

# Regeringens proposition

## 2005/06:60

Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra  
smittsamma sjukdomar

Prop.  
2005/06:60

---

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 15 december 2005

*Göran Persson*

*Morgan Johansson*  
(Socialdepartementet)

### Propositionens huvudsakliga innehåll

En samlad strategi för samhällets insatser för att förebygga spridning och minska konsekvenserna av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar redovisas. Strategin tar sin utgångspunkt i de utmaningar som samhället står inför vad gäller hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar och de åtaganden som återfinns i den deklaration som antogs i samband med den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling år 2001.

Det finns behov av ett fortsatt starkt statligt åtagande i fråga om förebyggande insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Grunden för samhällets insatser utgörs av den nationella folkhälsopolitiken och uppföljningen av det övergripande folkhälsopolitiska målet. Ett särskilt mål för samhällets insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar bör införas.

Det långsiktiga förebyggande arbetet förblir grunden i den statliga satsningen inom området. Därutöver bör även insatser som i huvudsak rör epidemiologi och förebyggande arbete inom ramen för hälso- och sjukvården samt mer akuta insatser kunna vidtas. En större integrering av förebyggande och behandlande insatser bör eftersträvas i förhållande till det arbete som utförs inom närliggande områden eller som är i linje med det övergripande folkhälsopolitiska målet.

Ansvarsfördelningen mellan de statliga aktörerna bör renodlas och förtydligas. En samordningsfunktion bör inrättas som en särskild inrättning vid Socialstyrelsen med uppdrag att bl.a. verka för samordning av de samlade nationella insatserna och att se till att långsiktiga förebyggande insatser vidtas.

Formerna för det statliga bidraget till frivilligorganisationer på riksnivå bör reformeras i syfte att underlätta långsiktighet i frivilligorganisationernas arbete.

I propositionen föreslås en lag som reglerar sprututbytesverksamhet för intravenösa narkotikamissbrukare, s.k. personer med injektionsmissbruk. Syftet är att förebygga spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner bland personer med injektionsmissbruk. Verksamheten skall bedrivas på ett sådant sätt att personer med injektionsmissbruk kan motiveras till vård och behandling. Förslaget innebär att ett landsting, efter tillstånd från Socialstyrelsen, får bedriva verksamhet som innebär att personer med injektionsmissbruk under vissa villkor får byta begagnade sprutor och kanyler mot rena sådana. Villkoren rör bland annat samverkan med kommuner inom landstinget, patienternas ålder samt att begagnade sprutor skall återlämnas innan nya kan lämnas ut. Socialstyrelsen föreslås få bemyndigande att meddela närmare föreskrifter för verksamheten. Socialstyrelsen skall inom ramen för sin tillsyn fortlopande kontrollera att verksamheten bedrivs i enlighet med reglerna i lagen och föreskrifterna.

Lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2006.

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	5
2	Lagtext.....	6
2.1	Förslag till lag om utbyte av sprutor och kanyler .....	6
2.2	Förslag till lag om ändring i förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler .....	8
3	Ärendet och dess beredning.....	9
4	Bakgrund .....	10
4.1	Epidemiologisk översikt .....	10
4.2	Vård och behandling av hiv/aids.....	20
5	Internationellt samarbete .....	22
5.1	FN:s särskilda session om hiv/aids .....	23
5.2	Andra internationella överenskommelser och rapporter om hiv/aids.....	24
6	Folkhälsopolitiska utgångspunkter .....	25
7	En samlad strategi mot hiv/aids.....	30
7.1	Utgångspunkter och mål .....	30
7.2	Övergripande inriktning.....	35
7.3	Insatser inom vissa sektorer .....	40
7.3.1	Insatser inom hälso- och sjukvården.....	40
7.3.2	Insatser inom skolan .....	46
7.3.3	Insatser inom missbrukarvård och kriminalvård.....	54
7.4	Insatser riktade till riskutsatta grupper.....	57
7.4.1	Allmänna utgångspunkter .....	57
7.4.2	Män som har sex med män .....	59
7.4.3	Personer med injektionsmissbruk .....	62
7.4.4	Personer med utländsk bakgrund.....	66
7.4.5	Ungdomar och unga vuxna .....	74
7.4.6	Utlandsresenärer .....	79
7.4.7	Gravida kvinnor .....	82
7.4.8	Personer som är utsatta för prostitution .....	83
7.4.9	Övriga riskutsatta grupper .....	84
7.5	Vård- och behandlingsinsatser.....	85
7.6	Särskilda insatser beträffande hivinfekterade barns och ungdomars situation .....	90
7.7	Insatser för att skapa öppenhet kring hiv/aids och motverka diskriminering av hivinfekterade .....	94
8	Metoder och verktyg.....	99
8.1	Nationell samordning och samverkan.....	99
8.2	Frivilligorganisationernas roll.....	105
8.3	Kunskapsutveckling och kunskapsspridning .....	108
8.4	Kommunikations- och informationsinsatser .....	112
8.5	Uppföljning och utvärdering.....	114
8.6	Samarbete inom Europeiska unionen och internationellt .....	117

9	Särskilda smittskyddsåtgärder för personer med personer med injektionsmissbruk.....	123
9.1	Allmänna utgångspunkter .....	123
9.2	Sprututbytesverksamhet får bedrivas efter tillstånd från Socialstyrelsen .....	128
9.3	Villkor för utlämnande av sprutor och kanyler.....	134
9.4	Kompletterande föreskrifter om utbyte av sprutor och kanyler.....	138
10	Organisatoriska och styrningsmässiga frågor.....	140
10.1	Ansvarsfördelningen på statlig nivå.....	140
10.2	Planering och uppföljning av de insatser som finansieras med statliga medel .....	148
10.3	Inriktning på de statliga insatserna .....	151
10.4	Bidrag till frivilligorganisationer .....	155
11	Ekonomiska konsekvenser .....	161
12	Författningskommentar .....	163
12.1	Förslaget till lag om utbyte av sprutor och kanyler .....	163
12.2	Förslaget till lag om ändring i förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler.....	166
Bilaga 1	Deklaration om åtaganden beträffande hiv/aids från FN:s generalförsamling år 2001 .....	167
Bilaga 2	Sammanfattning av betänkandet Samhällets insatser mot hiv/STI (SOU 2004:13) .....	185
Bilaga 3	Remissinstanser till betänkandet Samhällets insatser mot hiv/STI (SOU 2004:13) .....	199
Bilaga 4	Remissinstanser till Socialstyrelsens skrivelse med anledning av Socialutskottets betänkande 1999/2000:SoU10 om vissa narkotikafrågor m.m. (dnr S2000/490/ST).....	200
Bilaga 5	Remissinstanser till regeringens narkotikapolitiska samordnares skrivelse Sprutbyte (dnr S2003/2291/ST).....	201
Bilaga 6	Sammanfattning av promemorian Sprutbytesverksamhet för injektionsmissbrukare (Ds 2004:6) .....	202
Bilaga 7	Författningsförslag i promemorian Sprutbytesverksamhet för injektionsmissbrukare (Ds 2004:6) .....	203
Bilaga 8	Remissinstanser till promemorian Sprutbytesverksamhet för injektionsmissbrukare (Ds 2004:6) .....	205
Bilaga 9	Lagrådsremissens lagförslag.....	206
Bilaga 10	Lagrådets yttrande .....	208
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 15 december 2005 ..	211
	Rättsdatablad.....	212

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2005/06:60

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om utbyte av sprutor och kanyler,
2. lag om ändring i förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler.

Regeringen har följande förslag till lagtext.

### 2.1 Förslag till lag om utbyte av sprutor och kanyler

Härigenom föreskrivs följande.

#### **Inledande bestämmelse**

**1 §** I denna lag finns bestämmelser om verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler (sprututbytesverksamhet) i syfte att förebygga spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner bland personer som missbrukar narkotika.

Sprututbytesverksamhet skall bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde kan motiveras för vård och behandling.

Vad som i lagen sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting.

#### **Tillstånd att bedriva verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler**

**2 §** Sprututbytesverksamhet får bedrivas endast av landsting inom ramen för dess hälso- och sjukvård och sedan Socialstyrelsen har meddelat tillstånd till verksamheten.

Tillstånd får meddelas endast om den eller de kommuner där verksamheten skall bedrivas har biträtt ansökan.

**3 §** Innan en ansökan om tillstånd ges in, skall samråd ske mellan landstinget och samtliga kommuner inom landstinget.

I ansökan skall landstinget redovisa hur behovet av avgiftning och vård av missbrukare kommer att tillgodoses.

**4 §** Socialstyrelsen får meddela tillstånd till sprututbytesverksamhet för högst två år åt gången. Har en ny ansökan getts in till Socialstyrelsen innan tiden för gällande tillstånd har löpt ut, får verksamheten fortsätta i avvaktan på Socialstyrelsens beslut.

**5 §** Ett tillstånd får återkallas av Socialstyrelsen, om det förekommer missförhållanden i verksamheten.

#### **Villkor för utbyte av sprutor och kanyler**

**6 §** En spruta eller en kanyl får lämnas ut av landstinget endast om en begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Utlämnande får dock ske om det finns särskilda skäl till varför motsvarande begagnade sprutor och kanyler inte kan lämnas in.

Sprutor och kanyler som lämnas ut skall vara märkta på ett sådant sätt att det går att fastställa ursprunget.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut endast till den som har fyllt 20 år. Prop. 2005/06:60  
Utlämnande får ske endast vid personligt besök.

Endast personer som kan anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd får delta i sprututbytesverksamhet i det landstinget.

### **Överklagandeförbud**

7 § Beslut enligt denna lag får inte överklagas.

### **Bemyndigande**

8 § Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela sådana ytterligare föreskrifter om sprututbytesverksamheten som behövs till skydd för enskilda.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.
2. Ett landsting som vid ikraftträdandet bedriver sprututbytesverksamhet får, under förutsättning att landstinget före utgången av år 2006 gör en ansökan om tillstånd enligt 2 §, fortsätta verksamheten i avvaktan på Socialstyrelsens beslut.

2.2 Förslag till lag om ändring i förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler Prop. 2005/06:60

Härigenom föreskrivs att 6 § 1 mom. förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

6 § 1 mom.

Om påföljd för olovlig införsel av spruta eller kanyl och försök därtill stadgas i *lagen den 30 juni 1960 (nr 418) om straff för varusmuggling*.

Om påföljd för olovlig införsel av spruta eller kanyl och försök därtill stadgas i *lagen (2000:1225) om straff för smuggling*.

---

Denna lag träder i kraft den 1 april 2006.



Med stöd av regeringens bemyndigande tillkallades socialministern i maj 2002 en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids (dir. 2002:68). I uppdraget ingick bl.a. att med utgångspunkt i den deklaration som år 2001 antogs vid den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling lämna förslag till en nationell handlingsplan i syfte att begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids (deklarationen återfinns i *bilaga 1*). Utredningen antog namnet Hiv/aids-utredningen (S 2002:11). I februari 2004 överlämnade utredningen betänkandet Samhällets insatser mot hiv/STI (SOU 2004:13). En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena har upprättats och finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2004/2343/FH).

I mars 2000 begärde riksdagen underlag för ett slutligt ställningstagande av om de sprututbytesprogram som sedan mitten av 1980-talet har bedrivits i Lund och Malmö skall fortsätta (bet. 1999/2000:SoU10, rskr. 1999/2000:152). Mot den bakgrunden inkom Socialstyrelsen i januari 2001 med en skrivelse till regeringen med försök till värdering av och ställningstagande till sprututbytesverksamhet (S2001/490/ST). I skrivelsen anvisade Socialstyrelsen två alternativa förhållningssätt.

1. Sprututbyte förbjuds i lag.
2. Nuvarande verksamheter upphör som försök och möjlighet att överlämna ren spruta eller kanyl i det enskilda fallet bedöms utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Verksamheten regleras av regering och riksdag.

Socialstyrelsen tog själv inte ställning till de två alternativen. Skrivelsen har remissbehandlats. En förteckning av remissinstanserna finns i *bilaga 4*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2001/490/ST). För att ytterligare bredda beredningsunderlaget ombads regeringens narkotikapolitiska samordnare (S2002:03) att inkomma med sitt ställningstagande i frågan. I en skrivelse som inkom till Socialdepartementet i mars 2003 föreslog samordnaren att nuvarande verksamheter upphör som försök, samt att det öppnas möjlighet för samtliga landsting att under vissa förutsättningar inrätta sprututbytesprogram (S2003/2291/ST). Skrivelsen har remissbehandlats. En förteckning av remissinstanserna finns i *bilaga 5*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2001/2291/ST). Socialdepartementet har i departementspromemorian Sprututbytesverksamhet för injektionsmissbrukare (Ds 2004:6) lämnat förslag på en lagreglering av sprututbytesverksamhet för injektionsmissbrukare. En sammanfattning av promemorian finns i *bilaga 6*. Promemorians lagförslag finns redovisade i *bilaga 7*. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning av remissinstanserna finns i *bilaga 8*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2004/1325/ST).

I propositionen föreslås också en ändring i förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler. Ändringen är en följd av att bestämmelserna om påföljd för olovlig införsel av spruta eller kanyl i den numera upphävda lagen den 30 juni 1960 (nr 418) om

straff för varusmuggling ersatts av bestämmelser i lagen (2000:1225) om straff för smuggling. Förslaget är av enkel beskaffenhet. Lagrådets synpunkter har därför inte inhämtats i den delen.

Denna proposition bygger på en överenskommelse mellan den socialdemokratiska regeringen, vänsterpartiet och miljöpartiet de gröna.

### *Lagrådet*

Regeringen beslutade den 22 juni 2005 att inhämta Lagrådets yttrande över det lagförslag som finns i *bilaga 9*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 10*. Regeringen har följt Lagrådets förslag, förutom vad avser det i förslaget till lag om utbyte av sprutor och kanyler av Lagrådet lanserade uttrycket *sprutbytesverksamhet*. Enligt regeringen svarar uttrycket *sprututbytesverksamhet* bättre i sak mot den verksamhet som regleras i den nya lagen. Uttrycket står också bättre i överensstämmelse med lagens rubrik. Lagrådet har vidare ifrågasatt att ett överklagandeförbud skall gälla i fråga om Socialstyrelsen beslut i tillståndsfrågor, samt anmärkt på att det inte har redovisats några skäl av regeringen i remissen för den ståndpunkten. Skälen för regeringens förslag i den delen utvecklas i avsnitt 9.2. Därutöver har vissa redaktionella ändringar gjorts.

## 4 Bakgrund

### 4.1 Epidemiologisk översikt

#### **Epidemins utveckling globalt och i Europa**

Den globala spridningen av hiv/aids utgör ett växande socialt och ekonomiskt problem. FN:s hivprogram, UNAIDS, uppskattar att omkring 40 miljoner människor i världen lever med hivinfektion i dag (december 2005). Av dessa är 17,5 miljoner kvinnor och 22,5 miljoner män. Enligt UNAIDS:s beräkningar smittas ytterligare 5 miljoner människor årligen och omkring 3 miljoner avlider årligen i aids, en ökning av dödsfallen med nästan en miljon jämfört med i slutet av 1990-talet. Av alla hiv-infekterade personer uppskattas 2,3 miljoner vara barn under 15 år, men långt fler barn världen över har indirekt drabbats av hivpidemin genom att föräldrarna insjuknat eller avlidit till följd av sjukdomen.

Hiv/aids anges av Världshälsoorganisationen (WHO) vara den infektionssjukdom som skördar flest liv i världen, fler än sjukdomar som malaria och tuberkulos: Totalt sett är hiv/aids i dag den fjärde vanligaste dödsorsaken i världen (The World Health Report 2004).

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 (s.k. bromsmediciner). Enligt en WHO-rapport från juni 2005 får i dag 1 miljon infekterade i utvecklingsländer aktiv hivbehandling. WHO:s tidigare uppställda mål att tre miljoner hivinfekterade i utvecklingsländerna senast år 2005 skall

få tillgång till hivbehandling (det s.k. ”3 by 5”-målet) kommer inte att hinna uppnås.

Värst drabbade är länderna i Afrika söder om Sahara där 25,8 miljoner människor (varav 13,5 miljoner kvinnor och 12,3 miljoner män) lever med hivinfektion, vilket har uppskattats vara omkring två tredjedelar av de infekterade i världen. Heterosexuell smittväg dominerar i denna del av världen och kvinnorna är hårdast drabbade; 57 procent av dem mellan 15 och 29 år som lever med hivinfektion i denna region är kvinnor. Bland ungdomar och unga vuxna i åldern 15–24 är tre fjärdedelar av de drabbade kvinnor. Med några få undantag, framför allt i Uganda och ytterligare 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 vissa delar av 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 Syd- och Sydostasien, den efter Afrika värst drabbade regionen i världen, beräknas omkring 7,4 miljoner människor (varav 1,9 miljoner kvinnor och 5,5 miljoner män) leva med hivinfektion. Här är de vanligaste smittvägarna heterosexuellt överförd smitta och smitta via injektionsmissbruk. 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 personer med injektionsmissbruk, med en förekomst på 20–80 procent bland dessa i vissa områden. I Thailand och Kambodja, med äldre epidemier och hög förekomst bland personer som är utsatta för prostitution, har läget stabiliserats under de senaste åren, men förekomsten i den vuxna befolkningen är ändå 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 omkring 2,1 miljoner (varav 700 000 kvinnor och 1,4 miljoner män). I denna region är heterosexuell smitta, sex mellan män och smitta via injektionsmissbruk viktiga smittvägar.

Antalet personer som lever med hivinfektion i Nordamerika uppskattas till omkring 1,2 miljon (varav 300 000 kvinnor och 900 000 män) 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 omkring hälften av alla nya fall återfinns i dag i den afroamerikanska befolkningen.

I Väst- och Centraleuropa uppskattas drygt 700 000 personer vara hivsmittade (varav 200 000 kvinnor och 500 000 män) I flertalet Väst-europeiska länder som har historiska uppgifter var utvecklingen under 1990-talet likartad. En minskande eller utplanande trend sågs, förutom i Sverige, även i de flesta andra västeuropeiska länder. Under 2000-talet har förekomsten ökat i flertalet länder i Västeuropa. Totalt ökade antalet nyupptäckta hivfall i Västeuropa med nästan 50 procent mellan åren 1997 och 2003. Ökningen ses framför allt bland heterosexuellt smittade. Denna ökning återfinns till största delen bland personer med bakgrund i högendemiska länder. Även bland män som har sex med män har en

ökning skett i Västeuropa de senaste åren. Däremot ses ingen generell ökning av förekomsten bland personer med injektionsmissbruk i de västeuropeiska länderna, trots pågående stor smittspridning i delar av Östeuropa.

Den epidemiologiska utvecklingen i övriga Europa skiljer sig väsentligen från Västeuropa. Länderna i Centraleuropa förefaller hittills ha varit relativt förskonade från den globala hivpidemin. I Centraleuropa finns inga tydliga tecken på ökad smittspridning och såväl antalet nyupptäckta fall som beräkningar av förekomsten är lägre här än i de flesta västeuropeiska länder.

I Östeuropa och Centralasien är situationen mer dramatisk med 1,6 miljoner hivinfekterade personer (varav 400 000 kvinnor och 1,2 miljoner män). Flertalet länder i Östeuropa har drabbats av stora utbrott bland personer med injektionsmissbruk med snabbt stigande förekomst i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. I Ukraina, de baltiska länderna och delar av Ryssland pågår omfattande hivpidemier som startat de senaste åren och som fått en snabb spridning framför allt bland unga personer med injektionsmissbruk och vidare till deras sexualpartner. Även i andra f.d. Sovjetrepubliker som Vitryssland, Kazakstan, Kyrgyzstan och Uzbekistan, pågår epidemier med snabb ökningstakt.

### **Den epidemiologiska situationen i Sverige**

Det har gått mer än 25 år sedan hivpidemin nådde Sverige. De tidigaste aidsfallen diagnostiserades i Sverige år 1982, men antikroppar mot hiv har i efterhand kunnat påvisas i sparad blod från ett utbrott av hepatit A bland homo- och bisexuella män i Stockholm redan åren 1979–1980. 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 personer med injektionsmissbruk – de två grupper som först drabbades av hivpidemin i Sverige – och till viss del bland personer som erhållit blodtransfusion och andra blodprodukter. Av de nära 1 300 fall som anmäldes åren 1985–1986 var 54 procent män som har sex med män, 27 procent var smittade genom injektionsmissbruk och 13 procent var personer som smittats via blodtransfusion eller blodprodukter, medan 6 procent hade smittats genom heterosexuell kontakt.

Av statistiken över anmälda fall till Smittskyddsinstitutet (tidigare Statens bakteriologiska laboratorium) framgår det att hela 962 personer anmäldes som hivinfekterade år 1986. Detta är mer än dubbelt så många fall som något annat rapporteringsår och en naturlig topp till följd av den anhopning av fall som smittades från slutet av 1970-talet och under första halvan av 1980-talet. Därefter följde en snabb nedgång av antalet årliga hiv-anmälningar. Under åren 1988–1993 var antalet anmälda fall av hivinfektion tämligen konstant, omkring 300 fall årligen. Åren 1994–2002 nydiagnostiserades omkring 250 fall årligen. Under åren 2003–2004 har det däremot skett en markant ökning av antalet nyupptäckta fall.

De uppskattningar av 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.

Bilden av hivepidemin i Sverige kompliceras också av att en så stor andel av de fall som upptäckts här har smittats utomlands, antingen före invandringen 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 vid en tidpunkt 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 – män som har sex med män och personer med injektionsmissbruk – inte längre dominerade statistiken för nydiagnostiserad hivinfektion i Sverige. Redan år 1987 passerade heterosexuell smittväg injektionsmissbruk som den näst vanligaste orsaken till hivsmitta och fr.o.m. år 1990 har heterosexuell smitta varit den vanligast förekommande smittvägen bland nydiagnostiserade. Detta förklaras i första hand av ett stort antal personer med utländsk bakgrund 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 invandringen till Sverige kan ses under första halvan av 2000-talet. Likaså har antalet fall bland personer med injektionsmissbruk varit högre åren 2001–2004 än under den närmast föregående femårsperioden. Någon motsvarande ökning av fall har däremot inte setts bland män som har sex med män eller heterosexuella som smittats i Sverige.

Totalt sett har heterosexuell smittväg i dag passerat homosexuell smittväg – dessa smittvägar stod år 2004 för 41 procent respektive 37 procent av det totala antalet anmälda fall i Sverige, medan personerna med injektionsmissbruk utgör 14 procent.

Totalt har 6 705 personer anmälts smittade med hivinfektion t.o.m. år 2004, varav 4 839 (72 procent) män och 1 866 (28 procent) kvinnor. Statistiken domineras av tre grupper; män som har sex med män, personer med injektionsmissbruk samt, heterosexuellt smittade personer med bakgrund i högendemiska områden område där en viss sjukdom ständigt har en utbredd spridning). I de två förstnämnda grupperna är smitta i Sverige vanligast. Bland heterosexuella är de allra flesta smittade utomlands.

