunkten utan ansåg att det var troligt att särskilda bidrag från statens sida till de mest drabbade kommunerna och landstingen skulle komma att behövas under längre tid än så och man ville inte heller låsa sig för en tidsgräns. När anslaget år 1998 delades i två, menade regeringen att 90 miljoner kronor övergångsvis skulle avsättas av anslaget för att underlätta avvecklingen av den del av det specialdestinerade bidraget som gick till storstadsområdenas landsting och kommuner. Bidraget har dock fortsatt att utgå för förebyggande hiv/aids-verksamhet även därefter.

Två nya regioner i Syd- och Västsverige

De administrativa enheterna för extrabidraget förändrades år 1999 efter sammanslagningen av Kristianstads län och Malmöhus län till Skåne län (Region Skåne), samt av Göteborgs och Bohus län, Älvsborgs län och Skaraborgs län till Västra Götalands län (Västra Götalandsregionen).

Ansvar för hälso- och sjukvården i Göteborgs stad och Malmö stad överfördes år 1999 till Västra Götalandsregionen respektive Region Skåne. Det bidrag som tidigare avsåg Malmöhus läns landsting har fr.o.m. år 1999 tilldelats Region Skåne. I regeringsbeslutet om extrabidragets fördelning framgick att Göteborgs stad och Malmö stad skulle lämna en del av sitt tilldelade bidrag till de nya administrativa enheterna efter överenskommelse mellan berörda parter. I och med förändringarna i Syd- och Västsverige upphörde likaså Kristianstads, Älvsborgs och Skaraborgs läns landsting samt Bohuslandstingets tidigare möjlighet att ansöka om bidrag från Folkhälsoinstitutet/Statens folkhälsoinstitut. För år 1999 löstes bidragsfrågan övergångsvis genom att Folkhälsoinstitutet beviljade de tidigare landstingen ett reducerat bidrag.

Fördelade och disponerade medel

Formerna för fördelningen av det extra bidrag som avsatts för att stödja särskilt belastade kommuner och landsting har, som nämnts ovan, modifierats under 1990-talet. När Folkhälsoinstitutet bildades och övertog Aidsdelegationens arbetsuppgifter, kom det också att svara för fördelningen av extrabidraget till landsting och kommuner. Samtliga landsting och därtill Stockholms, Göteborgs och Malmö kommun inbjöds år 1992 att ansöka om medel från extrabidraget, medel som utgick efter prövning av Folkhälsoinstitutet och med återrapporteringskrav. Medlen beviljades som ramanslag till olika specificerade uppdrag, vilket innebar att Folkhälsoinstitutet gavs inflytande såväl över medlens fördelning mellan olika huvudmän som över deras användning.

År 1998 beslutade således regeringen, efter utvärdering, att extrabidraget skulle fördelas direkt till de tre storstadsregionerna via finansdepartementet, utan vidare riktlinjer och utan återrapporteringskrav. Under åren 1998–2002 utgick extra bidrag till storstadsregionerna med ca 84 miljoner kronor årligen. Medel som har använts till löpande verksamhet, projektverksamhet hos huvudman samt till lokala/regionala frivilligorganisationer.

Tabell 3. Extrabidrag per landsting/kommun i storstadsområdena 1998–2002. Sammanställningen är baserad på landstingens/kommunernas egen redovisning av fördelade medel

	1998	1999	2000	2001	2002
Sthlms läns landst.	32 800	30 881	30 881	30 881	30 881
Sthlms stad	13 264	12 469	12 469	12 469	12 469
VG-regionen			4 129	4 129	4 129
Göteborgs stad	24 570	16 548	12 419	12 419	12 419
Region Skåne	10 114	11 712	11 712	11 712	11 712
Malmö stad	12 208	12 390	12 390	12 390	12 390
Summa	92 956	84 000	84 000	84 000	84 000

I dag finns medlen under anslag 48:2 Bidrag till särskilda insatser i vissa kommuner och landsting under utgiftsområde 25 där det anges att de ska användas till förebyggande hiv/aids-verksamhet. Därutöver finns inga riktlinjer för användning av pengarna, till skillnad från användningen av de medel som administreras av Statens folk-

hälsoinstitut. Medlen står till huvudmännens disposition för sådana åtgärder som de finner bäst gagna det förebyggande arbetet inom sin respektive region. Det saknas dessutom riktlinjer för samordning av insatser regionerna emellan liksom riktlinjer för samordningen av dessa insatser med de insatser som vidtas med stöd av det statliga anslag som disponeras av Statens folkhälsoinstitut.

Stockholms läns landsting och Stockholms stad

Medel från extrabidraget fördelas således till såväl Stockholms läns landsting som Stockholms stad. Under de senaste fem åren har landstinget och kommunen årligen erhållit ca 31 respektive 12,5 miljoner kronor.

För verksamhetsåret 2002 fördelade Stockholms län landsting sitt bidrag på ca 31 miljoner kronor med 12,2 miljoner kronor till hälso- och sjukvården, 11,2 miljoner kronor till Lafa, 6,7 miljoner kronor till frivilligorganisationer, samt ca 800 000 kronor till kortare projekt och kampanjer. De medel som tilldelades hälso- och sjukvården motsvarande 40 procent av landstingets statliga bidrag, en förstärkning som avsåg både primär- och sekundärpreventiva insatser, liksom såväl löpande verksamhet som projektverksamhet hos huvudmannen. Lafas verksamhet finansieras nästan uteslutande via extrabidraget, för år 2002 tilldelades Lafa endast 1,6 miljoner kronor från landstingets ordinarie budget.

Stockholm stad erhöll för verksamhetsåret 2002 knappt 12,5 miljoner kronor, varav 650 000 kronor avsattes till stadens hiv/aids-sekretariat. Staden fördelade ca 3,1 miljoner kronor till ungdomsmottagningar och 8,4 miljoner kronor till frivilligorganisationer. Bidraget till organisationerna utgick i form av verksamhetsbidrag och projektstöd, därtill utgick i Stockholm stad, liksom i Göteborg och Malmö, bidrag till frivilligorganisationer från ordinarie budget. Av de medel som utgick till frivilligorganisationer ingick också ett bidrag på 600 000 kronor till Stadsmissionens ungdomsmottagning, samt ett bidrag till Järva mansmottagning på 100 000 kronor.

Västra Götalandsregionen och Göteborgs stad

Extrabidrag tilldelas således såväl Västra Götalandsregionen som Göteborgs stad. Fram t.o.m. år 1999 och bildandet av Västra Götalandsregionen utgick extrabidraget i sin helhet till Göteborgs stad. Därutöver kunde Skaraborgs, Älvsborgs och Bohus läns landsting söka bidrag från Folkhälsoinstitutet. För år 1998 utgick 24,5 miljo-

ner kronor till Göteborgs stad, därefter har ca 16,5 miljoner kronor utgått till Göteborgsområdet. Sedan år 2000 har bidraget fördelats med ca 4,1 miljoner kronor till den nybildade regionen och ca 12,5 miljoner till Göteborgs stad.

Av de 4,1 miljoner kronor som år 2002 tilldelades Västra Götalandsregionen gick 2,6 miljoner kronor till hälso- och sjukvården. Bidrag tilldelades bl.a. hudklinik, infektionsklinik samt psykiatri, och liksom i Stockholms läns landsting, så avser bidraget såväl löpande verksamhet som projektverksamhet. Smittskyddsenheten erhöll 800 000 kronor, varav 570 000 kronor bekostade regionens del av den samordningstjänst som tillsats i samarbete med Göteborgs stad. Frivilligorganisationer utanför Göteborgs stad, dvs. de tre lokala RFSL-föreningar som tidigare erhöll bidrag från Folkhälsoinstitutet, tilldelades sammanlagt 700 000 kronor.

Göteborgs stad erhöll således för år 2002 12,5 miljoner kronor av extrabidraget, av vilka ca 8 miljoner kronor användes till löpande verksamhet och projektverksamhet hos huvudmannen och ca 4,5 miljoner kronor gick till frivilligorganisationer. Av de medel som tilldelades verksamheter inom staden avsåg 500 000 kronor finansiering av samordningstjänsten, 2,4 miljoner kronor delfinansiering av hemtjänstens hivteam, 1,4 miljoner kronor till projekt riktade till personer av utländsk härkomst och 1,2 miljoner kronor till projektet *Liv och lust*, sex- och samlevnadsundervisning i grund- och gymnasieskolan. Likaså utgick ett samlat bidrag på 1,5 miljoner kronor till olika projekt som riktar sig till prostituerade samt hiv-förebyggande verksamhet riktad till missbrukare.

Region Skåne och Malmö stad

Under den senaste femårsperioden har årligen mellan 9,2 och 11,7 miljoner kronor utgått till Malmöhus läns landsting/Region Skåne samt 12,4 miljoner kronor till Malmö stad.

För verksamhetsåret 2002 erhöll Region Skåne 11,7 miljoner kronor av extrabidraget. Därtill fördes 6,7 miljoner kronor över från Malmö stads bidrag på 12,4 miljoner kronor, en återkommande överföring som görs för insatser inom hälso- och sjukvården samt för bidrag till frivilligorganisationer med verksamhet även utanför Malmö stad. Sammanlagt fördelades således 18,4 miljoner kronor, av vilka 3,3 miljoner kronor tilldelades hälso- och sjukvården och 12,4 miljoner kronor frivilligorganisationer. En miljon kronor gick till projekt riktade till personer av utländsk härkomst och därtill

reserverades 1,7 miljoner kronor till att fördelas ut senare under året. Hälso- och sjukvården erhöll således 18 procent av det samlade anslaget, att jämföra med 40 procent i Stockholms läns landsting och 63 procent i Västra Götalandsregionen. Av de medel som tilldelades hälso- och sjukvården gick bl.a. en miljon kronor till sprututbytesprojekt i Malmö och Lund. Som noterats ovan utgår i Stockholmsområdet bidrag till ungdomsmottagningar, vilka inom Region Skåne fr.o.m. år 2003 i sin helhet belastat landstingets ordinarie budget. På samma vis kan inte landstingen utanför storstadsregionerna längre erhålla bidrag för ungdomsmottagningar via det bidrag som utgår från Statens folkhälsoinstitut.

Under år 2002 erhöll Malmö stad 12,4 miljoner kronor, av vilka 6,7 miljoner kronor överfördes till Region Skåne för regionövergripande verksamheter. Malmö stad behöll således 5,7 miljoner kronor för verksamheter inom staden, vilka fördelas genom det kommunala programmet för sexuell hälsa till projektverksamhet och frivilligorganisationer.

Anslag 14:1 Insatser mot aids

Av de ca 60 miljoner kronor som administrerats av Folkhälsoinstitutet/Statens folkhälsoinstitut har under åren 1998–2002 mellan 68 och 79 procent utbetalats som stöd till organisationer, projekt och forskning. Den resterande delen av anslaget har använts till institutets egen hiv/STI-verksamhet.