Av de 427 anmälda fallen av hivinfektion år 2004, har 78 smittats via sexuell kontakt mellan män, 252 personer (131 kvinnor och 121 män) har smittats via heterosexuella kontakter, 27 personer (3 kvinnor och 24 män) genom injektionsmissbruk, 14 via smittöverföring från mor till barn i utlandet (6 kvinnor och 8 män) och 4 genom blodprodukter i utlandet (1 kvinna och 3 män). För ytterligare 52 personer (25 kvinnor och 27 män)

har smittvägen uppgivits som antingen okänd eller övrig (där återfinns bl.a. smitta genom sjukvård i utlandet).

Antalet anmälda fall av hivinfektion år 2004 var 148 personer fler än genomsnittet under den föregående femårsperioden (med i genomsnitt 279 anmälda fall per år). Ökningen beror nästan uteslutande på ett ökat antal upptäckta fall bland personer med utländsk bakgrund, framför allt från högendemiska områden i världen, som smittats före ankomst till Sverige. Denna grupp har under 2000-talet mer än fördubblats jämfört med genomsnittet för åren 1996–2000 (95 fall per år).

Av de 427 anmälda hivfallen år 2004 var endast 82 personer (19 procent) smittade i Sverige. I gruppen män som har sex med män var ungefär hälften smittade i Sverige och hälften utomlands. Majoriteten (55 procent) av personerna med injektionsmissbruk hade smittas i Sverige. Endast 15 procent (37 personer) av dem som rapporterats smittade genom heterosexuell kontakt har däremot smittats i Sverige (20 kvinnor och 17 män). Ytterligare 32 personer – 29 män och tre kvinnor – var bosatta i Sverige men har smittats vid vistelse utomlands, de flesta i Thailand. Det stora flertalet – 171 personer (68 procent) varav 104 kvinnor och 67 män – av de heterosexuellt smittade kvinnorna och männen hade smittats före invandringen till Sverige. Även i grupperna män som har sex med män och personer med injektionsmissbruk, samt i kategorin övrig/okänd smittväg, ingår ett antal personer som smittats före invandringen. Sammanlagt står denna kategori för 60 procent av de anmälda fallen år 2004.

#### *Utvecklingen av antalet dödsfall och fall av 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 rapporterad från klinikerna). Hivinfektion hade, fram till införandet av effektiv antiviral behandling år 1996, ett i högsta grad förutsägbart 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 år 1996 har 44 procent varit personer vars hivinfektion inte tidigare varit känd och som diagnostiserats med aids och hivinfektion samtidigt. De har därmed inte haft tillgång till behandling som kunnat förhindra utvecklingen till aids.

Under år 2004 fick 70 personer – 53 män och 17 kvinnor – diagnosen aids. Av dem fick 42 personer (60 procent) aidsdiagnosen vid samma tillfälle som hivdiagnosen eller i nära anslutning till den och deras hivinfektion hade alltså inte tidigare varit känd för svensk sjukvård. De allra flesta (37 av 42) av dessa patienter med samtidig diagnostiserad hivinfektion och aids hade smittats före ankomsten till Sverige.

Sammantaget har 1 983 personer, varav 1 656 män och 327 kvinnor, anmäls med aids i Sverige t.o.m. år 2004. Nästan lika många, 1 868 personer 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 år 1996 och antalet personer

som i dag lever med hivinfektion och har kontakt med hälso- och sjukvården beräknas till omkring 3 500 personer i slutet av år 2004. Därtill kommer mörkertalet, dvs. ett okänt antal personer som är smittade av hivinfektion utan att känna till sin infektion.

### *Epidemin i storstadsområdena*

Sammantaget har 78 procent av samtliga rapporterade fall av hivinfektion åren 1985–2004 anmälts från de tre storstadsregionerna; 56 procent från Stockholms län, 10 procent från Västra Götalands läns landsting och 12 procent från Skåne läns landsting. Under femårsperioden mellan åren 2000–2004 är motsvarande andel för de tre storstadsregionerna 70 procent.

År 2004 var antalet rapporterade hivfall per 100 000 invånare 10,2 i Stockholms län, 3,0 i Västra Götalands läns landsting och 3,6 i Skåne läns landsting, att jämföra med ett genomsnitt på 2,6 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.

En uppfattning om hur många personer som lever med hivinfektion i olika regioner kan erhållas genom Svenska infektionsläkarföreningens verksamhetsenkät som anger antalet hivinfekterade med en kontakt med hälso- och sjukvården i respektive landsting. År 2004 fanns 78 procent av de 3 500 hivpositiva med en sjukvårdskontakt vid kliniker i någon av de tre storstadsregionerna; 55 procent i Stockholms län, 11 procent i Västra Götalands läns landsting och 12 procent i Skåne läns landsting. Förekomsten av känt hivpositiva per 100 000 invånare var således 103 i Stockholms län, 27 i Västra Götalands läns landsting och 36 i Skåne läns landsting att jämföra med en genomsnittlig förekomst på 17 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 (2000–2004) kan man konstatera att 31 procent smittats via sexuella kontakter mellan män, 48 procent heterosexuellt och 12 procent via injektionsmissbruk. Därtill har 9 procent rapporterats i kategorin övrig/okänd smittväg.

Situationen i Västra Götalands läns landsting skiljer sig märkbart från den i Stockholms län. Under den senaste femårsperioden har t.ex. endast knappt 5 procent av de rapporterade fallen anmälts vara smittade via injektionsmissbruk och andelen rapporterade fall bland män som har sex med män svarade för 23 procent av det totala antalet. Även i Skåne läns landsting är injektionsmissbruk en ovanlig smittväg och under den senaste femårsperioden har endast 6 procent av hivfallen rapporterats bland personer med injektionsmissbruk. Däremot var andelen rapporterade fall av hivinfektion bland män som har sex med män (31 procent) lika stor som i Stockholms län.

Att hivproblematiken i stor utsträckning är koncentrerad till Stockholmsregionen syns inte bara i fråga om antalet hivsmittade. När det gäller vissa riskutsatta grupper är den dominansen ännu mer påtaglig. Under femårsperioden 2000–2004 svarade Stockholms län för 46 procent

av samtliga anmälda fall av hivinfektion i landet, men för 61 procent av samtliga fall smittade via injektionsmissbruk och 62 procent av samtliga fall av hivinfektion hos män som har sex med män. I övriga landsting dominerar således heterosexuell smittväg där smittan vanligen ägt rum i utlandet. Dessa siffror indikerar att den inhemska spridningen av hivinfektion, som alltså är vanligast bland personer med injektionsmissbruk och män som har sex med män, är än mer koncentrerad till Stockholms län än vad som framgår enbart av antalet anmälda fall.

### **Övriga sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar**

Den epidemiologiska utvecklingen i Sverige för andra sexuellt överförbara sjukdomar än hivinfektion – 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 130 procent, gonorréfällen har ökat med omkring 170 procent mellan åren 1996 och 2004, och antalet fall av syfilis har – visserligen från mycket låg nivå – ökat med nära 400 procent sedan år 1999. Ökningen av sexuellt överförda sjukdomar i Sverige sammanfaller i tiden med likartade trender i många andra västeuropeiska länder.

#### *Gonorré*

Historiskt kan antalet nyupptäckta fall av gonorré i Sverige följas tillbaka till 1910-talet, då sjukdomen 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. Antalet nyupptäckta fall av gonorré 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.

Efter år 1970 följde en lång period då gonorrén minskade successivt ända fram till år 1996, då det lägsta antalet fall 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 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 år 1996 har antalet fall av gonorré åter ökat i Sverige, framför allt beroende på en ökad inhemska smittspridning, såväl bland unga heterosexuella som bland män som har sex med män. Ökningen i Sverige sammanfaller i tiden med liknande trender i våra nordiska grannländer och andra länder i Västeuropa.

År 2004 anmäldes 569 fall av gonorré (6,3 fall per 100 000 invånare) varav majoriteten, 86 procent, var män. Majoriteten av fallen är anmälda från Stockholms läns landsting och det är även där som den största delen



av den inhemska smittspridningen förekommer. Andelen som smittats i Sverige var 60 procent. Andelen homosexuellt smittade män är hög, omkring 45 procent av alla fall, och könsfördelningen är påfallande skev. Kvinnorna utgör endast 14 procent (81 fall), medan de heterosexuellt smittade männen står för nästan tre gånger så många fall, drygt 40 procent (229 fall). Även åldern skiljer sig åt mellan könen. Skillnaden mellan könen är också stor när det gäller var man ådragit sig infektionen. Majoriteten av kvinnorna, 70 procent, hade smittats i Sverige, medan endast 40 procent av de heterosexuellt smittade männen hade infekterats i Sverige. Dessa män, som i stor utsträckning alltså smittats utomlands, har dessutom i många fall överfört infektionen till kvinnliga partner i Sverige.

Inhemska smittspridning av gonorré förekommer också bland män som har sex med män. År 2004 anmäldes 252 fall i denna grupp. Flertalet, drygt 70 procent, var smittade i Sverige, framför allt i Stockholm, men inhemska smitta förekom också i Göteborg och Malmö. Av de män som har sex med män som smittats utomlands var flertalet smittade i Väst-europa.

### *Syfilis*

Även antalet fall av syfilis i Sverige kan följas tillbaka till 1910-talet, då sjukdomen var vanligt förekommande i befolkningen. Toppar i rapporteringen inträffade under de båda världskrigen. 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 ökningen av sexuellt överförbara sjukdomar under 1960-talet sätts i samband med den sexuella frigörelsen och introduktionen av p-pillret. 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. Någon egentlig inhemska 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 markant år 2000 då antalet nyupptäckta fall ökade med drygt 150 procent, en ökning som har fortsatt under de följande fyra åren. Totalt har 361 män som smittats genom homosexuell kontakt rapporterats mellan åren 2000–2004, att jämföra med någon enskilda individ om året under 1990-talet. Den aktuella syfilisepidemiologin domineras av det utbrott bland män som har sex med män, som pågått i Sverige sedan våren 2000 och som har samband i tiden med likartade utbrott i Västvärlden. En ökad förekomst kan också ses bland heterosexuella.

År 2004 anmäldes 194 fall av syfilis (2,1 fall per 100 000 invånare) till Smittskyddsinstitutet, en ökning med 8 procent jämfört med år 2003 och det högsta antalet fall som anmäls i Sverige under ett år sedan år 1983. Kvinnorna utgjorde endast 17 procent av fallen. Majoriteten (103 personer) var män som har sex med män. Av de 103 männen som rapporte-

rades med denna smittväg år 2004 hade omkring två tredjedelar smittats i Sverige, varav flertalet i Stockholm. Inhemska fall förekom också i Göteborg och enstaka fall på andra orter. Utlandssmittan hade framför allt ägt rum i Västeuropeiska storstäder och turistmål.

### *Klamydiainfektion*

Klamydiainfektion har rapporterats enligt smittskyddslagen sedan år 1988. År 1989 anmäldes drygt 29 300 fall i Sverige. De följande fem åren sjönk antalet nyupptäckta fall 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 antalet nyupptäckta fall åter att öka, en ökning som därefter har fortsatt med mellan 8 och 20 procent om året. År 2004 anmäldes 32 075 fall (356 fall per 100 000 invånare), en ökning med 20 procent jämfört med föregående år. Därmed ligger antalet nyupptäckta fall på den högsta nivån sedan år 1989. Hela den snabba nedgång som kunde noteras under första halvan av 1990-talet har därmed raderats ut.

Av de anmälda klamydiafallen år 2004 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, 22 år respektive 24 år. Klamydiainfektion är vanligast i åldrarna 15–24 år. År 2004 tillhörde 77 procent av de smittade kvinnorna och 62 procent av männen denna åldersgrupp. Ökningen har ägt rum i alla åldersgrupper, men var under år 2004 särskilt markant hos 15–19 åriga män (49 %) och kvinnor (29 %). I åldersgruppen 20–24 år sågs en 17 procentig ökning.

Klamydiainfektion var under början av 1990-talet ovanligt förekommande bland män som har sex med män, 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 2004 hade 338 smittats via sexuell kontakt mellan män.

De flesta personer med klamydiainfektion, oavsett kön och smittväg, är smittade i Sverige. Av de fall som anmäldes år 2004 var 87 procent inhemsk smitta och 5 procent utlandssmitta.

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 smittspårning, som är särskilt viktigt för att finna män med klamydiainfektion; omkring 45 procent av männen upptäckts genom smittspårning jämfört med drygt 25 procent av kvinnorna. År 2004 testades 428 600 personer för klamydia i Sverige. Av dessa var 74 procent 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 31 procent. Mellan åren 1999–2004 har också andelen positiva ökat från 5,4 procent år 1999 till 7,9 procent år 2004, vilket visar att det ökade antalet nyupptäckta fall av klamydiainfektion inte tycks bero på förändringar i provtagningsvolymen i sig utan är ett uttryck för en reell ökning av infektionens spridning i samhället.

Infektion med hepatit B är globalt sett en mycket vanlig sjukdom. Omkring 300 miljoner människor beräknas vara kroniskt infekterade med hepatit B, främst i Asien och Afrika. I länder med hög förekomst av hepatit B sker smittöverföringen oftast tidigt i livet i samband med födel- sen eller under barndomen och leder då i många fall till en livslång smitt- samhet med risk för leverskador och levercancer. I länder med låg före- komst av hepatit B sker smittöverföringen vanligen bland vuxna via sexuella kontakter eller injektionsmissbruk. En akut hepatit B-infektion hos en vuxen individ läker i de flesta fall ut och leder alltså sällan till kroniskt bärarskap.

I Sverige är infektion med hepatit B främst en vuxensjukdom när det gäller den akuta infektionen. Smittvägarna är framför allt injektionsmiss- bruk och oskyddade sexuella kontakter. Smitta inom sjukvården är ytterst sällsynt liksom smitta från mor till barn. I genomsnitt rapporteras sedan början av 1990-talet mellan 200 och 300 akuta fall per år. Undantag ut- görs av vissa år då större utbrott i missbrukspopulationerna uppkommer i vissa delar av landet. Orsaken till dessa utbrott torde vara att nya, icke- immuna missbrukare tillkommer. Under sådana år ser man ofta en ökning även av den sexuella smittan och det handlar då om sexuella partners till insjuknade missbrukare.

Under de första åren av 2000-talets ökade antalet akuta hepatit B- infektioner. Under år 2004 sjönk antalet anmälda fall till en mer normal nivå (258 fall att jämföra med 372 året innan). Det tycks som om de ut- brott som pågått bland missbrukare i vissa delar av landet har klingat av. Minst 80 procent av fallen har smittats i Sverige. Tre barn i förskoleålder rapporterades, varav två hade smittats före ankomst till Sverige. Antalet fall som smittats via injektionsmissbruk minskade under år 2004 med nästan hälften, samtidigt som 43 män och 50 kvinnor hade smittats sexu- ellt. Hälften av männen hade smittats utomlands, främst i Thailand. Av kvinnorna hade sex smittats utomlands.

I fråga om kronisk infektion sågs en kraftig ökning av antalet rapporte- rade hepatit B-fall i början av 1990-talet. Detta berodde på att ett stort antal flyktingar från högendemiska områden kom till Sverige, främst från Balkan. Trenderna avspeglar alltså händelser i vår omvärld och rådande flyktingströmmar och är inte något tecken på inhemsk smittspridning. Det ökande antalet smittsamma bärare tycks ännu inte ha haft någon av- görande inverkan på den inhemska epidemisituationen.

År 2004 rapporterades 1 038 nyupptäckta fall av kroniska hepatit B. Av dessa var 90 procent av utländsk bakgrund och nästan samtliga hade smittats i sina ursprungsländer, framförallt länder i Asien och Afrika. Av de 112 personerna med svenskt ursprung var minst hälften smittade via injektionsmissbruk.

### *Hepatit C*

Globalt beräknas det finnas 130–170 miljoner bärare av hepatit C-virus, vilket gör infektionen till en mycket vanlig sjukdom. Hepatit C smittar främst genom förorenade injektionsverktyg och bristande sjukvårdsruti- ner. Trots att infektionen främst inträffar bland den vuxna befolkningen

är risken för kronisk infektion mycket hög, upp till 80 procent, med följande leverskador och levercancer. Studier av förekomsten i Sverige och i övriga europeiska länder har visat att 50–80 procent av dagens personer med injektionsmissbruk är hepatit C-smittade. Mycket tyder även på att de flesta smittas kort tid efter att de börjat med injektions missbruk.

Fram till år 1991 var hepatit non A non B en anmälningspliktig sjukdom i Sverige. Benämningen på denna sjukdom beror på att man såg ett sjukdomstillstånd som tydde på en leverinfektion, men man kunde inte verifiera sjukdomen laboriemässigt. Vid årsskiftet 1990/91 kom ett användbart antikroppstest för att särskilja denna hepatit från de två tidigare kända, hepatit A och B. En stor andel av dem som tidigare anmälts för hepatit non A non B visade sig positiva för hepatit C. Hittills har cirka 30 000 fall rapporterats i Sverige. Det största antalet fall rapporterade under ett enskilt år var år 1992 då drygt 4 500 fall anmäldes. Under senare år ligger antalet fall runt 2 000 nydiagnosticerade per år.

Hepatit C är i de flesta fall en kronisk infektion och den är dessutom oftast utan symptom. Det kan dröja många år mellan smittillfälle och eventuella symptom i form av olika leverskador. Hur många reellt nya fall som tillkommer varje år är svårt att avgöra, eftersom sjukdomen sällan ger tidiga symptom. Färre än en procent av fallen anmäls som ny-smittade. Man räknar med att förekomsten av hepatit C är lägre än 0,5 procent i Sverige.

Smittvägarna är i stort oförändrade över tiden. Personer med injektionsmissbruk utgör stadigt två tredjedelar av alla anmälda fall. Varje år anmäls mellan 150–200 fall som smittats via blod eller blodprodukter och där har smittan skett före år 1992, dvs. det är då hepatit C-screening av blodgivare infördes i hela landet. Sexuell smittöverföring anges för ett 50-tal fall per år.

Under år 2004 anmäldes 1 864 personer (1 264 män och 600 kvinnor) med hepatit C. Fördelningen av smittvägar ser likadan ut som tidigare år, cirka 65 procent uppges ha smittats via injektionsmissbruk och för cirka 23 procent är smittvägen okänd. Sexuell smitta uppges i 66 fall. Samtidigt hade 115 personer smittats via blodtransfusioner, varav ett trettiotal smittats före ankomst till Sverige. De som infekterats i Sverige via blod hade alla blivit smittade före år 1992 då hepatit C-screening av blodgivare infördes i hela landet.

## 4.2 Vård och behandling av hiv/aids

Sedan mitten av 1990-talet har stora framsteg gjorts inom forskningen rörande hiv och behandlingen av hivinfekterade individer. Tillgången till antivirala medel (s.k. bromsmediciner) har inneburit drastiska förbättringar för patienter med hivinfektion. Det första hivläkemedlet, zidovudin, introducerades år 1987 och har följts av ett flertal nya läkemedel. Helt avgörande för framgången med antiviral terapi var införandet av kombinationsbehandling som visats ge additiva och synergistiska antivirala effekter med minskad resistensutveckling. Kombinationsterapi introducerades år 1996 och medförde snabbt en drastisk minskning av sjuklighet och dödlighet. Det är dock osannolikt att dagens hivbehandling kommer att kunna bota infektionen som därför kan förväntas bli livslång.

Uppskattningsvis behandlas för närvarande omkring 3 200 patienter med hivinfektion i Sverige.

Förutom att man med medicineringen inte kan bota patienten – finns för närvarande två huvudproblem inom hivbehandlingen; utvecklandet av motståndskraft mot läkemedel hos virus (resistens) och biverkningar. Mot bakgrund av att hivbehandlingen är komplicerad och att terapivikt, resistensutveckling och allvarliga biverkningar förekommer, utarbetade Läkemedelsverket i samarbete med Referensgruppen för antiviral terapi (RAV) i november 2001 behandlingsrekommendationer. Sedan dess har ytterligare läkemedel och nya insikter om behandling tillkommit och rekommendationerna har sedermera uppdaterats.

Det råder stor enighet om att behandling skall inledas när hivinfektionen ger symptom eller när patienten insjuknar i komplikationer i form av andra sjukdomar som orsakas av nedsatt immunförsvar. Vid graviditet och primär hivinfektion (förstagångsinsjuknande kort efter smittotillfället) gäller speciella rekommendationer.

Grundtesen för hivbehandling i dag är att när väl beslutet att påbörja behandling har fattats skall terapin vara maximalt hämmande av virusökningen för att förhindra utvecklandet av resistens mot läkemedlen och behandlingssvikt. En förutsättning för framgångsrik behandling är således att patienten är välinformerad och motiverad till hög följsamhet och beslutet att påbörja behandling skall därför baseras på en noggrann rådgivning och utbildning av patienten. Personalens kompetens och känedom om patienten har stor betydelse för ett gott medicinskt och psykosocialt omhändertagande och därmed god följsamhet till behandlingsinsatserna. Inte minst kontinuitetsfrågorna är viktiga och på flera håll tillämpas ett system där patienten, förutom att ha en patientansvarig läkare, även har en patientansvarig sjuksköterska och en patientansvarig kurator vilket bidrar till en förbättrad kontinuitet.

De medicinska behandlingsresultat som uppnås i den svenska sjukvården är mycket goda i en internationell jämförelse. Trots dessa goda resultat kan man konstatera att behandlingssvikt förekommer.

## **Resistensutveckling**

Det finns flera orsaker till att resistens mot hivläkemedel kan utvecklas under behandling. Resistensen kan uppstå spontant hos virus men kan även ha funnits redan innan behandlingen påbörjades. Andra orsaker kan vara att givna läkemedel inte är effektiva nog. En viktig orsak till utveckling av resistens är att patienten har dålig följsamhet till medicineringen. Ju längre tid behandlingen pågår – och den förväntas ju behöva bli livslång – desto större är risken för att viruset blir motståndskraftigt mot läkemedlen. Tyvärr ser man redan patienter som börjat utveckla aids till följd av att läkemedlens effekt har upphört. I Sverige är problemet än så länge litet men i fattiga storstadsområden, t.ex. i New York, bär en stor andel av de hivinfekterade på resistent virus. Resistent virus kan också överföras till en annan människa. Ett inte helt osannolikt scenario är att en epidemi med resistent virusstammar utvecklas, där det redan från början inte finns någon effektiv behandling att ge patienten.

I dag förekommer det att personer smittas med resistent virus i Sverige, men detta är mer ovanligt än på många andra håll i världen. Där-  
emot bär en ansevärd del av svenska hivpatienter på resistent hiv.