Tabell 4. Fördelningen av det särskilda statliga anslaget (tkr) 1998–2000. Med *orgstöd 1* avses stöd till homosexuellas organisationer, *orgstöd 2* avser stöd till organisationer för hivpreventivt arbete, *projekt 1* stöd till projektverksamhet av nationellt intresse i regi av berörda aktörer och *projekt 2* avser det bidrag som utgår till landstingen utanför storstadsregionerna

	1998	1999	2000	2001	2002
Orgstöd 1	975	960	959	960	910
Orgstöd 2	15 380	12 700	14 510	15 180	16 160
Projekt 1	12 925	11 290	13 033	17 530	9 645
Projekt 2	22 395	12 451	11 327	10 264	11 418
Forskning	2 255	4 517	1 702	2 115	2 109
Egen verks.	14 450	16 055	19 456	15 130	18 305
Summa	68 380	57 973	60 987	61 179	58 547

En huvudsaklig ansökningsomgång sker genom att institutet kontaktar landstingen utanför storstadsområdena, samt de organisationer och andra aktörer som tidigare ansökt om medel, alternativt kan tänkas bedriva verksamhet, i linje med hiv/aids-uppdragets målsättningar, och erbjuder dem att inkomma med ansökningar om medel för påföljande verksamhetsår. Därutöver finns också utrymme för spontana ansökningar om projektmedel under året.

Organisationsstöd till homosexuellas organisationer

Institutet fördelar således ett generellt organisationsstöd till Homosexuellas organisationer. Under åren 1998–2002 har det uppgått till mellan 910 000 och 975 000 kronor. Organisationerna som erhåller bidraget är samma organisationer som tidigare uppbar organisationsstöd via det s.k. homosexuppdraget. År 1987 gavs Socialstyrelsen ett särskilt regeringsuppdrag att bevaka homosexuellas situation i samhället. Detta uppdrag, som kom att kallas homosexuppdraget, överfördes till Folkhälsoinstitutet i samband med att myndigheten inrättades år 1992. Det särskilda uppdraget är numera avslutat, men Statens folkhälsoinstitut kan anses ha ett likvärdigt ansvar inom ramen för sitt generella folkhälsoupdrag. Vidare har institutet givits ett särskilt regeringsuppdrag knutet till hälsosituationen för homo- och bisexuella personer samt transpersoner.

Statens folkhälsoinstitut har funnit att ett generellt bidrag till samma organisationer är motiverat ur en hivpreventiv synvinkel och har därför valt att stödja organisationerna via hiv/aids-anslaget. Stödet tilldelas både organisationer vars medlemsbas inte utgör en särskild riskutsatt grupp (ex. Föreningen Lesbisk NU, Kvinnohögskolegruppen) och organisationer med ett i huvudsak partipolitiskt engagemang (ex. Homosexuella socialister, Homosexuella liberaler).

Stöd till hivpreventivt arbete

Därtill utgår stöd till hivpreventivt arbete till frivilligorganisationer efter ansökan och prövning av Statens folkhälsoinstitut. Under åren 1998–2002 har det utgått med mellan 12,7 och 16,2 miljoner kronor årligen. Stödet är mer inriktningsmässigt styrt av institutet och utgör ett mellanting mellan verksamhets- och projektstöd. I vissa fall täcker stödet en del av grundläggande kostnader som t.ex.

lokaler och administration för att på så vis ge förutsättningarna för att projektverksamhet dessutom skall kunna bedrivas (t.ex. RFSL:s hivkansli).

En detaljerad ansökan, vilken inbegriper planerade insatser relaterade till de i handlingsplanen stipulerade målen samt en kostnads-kalkyl presenteras Statens folkhälsoinstitut för prövning. Avtal tecknas där uppdraget, handlingsregler och kraven på återsrapportering specificeras. De organisationer som årligen har tilldelats stöd för hivpreventiv verksamhet under perioden 1998–2002 har nästan alltid varit desamma, nämligen Stiftelsen Noaks Ark–Röda Korset, RFSL, RFSU, RFHP, Posithiva gruppen, Kvinnocirkeln i Sverige (KCS), Kamratföreningen Nu, Stiftelsen PSB, Förbundet blödar-sjuka i Sverige (FIBIS), därtill Föreningen Läkare mot aids år 1999, samt Kamratföreningen Oasen åren 2001 och 2002. Under åren 1998–2002 har Stiftelsen Noaks Ark–Röda Korset, RFSL och RFSU tillsammans erhållit ca 80 procent av de medel som fördelats för stöd till hivpreventivt arbete.

Projektstöd för hiv/STI

Institutet fördelar också stöd till hiv/STI-preventiva projekt; projektverksamhet som kan bedrivas i landstings, kommuners, organisationers, statliga myndigheters eller andra berörda aktörers regi och där bedömningsgrunden är om projektet har nationell relevans. Detta kan avse såväl att resultatet kan nyttjas på nationell nivå som att ett nationellt problem är så pass koncentrerat till ett geografiskt område att en lokal/regional insats får anses vara av nationell relevans. Under åren 1998–2002 har mellan 9,6 och 17,5 miljoner kronor utgått till sådan projektverksamhet. Under år 2001 beslutade institutet, mot bakgrund av rapporterad och befarad epidemiologisk utveckling, att ytterligare ca 6,5 miljoner kronor skulle utgå för extra insatser under året, vilket förklarar den jämförelsevis höga siffran för år 2001.