Strategierna för att hantera redan uppstådd resistens består av utnytt-  
jande av resistensbestämning och nytt behandlingsval baserat på dess  
resultat, användandet av nya hivläkemedel där problemen med korsresi-  
stens är mer begränsad samt deltagande i behandlingsstudier med nya  
hivläkemedel. Forskning fokuseras i dag mycket på framtagande av läke-  
medel som har effekt på läkemedelsresistent hivinfektion och på nya  
behandlingsmodeller där användandet av läkemedel begränsas, t.ex.  
genom immunisering med terapeutiska vaccin mot hivinfektionen.

## Biverkningar

Långtidsbiverkningar är ett problem av varierande svårighetsgrad för  
behandlade hivinfekterade patienter. Kunskapen om dessa biverkningar  
är begränsad. Det är dock klart att en stor andel av patienterna utvecklar  
ett tillstånd likt det s.k. metabola syndromet (bukfetma, diabetestendens  
och förhöjda blodfetter) och avmagring av ansikte och extremiteter.  
Dessa förändringar kan medföra ökad risk för hjärtkärlsjukdom. Dess-  
utom vet man att hivbehandlingen kan orsaka skador på mitokondrierna  
(kroppens energiproducenter) och att dessa skador ackumuleras över  
tiden och potentiellt kan ge svåra skador i vilket organ som helst. Pano-  
ramat av biverkningar utgörs således av medicinska tillstånd som läkare  
inte är tränade att diagnostisera och behandla.

Biverkningssituationen är besvärande, framför allt på grund av kropps-  
förändringar och störningar i ämnesomsättningen, vilket leder till nedsatt  
livskvalitet och även en begränsning av antalet behandlingsalternativ.

I syfte att åstadkomma en strukturerad uppföljning av behandlings-  
effekter, särskilt vad gäller biverkningar, har ett särskilt kvalitetsregister  
– Hivus – inrättats. Målsättningen är bl.a. att studera de allvarliga biverk-  
ningarnas spektrum, hur vanligt förekommande de är, vilka läkemedel  
och kombinationer av läkemedel som orsakar biverkningar och vilka  
underliggande tillstånd hos patienter som eventuellt bidrar till att biverk-  
ningarna utvecklas.

## 5 Internationellt samarbete

Den globala spridningen av hiv/aids har under senare år kommit att upp-  
märksammas på högsta politiska nivå såväl inom FN-systemet som i  
andra internationella organ. Fram till mitten av 1990-talet hade Världs-  
hälsoorganisationen (WHO) huvudansvaret för bekämpningen av hiv/aids  
genom sitt globala aidsprogram. År 1996 bildades ett övergripande FN  
organ, UNAIDS, i syfte att förbättra samordningen inom FN-systemet  
men också för att vara ett s.k. centre of excellence; ett centralt organ för  
aktuell information om smittspridning, finansiering, forskning, sam-  
arbetsformer m.m.

År 2000 anordnades det s.k. Millennietoppmötet i FN:s högkvarter i New York. Mötet enades kring en millenniedeklaration som sedan antogs av FN:s generalförsamling. Millenniedeklarationen slår fast att global utveckling kräver en helhetssyn, insatser för fred, säkerhet, fattigdombekämpning, hälsa, utbildning, miljö, mänskliga rättigheter och demokrati. Ur Millenniedeklarationen har de så kallade millennieutvecklingsmålen formulerats. Ett av dessa mål är att bekämpa hiv/aids, malaria och andra sjukdomar (mål 6). Arbetet mot hiv/aids spelar en viktig roll för möjligheterna att förverkliga flera av de övriga målen, i synnerhet att utrota fattigdom och hunger (mål 1), att främja jämställdhet mellan könen och kvinnors egenmakt (mål 3), att minska barnadödligheten (mål 4) samt att minska mödradödligheten (mål 5).

## 5.1 FN:s särskilda session om hiv/aids

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

I deklarationen betonas initialt vikten av att hiv/aids-frågan står högt på den politiska dagordningen. Enligt deklarationen krävs ett starkt ledarskap på samtliga nivåer i samhället. Dessutom behöver tillräckliga resurser för arbetet avsättas.

Deklarationen lägger också stor vikt vid framtagandet av en nationell sektorsövergripande handlingsplan mot hiv/aids, samt att regionala och lokala handlingsplaner och policydokument utvecklas med utgångspunkt i den nationella planen.

I deklarationen betonas vidare vikten av att särskilt fokusera på ungdomar/unga vuxna i det preventiva arbetet. I deklarationen specificeras att minst 90 procent av alla ungdomar/unga vuxna (15–24 år) år 2005 skall ha tillgång till information och utbildning avseende hiv/aids, samt till anpassade vårdresurser. År 2010 skall motsvarande siffra vara minst 95 procent.

En fråga som särskilt berörs är vikten av att involvera och samarbeta med hivinfekterade och särskilt riskutsatta grupper i preventionsarbetet och den stödjande verksamheten. Det läggs särskild tonvikt på situationen för de hivinfekterade barnen. Att deras tillgång till rådgivning och psykosocialt stöd säkerställs, samt att de särskilt skall beaktas i frågor som rör diskriminering och stigmatisering.

Återkommande i deklarationen betonas vikten av att angripa problemen med stigmatisering och diskriminering av hivinfekterade och riskutsatta grupper. Att gällande regelverk skall anpassas och utvecklas. Diskriminering i arbetslivet lyfts fram särskilt. Likaså det faktum att diskriminering underminerar preventions-, vård- och behandlingsinsatser.

I deklarationen betonas vikten av att behandling av hivinfektion erbjuds utan urskillning. Betydelsen av att se prevention, psykosocialt stöd

och behandling som integrerade och ömsesidigt förstärkande delar av en helhetsstrategi betonas. Deklarationen tar också ställning för sprututbyte och ett aktivt användande av andra åtgärder av den typ som brukar benämnas skadereducerande.

Vikten av det arbete som utförs av frivilligorganisationer lyfts fram i deklARATIONEN samt att dessa skall stödjas ekonomiskt. I deklARATIONEN förordas olika former av samarbeten mellan frivilligorganisationerna och offentliga aktörer.

I deklARATIONEN betonas vikten av uppföljning och utvärdering av handlingsplaner och uppställda målsättningar såväl nationellt som regionalt/lokalt. Likaså framhålls vikten av att ett effektivt epidemiologiskt uppföljningsinstrument finns. Även uppföljningssystem för att övervaka behandlingseffektivitet, biverkningar och resistensutveckling bör utvecklas.

Slutligen har FN:s hivprogram, UNAIDS, för att följa upp deklARATIONEN från FN:s generalförsamling, tagit fram ett antal indikatorer som medlemsländerna bör ha som utgångspunkt i en regelbunden uppföljning och rapportering till FN-organet om hur bekämpningen av hiv/aids-epidemin framskrider. Uppföljningar avser landets åtagande och handlande globalt, åtagande och handlande nationellt, nationella program och beteenden, samt effekter (på nationell nivå). Metoder för datainsamling, samt tidsintervall för återrapportering specificeras också.

## 5.2 Andra internationella överenskommelser och rapporter om hiv/aids

I deklARATIONEN från FN:s generalförsamlingen år 2001 uppmanas ledarna för världens länder att utforma regionala strategier och planer i kampen mot hiv/aids. Inom Europeiska unionen (EU) anordnades år 2004 en ministerkonferens i Dublin för berörda ministrar där man enades om en deklARATION som ligger till grund för EU:s arbete mot hiv/aids och som utgör ett europeiskt ramverk till de åtaganden som världens länder gjorde i samband med FN-deklARATIONEN antogs. Samma år anordnades en ministerkonferens i Vilnius där ministrar från EU och från EU:s östra grannländer träffades för att närmare diskutera möjligheterna att utöka samarbetet inom kampen mot hiv/aids. Ministrarna enades om en deklARATION som nu ligger till grund för det arbetet.

I FN-deklARATIONEN betonas även att ökade insatser och bättre samordning av alla berörda organisationer i FN-systemet behöver främjas, bl.a. deras medverkan i att göra upp och genomföra en strategisk plan för FN om bekämpning av hiv/aids som uppdateras regelbundet och grundas på principerna i deklARATIONEN. Vidare konstateras att samarbete mellan de berörda organisationerna i FN-systemet och de internationella organisationer som bekämpar hiv/aids behöver utvecklas. Som ett led i detta arbete har flera berörda FN-organ utformat särskilda sektorsstrategier för att förebygga och begränsa konsekvenserna av hiv/aids.

Vid Världshälsoförsamlingen år 2003 antogs en global strategi för hiv/aids inom hälsosektorn. I strategin uppmanas bl.a. medlemsstaterna att utveckla nationella strategier för insatser inom hälsosektorn. Vidare betonas behovet av att utveckla strukturer för att mobilisera alla krafter



inom och utom hälsosektorn i arbetet med att bekämpa den globala hiv-epidemin och begränsa dess effekter.

En särskild rapport om hiv-epidemins konsekvenser för barn, *Children – the Missing Face of Aids*, presenterades år 2005 av UNICEF. I rapporten konstateras bl.a. att hiv/aids påverkar barns liv på många sätt. Särskilt mot de barn som redan innan lever i riskfyllda och utsatta situationer slår effekterna av hiv/aids hårt. I länder där myndigheter och anhöriga inte har resurser att ge barn som förlorat sina föräldrar i aids tillräckligt stöd leder epidemin till att unga tvingas försörja och ta ansvar för yngre syskon. När det gäller behandling och vård når de bromsmediciner som finns oftast inte fram till de delar av världen där flest människor behöver dem.

FN:s befolkningsfond (UNFPA) konstaterar också i rapporten *State of World Population 2005 – The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health and the Millennium Development Goals* att mäns våld mot kvinnor är den mest utbredda och den mest socialt accepterade formen av brott mot mänskliga rättigheter. Mäns sexuella utnyttjande av kvinnor och barn bidrar, enligt rapporten, till att öka spridningen av hiv/aids.

I sin senaste rapport från år 2005, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence against Women – Intersections of Violence against Women and HIV/AIDS* fokuserar även FN:s speciella rapportör om våld mot kvinnor på kopplingen mellan mäns våld mot kvinnor och spridningen av hiv/aids och de konsekvenser som hiv-infektion får för kvinnor respektive män.

## 6 Folkhälsopolitiska utgångspunkter

**Regeringens bedömning:** Samhällets insatser för att förebygga spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna bör utgå från den nationella folkhälsopolitiken och uppföljningen av det övergripande folkhälsopolitiska målet. Arbetet med att förebygga hiv-infektion och andra smittsamma sjukdomar bör samordnas med övrigt folkhälsoarbete på alla nivåer i samhället.

**Utredningens bedömning:** Utredningen redogjorde för den nationella folkhälsopolitiken men kommenterade aldrig i detalj förhållandet mellan de hivförebyggande insatserna och uppföljningen av det övergripande folkhälsopolitiska målet.

**Remissinstanserna:** Ett stort antal instanser erinrar om propositionen *Mål för folkhälsan* vars syfte är att stärka det samlade folkhälsoarbetet. *Stockholms kommun* konstaterar att målområdena för kommuner, landsting, frivilligorganisationer och andra aktörer visar hur politiska verksamheter kan inordnas i arbetet med att nå det övergripande folkhälsopolitiska målet. *Statens folkhälsoinstitut* framhåller att den folkhälsopolitik som riksdagen har antagit inte avspeglas i utredningen. Institutet efterlyser bl.a. en analys av vilka samhälleliga bestämningsfaktorer som påverkar spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar.

**Skälen för regeringens bedömning:** I december 2002 presenterade regeringen i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) grunderna för mål och uppföljning av den samlade folkhälsopolitiken. I april 2003 antog riksdagen regeringens förslag till övergripande nationellt folkhälsomål och sektorsövergripande målstruktur för den samlade folkhälsopolitiken samt godkände att regeringen får bestämma de delmål som gäller för detta arbete (bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

Utgångspunkten för politikområdet är att hälsoutvecklingen i befolkningen i större utsträckning bestäms av människors levnadsförhållanden och levnadsvanor än av specifika medicinska insatser. Folkhälsan är av stor betydelse för samhällsutvecklingen, och insatserna för en bättre folkhälsa ingår som en viktig del i arbetet för välfärd och tillväxt. I propositionen föreslår regeringen att det övergripande nationella folkhälsomålet skall vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Regeringen pekar vidare på att det är särskilt viktigt att motarbeta ojämlikheter i hälsa som bottnar i kön, klass-tillhörighet, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder. I syfte att följa upp insatserna inom folkhälsopolitiken presenteras elva målområden för den samlade folkhälsopolitiken.

Den nationella folkhälsopolitiken förtydligar samhällets ansvar för människors hälsa genom att lyfta fram sambandet mellan samhälleliga förutsättningar – som kan påverkas genom politiska beslut – och den sammantagna hälsoutvecklingen i befolkningen.

Folkhälsopolitiken spänner över ett stort antal sektorer. De politikområden som påverkar folkhälsan skall därför arbeta för att bidra till en positiv hälsoutveckling. I ansträngningarna för att uppnå det övergripande folkhälsomålet har regeringen lyft fram 33 politikområden som särskilt betydelsefulla. Samverkan mellan olika politikområden förbättrar möjligheterna till kraftsamling kring aktuella folkhälsohot, som exempelvis den ökade spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar.

För att förebygga spridning och minska konsekvenserna av hivinfektion och andra smittsamma sjukdomar krävs insatser inom folkhälsopolitikens samtliga målområden. I folkhälsopropositionen har regeringen formulerat elva målområden för de nationella ansträngningarna. Utifrån dessa mål utformas fortlöpande detaljerade insatser och åtgärder för att folkhälsomålet skall uppnås. För målområdena har betoning lagts på bestämningsfaktorer för hälsa. I stället för att utgå från sjukdomar eller hälsoproblem vid formulering av mål för folkhälsoarbetet har hälsans bestämningsfaktorer valts som utgångspunkt – det vill säga de faktorer i samhället och människors livsvillkor och levnadsvanor som bidrar till hälsa eller orsakar ohälsa. I syfte att metodiskt utvärdera graderna av folkhälsa utifrån bestämningsfaktorerna har ett antal indikatorer utvecklats inom varje målområde.

Som ett led i regeringens nya folkhälsopolitik inrättades i september 2003 en nationell ledningsgrupp under ledning av folkhälso- och socialtjänstministern. Ledningsgruppen utgör en förstärkande och samordnande länk mellan nationell politisk nivå och myndigheter på nationell, regional och lokal nivå.

I propositionen Mål för folkhälsa konstaterade regeringen att uppföljningen och utvärderingen av insatserna för en bättre folkhälsa bör bedri-

vas inom ramen för den befintliga ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Statens folkhälsoinstitut skall ha i uppgift att samordna den nationella uppföljningen inom de elva målområdena, och ansvara för den samlade uppföljningen av det övergripande nationella folkhälsomålet. Vidare konstaterade regeringen att det krävs ytterligare underlag för att bestämma de indikatorer och den statistik som bäst mäter sambanden mellan bestämningsfaktorer och hälsa. I mars 2003 redovisade Statens folkhälsoinstitut ett uppdrag från regeringen att i samarbete med berörda statliga myndigheter och kommun- och landstingsförbunden initiera ett sådant utvecklingsarbete samt lämna förslag på vilka befintliga indikatorer för hälsans bestämningsfaktorer och delmål inom respektive målområde som bör ingå i uppföljningsarbetet.

Som ett led i arbetet att följa upp folkhälsopolitiken har Statens folkhälsoinstitut i samarbete med flera landsting låtit genomföra en nationell folkhälsoenkät, Hälsa på lika villkor. En analys av resultaten visar att socioekonomiska förhållanden i kombination med levnadsvanor ger stora utslag för skillnader i ohälsa. Enkäten gör det möjligt att analysera vissa samband mellan riskbeteende och hälsa samt riskbeteende, arbetsförhållanden och sociala relationer. Sådana sambandsanalyser kan knyta ihop de olika målområdena och följa olika befolkningsgrupper över tid.

Ett stort antal remissinstanser har i sina kommentarer till utredningens betänkande betonat vikten av en tydlig koppling mellan det generella folkhälsoarbetet och insatserna för att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Statens folkhälsoinstitut efterlyser exempelvis en analys av vilka samhällsliga bestämningsfaktorer som påverkar smittspridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar.

Insatser för att förebygga smittspridning är en viktig del av folkhälsoarbetet och därmed viktiga för att det skall gå att nå det övergripande folkhälsomålet. Gott skydd mot smittspridning utgör ett särskilt målområde (målområde 7) inom folkhälsopolitiken. Samtidigt bidrar flera andra målområden till att skapa förutsättningar för en minskad smittspridning. När det gäller insatser för att förebygga spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar är det i första hand inom målområdena Trygg och säker sexualitet och god reproduktiv hälsa (målområde 8), En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård (målområde 6) samt Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande (målområde 11) som de huvudsakliga insatserna vidtas.

I linje med propositionen har bestämningsfaktorer formulerats för åtgärder inom bl.a. målområdena Gott skydd mot smittspridning och Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa. De bestämningsfaktorer som har störst påverkan på utvecklingen inom målområdet Gott skydd mot smittspridning är förekomst av smittämne, förekomst av immunitet samt förekomst av läkemedelsresistenta smittämnen. Inom målområdet Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa påverkas hälsan av fem bestämningsfaktorer; oskyddat sex, tillgång till tidig diagnos och behandling, sexuellt våld och tvång, diskriminering på grund av sexuell läggning samt tillgång till information och kunskap i frågor som rör sexualitet och samlevnad.

Genom folkhälsopolitikens sektorsövergripande karaktär berörs målområdet Gott skydd mot smittspridning av mål och insatser inom en rad

andra politikområden. Informationsspridning och andra åtgärder för att förebygga smittspridning är viktiga inslag i bland annat ungdomspolitik, integrationspolitik och hälso- och sjukvårdspolitik. Flera politikområden spelar även en viktig roll för att skapa en trygg och säker sexualitet och en god och reproduktiv hälsa i befolkningen. Insatser behöver framför allt vidtas inom ungdomspolitik, utbildningspolitiken, hälso- och sjukvårdspolitik, integrationspolitiken, jämställdhetspolitiken, äldrepolitiken och kriminalpolitiken.

Inom *folkhälsopolitiken* är målet att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor. Inom politikområdet har regeringen även beslutat om ett mål i syfte att genomföra och följa upp integrationspolitiken. Detta mål är att hälsan hos personer med utländsk bakgrund skall förbättras.

Målet för *hälso- och sjukvårdspolitik* är att vårdens kvalitet och tillgänglighet skall förbättras.

Målen för *ungdomspolitik* är att ungdomar skall ha goda möjligheter att leva ett självständigt liv, ungdomar skall ha verklig möjlighet till delaktighet och inflytande och ungdomars engagemang, skapande förmåga och kritiska tänkande skall tas till vara som en resurs.

En effektiv *barn- och ungdomspolitik* som skapar möjligheter för unga att växa upp under trygga förhållanden minskar riskerna för hivinfektion och sexuellt överförbara infektioner. Målen att barn och unga skall ha verklig tillgång till välfärd och verklig tillgång till makt är därför av betydelse i detta folkhälsopolitiska sammanhang. Även FN:s barnkonvention utgör en viktig utgångspunkt för insatserna när det gäller att förebygga hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.

Tillvaron för de grupper som är utsatta för de största riskerna i fråga om hiv/aids präglas i hög grad även av en generellt utsatt situation i samhället. *Socialtjänstpolitikens* förmåga att förebygga problem och förbättra socialt utsatta personers situation påverkar följaktligen även förutsättningarna att angripa de problem som hiv/aids tillför. Därmed är målen för politikområdet socialtjänst – att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer samt att stärka skyddet för utsatta barn – relevanta för detta målområde.

Skolan har en viktig uppgift att ge eleverna kunskaper om en trygg och säker sexualitet samt hur hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar kan förebyggas. Vidare skall skolan utveckla elevernas kommunikativa och sociala kompetens samt uppmärksamma hälso- och livsstilsfrågor. Därför har även *utbildningspolitiken* – som har till syfte att Sverige skall vara en ledande kunskapsnation med utbildning av hög kvalitet för ett livslångt lärande för tillväxt och rättvisa – stor betydelse för detta målområde.

Målet för *forskningspolitiken* är att Sverige skall vara en ledande forskningsnation, där forskning bedrivs med hög vetenskaplig kvalitet.

Inom *arbetslivspolitik* är målet goda arbetsvillkor och möjlighet till utveckling i arbetet för både kvinnor och män.

Målen för *handikappolitiken* är en samhällsgemenskap med mångfald som grund, att samhället utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet, samt jämlikhet i levnadsvillkor för flickor, pojkar, kvinnor och män med funktionshinder. Det

handikappolitiska arbetet inriktas särskilt mot att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder, att förebygga och bekämpa diskriminering mot personer med funktionshinder samt att ge barn, ungdomar och vuxna med funktionshinder förutsättningar för självständighet och självbestämmande.

Det övergripande målet för *demokratipolitiken* är att värna och fördjupa folkstyrelsen, och omfattar både insatser för ett ökat och mer jämlikt medborgerligt deltagande och för att främja de mänskliga rättigheterna. Många människor upplever i dag politiskt och demokratiskt utanförskap, vilket inte bara är ett problem för den drabbade individen utan även utgör ett samhällsproblem då det har negativa konsekvenser för folkhälsan. En av demokratipolitikens främsta utmaningar är därför att arbeta än mer för att minska utanförskapet och därmed stärka folkhälsan. Detta sker genom främjande av ett ökat och mer jämlikt politiskt och demokratiskt deltagande samt höjning av kunskap och medvetenhet om de mänskliga rättigheterna.

Målet för *jämställdhetspolitiken* är att kvinnor och män skall ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom livets alla områden.

Inom *integrationspolitiken* är målen lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund och en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt och tolerans och som alla oavsett bakgrund skall vara delaktiga i och medansvariga för.

Målet för *migrationspolitiken* är att värna asylrätten i Sverige och internationellt, upprätthålla en reglerad invandring samt öka harmoniseringen av asyl och migrationspolitik inom EU.

Inom *kriminalpolitiken* är målet att minska brottslighet och att öka människors trygghet.

Inom politikområdet *internationellt utvecklingssamarbete* är målet att bidra till att skapa förutsättningar för fattiga människor att förbättra sina levnadsvillkor.

I den folkhälsopolitiska rapport som Statens folkhälsoinstitut överlämnade till regeringen i oktober 2005 (S2005/7557/FH) rapporteras utvecklingen av bestämningsfaktorerna över tid samt de insatser som myndigheter, landsting och kommuner gör för att påverka folkhälsan. Dessutom redovisas utvecklingsbehov och förslag som kan förbättra utvecklingen och påverka folkhälsan i positiv riktning. I rapporten konstateras bl.a. att utvecklingen av hivinfektion och klamydiainfektion är oroande. Medan den svenska utvecklingen av hivinfektion alltmer präglas av personer som smittats före ankomst till Sverige, kännetecknas klamydiaepidemin av en inhemsk spridning bland tonåringar och unga vuxna. Sexuellt risktagande och kondom användning har enligt rapporten avgörande betydelse för att begränsa den fortsatta spridningen av klamydiainfektion. Ungdomar är särskilt riskutsatta. Därför är sex- och samlevnadsundervisning av god kvalitet betydelsefull liksom tillgänglig information och rådgivning via ungdomsmottagningarna. Bland de prioriterade förslag som institutet redovisar återfinns att utveckla metoder för att snabbare kunna övervaka det epidemiologiska läget samt att det förebyggande arbetet riktat till ungdomar bör förstärkas genom att ungdomsmottagningarnas verksamhet utvärderas och kvalitetssäkras.

Regeringen har för avsikt att under år 2006 återkomma till riksdagen med en folkhälsopolitisk skrivelse. I det sammanhanget avser regeringen att med utgångspunkt i bl.a. den folkhälsopolitiska rapporten från Statens folkhälsoinstitut redovisa utvecklingen för bestämningsfaktorerna för folkhälsan.

## 7 En samlad strategi mot hiv/aids

### 7.1 Utgångspunkter och mål

**Regeringens bedömning:** Även om den inhemska spridningen ligger på en låg och stabil nivå talar en rad omständigheter för att potentialen för spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar i det svenska samhället är stor. De största spridningsriskerna finns även fortsättningsvis i storstadsområdena.

En rad av de områden som lyfts fram i deklARATIONEN från den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling år 2001 har stor relevans för arbetet med att förebygga och minska konsekvenserna av hiv/aids i Sverige. I tillämpliga delar bör det nationella arbetet utgå från de åtaganden som återfinns i deklARATIONEN.

De grupper som är mest utsatta när det gäller hiv/aids har många gånger även en utsatt hälsosituation i övrigt. Det övergripande folkhälsopolitiska målets fokus på ojämlikheter i hälsa bör följaktligen komma till uttryck även när det gäller insatserna mot hiv/aids.

Målet för samhällets insatser bör vara att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning. Utredningen ansåg dock att det övergripande målet bör vara inriktat på hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar och att Socialstyrelsen bör fastställa delmål.

**Remissinstanserna:** Ett stort antal remissinstanser, bl.a. *Smittskyddsinstitutet* samt flera landsting och frivilligorganisationer, instämmer i utredningens bedömning av den aktuella epidemiologiska utvecklingen och den hotbild som ges. Enligt *Västra Götalands läns landsting* är det en viktig utgångspunkt att det finns potential för spridning av hivinfektion även i Sverige. De analyser som tidigare beskrivit risken i Sverige som liten kan ha haft negativa effekter på det förebyggande arbetet. De senaste årens kraftiga ökning av sexuellt överförbara sjukdomar beror enligt flera instanser på ett ökat risktagande till följd av sämre medvetenhet om hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar.

Ett stort antal instanser, bl.a. flera landsting och frivilligorganisationer, framhåller vikten av att i det nationella arbetet utgå från deklARATIONEN från FN:s generalförsamling, och vikten av att hivfrågan hamnar högt på den politiska dagordningen. Ett par instanser, främst *Statens folkhälsoinstitut* och *Uppsala läns landsting*, anser att utredningen borde ha

kopplat sina förslag tydligare till FN-deklarationen och utgått från en uttalad värdegrund vilande på deklarationen.

Ett antal instanser framhåller att frågan är så viktig att det krävs ett starkt statligt engagemang och en samlad bedömning av den hotbild som det svenska samhället står inför. Exempelvis ser *Riksförbundet för sexuell upplysning* med tillfredsställelse på att utredningen har tagit ett helhetsgrepp om hivpreventionen i landet och slår fast att staten har en viktig roll.

Samtliga instanser som yttrat sig instämmer i att regeringen bör fastställa övergripande mål samt de övergripande strukturella förutsättningarna för samhällets samlade insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. De flesta instanser som yttrat sig i frågan stödjer även utredningens förslag till övergripande mål. Ett par instanser, bl.a. Statens folkhälsoinstitut, framhåller dock vikten av att regeringen fastställer de delmål som utgör grunden för framtida verksamhetsplaner.

### Skälen för regeringens bedömning

#### *Det epidemiologiska läget i Sverige*

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

Trots detta till synes ganska goda utgångsläge finns det, enligt regeringens uppfattning, anledning till oro för situationen i Sverige. En rad omständigheter talar för att potentialen för spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar i det svenska samhället är stor. Om inte åtgärder vidtas riskerar vi en annan och betydligt mindre gynnsam utveckling.

Den första omständigheten är utvecklingen av antalet insjuknade i andra sexuellt överförbara sjukdomar – klamydiainfektion, gonorré och syfilis. Trots att vi i Sverige satsar mer på prevention än vad som görs i de flesta jämförbara länder har vi de senaste åren inte lyckats att minska spridningen av dessa infektioner. Tvärtom ser vi en ökning av dessa sexuellt överförbara sjukdomar i alla åldersgrupper, en ökning som är kraftigast hos heterosexuella ungdomar och unga vuxna och bland män som har sex med män i alla åldrar. Förutom att den ökade förekomsten av dessa sjukdomar i sig är problematisk visar det att ett ökat riskbeteende finns i befolkningen och kanske främst hos unga människor. Av detta skäl kan man inte slå sig till ro med att man i dag inte kan se någon påtaglig spridning av hivinfektion i ungdomsgrupperna. Tvärtom talar dessa uppgifter för att en sådan utveckling är ett möjligt framtida scenario.

En andra besvärande omständighet är hivutvecklingen i vår närmaste omvärld. Det är främst den snabba spridningen av hivinfektion bland

personer med injektionsmissbruk och personer som är utsatta för prostitution i Ryssland och Baltikum som inger oro. Även om det för närvarande inte finns tecken på någon omfattande spridning till vårt land från dessa områden så innebär de ökade kontakterna med våra grannländer i öst att vår beredskap måste vara hög.

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

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

En annan fråga som bör uppmärksammas inledningsvis är att hiv/aids i Sverige redan från början var, och har fortsatt att vara, ett utpräglat storstadsfenomen. Enbart i Stockholms län finns 60 procent av landets hiv-infekterade och totalt i storstadsregionerna Stockholm, Göteborg och Malmö lever 80 procent av alla hivinfekterade. Det finns även i dessa regioner en klar överrepresentation av de grupper som är särskilt riskutsatta för hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. De största spridningsriskerna finns alltså i storstadsområdena.

### *Den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling*

Vid den särskilda session om hiv/aids som hölls i FN:s generalförsamling år 2001 ställde sig regeringarna i FN:s medlemsstater bakom en deklARATION om behovet av omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av hiv/aids. I deklARATIONEN påtalas att det krävs såväl globala som regionala och nationella åtgärder för att stoppa den världsomspännande epidemin.

I deklARATIONEN betonas vikten av att hiv/aids står högt på den politiska dagordningen. Ett starkt ledarskap på samtliga nivåer i samhället krävs samt att tillräckliga resurser avsätts för arbetet. Vid remissbehandlingen har ett stort antal instanser framhållit vikten av att det nationella arbetet utgår från deklARATIONEN från FN:s generalförsamling och vikten av att hiv/aids hamnar högt på den politiska dagordningen.

DeklARATIONEN lägger också stor vikt vid framtagandet av en nationell sektorsövergripande handlingsplan mot hiv/aids samt att regionala och lokala handlingsplaner och policydokument utvecklas baserade på den nationella planen. I deklARATIONEN betonas även att de nationella strategierna bör omfatta insatser inom en rad samhällssektorer. En rad av de områden som lyfts fram i FN-deklARATIONEN har stor relevans för arbete med att förebygga och minska konsekvenserna av hiv/aids i Sverige. I



tillämpliga delar bör det nationella arbetet utgå från de åtaganden som återfinns i deklARATIONEN. Inom ramen för diskussionen av respektive område i avsnitt 7–10 refererar regeringen till de åtaganden som återfinns i deklARATIONEN. Vissa områden, särskilt i fråga om Sveriges globala åtaganden, ligger dock utanför denna proposition.

Den 31 maj–2 juni 2006 kommer FN:s generalförsamling att hålla ett möte för att följa upp genomförandet av deklARATIONEN.

### *Mål för samhällets insatser*

Samhällets insatser för att förebygga spridning av hivinfektion och andra smittsamma sjukdomar bör som framhålls i avsnitt 6 utgå från den nationella folkhälsopolitiken och uppföljningen av det övergripande folkhälsopolitiska målet. Det av riksdagen antagna övergripande nationella folkhälsomålet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Följaktligen anger det övergripande målet en inriktning på den nationella folkhälsopolitiken där det är särskilt viktigt att motarbeta ojämlikheter i hälsa som bottnar i kön, klasstillhörighet, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, funktionsned-sättning eller ålder. Enligt regeringens bedömning är denna inriktning, i likhet med vad som Stiftelsen Noaks Ark-Röda Korset lyfter fram i sitt remissvar, i allra högsta grad aktuell även i fråga om att förebygga och minska konsekvenserna av hiv/aids. Detta är särskilt angeläget mot bakgrund av att de grupper som är mest utsatta när det gäller hiv/aids många gånger även har en utsatt hälsosituation i övrigt

Inom målområdet Gott skydd mot smittspridning finns i nuläget det mål för samhällets smittskydd som anges i smittskyddslagen (2004:168). Detta mål är att samhällets smittskydd skall tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning mot smittsamma sjukdomar. I smittskyddslagen anges även vissa allmänna riktlinjer för smittskyddet, bl.a. anges att smittskyddsåtgärder skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Vidare anges att åtgärderna skall vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet samt att åtgärder som den enskilde motsätter sig endast får vidtas om inga andra möjligheter står till buds. När åtgärder rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Det mål och de riktlinjer som anges i smittskyddslagen är naturligtvis tillämpliga i fråga om samhällets insatser mot hiv/aids.

Samhällets insatser mot hiv/aids behöver dock genomföras även inom andra samhällssektorer än det renodlade smittskyddsområdet. Mot denna bakgrund föreslog utredningen att det även skall finnas ett särskilt mål för samhällets insatser mot hiv/aids och andra likartade smittsamma sjukdomar. Enligt utredningens förslag bör målet vara att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde.

Vid remissbehandlingen har de flesta instanser som yttrat sig stött utredningens förslag till övergripande mål. Även regeringen ser stora fördelar med det av utredningen föreslagna målet. En sådan fördel är att fokus riktas både mot insatser för att förebygga spridning av sjukdomen

och insatser för att minska konsekvenserna av sjukdomen. Därigenom ges ett konkret uttryck för att arbetet med att stödja smittade individer är ett nödvändigt inslag i arbetet med att förebygga ytterligare spridning av sjukdomen. Vidare vittnar det av utredningen föreslagna målet om en insikt om att arbetet med att förebygga hiv/aids är nära knutet till arbetet med att förebygga annan smittspridning. En sådan koppling finns mellan insatser för att förebygga hivinfektion och insatser som att förebygga andra sexuellt överförbara sjukdomar. Regeringen anser dock att utredningens förslag till mål medför en onödig begränsning av möjligheterna till synergier mellan arbetet med att förebygga hivinfektion och möjligheterna att förebygga andra smittsamma sjukdomar. Det mest konkreta exemplet är andra blodburna sjukdomar som hepatit B och C. Av detta skäl anser regeringen att det övergripande målet bör vara att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde.

I samband med remissbehandlingen har utredningens förslag att regeringen skall överlåta till Socialstyrelsen att fastställa delmål fått skarp kritik. De flesta instanser som yttrat sig anser i stället att regeringen bör fastställa även delmål. Enligt regeringens bedömning finns det skäl att fastställa delmål inom tre områden: den spridning som sker i Sverige samhällets förmåga att identifiera smittade personer som kommer till Sverige samt i fråga om att skapa en mer realistisk och öppen syn på sjukdomen. Det sistnämnda området innebär att insatser måste vidtas för att förbättra förutsättningarna att motverka diskriminering och för hiv-smittade att vara öppna med sjukdomen och få det stöd som behövs. Mot denna bakgrund anser regeringen att följande delmål bör gälla:

- antalet nyupptäckta fall av hivinfektion där smittöverföringen skett i Sverige skall halveras till år 2016,
- hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare skall identifieras inom två månader och för övriga grupper som vistats i högendemiska områden inom sex månader, samt
- kunskapen om hiv/aids och om hur det är att leva med sjukdomen skall förbättras i offentlig verksamhet, i arbetslivet och i samhället i stort.

**Regeringens bedömning:** En normalisering av hiv/aids-området bör eftersträvas. Synen på sjukdomen bör förändras så att den blir mer realistisk och öppen och så att förutsättningarna att motverka diskriminering förbättras. En integrering av de förebyggande och behandlande insatserna bör eftersträvas i förhållande till det arbete som utförs inom närliggande områden eller som är i linje med det övergripande folkhälsopolitiska målet.

Det långsiktiga förebyggande arbetet förblir grunden i den statliga satsningen inom området. Därutöver bör även insatser som i huvudsak rör epidemiologi och förebyggande arbete inom ramen för hälso- och sjukvården samt mer akuta insatser kunna vidtas. Ett närmare samarbete mellan smittskydd respektive folkhälsa och samhällsmedicin behöver utvecklas.

Insatserna bör genomsyras av ett genusperspektiv och synen på sexualitet tydliggöras. Vidare bör arbetet i stor utsträckning integreras med de insatser som vidtas inom målområdet Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De flesta instanser, bl.a. ett stort antal landsting, konstaterar att utredningen gjort en noggrann analys av de insatser som vidtas i syfte att begränsa spridning och konsekvenser av hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Merparten av instanserna instämmer i att det hälsofrämjande arbetet behöver stärkas på många håll. Enligt *Svenska kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* har det hälsofrämjande arbetet i landsting och kommuner redan genomgått en förbättring. *Läkare mot AIDS* har en del dubier om huruvida betänkandet kommer att få den stora betydelse som det skulle kunna få i kraft av sin insiktsfullhet om hivhotets realiteter.

Ett stort antal instanser, bl.a. flera landsting, välkomnar att utredningen lyfter fram det individriktade folkhälsoarbetet som bedrivs inom hälso- och sjukvården. Ett par instanser, bl.a. *Smittskyddsinstitutet* och *Västra Götalands läns landsting*, betonar att hälso- och sjukvården har förutsättningar att bedriva det mest kostnadseffektiva formen av förebyggande arbete.

Ett stort antal instanser, bl.a. *Statens folkhälsoinstitut*, *Smittskyddsläkarföreningen* och ett par landsting, påtalar att en samlad strategi för att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar förutsätter ett brett folkhälsoperspektiv och ett engagemang från flera sektorer i samhället. De samlade resurserna för förebyggande insatser finns enligt Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet främst inom hälso- och sjukvård, skola, socialtjänst och missbrukarvård.

Statens folkhälsoinstitut och *Malmö kommun* anser att utredningen inte lyft fram det breda folkhälsoarbete som bedrivs i kommuner och landsting tillräckligt. Enligt Malmö kommun bör de förebyggande insatserna på olika kommunala arenor förtydligas och sättas in i ett mer strategiskt perspektiv. Socialtjänstens yttersta ansvar för personer som bor i kommunen betonas enligt *Stockholms läns landsting* inte tillräckligt. Statens

folkhälsoinstitut och ett par landsting påtalar att utredningen medikaliserar problematiken och inte i tillräckligt hög grad lyfter fram det hälsofrämjande perspektivet eller diskuterar hur det icke-patientrelaterade arbetet skall gå till.

Flera instanser, bl.a. flera landsting och Smittskyddsläkarförningen, framhåller att det är värdefullt att utredningen klarlägger begreppen folkhälsoarbete och smittskydd och att detta är ett viktigt steg på vägen mot en mer vidgad helhetssyn.

Statens folkhälsoinstitut framhåller att det är angeläget att tydliggöra genusperspektivet och synen på sexualitet.

Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut konstaterar att epidemiologin skiljer sig åt mellan de sexuellt överförbara sjukdomarna och att en fördjupad analys av spridningsmönstren för respektive sjukdom är nödvändig för att insatserna skall kunna differentieras. Ett par instanser konstaterar att utredningen till övervägande del fokuserar på hivinfektion och att förhållandevis liten del ägnas åt övriga sexuellt överförbara infektioner. Även om problemen är störst i storstäderna är det enligt bl.a. Västra Götalands läns landsting viktigt att även uppmärksamma situationen i övriga landet.

### **Skälen för regeringens bedömning**

Så här drygt 20 år efter det att hiv epidemin upptäcktes i vår del av världen torde samhället ha en strävan efter att se en normalisering av hiv/aids-området. Kunskaperna om hivinfektion har ökat jämfört med slutet av 1980-talet. Det kan konstateras att det under de senaste tio åren gjorts betydande framsteg såväl när det gäller de medicinska kunskaperna om sjukdomen som när det gäller uppehållande behandling. De nya behandlingsmetoder som tagits fram verkar kunna skapa möjligheter att hindra inträdet av aidsrelaterade sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för ett längre och friskare liv för många av de smittade. En del i strävan mot normalisering bör som regeringen konstaterade i propositionen Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30, bet. 2003/04:SoU6, rskr. 2003/04:178) vara att så långt möjligt undvika särreglering av hivinfektion i olika sammanhang. Denna strävan kan även ta sig uttryck i ett aktivt arbete för en förändring av synen på sjukdomen så att denna blir mer realistisk och öppen och så att förutsättningarna att motverka diskriminering förbättras. Ett sådant arbete pågår redan i involverade myndigheter och inte minst bland frivilligorganisationerna. En normalisering bör dock även eftersträvas genom en större integrering av förebyggande eller behandlande insatser i det arbete som utförs inom närliggande områden. Det är även viktigt att arbetet med att förebygga hivinfektion och andra smittsamma sjukdomar samordnas med övrigt folkhälsoarbete på alla nivåer i samhället.

En samlad strategi för att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar förutsätter som många instanser betonat ett brett folkhälsoperspektiv och ett engagemang från flera sektorer i samhället. Landstingen och smittskyddsläkarna har naturligtvis en självklar roll i det smittförebyggande arbetet genom den lagreglering som finns i form av smittskyddslagen. Frågan kan dock inte reduceras enbart till en ren smittskyddsfråga eller till en fråga som kan hanteras inom

ramen för hälso- och sjukvården. Bakgrunden till den ökade risken för sexuellt överförbara sjukdomar rör övergripande mänskliga beteenden, attityder och trender, t.ex. sexualmönster och drogmissbruk. Frågan förutsätter att ett brett folkhälsoarbete utvecklas i kommuner och landsting och att även andra aktörer kan involveras i det förebyggande arbetet.

Hälso- och sjukvården bör dock enligt utredningen inom ramen för det patientrelaterade arbetet svara för en stor del av den förstärkning av de förebyggande insatserna mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar som behövs. En bättre mobilisering av hälso- och sjukvårdens resurser behövs enligt utredningen för att bryta den ökande spridning av sexuellt överförbara sjukdomar – klamydiainfektion, gonorré och syfilis – som noterats under flera år men även för att klara en eventuell ökad hivspridning i samhället. För att klara denna utmaning måste hälso- och sjukvården genomföra förstärkningar och förbättringar inom områden som man redan i dag arbetar med, bl.a. diagnostik, behandling, uppföljning och kontaktpårning. Dessutom måste de relevanta verksamheterna mer generellt ha ett mer hälsofrämjande arbetssätt där breda långsiktiga preventiva insatser i större utsträckning blir en del av vardagsarbetet.

Ett stort antal instanser välkomnar att utredningen lyfter fram det individuella folkhälsoarbetet som bedrivs inom hälso- och sjukvården. Vissa instanser framhåller att det mest kostnadseffektiva sättet att minska spridningen i ett land med så få smittade som Sverige är att lägga resurserna på de redan smittade. Primärpreventionen har enligt bl.a. Västra Götalands läns landsting stor och sannolikt avgörande betydelse för bekämpningen av hivinfektion i samhället i ett långsiktigt perspektiv. Det är dock tveksamt om primärpreventiva insatser varit avgörande för att förhindra smittspridning av hivinfektion i Sverige hittills.

Flera remissinstanser har anslutit sig till utredningens uppfattning att utan ett större engagemang och bättre koordinerade insatser från hälso- och sjukvårdens sida så kommer samhället att få svårt att klara de utmaningar som det preventiva arbetet står inför. Utredningen betonade dock att detta inte innebär att hälso- och sjukvården skall ta över genomförande av och ansvaret för de stora preventiva insatser som i dag bedrivs på andra håll i samhället.

Vid remissbehandlingen har det framkommit kritik mot att utredningen medikaliserar problematiken och inte i tillräckligt hög grad lyfter fram det hälsofrämjande perspektivet. Det har även framkommit synpunkter på att utredningen inte belyser kommunernas och landstingens folkhälsoarbete tillräckligt. Ett par instanser frågar sig även hur utredningen tänkt att det icke-patientrelaterade arbetet skall ske. Enligt Statens folkhälsoinstitut är det en brist att utredningen inte skiljer på hälso- och sjukvårdens sjukdomsförebyggande roll och det övriga folkhälsoarbetet som sker inom både landsting och kommuner.

Enligt institutet måste samhällets insatser utgå från en analys av viktiga samhällsliga bestämningsfaktorer till hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar som social utslagning, diskriminering, brist på inflytande, sexistisk maktutövning, etnisk diskriminering, användning av alkohol och andra droger.

I avsnitt 6 återfinns en redogörelse för utgångspunkterna för den övergripande folkhälsopolitiken och det fokus som detta politikområde har på

samhälleliga bestämningsfaktorer. Som regeringen konstaterar i avsnitt 6 bör samhällets insatser för att förebygga spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar utgå från den nationella folkhälsopolitiken och uppföljningen av det övergripande folkhälsopolitiska målet. Vidare redovisas vilka bestämningsfaktorer som identifierats som mest betydelsefulla för arbetet inom målområdena Gott skydd mot smittspridning och Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa samt vilka politikområden som är av betydelse för att påverka utvecklingen i dessa avseenden. Enligt regeringens bedömning bör dessa utgångspunkter vara vägledande för de överväganden som redovisas fortsättningsvis i detta avsnitt.