Projekten värderas, som beskrivits ovan, utifrån dess nationella relevans, och därefter utifrån vilken målgrupp de riktar sig till. Utföraren är således av sekundär betydelse, men man kan notera att en successiv minskning av projektstöd till frivilligorganisationerna har skett, till förmån för främst landstingen. År 1998 utgick 70 procent av bidraget till olika organisationer för att sedan successivt minska fram till år 2002 då knappt 40 procent av stödet tilldelades

frivilligorganisationer. Landstingen tilldelades inledningsvis projektstöd för mellan 1 och 2 miljoner kronor för att år 2001 erhålla 5,3 miljoner kronor och år 2002 4,7 miljoner kronor av dessa medel. Noteras bör också att insatser riktade till personer med utländsk bakgrund i större utsträckning faller under denna post då dessa insatser, oftare än sådana riktade till andra målgrupper, är organiserade i projektform. Ansökan, prövning och återrapportering av dessa medel sker till Statens folkhälsoinstitut.

Projektstöd till landsting utanför storstadsområden

Projektstöd för att stimulera till regionala och lokala aktiviteter har utgått till landstingen utanför storstadsområdena med mellan 10,3 och 18,5 miljoner kronor årligen under åren 1998–2002. För år 1998 utgick därutöver ca fyra miljoner kronor i projektstöd till kommuner inom ramen för extrabidraget. Som nämnts ovan fördelas också projektstöd till landstinget och kommuner för projekt av nationell relevans.

Medel fördelas således via landstinget till lokala frivilligorganisationer, samt till projektverksamhet bedriven av andra aktörer, inkluderande landstingsdrivna projekt. De lokala/regionala handlingsplaner som utarbetats/utarbetas med stöd av den nationella handlingsplan som presenterades år 2001 bekostas till stor del med projektmedel från Statens folkhälsoinstitut. I prövningen av ansökningarna beaktas också vad som kan anses ligga inom ramen för huvudmännens ansvarsområden. Således utgår inte längre medel till ungdomsmottagningar eller till sex- och samlevnadsundervisning i skolorna. Medlen är till för att initiera verksamhet som om den visar sig effektiv skall överföras på respektive huvudmans ordinarie budget.

Ansökningsförfarandet, och därmed prövningen av medel till projekt som fördelas via landstingen skiljer sig åt mellan de olika landstingen. Vissa av landstingens kontaktpersoner för hiv/STI-prevention gör ett första urval, alternativt en prioritering, inför den samlade ansökan till Statens folkhälsoinstitut. Andra översänder samtliga inkomna ansökningar, och Statens folkhälsoinstitut beslutar sedan efter samråd med kontaktpersonen i respektive landsting vilka organisationer/projekt som skall stödjas. Det är dock institutet som har det slutliga avgörandet i sin hand. Återrapporteringen sker till landstinget och Statens folkhälsoinstitut.

Forskning

I regeringens proposition om Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgift (prop. 2000/01:99) framgår att institutets verksamhet skall stå på vetenskaplig grund och att institutet inom ramen för det ska kunna ge bidrag till avgränsade vetenskapliga projekt, samt samarbeta med olika forskningsinstitutioner. Mellan åren 1998–2002 har mellan 1,7 och 4,5 miljoner kronor anslagits olika forskningsprojekt.

Institutet har under många år initierat och beviljat ekonomiskt stöd till forskning om sexualitet med fokus på sexualvanor och attityder. Forskning om ungdomssexualitet har varit prioriterad, likaså har MSM varit en grupp där flera studier genomförts. Det finns ett samarbete mellan institutet och olika forskningsinstitutioner som bedriver forskning inom berörda områden, exempelvis vid Umeå Universitet, Uppsala Universitet, Göteborgs Universitet och Stockholms Universitet. Statens folkhälsoinstitut har också två representanter (varav en från projektgruppen) i Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och har därmed insyn i och möjlighet att påverka aktuell folkhälsoforskning inom området.

Större studier som genomförts är exempelvis *Sex i Sverige*, en kvantitativ studie om attityder och beteenden vilken sedan också legat till grund för fördjupade studier, och de vart tredje år återkommande studierna *Allmänheten och hiv/aids – kunskaper, attityder och beteenden*, som baseras på en riksomfattande enkätstudie riktad till den svenska befolkningen i åldrarna 16–44 år.

Hiv/STI-verksamhet vid Statens folkhälsoinstitut

Under åren 1998–2002 har årligen mellan 14,5 och 19,5 miljoner kronor av det särskilda anslaget gått till verksamhet som bedrivs vid Folkhälsoinstitutet/Statens folkhälsoinstitut. Budgetåret 1993/94 tillfördes Folkhälsoinstitutets förvaltningsanslag dessutom 6,5 miljoner kronor från hiv/aids-anslaget, vilket avsåg kostnader (löner, lokaler etc.) för uppgifter inom hiv/aids-området. I dag finansieras fyra projektjänster via anslaget.

De största utgiftsposterna är kostnader knutna till utgivningen av tidningarna *Glöd* och *Hivaktuellt*, den årligen återkommande sommarkampanjen samt insatser relaterade till *World Aids Day*. År 2002 motsvarade det drygt 50 procent av de 18,3 miljoner kro-

nor som avsattes för verksamhet inom institutet. Att framställa och trycka informationsmaterial/broschyrer är en annan stor utgiftspost. Därutöver arrangerar Statens folkhälsoinstitut (vidare) utbildningar och konferenser. Institutet deltar vidare i olika projekt inom ramen för Europeiska Unionen och WHO.