I detta sammanhang finns det även anledning att skärskåda den distinktion som i bland görs mellan begreppen smittskydd å ena sidan och folkhälsoarbete å den andra. I bland framförs uppfattningen att dessa två begrepp representerar åtskilda entiteter och t.o.m. skilda synsätt på problemen. Smittskydd skulle i sådant fall huvudsakligen utgöras av preventiva insatser riktade till smittade individer till skillnad mot det långsiktiga förebyggande folkhälsoarbetet. Utredningen gjorde bedömningen att det varken är teoretiskt korrekt eller praktiskt meningsfullt att göra en sådan tydlig distinktion av dessa verksamheter. I likhet med utredningen har flera remissinstanser vid remissbehandlingen framhållit att den begreppsförvirring som råder i högsta grad riskerar att försvåra möjligheterna till samarbete. I själva verket så har dessa begrepp en stor gemensam kärna i form av preventiva insatser riktade till allmänheten eller till vissa grupper. Genom att klarlägga den nära kopplingen mellan begreppen folkhälsoarbete och smittskydd skapas förutsättningar för en mer vidgad helhetsyn.

Vad gäller hur de preventiva frågorna organisatoriskt hanteras på lokal nivå konstaterade utredningen att den tudelade arbetsmodell som utvecklats i bland med bristande kontakter mellan företrädare för folkhälso- respektive smittskyddsenheter inte har gynnat en samlad lokal ansats på området. Utredningen konstaterade dock att ett successivt ökat samarbete, och inte så sällan en integrering mellan de olika verksamheterna glädjande nog har ägt rum. Denna utveckling är, enligt regeringens uppfattning, en viktig förutsättning för att uppnå målet med insatserna för att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Det är därför angeläget att initiativ tas för att åstadkomma en ökad integrering och ett närmare samarbete mellan vad som i dag betecknas som smittskydd respektive folkhälsa/samhällsmedicin.

### *Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa*

Ett par instanser har betonat att den starka kopplingen som finns mellan hivinfektion och sexuellt överförbara infektioner gör det viktigt att tydliggöra genusperspektiv och syn på sexualitet. Detta är även angeläget med tanke på att preventionsstrategierna när det gäller unga vuxna bör kopplas till preventionen av oönskade graviditeter (se avsnitt 7.4.5). I propositionen Mål för folkhälsan föreslog regeringen att Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa skall utgöra ett målområde inom ramen för den nationella folkhälsopolitiken. I propositionen konstateras att Sverige har en lång tradition när det gäller upplysningsarbete kring

frågor relaterade till sexualitet och samlevnad. Att främja en trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa i befolkningen har utgjort en hörnsten i det folkhälsopolitiska arbetet. Prevention av oönskade graviditeter och av sexuellt överförbara sjukdomar måste bli än mer integrerad i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet, särskilt i de insatser som riktas till ungdomar. Att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende handlar främst om att stärka individens egen identitet och självkänsla och öka förmågan att hantera relationer till andra människor. Det preventiva arbetet bör ta fasta på det friska och det positiva utan att för den skull negligera hälsoriskerna. Dessa bedömningar bör även gälla som utgångspunkt för de preventionsstrategier som behandlas i denna proposition.

### *Kvinnors och mäns behov av insatser*

I deklARATIONEN om hiv/aids från FN:s generalförsamling år 2001 betonas att jämställdhet mellan kvinnor och män och kvinnors rätt att bestämma när och om de har sexuella kontakter är en central förutsättning för att minska kvinnors och flickors utsatthet för hiv/aids. Eftersom kvinnor och flickor globalt är särskilt drabbade av hiv/aids betonas vikten av att utforma och påskynda genomförandet av nationella strategier som främjar kvinnors framsteg och deras fulla åtnjutande av alla mänskliga rättigheter.

Som framgår av avsnitt 3.1 präglas den globala hivpidemin av att kvinnor och flickor är överrepresenterade bland dem som smittas av hiv/aids. Även i Sverige utgör kvinnor och flickor en betydande andel av de fall med hiv/aids som upptäcks. I gruppen personer med utländsk bakgrund som smittats före invandring till Sverige är kvinnor överrepresenterade. Däremot är män överrepresenterade bland de fall som smittats i Sverige.

Skillnader mellan kvinnor och män tar sig uttryck i faktiskt hälsoutfall, i skilda livsvillkor och levnadsvanor men även i obalans i maktförhållandena mellan könen (se även propositionen Kvinnofrid prop. 1997/98:55). För att förbättra kvinnors möjligheter att skydda sig mot hivinfektion, är det angeläget att göra det möjligt för kvinnor att ha kontroll över och fritt och ansvarsfullt besluta om frågor som gäller deras sexualitet och att män tar ansvar för sitt sexuella beteende. Detta innebär bl.a. att åtgärder för att förebygga och motverka spridningen av hiv/aids nödvändigtvis måste fokusera på att motverka mäns makt över kvinnor, förändra normer som tillåter sexuella övergrepp mot kvinnor, flickor och pojkar, samt olika åtgärder för att motverka mäns utnyttjande av personer i prostitution.

Detta ställer krav på att samhällets verksamheter utformas för att nå ut till både kvinnor och män oavsett ålder och livsvillkor i övrigt. Det kan t.ex. finnas behov av särskilda insatser för att öka mäns ansvarstagande för säkert sexuellt umgänge eller att nå kvinnor med utländsk bakgrund med information om hivprevention samt sex och samlevnad. Vidare ställs det krav på särskilda verksamhetsformer för att ungdomsmottagningarna och skolhälsovården i större utsträckning skall kunna nå ut till pojkar och förbättrade metoder för att öka testningsfrekvensen bland män.

## 7.3.1 Insatser inom hälso- och sjukvården

**Regeringens bedömning:** Hälso- och sjukvården behöver i större utsträckning än i dag präglas av ett hälsofrämjande arbetssätt. Tillgängligheten till diagnostik, behandling och uppföljning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar behöver förbättras. Det är även angeläget att fler individer i riskutsatta grupper erbjuds regelbunden hivtestning och rådgivning samt att kvaliteten på smittspårningen förbättras. Socialstyrelsen bör på ett mer kraftfullt sätt stimulera utvecklingen inom hälso- och sjukvården i en mer hälsofrämjande riktning samt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att förebygga hivinfektion och andra smittsamma sjukdomar.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Ett stort antal instanser, bl.a. många landsting, stödjer förslaget att hälso- och sjukvårdens arbetssätt måste utvecklas i en mer preventiv och hälsofrämjande riktning. En del landsting konstaterar att en ökad tillgänglighet och ökade preventiva insatser sannolikt skulle medföra ökade kostnader för landstingen. Vissa andra instanser, bl.a. *Västra Götalands läns landsting*, betonar att utredningens överväganden snarare handlar om en kunskapsförhöjning och en medvetenhet om vikten av att fatta strategiska beslut.

Flera instanser, bl.a. *Stockholms läns landsting* och *Svenska Läkaresällskapet*, framhåller att det är betryggande att utredningen ser behovet av möjligheter till diagnostik, behandling och uppföljning. *Läkare mot AIDS* betonar att möjligheterna till hivtestning i nuläget är mycket begränsade och akut måste förbättras. Enligt *Stockholms läns landsting* är det bra att utredningen vill förbättra möjligheterna till testning och rådgivning för riskutsatta individer. *Hallands läns landsting* påtalar vikten av att provtagningen kombineras med en betydande informations- och motiveringsinsats. I annat fall kan provtagningen enligt landstingen uppfattas som en sorts lägeskontroll och få motsatt effekt.

Ett stort antal instanser, bl.a. *Riksförbundet för sexuell upplysning* och *Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning*, ser med glädje att utredningen ser hälso- och sjukvårdspersonalens behov av utbildning i sex- och samlevnadsfrågor, inkluderat frågor runt homosexuella, bisexuella och transpersoners situation. Ett par instanser, bl.a. *Statens folkhälsoinstitut*, instämmer i att sjukvårdshuvudmännen bör sträva efter att höja sjukvårdspersonalens kompetens rörande förebyggande och hälsofrämjande arbete.

**Bakgrund:** Hälso- och sjukvårdens ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). 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 ett omfattande ansvar. I 1 § HSL definieras hälso- och sjukvård som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I 2 c § HSL sägs uttryckligen att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa.



Där föreskrivs också att den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, skall ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Patienten skall enligt lagen ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten skall den i stället lämnas till patientens närstående. Av 3 § HSL följer en skyldighet för landstingen att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Vidare föreskrivs att landstinget även i övrigt skall verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

När det gäller smittsamma sjukdomar finns ett ännu tydligare ansvar för landstingen för de förebyggande frågorna. Enligt smittskyddslagen (2004:168) ansvarar varje landsting för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet. Ansvaret för direkta smittskyddsåtgärder skall vila på smittskyddsläkarna och de behandlande läkarna. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma inom smittskyddet skall vid behov upplysa patienter om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal skall även vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt. Den behandlande läkaren skall ge den smittade medicinska och praktiska råd vid samtliga smittsamma sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen. Om det är fråga om smitta av en allmänfarlig sjukdom skall den behandlande läkaren även besluta om individuellt utformade förhållningsregler för den smittade i syfte att förhindra smittspridning.

Enligt smittskyddslagen har smittskyddsläkaren det samlade ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar. Vidare skall smittskyddsläkaren planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet. I smittskyddsläkarens uppgifter ingår 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. Vidare skall smittskyddsläkaren 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. Härutöver skall smittskyddsläkaren se till att förebyggande åtgärder vidtas. Ett exempel på förebyggande åtgärder är arbetet kring vaccinationer. Till smittskyddsläkarens uppgifter hör även vissa uppgifter av myndighetskaraktär, t.ex. att pröva och ändra meddelade förhållningsregler och besluta om vissa tvångsåtgärder.

## **Skälen för regeringens bedömning**

### *En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*

Det finns flera skäl som starkt talar för att hälso- och sjukvården i större utsträckning bör involveras i det preventiva arbetet. Det generella resonemanget om hälso- och sjukvården som kunskapsgenererare gäller förvisso i detta sammanhang och det gäller därför att i större utsträckning ta till vara den kunskap om såväl klinisk medicin som människors beteende som finns samlad på olika nivåer. En annan viktig faktor är hälso- och

sjukvårdens breda kontaktytor och goda renommé hos allmänheten. Denna stora kontaktyta med riskutsatta ungdomar och vuxna ger ypperliga tillfällen till preventiva insatser med stora möjligheter till framgång, särskilt om dessa insatser är en del i en genomtänkt nationell strategi där nätverksbyggande med hjälp av professionella aktörer är en viktig komponent. Även för personer med utländsk bakgrund har den svenska sjukvården en viktig uppgift att fylla. Studier i invandrartäta områden har visat att såväl ungdomar som vuxna sätter stor tilltro till vården och att även unga personer utnyttjar de resurser i form av skolhälsovård, ungdomsmottagningar och annan primärvård som erbjuds.

Den ställning som hälso- och sjukvården har i samhället gör att det inte bara är önskvärt utan också nödvändigt att hälso- och sjukvården i större utsträckning än i dag genomsyras av ett hälsobefrämjande arbetssätt. Om hälso- och sjukvård bedrivs helt separerat från det förebyggande arbetet kommer preventionen att betraktas som mindre väsentlig både i personalens och patienternas ögon. Ett stort antal remissinstanser, bl.a. många landsting, betonar också i samband med remissbehandlingen att hälso- och sjukvårdens arbetssätt måste ges en mer preventiv och hälsofrämjande riktning.

Utredningen konstaterade att hälso- och sjukvårdens engagemang i det preventiva arbetet ytterst handlar om att sjukvårdshuvudmännen i större utsträckning än i dag behöver låta det preventiva arbetet genomsyra det ordinarie hälso- och sjukvårdsarbetet samt stötta och fördjupa insatserna inom de verksamheter som mer direkt möter de behov av förebyggande insatser som finns, t.ex. ungdomsmottagningar, mödravård och andra specialmottagningar som riktar sig till utsatta grupper. Rent praktiskt kan det röra sig om stöd och utbildning till personalen för att bättre kunna handskas med frågor kring sex och samlevnad, inkluderande en förbättrad kompetens i frågor som rör homosexuella, bisexuella och transpersoner, satsningar på hälsouppllysning direkt riktad till vissa grupper med högre risk att utsättas för hivinfektion och sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar eller ett större deltagande från t.ex. ungdomsmottagningarnas sida i skolans sex- och samlevnadsundervisning.

I propositionen Mål för folkhälsa (prop. 2002/03:35) konstaterade regeringen att hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, sin auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen. En hälsoorientering av hälso- och sjukvården innebär enligt regeringen en förskjutning i synen på vilka kunskaper och vilka arbetssätt som är mest effektiva för att förebygga och främja hälsa på lång sikt. Vidare konstateras att hälso- och sjukvården i större utsträckning bör använda sin auktoritet, kunskap och kontaktyta för att främja hälsa i mötet med patienter och anhöriga och mer systematiskt integrera relevanta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande aspekter i det löpande arbetet så att de blir naturliga delar i hela vårdkedjan. Det faktum att hälsans bestämningsfaktorer i stor utsträckning återfinns inom andra samhällssektorer minskar enligt regeringen inte betydelsen av hälso- och sjukvårdens insatser i det samlade folkhälsoarbetet. En hälsofrämjande och förebyggande inriktning inom hälso- och sjukvården höjer vårdens kvalitet och utgör en viktig del i ansträngningarna att effektivisera vården. Hälso- och sjuk-

vårdens råd i livsstilsfrågor är långsiktigt kostnadseffektiva. Ett förebyggande arbete kan både på kort och lång sikt minska vårdbehovet.

För att få en bild av det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvården har regeringen uppdragit åt Socialstyrelsen att genomföra en kartläggning av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. I oktober 2005 presenterade Socialstyrelsen rapporten Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. I rapporten konstateras att det förebyggande arbetet är ett förhållningssätt som präglas av en helhetssyn på människan med grundsynen att människor kan ta eget ansvar för sin hälsa och med strävan att förstå vad det är som gör att människor kan hålla sig friska. Det finns en risk för att stöd till patienternas hälsoutveckling uteblir om personalen inte har tillräcklig kunskap och utbildning i förebyggande arbete samt om styrning och uppföljning saknas eller är otydlig. Det traditionella vårdande och behandlande synsättet bör enligt styrelsen i större utsträckning gå hand i hand med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt. De metoder i förebyggande arbete som är tillgängliga och har vetenskapligt stöd behöver tillämpas i större utsträckning i den hälsofrämjande hälso- och sjukvården än vad som görs i dag. Utbildningen i hälsoarbete och dess metoder bör förstärkas i grundutbildningen för läkare och sjuksköterskor samt i landstingens fortbildning av hälso- och sjukvårdspersonal. För att hälso- och sjukvården skall kunna bidra till en bättre folkhälsa måste samarbetet med kommunerna och andra viktiga aktörer på området stärkas. Även styrning och uppföljning är centralt för att det förebyggande arbetet skall kunna stärkas. Utvecklandet av nationella indikatorer för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet skulle även bidra till kvalitetsutvecklingen samt göra öppna jämförelser av insatsernas kvalitet och effektivitet möjliga.

Bland de statliga myndigheterna är det närmast Socialstyrelsen som borde ta en mer aktiv del i att driva utvecklingen inom hälso- och sjukvården i mer hälsofrämjande riktning. Socialstyrelsen har bl.a. möjligheter att påverka utvecklingen såväl med de legala och administrativa styrinstrument som Socialstyrelsen äger – främst i form av normering och tillsyn – som med ekonomiska incitament och andra mer understödjande initiativ. Enligt regeringens bedömning är det angeläget att Socialstyrelsen på ett kraftfullt sätt stimulerar utvecklingen inom hälso- och sjukvården i en mer hälsofrämjande riktning.

I den folkhälsopolitiska rapport som Statens folkhälsoinstitut överlämnade till regeringen i oktober 2005 redovisades utvecklingen av bestämningsfaktorerna över tid samt de insatser som myndigheter, landsting och kommuner gör för att påverka folkhälsan. I detta sammanhang berördes särskilt arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården i en hälsofrämjande riktning. Under år 2006 har regeringen för avsikt att återkomma till riksdagen med en folkhälsopolitisk skrivelse. I skrivelsen kommer regeringen att redovisa sina överväganden beträffande det hälsofrämjande arbetet i hälso- och sjukvården.

I detta sammanhang finns det skäl att i mer detalj kommentera det patientinriktade arbetet som sker inom hälso- och sjukvården när det gäller hivinfektion och sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. En viktig fråga i detta avseende är hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. På många håll i landet har man i dag långa väntetider för diagnostik och behandling av sexuellt överförbara sjukdomar. Att många smittade inte får tillgång till behandling och kvalificerad rådgivning i dessa frågor tämligen omgående är givetvis förödande för det förebyggande arbetet. Det är väl känt att möjligheten att nå ungdomar försämras om tillgängligheten är dålig. Inte minst när det gäller symptomfattiga sjukdomar kan detta innebära att man missar möjligheten till diagnos, behandling och uppföljning. Förbättringar inom detta område kan som en del landsting framhållit kräva ökade resurser. En del andra instanser konstaterar dock att utredningens bedömningar snarare handlar om att inse vikten av att fatta strategiska beslut och att se till att det finns kunskap i organisationen om vad en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård innebär. Också mer okonventionella grepp när det gäller förändringar i tidboknings-system, telefontider och öppettider har, utan stora resursförstärkningar, visat sig kunna medföra förbättringar.

Smittspårning är naturligtvis av central betydelse för att förhindra smittspridning. Förutom att vara ett medel för att upptäcka andra smittade personer och förhindra fortsatt smittspridning, är den viktig för att tillfälle ges till preventiv rådgivning för den som testas negativ i utredningen. För den enskilde vars infektion upptäcks genom kontaktspårning är den tidigarelagda diagnosen av medicinsk vikt. Man får också betydelsefull epidemiologisk information som är värdefull för utformandet av hivpreventiva metoder och åtgärder. Det är väl känt att kvaliteten i kontaktspårningsarbetet varierar kraftigt mellan olika typer av verksamheter och nyare studier talar för att det finns utrymme för stora förbättringar på många håll.

En förutsättning för tidig diagnos av hivinfektion, som har ett genomsnittligt och i många fall symptomfritt sjukdomsförlopp på tio år, är en riktad och omfattande testning. Vid remissbehandlingen har flera instanser framhållit vikten av en tillgänglig testningsverksamhet. Läkare mot AIDS påtalar att det är märkligt att möjligheten till hivtestning i Sverige – det land som var hivtestningens pionjärland från år 1984 och framåt – överhuvudtaget är ett stort problem. Varje enskilt fall av hivinfektion som skulle kunna förebyggas kostar enligt föreningen, bortsett från de mänskliga tragedier som de medför, stora belopp under flera år.

Hivtestning sker i olika sammanhang. Många individer testas genom olika screeningprogram, där screening av gravida kvinnor och av blodgivare dominerar men där vissa screeningprogram även riktas till andra riskutsatta grupper. Hivtestningen av blodgivare och gravida kvinnor är en förutsättning för att förhindra smittspridning via blod eller från mor till barn. Screening av blodgivare är reglerad i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2001:2) till skydd mot smitta genom blodtransfusion och screening av gravida i Socialstyrelsens föreskrifter om infektionscreening av gravida (SOSFS 2004:13).

Testning äger också rum på individuell basis av riskutsatta personer som antingen själva sökt sig till vården eller kallats vid kontaktspårning. Till detta kommer det stora antal individer som testas på grund av klinisk misstanke om att de infekterats med hivinfektion.

I diskussionen av inriktningen på de preventiva insatserna riktade till särskilda målgrupper pekade utredningen genomgående på betydelsen av att upprätthålla en hög testningsfrekvens i riskutsatta grupper. Detta gäller män som har sex med män, personer med injektionsmissbruk, inflyttande personer från högendemiska områden och utlandsresenärer men även i stor utsträckning heterosexuella ungdomar och unga vuxna. Utredningen ansåg att alla personer som tillhör en riskutsatt grupp vid kontakter med hälso- och sjukvården, oberoende av kontaktorsak, med jämna mellanrum bör erbjudas testning. Detta ligger i linje med den policy som förespråkas i andra europeiska länder och i USA.

Vid remissbehandlingen har flera instanser instämt i att det finns behov av att erbjuda fler personer från de riskutsatta grupperna testning. Hallands läns landsting konstaterar att förslaget kan få motsatt effekt om det uppfattas som en sorts lägeskontroll. För att få betydelse för det förebyggande arbetet måste provtagningen kombineras med en betydande informations- och motiveringsinsats.

För närvarande pågår vid Socialstyrelsen även ett arbete med att ta fram en strategi i fråga om tillgänglighet för diagnostik, behandling och uppföljning, smittspårning samt testning. Dessa olika frågor är mycket intimt förknippade med varandra vilket medför att det finns behov av att ta ett samlat grepp om dem. Ambitionen att höja testningsfrekvensen för riskutsatta grupper, t.ex. genom mer aktivt uppsökande verksamhet med hälso- och sjukvården i samverkan med frivilligorganisationer, ställer större krav på tillgänglighet i vården vid en ökad tillströmning av patienter. Fler patienter leder till fler diagnoser, som i sin tur leder till ökad smittspårning, vilket ger upphov till fler diagnoser med ökade krav på resurser för behandling och stöd, rådgivning och smittspårning. Följaktligen är det nödvändigt att driva ett samlat och långsiktigt strategiskt arbete inom hela detta område.

Den 21 oktober 2005 fattade Socialstyrelsen beslut om föreskrifter och allmänna råd om smittspårning. De nya föreskrifterna och allmänna råden trädde i kraft den 18 november 2005. Socialstyrelsen planerar även att i samarbete med landstingen ta fram strategier för att genomföra och undervisa om smittspårning. Inventering av metoder och kunskap för att mäta smittspårningen och vilka effekter den har bör stödjas så att en kontinuerlig uppföljning av effekterna av information och undervisning kan göras. Det behövs även en inventering av hur tillgängligheten till provtagning, behandling och uppföljning ser ut och varierar för att kunna följa hur den förbättras. Särskilt behöver tillgängligheten som framhållits ovan förbättras för identifierade riskgrupper och riskutsatta personer. Under hösten 2005 har Socialstyrelsen även tagit fram ett meddelandeblad om vikten av att förbättra tillgången till testning.

Utredningen föreslog att statligt stöd bör kunna utgå till sjukvårdshuvudmännen för strategiska satsningar på insatser för att förebygga hiv-infektion och sexuellt överförbara sjukdomar inom hälso- och sjukvårdens ram. Vidare föreslog utredningen att hälso- och sjukvårdens personal bör få stöd och utbildning i sex- och samlevnadsfrågor, inklude-

rande frågor som rör homosexuella, bisexuella och transpersoner samt att samarbetet med andra lokala aktörer, och då främst frivilligorganisationerna, bör stärkas. I avsnitt 10.2 och 10.3 redogör regeringen för planerings- och uppföljningssystemet för de statliga medlen för hiv-prevention samt den övergripande inriktningen för dessa medel. Även regeringens överväganden i avsnitt 8.3 i fråga om kunskapsutveckling och kunskaps spridning har relevans för detta område.

### 7.3.2 Insatser inom skolan

**Regeringens bedömning:** En balanserad och väl genomförd undervisning i sex- och samlevnadsfrågor är av stort värde för alla elever och bör komma alla tillgodo. Jämställdhet samt homo- och bisexualitet och transpersoner bör lyftas fram i undervisningen. Undervisningen bör genomsyras av ett könsperspektiv och vara utformad så att den tillgodoser elevernas behov oberoende av kön, sexuell läggning, funktionshinder, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning.

Kunskapsområdet sex och samlevnad bör tydligare lyftas fram i kursplanerna för grund- och gymnasieskolan. Kunskapsområdet sex och samlevnad bör även lyftas fram inom skolans arbete med värdegrundsfrågor och mänskliga rättigheter. Ansvaret för att stödja utvecklingen inom kunskapsområdet sex och samlevnad bör ligga på skolmyndigheterna.

Elevvården och skolhälsovården bör bättre tas till vara som en hörnsten i det förebyggande arbetet bland ungdomar.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning. Utredningen föreslog dock att Statens folkhälsoinstitut bör intensifiera satsningarna på sex- och samlevnadsundervisningen i skolan och att utbildning i sex och samlevnad bör ingå som ett obligatoriskt moment vid samtliga av landets lärarutbildningar.

**Remissinstanserna:** Ett stort antal instanser, bl.a. *Myndigheten för skolutveckling*, *Ungdomsstyrelsen*, *Barnombudsmannen (BO)* och flera frivilligorganisationer, instämmer i utredningens bedömning om skolans ansvar för ungdomars grundläggande kunskaper om sex och samlevnad och behovet av att stärka sex- och samlevnadsundervisningen. Äntligen tar utredningen enligt *Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)* konsekvenserna av det ansvar som så ofta läggs på skolans undervisning och ser sex- och samlevnadsundervisningens grundläggande roll i preventivt arbete. *BO*, *Riksföreningen för skolsköterskor* och ytterligare ett par instanser betonar att undervisningen bör behandla allas sexuella läggning, utgå från genusperspektivet och komma alla elever till godo oberoende av etnisk och religiös bakgrund. *Handikappombudsmannen* framhåller att även funktionshindrades sexualitet bör uppmärksammas.

Ett par instanser, bl.a. *RFSU* och *Myndigheten för skolutveckling*, påpekar att det är viktigt att bevaka att undervisningen inte bli alltför riskorienterad.

Flera instanser betonar att sex- och samlevnadsundervisningen bör få tydligare utrymme i skolans läro- och kursplaner. Detta skulle enligt

RFSU garantera lärarnas utbildning, elevernas kunskap och höja såväl kvantiteten som kvaliteten på undervisningen. Skolmyndigheterna bör enligt *Västra Götalands läns landsting* få i uppdrag att ta fram tydliga riktlinjer för att genomföra sex- och samlevnadsundervisningen i skolan. *Skolverket* understryker att läroplanen fungerar som ett övergripande styrdokument som skall beaktas när undervisningen utformas lokalt.

Ett stort antal instanser, bl.a. flera kommuner, stödjer utredningens bedömning att Myndigheten för skolutveckling och Skolverket bör ta ett ökat ansvar för pedagogisk utveckling inom området och för uppföljning och utvärdering. Ett par instanser, bl.a. *Statens folkhälsoinstitut*, instämmer i att Skolverket bör få i uppdrag att i särskild ordning följa upp frågorna kring skolans sex- och samlevnadsundervisning. Skolverket betonar att myndigheten för att kunna följa upp och granska undervisningen inom särskilda ämnen behöver ett speciellt uppdrag från regeringen.

Myndigheten för skolutveckling, Statens folkhälsoinstitut och ett par kommuner framhåller att det finns behov av att skolor stärker sitt kvalitetsarbete när det gäller sex- och samlevnadsundervisningen. *Karlstads kommun* framhåller att det finns behov av ökat stöd till kommunerna när det gäller bl.a. evidensbaserade metoder och undervisningsmaterial. RFSU och Myndigheten för skolutveckling instämmer i behovet av en intensifierad statlig satsning på det hivpreventiva arbetet i skolan och att en sådan bör omfatta en ytterligare fördjupning vad avser internationellt beprövade metoder och strategier.

Ett stort antal instanser, bl.a. flera kommuner och landsting, uttalar starkt stöd för att utbildning i sex- och samlevnadsfrågor bör ingå som ett obligatoriskt moment vid samtliga landets lärarhögskolor. Ett par instanser konstaterar att det tar lång tid innan en förbättrad undervisning på lärarutbildningarna får genomslag i skolorna. Statens folkhälsoinstitut framhåller att kommunernas ansvar för att tillgodose lärarnas behov av fortlöpande vidareutbildning också bör betonas. *Stockholms* och *Östergötlands läns landsting* konstaterar att fortbildningen måste ske lokalt och regionalt för att få genomslag i skolorna.

Flera instanser, bl.a. BO och Statens folkhälsoinstitut, instämmer i utredningens bedömning om att förstärkt skolhälsovård är ett viktigt komplement till den undervisning som skolan skall tillhandahålla. Enligt Statens folkhälsoinstitut har skolhälsovården bl.a. en viktig uppgift i rollen som medicinsk expertis vid planeringen av sex- och samlevnadsundervisningen.

**Bakgrund:** 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 hälsoupplýsning och sjukdomsprevention. Det direkta ansvaret för att ämnesövergripande kunskapsområden integreras i undervisningen i olika ämnen ligger enligt läroplanerna för grundskolan – förordningen (SKOLFS 1994:1) om läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet – på rektor. Förutom sexualitet och samlevnad nämns i uppdraget till rektor kunskapsområdena miljö, trafik, jämställdhet, konsumentfrågor och riskerna med tobak, alkohol och andra droger. Förutom vad som uttalas i läroplanen finns sex och samlevnad omnämnt i grundskolans kursplaner för biologi, samhällsorienterande ämnen och religionskun-

skap. Dessutom anges mål att främja jämställdhet, att ge stöd för att eleverna utvecklar självförtroende, empati och andra dimensioner av social kompetens. Hur undervisningen och elevernas lärande organiseras på en skola är som tidigare nämnts rektors särskilda ansvar men även ett ansvar för de arbetslag, lärare eller elevvårds- och skolhälsovårdspersonal som fått detta uppdrag. Det är den lokala skolans planering som ytterst avgör hur stor del av utbildningen som ägnas åt 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 ta upp sex och samlevnad i undervisningen. I en del av de nationella programmen ingår därtill kurser som tar upp kunskapsområdet relativt tydligt.

Vidare kan skolhälsovården, som regleras i 14 kap. skollagen (1985:1100), sägas vara ett led i en kontinuerlig hälsovård och hälsoövervakning, som påbörjas i samband med mödra- och barnhälsovård. Skolhälsovård skall anordnas inom samtliga skolformer för barn och ungdomar 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 samt 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.

### **Skälen för regeringens bedömning**

Skolan är en av samhällets viktigaste arenor för att främja barns och ungdomars hälsa och främja en trygg och säker sexualitet samt att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Skolans arbete med att skapa goda miljöer för lärande och utveckling och för att stärka barns och ungdomars fysiska och psykiska välbefinnande och utveckling spelar också en avgörande roll i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. I den deklaration som antogs år 2001 om hiv/aids i FN:s generalförsamling lyfts behovet av sexualundervisning och av att hiv/aids tas upp i skolundervisningen fram som avgörande inslag i de samlade insatserna för att förebygga spridning av hiv/aids.

Skolans viktigaste roll i detta sammanhang är den hälsofrämjande, nämligen att ge alla barn en stabil grund att stå på i vuxenlivet genom en god sex- och samlevnadsundervisning. Goda basala kunskaper i och förståelse för sex- och samlevnadsfrågor är dessutom en viktig förutsättning för att man skall kunna ta till sig direkta budskap för att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Den basala undervisningen i skolan är därigenom en viktig hörnsten även i den direkta preventionen av hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar.

Vid remissbehandlingen har ett stort antal instanser instämt i utredningens bedömning om skolans ansvar för ungdomars grundläggande sex- och samlevnadsundervisning och framför allt behovet av att stärka



sex- och samlevnadsundervisningen. Det är dock, såsom Myndigheten för skolutveckling påpekar, angeläget att inte begränsa diskussionen om frågor som rör sexualitet och samlevnad till enbart sex- och samlevnadsundervisningen. Frågor som rör hiv/aids samt sex och samlevnad rör även värdegrundsfrågor i skolan som demokrati, etik, mänskliga rättigheter och jämställdhet. Här finns även globala perspektiv som det är angeläget att dagens elever får diskutera.

När det gäller innehållet i själva undervisningen framhåller bl.a. Riksförbundet för sexuell upplysning och Myndigheten för skolutveckling att det finns en nära koppling mellan grundläggande sex- och samlevnadsundervisning och det sjukdomsförebyggande arbetet. Samtidigt finns det en risk att undervisningens möjligheter att bidra till identitetsutveckling, självkänsla och ett tryggt förhållande till sin egen sexualitet minskar om den blir alltför riskorienterad. Balansen mellan dessa perspektiv är följaktligen en viktig utmaning för skolornas sex- och samlevnadsundervisning. Vad skolan enligt Myndigheten för skolutveckling bör kunna erbjuda är en mötesplats för reflektion och kvalificerade samtal kring frågor som rör sexualitet, samlevnad, jämställdhet inom flera områden, så att eleverna kan spegla dessa ämnesövergripande kunskapsområden utifrån flera perspektiv.

Det är även grundläggande att innehållet i undervisningen utgår från alla elevers behov av identitetsutveckling och självkänsla beträffande sin sexualitet. Således måste homo-, bi- och transsexualitet bli belyst i skolundervisningen på samma sakliga och neutrala sätt som heterosexualitet och genusperspektivet betonas. Det är angeläget att pojkarna inte glöms bort i det preventiva arbetet. De uppföljningar som gjorts av de individuella besök som görs av pojkar på ungdomsmottagningar visar tydligt på behovet av att även andra kanaler utnyttjas för att nå pojkarna. Vidare bör undervisningen som Handikappombudsmannen påpekar även beakta att funktionshindrade har en sexualitet.

Förutsättningar för en god sex- och samlevnadsundervisning är ett engagemang och kunnande, tillräckligt med tid avsatt för undervisningen och möjligheter för dem som undervisar att vid behov kunna ta stöd av andra i form av bl.a. frivilligorganisationer och personal vid ungdomsmottagningar. Utredningen konstaterade att skolan ofta inte lever upp till målsättningarna i kursplanerna. Flera undersökningar har enligt utredningen även visat på bristfällig, och i bland nästan obefintlig undervisning i ämnet inom lärarutbildningen, och blivande grundskollärare tycks överlag känna sig dåligt rustade för att börja undervisa i sex och samlevnad.

Skolverket har, vid granskning av grund- och gymnasieskolor (Nationella kvalitetsgranskningar 1999, Skolverkets rapport nr 180), konstaterat en mycket stor variation såväl inom som mellan skolor vad avser elevernas möjligheter att skaffa sig fördjupade insikter om sexualitet och samlevnad. Utvärderingen visade att undervisningen i sex och samlevnad borde utvecklas och förbättras. Alla elever fick enligt granskningen någon form av sex- och samlevnadsundervisning. Tonvikten ligger på kropp och biologi och mindre på manlig och kvinnlig identitet. I utvärderingens slutkommentarer sägs att jämställdhet behöver få en tydligare plats i undervisningen, framför allt kopplad till sexualitet och identitet. Skolan bör även arbeta med att stödja båda könen i ett främjande per-

spektiv. Det finns också en tendens att sex och samlevnad på vissa skolor blir så diffust att det kan innehålla allt som handlar om att leva med andra människor. De elever som fått en bra och varierande sex- och samlevnadsundervisning vill ofta ha mer undervisning. De elever som däremot fått lite undervisning tycker ofta att de inte behöver mer.

När det gäller undervisningen i sex och samlevnad inom grund- och gymnasieskolan så är det regeringens uppfattning att det är av största vikt att samtliga skolor kan uppfylla läroplanernas målsättningar på detta område. Vid remissbehandlingen har ett par remissinstanser, bl.a. Riksförbundet för sexuell upplysning, framhållit att sex- och samlevnadsundervisningen bör få tydligare utrymme i skolans läro- och kursplaner, antingen som ett ämne eller tydligt integrerat i flera ämnen. Ett par instanser konstaterar att rektorerna behöver mera stöd för att kunna ta sitt ansvar för sex- och samlevnadsundervisningen. Västra Götalands läns landsting konstaterar exempelvis att det är ett avgörande hinder att rektor, som ansvarar för att sex- och samlevnadsundervisningen skall komma till stånd, saknar tydliga riktlinjer för hur detta kunskapsområde skall kunna genomföras inom ramen för kurser och ämnen.

För att förstärka de övergripande kunskapsområdena och stödja skolornas arbete har Skolverket på regeringens uppdrag gett ut ett stödmaterial *Kärlek känns! förstår du* – om sexualitet och samlevnad i skolan – samt materialet *Min uppgift är att knyta ihop det* riktat till rektorer för att inspirera och stödja skolans arbete med grundläggande värden och de ämnesövergripande kunskapsområdena. Där tas bl.a. upp skolans uppdrag, behovet av balans mellan ett riskperspektiv och ett främjande perspektiv, synen på lärandet och medvetenheten om jämställdhet. Regeringen har även avsatt medel för utbildning av pedagogiska resurspersoner i jämställdhet och genuskunskap. Hittills har 225 genuspedagoger från sammanlagt 145 kommuner utbildats.

Under senare tid har regeringen även tagit flera initiativ till att uppmärksamma sex- och samlevnadsundervisningen. I februari 2005 fick Myndigheten för skolutveckling ett uppdrag att uppmärksamma att det är femtio år sedan sex- och samlevnadsundervisningen blev obligatorisk i svenska skolor. Myndigheten har även i uppdrag att stimulera till ett ökat kvalitetstänkande kring sex- och samlevnadsundervisningen. Myndigheten skall i samråd med berörda intresseorganisationer anordna en jubileumskonferens. Myndigheten skall producera en jubileumsskrift med olika perspektiv på sex- och samlevnadsundervisningen samt arrangera fyra regionala konferenser för skolpersonal, i syfte att stimulera ett kvalitetsarbete inom sex- och samlevnadsområdet, med bl.a. jämställdhet och värdegrundsfrågor i fokus. Arbetet skall redovisas senast den 1 februari 2006.

Med hänvisning bl.a. till de rekommendationer som förts fram i utredningen om kunskap om sexuellt exploaterade barn i Sverige (SOU 2004:71) samt i Hiv/aids-utredningens betänkande Samhällets insatser mot hiv/STI (SOU 2004:13) och av Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) har regeringen i maj 2005 gett Statens skolverk i uppdrag att göra en översyn av målen i de olika kursplaner som rör kunskapsområdet sex och samlevnad för grund- och gymnasieskolan samt att överväga hur kunskapsområdet tydligare kan lyftas fram i dessa dokument. Uppdraget skall i den del som gäller

gymnasieskolans kursplaner redovisas senast den 1 februari 2006 och i den del som gäller grundskolans kursplaner senast den 1 november 2006. Regeringen kommer därefter att överväga hur kunskapsområdet sex och samlevnad på ett tydligare sätt skall kunna uttryckas i kursplanerna för grundskolan. Kursplaner för gymnasieskolan fastställs till skillnad från vad som gäller för grundskolan av Skolverket. I denna del kommer följaktligen Skolverket att fatta beslut i samband med den totala kursplaneöversyn som nu sker inför de av riksdagen beslutade förändringarna av gymnasieskolan.

Det finns även behov av ökat stöd till kommunerna när det gäller evidensbaserade metoder, undervisningsmaterial m.m. Som utredningen konstaterade finns det en ganska omfattande internationell forskning om sexualundervisning i skolan. FN:s hivprogram, UNAIDS, har i en granskning av ett stort antal studier pekat på att all sexualundervisning inte automatiskt leder till positiva resultat i fråga om att förebygga hiv-infektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. I genomgången har man pekat på vissa kriterier som behöver vara uppfyllda för att undervisningen skall vara framgångsrik. Mot denna bakgrund föreslog utredningen att en ytterligare teoretisk fördjupning vad avser internationellt beprövade metoder och strategier bör genomföras. Till skillnad från utredningens förslag anser regeringen att huvudansvaret för att stödja utvecklingen av skolans sex- och samlevnadsundervisning bör ligga på skolmyndigheterna. De bedömningar av behovet av organisatoriska förändringar som regeringen gör i avsnitt 10.1 medför dessutom att det inte är lämpligt att anförtro Statens folkhälsoinstitut denna uppgift.

#### *Utbildning och vidareutbildning av lärare inom kunskapsområdet sex och samlevnad*

Grundläggande för en kvalificerad undervisning i sex och samlevnad är kunniga lärare. År 2004 lät Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) genomföra en kartläggning av sex- och samlevnadsundervisningen på Sveriges lärarutbildningar. Av kartläggningen framgår att det på knappt hälften av högskolorna och universiteten finns en kurs i sex och samlevnad. Dessa kurser är i samtliga fall valbara. Innehållet på kurserna varierar. Vissa kurser berör i första hand sexualiteten som ett problematiskt och komplicerat ämne. I andra fall syftar kurserna till att väcka frågor och skapa en medvetenhet om genus, sexuell identitet, och på så sätt uppnå en förståelse för ungdomarnas värld. På ett fåtal kurser lägger man vikt även vid de vuxnas sexualitet och attityder. På de tio högskolorna som har sex- och samlevnadskurser är det 13 procent av studenterna som läser kurserna. På många lärarutbildningar är dock samlevnadsämnet snarare ett inslag i en större kurs på det allmänna utbildningsområdet. Det är också vanligt att det dyker upp i kurser som behandlar etnicitet, klass och kön i någon mening. Det man oftast menar med samlevnad i det här sammanhanget är något typ av genuskunskap. Lärare i biologi, samhällskunskap m.m. kan även få utbildning inom sina ämnesstudier.

I rapporten konstaterar RFSU att sex och samlevnad är ett stort ämne och att det knappast finns behov att likrikta innehållet i kurserna. RFSU konstaterar dock att en tydlig linje för kursinnehållet i de flesta fall sak-

nas. Kursinnehållet verkar i stort bero på enskilda kursansvarigas kunskaper och perspektiv, och inte på en genomdiskuterad idé som är förankrad på både högre och lägre nivå inom lärarutbildningen. En tydlig brist är att många av kurserna knappast ger studenterna tillräckliga kunskaper för att de sedan skall känna sig beredda att undervisa i sex och samlevnad i skolorna. Ett problem vad gäller synen på sexualitet är att man ofta blandar ihop sex och samlevnad med genuskunskap. Fördelen med att många gör denna koppling är att det är en indikator på att man insett att genus är en viktig del av sex och samlevnad. Nackdelen är enligt förbundet att sexualitetsämnet riskerar att reduceras till enbart jämställdhetsfrågor.

Eftersom lärare i grund- och gymnasieskolan förväntas bedriva undervisning inom området, själva eller med stöd av andra, konstaterade utredningen att utbildning i sex och samlevnad bör ingå som ett obligatoriskt moment vid samtliga av landets lärarutbildningar. En ytterligare fördjupning i ämnet är, enligt utredningen, även önskvärd för dem som studerar vissa för området mer centrala ämnen som naturorienterade ämnen, samhällskunskap, svenska etc. Ett mycket stort antal instanser har under remissbehandlingen uttalat starkt stöd för förslaget att utbildningen i sex- och samlevnad bör ingå som ett obligatoriskt moment i lärarutbildningarna.

Enligt regeringens uppfattning skulle det inte vara förenligt med statens styrning av högskolorna att diktera vilka moment som skall ingå i lärarutbildningarna. Grunden för lärarutbildningarna bör liksom för övriga högskoleutbildningar vara den statliga målstyrningen. Redan i dag är det tydligt angivet i målen för lärarutbildningarna att de skall utgå från de mål som gäller för skolan. Följaktligen har regeringens ställningstagande om att det finns behov av att se över hur kunskapsområdet sex och samlevnad på ett tydligare sätt skall kunna uttryckas i kursplanerna för grundskolan och gymnasieskolan även betydelse för att tydliggöra målen för undervisningen i sex och samlevnad på landets lärarutbildningar.

Under de senaste åren har Högskoleverket genomfört en rad utvärderingar av den nya lärarutbildningen vid universitet och högskolor. I rapporten Utvärdering av den nya lärarutbildningen vid svenska universitet och högskolor redovisar myndigheten bl.a. en uppföljning av reformen av lärarutbildningen samt en kvalitetsbedömning. Vidare redovisas vissa särskilda studier. I rapporten har undervisningen inom kunskapsområdet sex och samlevnad berörts enbart i begränsad omfattning. Enligt regeringens bedömning är det angeläget att kunskapsområdet sex och samlevnad, i likhet med andra ämnen och övergripande kunskapsområden, uppmärksammas i de utvärderingar av lärarutbildningar som genomförs. De förtydliganden som aviseras gällande skolans styrdokument beträffande sex och samlevnad kan bland annat utgöra grund för Högskoleverkets utvärderingar. Dessa kan bl.a. tjäna som underlag för lärosätena att utveckla sin undervisning i sex och samlevnad.

Vid remissbehandlingen har bl.a. ett par kommuner framhållit att det tar lång tid innan en förbättrad undervisning inom kunskapsområdet sex och samlevnad inom lärarutbildningen får genomslag i skolorna. Som flera instanser framhållit är det kommunerna som har ansvar att tillgodose lärarnas behov av fortlöpande vidareutbildning. Denna fråga in-

går även i det uppdrag som Myndigheten för skolutveckling har fått i fråga om att uppmärksamma att det är femtio år sedan sex- och samlevnadsundervisningen blev obligatorisk i svenska skolor. Ett par landsting har även framhållit att utbildningen måste ske lokalt och regionalt för att få genomslag i skolorna och att verksamheter som Landstinget förebygger aids (Lafa) i Stockholm och Länshälsolaget i Östergötland är nödvändiga för att få kontinuitet i verksamheten. I avsnitt 8.3. redovisar regeringen sina överväganden beträffande behovet av att i större utsträckning utnyttja sådana regionala strukturer för bl.a. vidareutbildning.

### *Skolhälsovård*

Skolhälsovården kan sägas ha ett generellt ansvar för den hälsoupplýsning och det sjukdomspreventiva arbete som bör riktas till eleverna. Regeringen finner i likhet med flera remissinstanser det viktigt att denna resurs utnyttjas som ett värdefullt komplement till den undervisning skolan skall tillhandahålla och till ungdomsmottagningarna. Medan tonvikten i skolans sex- och samlevnadsundervisning oftast ligger på de hälsofrämjande aspekterna så kan skolhälsovården utnyttjas för de mer sjukdomsförebyggande insatserna. Inte minst har skolhälsovården, som Statens folkhälsoinstitut framhållit, en viktig uppgift i rollen som medicinsk expertis vid planeringen av sex- och samlevnadsundervisningen. Studier från andra länder visar också att kombinationen av god sexualundervisning i skolan och ungdomsvänlig service, t.ex. i form av lättillgänglig sjukvård med möjlighet till testning och rådgivning, ger goda preventiva effekter.