4.5 Frivilligorganisationernas arbete med hiv/STI

4.5.1 Tidiga insatser

Efter att de första fallen av aids upptäcktes i Sverige år 1982 tog frivilligorganisationerna tidigt initiativ till preventiva insatser. Program för att begränsa spridningen av hiv och konsekvenser för de redan smittade utarbetades. Åtgärder vidtogs; år 1983 gick RFSL tillsammans med den då nyöppnade Venhälsan ut och uppmanade alla homo- och bisexuella män att avstå från att lämna blod. Samma år publicerade Venhälsan och RFSL *Aids-fakta*, i vilken homo- och bisexuella män fick råd om hur de kunde skydda sig. Som en direkt följd av epidemin bildades dessutom år 1984 föreningarna Läkare mot AIDS och Noaks Ark.

Alltsedan regeringens första åtgärdsprogram presenterades (prop. 1985/86:13) har frivilligorganisationernas särskilda förutsättningar betonats och deras insatser inom hiv/aids-området uppmärksammas. Regeringen hänvisade till erfarenheter från bl.a. USA som visade att frivilligorganisationernas insatser var av stor betydelse. Man konstaterade att det psykosociala arbetet som redan då bedrevs av frivilligorganisationerna, bl.a. i form av särskilda kontaktgrupper, stödsamtal och kamratstödande aktiviteter av skilda slag, var ett viktigt komplement till den omvårdnad som tillhandahölls av den offentliga vården. Likaså har frivilligorganisationernas särställning gentemot såväl den offentliga verksamheten som gentemot allmänheten betonats. Den ideellt drivna verksamheten ansågs ha större förutsättningar att nå ut till människor med gemensamma intressen och livsvillkor.

Mot bakgrund av frivilligorganisationernas kunskap och särskilda förutsättningar knöts redan 1985 företrädare för berörda organisationer till en referensgrupp till den nybildade Aidsdelegationen. Under åren har den frivilliga insatsen permanentats och ses nu som en självklar del av insatserna mot hiv/aids och liksom på Aidsdelegations tid har Statens folkhälsoinstitut, som i dag svarar

för samordningen av insatserna vidtagna inom ramen för de särskilda statliga medlen, en referensgrupp med företrädare för berörda organisationer knuten till verksamheten.

4.5.2 Frivilligorganisationer verksamma inom hiv/aids-området

Såväl RFSL som RFSU kom, som en naturlig följd av verksamheternas inriktning och i RFSL:s fall av den tidiga hivpidemins karaktär, att ta en aktiv roll i arbetet med att försöka begränsa spridningen av hiv/aids. Organisationerna vidtog preventiva insatser, samtidigt som de i sin sexualpolitiska opinionsbildning arbetade för att uppmärksamma olika problemställningar. Efter att de första fallen av aids upptäcktes år 1982 – och mot bakgrund av förändringar i den epidemiologiska utvecklingen – har sedermera olika organisationer bildats för att möta behov som uppstått.

Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)

År 1933 bildades Riksförbundet för sexuell upplysning och den första RFSU-kliniken öppnades på Regeringsgatan i Stockholm, där man bedrev preventivmedelsrådgivning och utprovning av pessar. Frågorna på den sexualpolitiska dagordningen har förändrats, men RFSU bedriver i dag liksom då sexualpolitisk opinionsbildning samt sexualupplysning. Organisationens uppgift är att sprida en fördomsfri, bejakande och öppen syn på samlevnads- och sexualfrågor. Lokalt bedrivs verksamheten i tio självständiga föreningar.

För verksamhetsåret 2002 erhöll RFSU 2,8 miljoner kronor, för hälsofrämjande och hiv/STI-förebyggande arbete, från det särskilda statliga anslag som administreras av Statens folkhälsoinstitut. De lokala RFSU-föreningarna kan i sin tur söka medel via det landsting inom vilket verksamheten är förlagd.

Riksförbundet arbetar med upplysning, utbildning och opinionsbildning. Man arrangerar kurser, konferenser och deltar i debatter, samt utbildar lärare, sjukvårdspersonal och egna informatörer. På RFSU-kliniken bedrivs preventivmedelsrådgivning, sexualrådgivning samt hiv/STI-rådgivning. Där finns också öppet hus för ungdomar och en mottagning för unga män. RFSU:s lokalföreningar arbetar runt om i landet med information och utbildning. Många lokalföreningar utbildar volontärer som sedan går ut i skolorna och talar

med elever om sex och samlevnad. Att ungdomar får en god kunskap om sex och samlevnad har genomgående varit ett prioriterat område för RFSU och organisationen bedriver en omfattande informationsverksamhet i samarbete med skolan.

Att RFSU arbetar med hivprevention följer av verksamhetens generella inriktning, till stor del handlar det om att föra in ett hivpreventivt moment i skolinformationen, ungdomsmottagningar och opinionsbildning. RFSU:s målsättning är att bedriva ett brett förebyggande arbete kring hiv, övrig STI och oönskade graviditeter.

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL)

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande bildades år 1950, bara några år efter det att homosexuella handlingar avkriminaliserats. Organisationen verkar för ett samhälle där alla människor oavsett sexuell läggning eller könsidentitet skall ha lika rättigheter och skyldigheter. RFSL arbetar både idépolitiskt, för att tillvarata homo- och bisexuella mäns och kvinnors och transpersoners intressen, och socialt, genom att skapa mötesplatser och social gemenskap runt om i Sverige. RFSL består av 28 fristående lokalavdelningar, avdelningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö bedriver dessutom särskild rådgivningsverksamhet.

För verksamhetsåret 2002 erhöll RFSL 4,9 miljoner kronor från anslaget Insatser mot aids som administreras av Statens folkhälsoinstitut. Av dessa utgjorde 660 000 kronor ett generellt organisationsstöd och 4,2 miljoner kronor stöd till hivpreventivt arbete. Liksom för de lokala RFSU-föreningarna söker de lokala RFSL-föreningarna medel via det landsting inom vilket verksamheten är förlagd.