### *Behov av fortsatta utvecklingsinsatser*

Vid remissbehandlingen har flera remissinstanser framhållit de nära kopplingar som finns mellan skolans uppgifter när det gäller sex och samlevnad och ungdomsmottagningarnas verksamhet. Bland annat konstaterar ett par landsting att resurstillgången vid ungdomsmottagningarna medför begränsningar av möjligheterna att få i gång samarbete mellan skolorna och hälso- och sjukvården (i avsnitt 7.4.5 behandlas ungdomsmottagningarnas verksamhet mer ingående). Med tanke på de nära kopplingarna som finns mellan målgruppen för dessa verksamheter anser regeringen att det finns behov av en nära samverkan mellan de myndigheter som föreslås få i uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete inom respektive område.

Enligt regeringens bedömning är det inte tillräckligt att kunskapsområdet sex och samlevnad på ett tydligare sätt kommer till uttryck i kursplanerna för grund- och gymnasieskolan. Som redovisas ovan har både Skolverket och Myndigheten för skolutveckling i dag uppdrag som rör sex- och samlevnadsundervisningen i skolan. Som konstaterats i avsnitt 7.4.5 avser regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag och tydliga riktlinjer för hur ungdomsmottagningar och liknande verksamheter skall kunna bedriva ett kunskapsbaserat preventionsarbete riktat till ungdomar eller unga vuxna.

Med tanke på den nära koppling som finns mellan skolans sex- och samlevnadsundervisning och ungdomsmottagningarnas verksamhet och behovet av att underlätta samverkan mellan dessa verksamheter anser regeringen att det är av stor vikt att motsvarande arbete inleds även inom skolans ram. Mot den bakgrunden avser regeringen att överväga eventuella ytterligare insatser när Myndigheten för skolutveckling och Statens skolverk har redovisat sina nuvarande uppdrag.

### 7.3.3 Insatser inom missbrukarvård och kriminalvård

**Regeringens bedömning:** Nyrekrytering till narkotikamissbruk måste minska. Stor vikt måste läggas vid att erbjuda vård och behandling för personer med missbruksproblem. Tillgång till sociala och psykologiska behandlingsinsatser samt vid behov läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende kan spela en viktig roll i fråga om att minska antalet personer med heroinberoende i aktivt injektionsmissbruk. Väl skötta substitutionsprogram kan därför spela en viktig roll i förebyggandet av hivinfektion. Stöd och vård till personer med injektionsmissbruk med psykisk störning behöver förbättras. Det är angeläget att planering och insatser i större utsträckning samordnas mellan ansvariga huvudmän.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De flesta instanser som yttrat sig, bl.a. flera kommuner och landsting, ser positivt på utredningens överväganden beträffande missbrukarvården och kriminalvården. Ett par instanser, bl.a. *Gävleborgs läns landsting*, betonar att den missbruksvård som sker inom kriminalvård och socialtjänst i högre grad behöver beakta smittsamma sjukdomar. *Kriminalvårdsstyrelsen* och *Statens folkhälsoinstitut* framhåller vikten av att missbrukare har tillgång till en utbyggd kvalitativ narkomanvård som syftar till drogfrihet. *Stockholms kommun* poängterar att kommunen sedan länge har intagit ett offensivt förhållningssätt med betoning på lättillgänglig vård. *Barnombudsmannen* betonar vikten av att missbrukarvården och socialtjänsten snabbt identifierar barnen i familjer med missbruk och smitta. Statens folkhälsoinstitut framhåller att kommunen enligt socialtjänstlagen har ett stort ansvar för att förebygga narkotikamissbruk men också att erbjuda vård och behandling till de som missbrukar narkotika. *Västra Götalands läns landsting* instämmer i problematiken gällande vård av missbrukare med psykisk störning och behovet av samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Västra Götalands läns landsting lyfter fram frågan om inte kriminalvården bör ges en större roll i det förebyggande hivarbetet än enbart i samband med testning. *Umeå kommun* framhåller att kriminalvården under frihetsberövandetiden i större grad borde motivera för vaccination av hepatit B. Kriminalvårdsstyrelsen förespråkar att smittskyddsläkarna och infektionsklinikerna skall ha ett uttalat ansvar att svara för information, kvalificerad rådgivning, testning, vaccination och tidigt insatt behandling även under den tid klienten är föremål för kriminalvårdens vårdåtgärder.

**Skälen för regeringens bedömning:** Injektionsmissbruk framstod tidigt som en viktig riskfaktor för hivinfektion och missbrukarvården har, inte minst mot den bakgrunden, under årens lopp varit föremål för särskilda satsningar. Bekämpningen av det epidemiska narkotikamissbruket och hivepidemin bland personer med injektionsmissbruk hänger intimt samman. Om samhället kan minska nyrekryteringen till missbruk kommer färre att exponeras för hiv via injektionsmissbruk i framtiden. Regeringen har redovisat sin syn på behoven av utvecklingsinsatser inom missbrukarvården i propositionen Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner (prop. 2005/06:30).

Redan innan hivepidemin startade bland narkotikamissbrukarna i Sverige hade beslut tagits om att förstärka narkomanvården. Spridningen av hivinfektion bland personer med injektionsmissbruk 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. Väl utbyggda vårdkedjor är avgörande för att personer med injektionsmissbruk skall få hjälp och stöd att komma ur sitt beroende med drogfrihet som mål. Regeringen har initierat en treårig satsning om 700 miljoner kronor med början år 2006 för att stimulera utvecklingen av missbrukarvården. I propositionen om nationella alkohol- och narkotika handlingsplaner (2006/06:30) redogörs för satsningen i sin helhet.

Underhållsbehandling med Metadon eller Subutex mot opiatmissbruk kan också spela en viktig roll i förebyggandet av hivinfektion, eftersom det minskar antalet heroinberoende personer i aktivt injektionsmissbruk. För hivinfekterade heroinmissbrukare är underhållsbehandling i många fall en förutsättning för att de skall få tillgång till, och kunna tillgodogöra sig, hivbehandling, vilket annars kan vara omöjligt beroende på deras instabila livssituation. Personer med heroinmissbruk som blivit tvångs-isolerade på grund av smittfarligt beteende har bland annat tack vare underhållsbehandling kunnat komma ut i samhället igen.

Från den 1 januari 2005 gäller nya föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen vid läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatmissbruk. Föreskrifterna gäller för all behandling med narkotikaklassificerade läkemedel vid opiatmissbruk, idag Metadon och Subutex, men i framtiden kan också andra preparat bli aktuella. Föreskrifterna innebär bland annat att substitutionsbehandling endast får ges i beroendevården samt att det skall upprättas en vårdplan för den patient som skall ges underhållsbehandling. Den som bedriver sådan verksamhet skall anmäla det till Socialstyrelsen.

Hivinfekterade personer som samtidigt är hemlösa och har missbruksproblem är särskilt utsatta. Många hemlösa är 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 år 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.

För att öka tillgängligheten till sjukvård för hemlösa och narkotikaberoende personer i Stockholms innerstad öppnades år 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. I samband med den hivtestning som erbjuds diagnostiserades åren 2001–2002 flera besökare med tidigare okänd hivinfektion. Personer med dubbeldiagnoser (missbruk och psykisk ohälsa) behöver samtidig hjälp från socialtjänsten och psykiatrin. Som kommittén för hemlösa konstaterar i sitt betänkande Att motverka hemlöshet – en samlad strategi för samhället (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. Regeringen vill i det sammanhanget särskilt understryka vikten av att bostadsfrågan löses för personer som saknar bostad eftersom en fast punkt i form av en bostad många gånger är en förutsättning för den fortsatta rehabiliteringen.

För att det hivförebyggande arbetet skall fungera optimalt när det gäller utformningen av stöd och vård till personer med injektionsmissbruk, vill regeringen särskilt lyfta fram behovet av ett multidisciplinärt arbetssätt där socialtjänst, beroendevård, infektionssjukvård, kriminalvård och frivilligorganisationer samverkar i vårdplanering, gärna i samlokaliserad verksamhet. Inte minst med tanke på att många personer med injektionsmissbruk har dubbeldiagnoser och samtidigt behöver hjälp från olika huvudmän, är det nödvändigt med ett effektivare utnyttjande av samhällets resurser genom samordnad planering och samordnade insatser. Lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet underlättar en sådan samplanering. Regeringen anser att det är angeläget att kommuner och landsting utnyttjar möjligheten att inrätta gemensam nämnd för att bättre kunna tillgodose behoven i denna grupp.

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 krimi-



nalvården. Varje år passerar ungefär 10 000 av landets cirka 26 000 tunga missbrukare kriminalvården. I Nationella alkohol- och narkotika-handlingsplaner (prop. 2005/06:30) konstaterar regeringen att den särskilda narkotikasatsning som inleddes år 2002 varit framgångsrik och att kriminalvården har skapat en bred kompetens och utarbetat väl fungerande metoder för sitt arbete med missbrukare inom kriminalvården. Regeringen anser att det är viktigt att arbetet fortgår i oförminskad styrka och därför har ytterligare 120 miljoner avsatts under perioden 2005–2007 för en fortsatt särskild narkotikasatsning inom kriminalvården.

Idag erbjuds alla intagna i kriminalvården hivtestning. Under första halvåret 2005 genomfördes 1 265 tester. Vidare har kriminalvården i samråd med Socialstyrelsen utvecklat samarbetsprogram så att man nu på ett flertal anstalter och häkten kan erbjuda vaccination mot hepatit. Därutöver har kriminalvårdsstyrelsen under år 2005 inrättat sju renodlade behandlingsanstalter som möjliggör en differentiering av de intagna efter deras individuella behov av missbruksvård. Det är nu angeläget att arbetet med missbrukare i kriminalvården fortgår och utvecklas ytterligare. Regeringen har också aviserat i prop.2005/06:30 att man avser följa upp den förlängda satsningen.

I avsnitt 7.4.3 redovisar regeringen sina överväganden beträffande vilka insatser som i övrigt behöver vidtas för personer med injektionsmissbruk. I avsnitt 9 återfinns regeringens överväganden av behovet av särskilda smittskyddsåtgärder för personer med injektionsmissbruk. I avsnitt 7.5 avhandlas regeringens överväganden när det gäller medicinsk behandling och stöd till hivinfekterade personer med injektionsmissbruk.

## 7.4 Insatser riktade till riskutsatta grupper

### 7.4.1 Allmänna utgångspunkter

**Regeringens bedömning:** En viktig utgångspunkt för det förebyggande och stödjande arbetet är att de utsatta grupperna synliggörs. Vidare är det angeläget att riktade insatser vidtas för att minska dessa gruppers utsatthet.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Flera instanser, bl.a. ett stort antal frivilligorganisationer, uppskattar utredningens fokus på riskutsatta grupper. *Stiftelsen Noaks Ark-Röda Korset* och ytterligare ett par frivilligorganisationer betonar att det är angeläget att lyfta fram och synliggöra de mest riskutsatta grupperna. *Barnombudsmannen* erinrar om att även barn och ungdomar kan finnas representerade bland de riskutsatta målgrupperna som utredningen identifierar, särskilt bland män som har sex med män och personer med utländsk härkomst. *Integrationsverket* och *Göteborgs kommun* betonar att ett utpekande av vissa grupper kan bidra till grundlösa föreställningar om problemets orsak och därmed bidra till ökad diskriminering. Det är därför viktigt att framhålla att risken är kopplad till vissa beteendemönster och inte till individernas grupptillhörighet i sig.

**Skälen för regeringens bedömning:** Utredningen konstaterade att det utifrån epidemiologiska data och möjligheten att specifikt rikta sig till dessa i en preventiv ansats går att identifiera sex riskutsatta grupper. Vid remissbehandlingen har Statens folkhälsoinstitut och Göteborgs kommun konstaterar att utredningen allt för ensidigt uppehållit sig vid att minimera smittspridning bland individer med riskfyllt beteende inom vissa riskgrupper och inte tillräckligt uppmärksammat och prioriterat den potential som finns i det förebyggande arbetet med att motverka uppkomsten av sådana riskfyllda beteenden. Följden blir enligt Statens folkhälsoinstitut att utredningens analys stannar på individ- och gruppnivå vilket medför att huvuddelen av insatserna kan komma att hamna inom hälso- och sjukvården och att frågan bortprioriteras inom andra samhällsområden.

Flera instanser, bl.a. många frivilligorganisationer, uppskattar dock utredningens fokus på individer i riskzoner. Stiftelsen Noaks Ark-Röda Korset uppskattar att utredningen tydliggör de tre mest utsatta grupperna i Sverige, nämligen män som har sex med män, heterosexuella män och kvinnor med afrikanskt ursprung och deras barn samt män och kvinnor med injektionsmissbruk. Flera instanser, bl.a. Riksförbundet för sexuell upplysning, framhåller även att hivinfekterade och riskutsatta grupper ytterligare kan bidra till det preventiva arbetet.

I deklARATIONEN om hiv/aids från FN:s generalförsamling framhålls vikten av att erkänna och ta hänsyn till omständigheter som leder till spridning av epidemin och ökar människors utsatthet samt att minska förekomsten av hivinfektion i de grupper som identifierats som särskilt utsatta. Enligt regeringens bedömning är det en viktig utgångspunkt för det förebyggande och stödjande arbetet att de utsatta grupperna synliggörs. Vidare är det angeläget att riktade insatser vidtas för att minska dessa gruppers utsatthet. Regeringen har svårt att se en motsättning mellan att identifiera inom vilka grupper det kan finnas en större risk för att utsättas för smitta och att uppmärksamma och prioritera den potential som finns i det förebyggande arbetet med att motverka uppkomsten av sådana riskfyllda beteenden.

Däremot finns det som Göteborgs kommun och Integrationsverket påpekar en fara i fråga om att ett utpekande av vissa grupper kan bidra till grundlösa föreställningar om problemets orsak och därmed bidra till ökad diskriminering. Enligt regeringens uppfattning är det därför viktigt att framhålla att risken är kopplad till vissa beteendemönster och inte till individernas grupptillhörighet i sig. Vidare är det angeläget att det övergripande preventiva arbetet riktas till hela befolkningen.

**Regeringens bedömning:** De förebyggande insatserna riktade till män som har sex med män bör, utifrån den epidemiologiska situationen, även fortsättningsvis ges hög prioritet. Kunskapsuppbyggnaden inom det beteendevetenskapliga området liksom den epidemiologiska övervakningen och analysen behöver stärkas rörande denna grupp. Återkommande hivtestning och rådgivning behöver även utanför de specialiserade mottagningarna erbjudas män som har sex med män.

Frivilligorganisationerna har en särskilt viktig roll att fylla i det förebyggande arbetet riktat till män som har sex med män. Särskilda informationsinsatser behövs för personer med bakgrund i kulturer med en mindre tolerant syn på män som har sex med män.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De instanser som kommenterar utredningens överväganden i denna del instämmer i stort med utredningens förslag. *Statens folkhälsoinstitut* konstaterar att sexuell smitta mellan män utgör den största inhemska smittvägen för hiv/aids och att gruppen således ur epidemiologisk synpunkt är en av de viktigaste målgrupperna. Institutet framhåller att det sedan slutet av 1990-talet skett en förändring av attityder, sexuellt beteende och risktagande inom gruppen vilket resulterat i ökade förekomster av sexuellt överförbara sjukdomar och hivinfektion.

Ett par instanser påtalar att det är viktigt att det finns specialistmottagningar med stor kunskap om gruppen män som har sex med män, men kunskap skall också finnas inom den övriga hälso- och sjukvården för att på bästa sätt kunna möta gruppens behov.

**Skälen för regeringens bedömning:** Män som har sex med män var den grupp som tidigast drabbades av hivinfektion i Sverige, i likhet med vad som var fallet i många andra länder i västvärlden. Den största epidemiska spridningen av hivinfektion bland män som har sex med män i Sverige ägde rum under första halvan av 1980-talet. Därefter avtog styrkan i den epidemiska spridningen och antalet nyupptäckta fall minskade för att i mitten av 1990-talet stabilisera sig på en nivå under 100 nya fall om året. Män som har sex med män står totalt för omkring 40 procent av samtliga anmälda hivinfekterade individer i Sverige t.o.m. år 2004 och utgör därmed den totalt sett största smittvägen. Över tiden har gruppens dominans dock minskat och under den senaste tioårsperioden har antalet rapporterade individer med homosexuell smittväg igenomsnitt varit 77 per år. Emellertid är smittöverföring mellan män som har sex med män alltså den vanligaste smittvägen för personer bosatta i Sverige som smittats i landet eller under utlandsvistelse. Nästan hälften (48 procent) av alla som smittats sexuellt eller via injektionsmissbruk i Sverige eller vid utlandsvistelse under den senaste tioårsperioden är män som har sex med män och ser man bara till dem som smittats i Sverige står gruppen för 53 procent av fallen under samma period.

Redan tidigt riktades omfattande preventionsinsatserna till män som har sex med män. En betydande del av dessa insatser bedrevs i frivilligorganisationernas regi. Som en effekt av dessa insatser och de påtagliga konsekvenserna som hivinfektion orsakade i denna grupp i form av in-

sjuknanden i aids och dödsfall, kom män som har sex med män att under 1980-talet radikalt ändra sitt sexuella beteende och säkrare sex blev norm. Denna beteendeförändring medförde inte bara att antalet nyupptäckta fall minskade utan också att sexuellt överförda infektioner som klamydiainfektion, gonorré och syfilis blev ovanliga bland män som har sex med män. Mycket tyder dock på att attityden till hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar, och därmed det sexuella beteendet, bland män som har sex med män kommit att förändras under slutet av 1990-talet och att risktagandet i dag är större än tidigare. Bland annat har förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar (hivinfektion oräknat) ökat markant även bland män som har sex med män de senaste åren.

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

Den genomgång som utredningen genomförde visar att betydande resurser satsats på förebyggande insatser riktade till män som har sex med män. Att upprätthålla en hög nivå på de förebyggande insatserna riktade till denna grupp är, enligt regeringens uppfattning, välmotiverat utifrån den rådande epidemiologiska situationen. Målgruppen står alltså jämt för majoriteten av de fall som årligen hivinfekteras i Sverige eller vid utlandsvistelse och gruppen har, jämte personer med injektionsmissbruk, den högsta förekomsten av hivinfektion. Dessa män har därmed stor risk att träffa på en hivinfekterad sexualpartner.

En stor del av de preventionsinsatser som riktas till män som har sex med män utförs av frivilligorganisationer med ekonomiskt stöd från staten och de kommunala huvudmännen. Regeringen anser att frivilligorganisationernas insatser är en mycket viktig del i det hivpreventiva arbetet riktat till män som har sex med män. I avsnitten 8.2 och 10.4 redogör regeringen för sina ställningstaganden beträffande frivilligorganisationernas roll i det preventiva arbetet.

Utredningen konstaterade även att sjukvårdshuvudmännen i fråga om de preventiva insatserna riktade till män som har sex med män i alltför stor utsträckning litar till att dessa kan hanteras enbart av de frivilligorganisationer som är verksamma inom regionen. Det finns förvisso exempel på satsningar inom landstingen som riktar sig direkt till män som har sex med män, t.ex. de insatser som görs av Landstinget förebygger aids i Stockholm. På andra håll medverkar också frivilligorganisationerna i landstingens planeringsarbete. Även om frivilligorganisationerna bedriver ett framgångsrikt lokalt preventionsarbete riktat till män som har sex med män måste, enligt regeringens uppfattning, samarbetet med landstingen fördjupas ytterligare. För att åstadkomma detta ansåg utredningen att särskilt projektstöd till frivilligorganisationerna, företrädesvis i form av samarbetsprojekt med landstingen och kommunerna eller andra

aktörer inom området, skall kunna utgå för att möjliggöra tidsbegränsade projekt och tillfälliga insatser. I avsnitt 8.2 och 10.4 redovisas regeringens överväganden i denna del.

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

Skolans viktiga roll som bas för de preventiva insatserna och vikten av att alla elevers sexualitet blir belyst i skolundervisningen behandlas närmare i avsnitt 7.3.2.

I november 2003 gav regeringen Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för homo- och bisexuella samt transpersoner och lämna förslag till åtgärder som kan förbättra hälsosituationen för dessa personer. Uppdraget kommer att rapporteras till regeringen senast i december 2005. Regeringen har för avsikt att återkomma till denna fråga i samband med den folkhälsopolitiska skrivelse som kommer att lämnas till riksdagen under år 2006. Denna rapport om homosexuellas, bisexuella och transpersoners hälsa och livsvillkor (inkl. utsatthet, våld och diskrimineringsfrågor) kan också vara betydelsefull som kunskapsunderlag vid utformandet av målgruppsanpassade insatser för att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

Regeringen anser även att det finns anledning att initiera och ge stöd till forskningsprojekt för att kontinuerligt följa män som har sex med män i fråga om sexualvanor, attityder till säkrare sex, kunskap om hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar och testningsbenägenhet. Sådan kunskap är viktig för att kunna anpassa de förebyggande insatserna till förändrade förutsättningar, inte bara rent epidemiologiskt utan också beteendemässigt. Vidare anser regeringen att den epidemiologiska övervakningen och analysen behöver förstärkas för att snabbare kunna upptäcka ökad inhemsk smittspridning och utbrott av särskilda hivstammar i gruppen män som har sex med män. Bägge dessa frågor rör regeringens överväganden om kunskapsutvecklingen och finns följaktligen redovisade i avsnitt 8.3.

Utredningen föreslog även att kompetensen hos sjukvårdspersonalen rörande män som har sex med män behöver förstärkas. Detta gäller särskilt aspekter som rör hälsoaspekter och säkrare sex I avsnitt 8.3 behandlas behovet av kompetensförstärkningar inom en rad områden inom ramen för regeringens överväganden beträffande kunskapsutveckling och kunskapspridning.

Vad gäller riktade kampanjer och särskilda informationsinsatser så är det viktigt att insatserna koncentreras till de nya arenor, reella eller virtuella, där målgruppen kan nås och där sexuella kontakter knyts. Regeringen anser det även vara angeläget att bättre än vad som tidigare oftast varit fallet, integrera hivinfekterade i det preventiva arbetet och i budskapet, både som agent och målgrupp. Särskilda informationssatser behövs också för män som har sex med män med bakgrund i kulturer med en mindre tolerant syn på homosexualitet än den som råder i det svenska samhället i dag. Denna grupp män som har sex med män – där många inte lever öppet med sin sexualitet – är extra utsatt och är svår att nå genom sedvanliga informationskanaler. I avsnitt 8.4 redovisas regeringens övriga överväganden beträffande kommunikations- och informationsinsatserna inom detta område.