Till stöd för RFSL:s arbete finns förbundskansliet, som i huvudsak bedriver sexualpolitisk verksamhet, samhällelig bevakning av intressepolitiska frågor, hivprevention och information i hälsofrågor. Förbundets arbete med hivfrågor samordnas inom hivkansliet i Stockholm. Där följer man utvecklingen inom hiv/aidsområdet, genomför informations- och utbildningsinsatser, utbildar volontärer, samt ägnar sig åt metodutveckling och pilotinsatser riktade till den egna målgruppen. Genom kurser och informationsmaterial delas erfarenheterna med lokalavdelningar och rådgivningar.

Lokalavdelningarna anordnar aktiviteter både för medlemmar och andra homo- och bisexuella kvinnor och män. De fyller en

social funktion och arrangerar föredrag, studiecirkel och informerar om homosexualitet i skolor. De flesta avdelningar har också en telefonjour, dit man kan ringa för att tala med någon som själv är homo-, bisexuell eller transperson. På de RFSL-rådgivningar som är knutna till lokalavdelningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö finns kuratorer, informationssekreterare och andra anställda som arbetar med rådgivning och stöd till enskilda, uppsökande arbete samt olika typer av informationsförmedling om homosexualitet, hiv/aids och säkrare sex.

Noaks Ark–Röda Korset

Föreningen Noaks Ark grundades år 1984 som en direkt följd av hivpidemin och med syfte att minska konsekvenserna av spridningen av hivinfektionen. År 1987 bildade de två organisationerna Noaks Ark och Svenska Röda Korset en gemensam stiftelse och verksamheten har därefter bedrivits bedrivs inom ramen för Stiftelsen Noaks Ark–Röda Korset.

Verksamheten vid Noaks Ark utformades efter de behov som fanns i hivpidemins inledningsskede. Under 1990-talet, främst till följd av att behandlingsmetoder för hivinfektion utvecklats med förändrat sjukdomsförlopp som följd, har de behov som styrts verksamhetens utformning också förändrats. Den största organisatoriska förändringen ägde rum år 2002 när Noaks Ark–Röda Korset lade ner sitt gästhem, ett enskilt vårdhem för hivinfekterade, aids-sjuka och anhöriga som organisationen drivit sedan 1989. Ett par övernattningsplatser har dock behållits, men det bedrivs i dag inte någon sjukvårdande verksamhet på Noaks Ark–Röda Korset. Det finns åtta lokala, fristående Noaks Ark/ Noaks Ark–Röda Korset föreningar. Dessa föreningar är i färd med att gå samman och bilda ett riksförbund – Riksförbundet Noaks Ark (RNA).

För verksamhetsåret 2002 erhöll stiftelsen 5 miljoner kronor från Statens folkhälsoinstitut för stöd till hivpreventivt arbete, 4,5 miljoner kronor från Stockholms läns landsting och 3 miljoner kronor från Stockholm stad. De medel som tilldelats Noaks Ark–Röda Korset från landstinget och kommunen utgår från de medel som kanaliseras via finansdepartementet till de tre storstadsregionerna. Liksom RFSL:s och RFSU:s lokalföreningar kan de lokala Noaks Ark-föreningarna söka stöd via det landsting de har sin hemvist i.

Stiftelsen Noaks Ark–Röda Korset i Stockholm är per definition en lokal organisation, men har mot bakgrund av verksamhetens karaktär ansetts ha tillräckligt av en nationell inriktning för att vara berättigad till stöd via Statens folkhälsoinstitut. Till gästhemmet var personer välkomna från hela Sverige och telefonrådgivningen *Aidsjouren* lanserades rikstäckande och målgruppsöverskridande. Likaså har de informations- och undervisningsuppdrag, studiebesök och kurser som Noaks Ark–Röda Korset bedriver ofta hela riket som upptagningsområde.

Noaks Ark–Röda Korsets verksamhet har två huvudsakliga inriktningar; emotionellt, socialt och praktiskt stöd till hivpositiva, aidssjuka, anhöriga och vårdpersonal; samt information, utbildning och handledning i hivpreventivt syfte. Noaks Ark–Röda Korsets utbildningsverksamhet syftar till att förebygga vidare spridning av hivinfektionen och att motverka diskriminering och utpekande av infekterade och sjuka. Organisationen producerar och distribuerar också informationsmaterial om hiv/aids, samt tidskriften *Perspektiv på hiv* tillsammans med föreningen Läkare mot Aids.

Convictus

Convictus bildades år 1985 för att stödja hivpositiva med missbrukarbakgrund. Senare har målgruppen utvidgats till att omfatta även hivpositiva i aktivt missbruk och sedan år 1997 också hemlösa. Verksamhetsidén bygger på medmänsklighet i kombination med medvetenhet. Att tillgodose utsatta människor mest basala behov med ambitionen att därigenom möjliggöra förändring.

Föreningen erhöll för verksamhetsåret 2002 1,5 miljoner kronor från Stockholms stad, 500 000 kronor från Socialstyrelsen (som har regeringens uppdrag att fördela statsbidrag till riksorganisationer verksamma inom det sociala området), samt 400 000 kronor från Stockholms läns landsting. Convictus har enbart Stockholm som upptagningsområde och erhåller därmed inga medel via Statens folkhälsoinstitut.

Convictus har sedan år 1997 drivit en dagverksamhet, Bryggan, för Stockholms hemlösa. Den totala besökspopulationen är uppskattningsvis ca 300–400 personer och dagligen besöks Bryggan av ett femtiotal personer. På Bryggan kan gästerna äta, vila, duscha och byta till rena kläder. Föreningen får bl.a. mat, kläder och sanitetsartiklar till skänks från både privatpersoner och företagare

som ett stöd i arbetet med hemlösa. På Bryggan får gästerna också hjälp med att enkelt komma i kontakt med sjukvård, socialtjänst och rehabiliteringsorganisationer. Socialtjänstens enhet för hemlösa kommer till Convictus en gång per vecka, likaså besöks Bryggan regelbundet av två mobila sjukvårdsteam. Gäster som kommer till Bryggan behöver inte vara drogfria, men det råder förbud mot användning av droger i lokalerna.

Convictus äger sedan år 1996 Tomtebo, ett rekreations- och utbildningshus i Södermanland. Tomtebo vänder sig till hivpositiva missbrukare eller f.d. missbrukare och deras anhöriga samt till hemlösa och har öppet en vecka varje månad samt större helger och under sommaren. Huset används för vila, semester och miljöombyte men ibland också som ett led i en längre planering för enskilda missbrukare, ofta tillsammans med socialtjänsten. På Tomtebo är varken alkohol eller droger tillåtet.

Föreningen har en omfattande utåtriktad verksamhet; ute i samhället, i hemmen, på sjukhus och institutioner. Convictus anordnar kontinuerligt konferenser och seminarier, ofta i samarbete med andra organisationer/aktörer. Convictus har också ett kontinuerligt samarbete med andra organisationer, t.ex. *Vision.nu*, en ideell förening bestående av fyra optiker, som arbetar med att besöka verksamheter för hemlösa, där göra synundersökningar och korrigera eventuella synfel med glasögon som lämnats in av kunder.

Riksförbundet för hivpositiva (RFHP)

Riksförbundet för hivpositiva bildades av nationella och regionala organisationer för hivpositiva individer år 1990 och är en paraplyorganisation som på ett nationellt plan arbetar för hivpositivas rättigheter. RFHP består av sex medlemsorganisationer: Kamratföreningen Oasen (hivpositiva afrikaner och anhöriga i Sverige), Positiva Gruppen Syd (hivpositiva i södra Sverige), Positiva Gruppen (hivpositiva homo- och bisexuella i Sverige), Kvinnocirkeln Sverige (hivpositiva kvinnor i Sverige), Positiva gruppen väst (hivpositiva och närstående i västra Sverige) och Kamratföreningen Convictus (stöd åt hivpositiva med missbruksbakgrund och hemlösa; se ovan). Arbetet är inriktat på att synliggöra hivpositiva i samhället och att en attitydförändring vad gäller hivinfektionen skall ske. Man arbetar också socialpolitiskt för att göra de hivpositiva, politiker och myn-

dighetspersoner uppmärksamma på hivpositivas rättigheter, skyldigheter och möjligheter.

Under verksamhetsåret 2002 hade RFHP en omsättning på ca 2,6 miljoner kronor, varav ca en miljon kronor erhöles från Statens folkhälsoinstitut och ca 1,3 miljoner kronor från Socialstyrelsen. De medlemsorganisationer som verkar på nationell nivå kan dessutom söka stöd via Statens folkhälsoinstitut, medan de regionala föreningarna, i likhet med lokala RFSU-, RFSL- och Noaks Ark-föreningar, kan söka stöd från och via kommuner/landsting där de är verksamma.

RFHP arbetar med att sprida information om hivpositivas situation och om hivinfektion, samarbetar med myndigheter och organisationer som har samma målsättningar och arbetar gentemot myndigheter för att förbättra villkoren för hivpositiva. Organisationen deltar i preventionsarbetet genom olika typer av informationsinsatser. RFHP publicerar och distribuerar tidningen *INFO-plus* i minst fyra nummer per år. Tidningen är ett forum för RFHP:s rikstäckande information och distribueras till bl.a. medlemsorganisationerna, enskilda medlemmar, Sveriges riksdagsledamöter, hud-, ven-, och infektionsmottagningar landet runt, kommunkontor, bibliotek samt till andra organisationer och verksamheter. RFHP har också en stödtelefonverksamhet som drivs av hivpositiva volontärer, dit hivinfekterade och anhöriga kan vända sig för stöd-samtal.

Föreningen Läkare mot aids

Föreningen Läkare mot aids bildades år 1984. Syftet var att om möjligt begränsa aidsepidemin och dess skadeverkningar, främja gott omhändertagande av hivinfekterade och aidssjuka, samt stimulera till ökad forskning. Föreningen vill dessutom tillhandahålla information till riskutsatta grupper, vårdpersonal och allmänheten. Initiativtagarna till Läkare mot aids ville bl.a. verka för en större öppenhet i frågor och problem som rörde sexualitet. År 1987 inrättades Stiftelsen Läkare mot aids forskningsfond, som stödjer forskning kring vaccination och effektivare läkemedel mot hiv/aids, samt forskning kring förebyggande åtgärder. Läkare mot aids ger också sedan år 1994 ut tidskriften *Perspektiv på hiv* tillsammans med Stiftelsen Noaks Ark-Röda Korset. Föreningen får bidrag av

de särskilda anslaget som disponeras av Statens folkhälsoinstitut om ca 75 000 kronor per år.

Organisationer för blödarsjuka och transfusionssmittade

Förbundet Blödarsjuka i Sverige (FBIS) bildades år 1964 för att tillvarata de blödarsjukas intressen i samhället, ge råd och stöd till blödarsjuka och deras anhöriga samt sprida kunskap om blödarsjuka. Statens folkhälsoinstitut beviljar förbundet medel till stödverksamhet för hivpositiva blödarsjuka och deras anhöriga. Stiftelsen PSB (Produktsmittade Blödarsjuka) bedriver stödverksamhet för hiv-infekterade blödarsjuka män och deras anhöriga. Stiftelsen har ett samarbete med koagulationsenheterna i Stockholm och Malmö. Därutöver anordnas en träff för hela gruppen varje år samt samtals-träffar en gång per månad. Kamratföreningen NU är en förening för hivpositiva blodtransfusionssmittade som bildades i mitten av 1980-talet. Föreningen bedriver psykosociala stödinsatser för hiv-infekterade och närstående. Organisationerna får vardera ca 150 000 kronor i bidrag från de statliga medel som administreras av Statens folkhälsoinstitut.

Organisationer för personer av utländsk härkomst

Under år 2002 har ekonomiskt stöd om ca 5 miljoner kronor tilldelats hiv/STI-preventiva eller stödjande projekt som bedrivits av olika invandrarorganisationer. Olika nationella riksförbund är vanligast förekommande mottagare av statligt stöd, men också organisationer som Afrikanska hälsoteamet, Kamratföreningen Oasen och Afrosvenskarnas riksförbund har fått stöd.

Under början av 1990-talet ökade antalet rapporterade fall av hivinfektion där personer smittats före immigration till Sverige, främst i afrikanska länder söder om Sahara. Afrikanska hälsoteamet (AHT) bildades år 1993 för att bedriva prevention och stödjande verksamhet riktat till afrikaner i Sverige. AHT arbetar för att förebygga hiv/aids genom att ge stöd åt hivinfekterade och aidssjuka samt genom att arbeta mot narkotika och missbruk av alkohol och läkemedel. AHT bedriver också intressepolitisk opinionsbildning. Under verksamhetsåret 2002 hade AHT en omsättning på ca en miljon kronor, varav ca 450 000 kronor utgjorde projektmedel från

Statens folkhälsoinstitut och ca 200 000 kronor stöd från Stockholms stad.

Kamratföreningen Oasen, som etablerades som ett projekt år 1995, är en förening för hivpositiva afrikaner och deras närstående. Föreningen är medlem i RFHP. Oasen erbjuder sina medlemmar psykosocialt stöd och möjlighet till utbildning. Oasen erhåller liksom AHT bidrag av de medel som disponeras av Statens folkhälsoinstitut, ca 800 000 kronor för år 2002.

Våren 1997 startade AHT, tillsammans med Afrosvenskarnas riksförbund och Diakoni för afrikaner, en råd- och stödmottagning. Mottagningen syftar till att minska smittspridning bland afrikaner genom att ge råd och stöd kring frågor som rör sex och samlevnad, hiv/aids och övriga STI samt oönskade graviditeter. På mottagningen arbetar man också med familje- och relationsproblematik, själavård samt med drog- och alkoholproblem. Därtill hänvisar man till och assisterar i kontakten med andra instanser (myndigheter, sjukvårdsinstitutioner, organisationer etc.) då kunskapen bland klienterna om det svenska samhällets uppbyggnad ofta är bristfällig.

4.5.3 Fördelning av medel till frivilligorganisationer

Regeringen har sedan det första åtgärdsprogram presenterades (prop. 1985/86:13) tydligt uttryckt att bidrag skall utgå till frivilligorganisationer såväl för deras medverkan i informationsarbetet som för den psykosociala stödverksamheten. Under åren har den frivilliga insatsen permanentats och ses nu som en självklar del av insatserna mot hiv/aids.

En frivilligorganisation har förvisso inget formellt (legalt) ansvar för det område/sector inom vilken den verkar och att en frivilligorganisation verkar inom ett område fråntar heller inte landstinget/kommunen ansvaret enligt t.ex. hälso- och sjukvårdslagen eller socialtjänstlagen. Däremot skall, enligt 8 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), en sjukvårdshuvudman i sin planering ta hänsyn till och samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare för att verksamheten skall bli så rationell som möjligt.

En organisation som erhåller organisationsstöd från staten eller annan offentlig myndighet för sin verksamhet, eller via upphandling kontrakterats för en viss uppgift, kan däremot sägas ha ett åtagande och ansvar för att uppgiften utförs på ett korrekt sätt och i enlighet med de riktlinjer som gäller för stödet eller det upp-

rättade kontraktet. Någon skyldighet att stödja frivilligorganisationernas verksamhet har emellertid inte huvudmannen.

I dag fördelas pengar till frivilligorganisationer såväl från de medel som förvaltas av Statens folkhälsoinstitut som från de medel som kanaliseras till storstadsregionerna. En nationell frivilligorganisation kan ansöka om medel från Statens folkhälsoinstitut. En lokal/regional frivilligorganisation med hemvist i någon av de tre storstadsregionerna kan ansöka om medel från landsting/kommun i respektive storstadsregion. Då många riksorganisationer har sitt säte i storstäderna, och då ofta i direkt anslutning till den lokala verksamheten, kan medel beviljas från såväl Statens folkhälsoinstitut som landstinget/kommunen. Lokala/regionala frivilligorganisationer utanför storstadsregionerna kan ansöka om stöd från Statens folkhälsoinstitut via respektive landsting. Därtill kan, som noterats ovan, vissa frivilligorganisationer beroende på verksamhetens inriktning och utformning ansöka om bidrag från t.ex. Socialstyrelsen och Allmänna arvsfonden. Vissa kommuner och landsting bidrar också till frivilligorganisationernas verksamhet med någon form av allmänt organisationsstöd.