### 7.4.3 Personer med injektionsmissbruk

**Regeringens bedömning:** Nyrekryteringen till narkotikamissbruk måste minska. Möjligheterna till lättillgänglig testning för personer med injektionsmissbruk samt information och kvalificerad rådgivning om smittvägar behöver förbättras. Ökad uppmärksamhet och större insatser bör riktas mot spridningen av hepatit B och C bland personer med injektionsmissbruk. Den epidemiologiska övervakningen och analysen av detta område behöver förstärkas. Insatser som särskilt vänder sig till kvinnliga missbrukare och personer som är utsatta för prostitution, särskilt kvinnor, samt till hemlösa missbrukare är viktiga i det hivförebyggande arbetet. Kunskapen om smittoförebyggande åtgärder bör höjas hos personal som möter personer med injektionsmissbruk inom sjukvård, socialtjänst och kriminalvård.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De flesta instanser som yttrat sig, bl.a. flera kommuner och landsting, ser positivt på utredningens överväganden beträffande personer med injektionsmissbruk. *Kriminalvårdsstyrelsen* konstaterar att åtgärderna i högre grad än som beskrivs i utredningen bör inriktas på att minska smittspridningen, främst genom att hindra individer från att börja med injektionsmissbruk. Styrelsen framhåller att utredningens åtgärdsförslag i alltför hög grad inriktas på att begränsa skadeverkningarna av redan etablerat missbruk snarare än att förebygga missbruksdebut och smittspridning. *Convictus* framhåller att hälsoaspekterna när det gäller personer med injektionsmissbruk har eftersatts sedan årtal, såväl när det gäller hiv som hepatit B och C. Mycket mera resurser bör enligt *Convictus* läggas på förebyggande medicinska insatser bland de allra yngsta personerna med injektionsmissbruk.

Flera instanser, bl.a. *Statens folkhälsoinstitut*, framhåller att möjligheterna till hivtestning för gruppen måste förbättras.

Prop. 2005/06:60

### **Skälen för regeringens bedömning**

För att framgångsrikt kunna förebygga hivinfektion bland personer med injektionsmissbruk måste missbruket som sådant bekämpas, eftersom injektionsmissbruk innebär risk för hivspridning. Undersökningar av antalet personer med injektionsmissbruk eller annan frekvent narkotikanvändning i Sverige tyder på att det har skett en stor ökning under 1990-talet. Antalet personer med tungt missbruk i Sverige beräknas år 1979 ha varit omkring 15 000. I början av 1990-talet var siffran 19 000 och år 1998 beräknas den till 26 000. Även om beräkningarna är osäkra, så indikerar beslagsuppgifter, kriminalstatistik samt vård- och dödsorsaksstatistik en ökning av det tunga narkotikamissbruket i Sverige under 1990-talet och 2000-talets första år. Injektionsmissbruket är framför allt koncentrerat till storstadsregionerna.

Regeringen fattade i november 2005 beslut om Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner (prop. 2005/06:30) där de nationella insatserna mot narkotikamissbruket presenterats. I den nu föreliggande propositionen diskuteras enbart de rent infektionsförebyggande insatserna.

#### *Risikfaktorer och riskbeteende*

Överlag bedöms personer med injektionsmissbruk ha en hög medvetenhet om hivinfektion, vara generellt sett öppnare än andra grupper med det faktum att de är hivinfekterade och ha en relativt hög benägenheten att hivtesta sig. Narkotikaberoendet är den bakomliggande orsaken till att personer med aktivt injektionsmissbruk, trots medvetenhet och öppenhet, ändå utsätter sig för risken att smittas av hivinfektion. I kontaktsparningsutredningarna i Stockholm från år 1994 framgick att minst fyra av tio personer med injektionsmissbruk blivit smittade av en person vars hivinfektion var känd för båda parter. En studie av 21 nydiagnostiserade hivfall bland personer med injektionsmissbruk år 2001, genomförd vid infektionskliniken på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge, visar att 20 av 21 hade delat sprutor med annan person med injektionsmissbruk, varav 12 med någon som de kände till var hivpositiv. Av 23 kontroller bland hivnegativa personer med injektionsmissbruk hade 15 delat sprutor, dock inte med någon som de kände till var hivpositiv. Dessa data visar att det bland personer med injektionsmissbruk finns individer som medvetet utsätter både sig själv och andra för smittrisk. Regeringen bedömer att möjligheter för landstingen att under vissa villkor inrätta sprututbytesprogram kommer att medverka till att personer med injektionsmissbruk avstår ifrån att använda infekterade sprutor och kanyler. Samtidigt innebär verksamheten en möjlighet att nå personer med ett tungt missbruk och motivera dem för vård och behandling.

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 personer med injektionsmissbruk och den från början hivnegativa parten varit medveten om den andras positiva hivstatus.

Köp av sexuella tjänster är också ett riskbeteende, och detta beteende utsätter personer i prostitution, särskilt kvinnor, för ökad smittrisk. I avsnitt 7.4.7 redovisas regeringens överväganden beträffande personer som är utsatta för prostitution.

### *Hivtestning, rådgivning och förebyggande insatser*

Hivtestning av och rådgivning till personer med personer med injektionsmissbruk sker bl.a. inom missbrukarvården, infektionssjukvården och kriminalvården. Bland personer med injektionsmissbruk låg andelen nyupptäckta hivfall initialt på omkring 1 procent per år för att sedan sjunka på 1990-talet. Den regelbundna hivtestningen av personer med injektionsmissbruk i kombination med deras öppenhet sinsemellan om hivstatus är sannolikt de enskilt viktigaste faktorerna för den relativt gynnsamma utvecklingen av hivpidemin bland personerna med injektionsmissbruk i Sverige. Det uppsökande arbetet som underlättade och möjliggjorde regelbunden hivtestning avtog dock under 1990-talet i många av landets kommuner, i takt med en omorientering av missbrukarvården under 1990-talet, som bland annat innebar en utbyggnad av öppenvården och en minskning av institutionsvården. Tydligast har utvecklingen märkts inom den vård som sker utan den enskildes samtycke med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), där antalet vårdade minskade med mer än två tredjedelar mellan 1990 och 2003.

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 narkotikavården och sjukvården, bidrog till att en stor del av de injicerande narkotikamissbrukarna testade sig. Denna strategi innebar att nysmittan bland personer med injektionsmissbruk sjönk mycket snabbt till, i internationell jämförelse, låga nivåer. De flesta var villiga att testa sig, och inom gruppen uppstod ett gruppträck att låta testa sig och att vara öppen om sin hivstatus.

Narkotikakommissionen behandlade i sitt slutbetänkande Vägvalet – Den narkotikapolitiska utmaningen (SOU 2000:126) de infektionsrisker som personer med injektionsmissbruk är utsatta för på grund av sin livsstil och sina narkotikavanor. Utöver risken för hivinfektion och hepatit berörs också risken för spridning av tuberkulos bland hemlösa och personer med tungt missbruk. Narkotikakommissionen framhöll att det, trots den relativt gynnsamma epidemiologiska utvecklingen av hivinfektion i Sverige, 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, konstaterade kommissionen, att man måste arbeta för en högre



beredskap och en ökad medvetenhet om riskerna för spridning av hiv-infektion, hepatit och tuberkulos bland missbrukare. Den stora omfattningen av hepatit C-infektion bland missbrukare kommer att på några års sikt medföra mycket stora hälsoproblem, som kommer att innebära stora påfrestningar på vården. Kommissionen menade därför att det borde upprättas en handlingsplan för motåtgärder mot hepatit C som involverar alla som kommer i kontakt med personer med tungt missbruk, som t.ex. personal vid akutmottagningar, tillnyktringsenheter, häkten, härbärgen och frivilligorganisationer.

Till och med år 1993 hade över 50 000 hivtester på personer som injicerat narkotika rapporterats i hela landet. Från år 1994 saknas tillförlitlig nationell statistik över antalet utförda hivtester och information saknas om den testades riskbeteende. Uppgifter från missbrukarvården och hälso- och sjukvården i Stockholm tyder på en minskning av testningsfrekvensen bland personer med injektionsmissbruk under 1990-talet, samt en försämrad kvalitet på information och rådgivning till denna grupp.

En nysatsning på målgruppen skedde i Stockholm under år 2002. Satsningen omfattar ett särskilt informationsmaterial om hivinfektion och hepatiter till riskgrupperna samt 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.

Även om epidemibekämpningen hittills varit relativt framgångsrik är det inte mindre angeläget att fortsätta det hivpreventiva arbetet. Data tyder på att hivtestningsfrekvensen har minskat bland personer med injektionsmissbruk under senare år, åtminstone i Stockholm. En hög och regelbunden hivtestning och möjlighet till kvalificerad rådgivning om såväl sexuell smitta som blodsmitta – inklusive hepatit – riktad till personer med injektionsmissbruk inom sjukvården och missbrukarvården är en förutsättning för att på ett tidigt stadium kunna diagnostisera nysmittade personer och förebygga smittspridning. I detta sammanhang har kriminalvården en viktig uppgift i att erbjuda alla intagna på häkten och anstalter hiv- och hepatittestning och kvalificerad rådgivning.

Allmän rapportering från laboratorierna av antalet hivtestade personer och ett förbättrat remissförfarande som inkluderar testanledning och riskbeteende skulle enligt regeringens bedömning ge viktig kompletterande information till den epidemiologiska övervakningen om testningsfrekvensen i riskutsatta grupper.

Möjlighet till hivtestning och rådgivning behöver enligt regeringens bedömning vara lättillgänglig och även finnas utanför sjukhusens infektionsmottagningar och avgiftningskliniker. Sådan verksamhet skulle också kunna ske i samarbete med mobila medicinska team, socialtjänstens uppsökande aktiviteter och i samband med frivilligorganisationers dagverksamhet. Förkortad väntetid på provsvar och användning av snabbtest är också angeläget för att underlätta och öka tillgängligheten till testning och rådgivning för denna grupp. Hemlösa personer och personer med missbruksproblem behöver kunna erbjudas testning och information under förutsättningar som är realistiska med hänsyn till deras

livssituation. Utredningen bedömde – i linje med regeringens narkotika-politiska samordnare i dennes ställningstagande 2003 – att sprututbytesprogram som ett väl integrerat led i vårdkedjan, med krav på motivationsarbete och nära koppling eller samarbete med avgiftning och narkomanvård liksom socialtjänst, kan fylla en viktig funktion i samhällets samlade insatser riktade till personer med injektionsmissbruk och i det smittförebyggande arbetet, särskilt för att förhindra eller bekämpa utbrott av hivinfektion bland personer med injektionsmissbruk. Regeringens förslag till reglering av verksamheten utvecklas närmare i avsnitt 9.

Det är viktigt att informationsmaterial om hur man skyddar sig mot blodsmitta och sexuell smitta finns tillgängligt på mottagningar inom socialtjänsten, kriminalvården och organisationer m.fl. som möter personer med injektionsmissbruk. Kontinuerliga utbildnings- och kompetenshöjande insatser och aktuellt informationsmaterial riktat till personal inom infektions- och beroendesjukvården, socialtjänsten och kriminalvården samt till frivilligorganisationer behöver erbjudas så att kunskap om, och intresset för frågan, står högt på dagordningen.

I avsnitt 7.5 redovisas regeringens överväganden när det gäller medicinsk behandling och stöd till hivinfekterade personer med injektionsmissbruk. I avsnitt 7.3.3 redovisar regeringen sina överväganden beträffande vilka insatser som behöver vidtas inom missbrukarvården och kriminalvården.

#### 7.4.4 Personer med utländsk bakgrund

**Regeringens bedömning:** Den epidemiologiska övervakningen bör fördjupas i syfte att bättre kunna identifiera risksituationer och spridningsvägar för hivinfektion bland personer med utländsk bakgrund och på så sätt kunna identifiera adekvata preventiva åtgärder. Ytterligare satsningar bör göras på insatser som når ut till personer med utländsk bakgrund, särskilt till ungdomar, och män som har sex med män, och på metodutveckling för att finna nya former och aktörer i det preventiva arbetet i syfte att på ett bättre sätt nå ut till riskgrupper bland personer med utländsk bakgrund.

En utredning bör tillsättas med uppdrag att följa upp genomförandet av de hälsoundersökningar som skall erbjudas asylsökande, nyanlända anhöriginvandrare m.fl. Utredningen bör överväga behovet av ytterligare insatser för att säkerställa att dessa grupper verkligen erbjuds hälsoundersökningar, samt om inte även andra grupper som bedöms vara riskutsatta bör erbjudas hälsoundersökning vid ankomsten till Sverige.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** En stor andel av instanserna, bl.a. flera landsting, efterlyser utökade insatser riktade mot personer med utländsk bakgrund.

*Integrationsverket* konstaterar att begreppet personer med utländsk bakgrund innefattar en rad olika grupper och att det är angeläget att begreppen nyanlända invandrare och asylsökande används för att kategorisera målgrupperna för den föreslagna verksamheten. Integrations-

verket och *Göteborgs kommun* pekar på risken att, i ambition att hindra smittspridning, utpeka och generalisera vilket kan få konsekvenser för invandrargrupper från högendemiska områden.

En betydande majoritet av instanserna anser liksom utredningen att fortsatta satsningar bör göras genom att förebyggande insatser riktas till personer med utländsk bakgrund. *Riksförbundet för hivpositiva* och flera andra instanser instämmer i att det är av vikt att större resurser satsas på metodutveckling för att finna nya former och aktörer samt att fortsätta stödja redan i dag fungerande former och aktörer i det preventiva arbetet riktat till personer med utländsk bakgrund. Flera instanser instämmer i att kommunikations- och informationsarbetet måste beakta de särskilda behov som finns hos personer med utländsk bakgrund. I syfte att nå utrikesfödda personer som levt en längre tid i Sverige bör enligt Integrationsverket samtliga parter arbeta på ett sådant sätt att samtliga invånare nås av verksamheten oavsett om de har utländsk bakgrund eller inte.

En betydande majoritet av instanserna stödjer utredningens bedömning i frågan om vikten av hälsoundersökningar av asylsökande. Flera instanser, bl.a. *Riksförbundet för hivpositiva*, *Läkare mot AIDS*, Integrationsverket, flera kommuner och många landsting, framhåller att hälsoundersökningen för asylsökande bör vara obligatorisk. *Riksförbundet för hivpositiva* framhåller att det är viktigt att hälsoundersökningar även följs upp med psykosocialt stöd m.m.

Flera remissinstanser, bl.a. Integrationsverket, *Läkare mot AIDS* och flera landsting, instämmer i utredningens bedömning att möjligheterna för andra nyanlända personer än asylsökande att erhålla hälsoundersökning måste förbättras. *Svenska kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* framhåller att gruppen asylsökande är en liten del av invandringen och att personer med anknytning utgör en betydligt större grupp att intressera sig för när det gäller hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Integrationsverket framhåller att alla nyanlända invandrare bör erbjudas hälsosamtal som en introduktion till svensk hälso- och sjukvård och i samband med det erbjudas testning av hivinfektion och andra smittsamma sjukdomar.

Ett betydande antal av instanserna, bl.a. flera landsting, konstaterar att det finns behov av tydligare riktlinjer när det gäller hälsoundersökningarna. Ett stort problem är enligt *Örebro läns landsting* att landstinget inte känner till vilka personer som är nyanlända och som skall erbjudas hälsoundersökning. Integrationsverket betonar att Migrationsverkets, landstingens och kommunernas uppdrag bör förtydligas om de nyanlända personerna skall kunna nås för preventiva insatser. *Migrationsverket* framhåller att myndighetens uppgifter är att informera asylsökande utlänningar om fastställda förmåner och vilka skyldigheter de skall uppfylla för att komma i åtnjutande av mottagningsvillkoren samt att inom ramen för gällande lagstiftning ge landstingen sådana uppgifter att landstingen kan uppfylla sina åtaganden.

Ett par instanser, bl.a. Statens folkhälsoinstitut och Integrationsverket, framhåller att innehållet i hälsoundersökningen bör utformas så att den enskildes behov av kunskap om hälsa tillgodoses. Statens folkhälsoinstitut konstaterar att det är angeläget att information om smittorisker och säkrare sex ingår i hälsoundersökningen.

**Bakgrund:** Landstingets skyldighet att erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård till personer, även utlänningar, som vistats inom landstingsområdet regleras i 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Hälso- och sjukvården för asylsökande m.fl. regleras i en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om hälso- och sjukvård för asylsökande. Överenskommelserna innebär att Sveriges Kommuner och Landsting åtar sig att rekommendera de enskilda landstingen att erbjuda den vård som riksdagen tagit beslut om och som närmare preciseras i överenskommelsen. Staten å sin sida åtar sig att ersätta landstingen för den vård som ges i enlighet med överenskommelsen. I överenskommelsen åtar sig landstingen att erbjuda samtliga asylsökande hälsoundersökning. Enligt överenskommelsen skall hälsoundersökningen erbjudas alla nyanlända asylsökande snarast efter att de fått sitt boende i landstinget och registrerats vid en av Migrationsverkets anläggningar. Verket har även ett informationsansvar som anges i överenskommelsen. De asylsökande skall informeras om landstingets åtaganden att lämna hälso- och sjukvård. I förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. regleras bl.a. vilken ersättning som skall utgå till landstingen för utförd hälsoundersökning.

Den 27 januari 2003 fattade rådet beslut om ett direktiv (2003/9/EG) om miniminormer för mottagandevillkor av asylsökande i medlemsstaterna. Enligt detta direktiv skall medlemsstaterna se till att de asylsökande får nödvändig hälso- och sjukvård som åtminstone skall innefatta akutsjukvård och nödvändig behandling av sjukdomar. I januari 2003 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att lämna förslag till hur direktivet skall genomföras i Sverige. I utredningens betänkande EG-rätten om mottagandet av asylsökande (SOU 2003:89) konstateras att den vård som i praktiken ges i Sverige, enligt ovannämnda överenskommelse, motsvarar direktivets krav och delvis går längre än vad direktivet fordrar. Eftersom författningsregleringen är svåröverskådlig föreslår utredningen en ny lag som reglerar landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård. Några förändringar i sak beträffande de asylsökandes möjligheter att få vård och behandling föreslås emellertid inte. I lagförslaget föreslås att samma begrepp som i avtalet dvs. omedelbar vård och vård som inte kan anstå används för att beteckna de tillstånd där landstingen har skyldighet att erbjuda vård. Vidare konstaterar utredningen att det i dagsläget saknas tillräckliga skäl för att införa en, för den asylsökande, obligatorisk hälsoundersökning. Däremot föreslås att landstingens skyldighet att erbjuda hälsoundersökningen skall regleras i lag.

I juni 2005 remitterade regeringen en departementspromemoria med förslag till lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m.fl. Det förslag som lämnas i departementspromemorian är en utvidgning av utredningens förslag på så sätt att även andra överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om hälso- och sjukvård för vissa utlänningar skall ersättas av en lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m.fl. Några förändringar i sak beträffande asylsökandes m.fl. möjligheter att få vård och behandling föreslås inte. Den föreslagna lagen gäller landstingets skyldigheter att, utöver vad som följer av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) erbjuda hälso- och sjukvård åt asylsökande och vissa andra

grupper av utlänningar. Enligt 2 § förslås att landstingets skyldigheter enligt lagen omfattar utlänningar som vistas i landstinget och som bl.a. har sökt uppehållstillstånd i Sverige enligt 4 kap. 1 eller 2 § utlänningslagen (2005:716) eller beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd. I 4 § anges att landstinget skall erbjuda utlänningar som avses i 2 § 1–3 och som inte fyllt 18 år samma hälso- och sjukvård som den som skall erbjudas den som är bosatt inom landstinget. I 5 § anges att landstinget, utöver omedelbar vård enligt 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen samt 6 § tandvårdslagen, skall erbjuda utlänningar som avses i 2 § 1–3 och som fyllt 18 år sådan hälso- och sjukvård samt tandvård som inte kan anstå, mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning samt vård vid abort. Vidare anges i 6 § att landstinget skall erbjuda utlänningar som avses i 2 § 1 och 2 att genomgå en hälsoundersökning.

När det gäller anhöriginvandrare och vissa andra grupper finns det bestämmelser om ersättning till landstingen för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. Enligt förordningen får Integrationsverket ersätta landstingen för kostnader för hälsoundersökning av vissa utlänningar som inte genomgått hälsoundersökning innan de första gången togs emot i en kommun. Bland de utlänningar som omfattas av denna bestämmelse ingår utlänningar som fått uppehållstillstånd på grund av sin anknytning till en utlänning och som ansökt om uppehållstillstånd inom två år från det att den person han eller hon har anknytning till först togs emot i en kommun. Vidare får enligt förordningen (1996:1357) ersättning för hälsoundersökning som görs av smittskyddsskäl lämnas även för utlänningar som avses i 1 § första stycket 3 lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl., dvs. utlänningar som i övrigt söker uppehållstillstånd och av särskilda skäl medgetts rätt att vistas i Sverige medan ansökan prövas.

### **Skälen för regeringens bedömning**

Personer av utländsk bakgrund som lever i Sverige kan av olika skäl vara målgrupp för förebyggande insatser beträffande hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar. Bland de som är nyanlända från högendemiska områden eller från områden där epidemier pågår kan man förvänta sig att hitta en relativt hög andel hivinfekterade.

Begreppet personer med utländsk bakgrund omfattar en stor och heterogen grupp. En mindre del av denna utgörs av nyanlända invandrare och asylsökande. Under år 2003 fick 50 491 personer uppehållstillstånd i Sverige. Knappt hälften av dessa fick tillstånd på grund av anknytning. Uppehållstillstånd beviljades 6 140 personer sedan de sökt asyl, av dem fick 3 043 tillstånd på humanitära grunder, dvs. bedömdes inte ha skyddsbehov. Dessutom fick 546 personer tillstånd på den s.k. flyktingkvoten. Av de övriga personer som fick uppehållstillstånd var 14 959 enligt EU/EES-avtalet, 6 021 gäststuderande, 825 adoptivbarn, 319 personer med permanent uppehållstillstånd av arbetsmarknadsskäl och 10 169 personer tidsbegränsade uppehållstillstånd av arbetsmarknadsskäl.

Personer med utländsk bakgrund utgör omkring hälften av de hivfall som varje år upptäcks i Sverige. Av de 427 personer med hivinfektion

som rapporterades år 2004 hade 257 smittats före invandringen till Sverige. Antalet rapporterade fall av hivinfektion där personer smittats före invandring till Sverige, vanligtvis i högendemiska områden, har som flera remissinstanser påpekat ökat under senare år. I jämförelse med övriga riskutsatta grupper är det i dagsläget den här gruppen som i rapporteringen ses öka mest. Vid remissbehandlingen har ett stort antal instanser efterlyst utökande insatser riktade mot denna grupp.

På grund av gruppens omfattning och inbördes heterogenitet är det enligt regeringens bedömning sällan gångbart att ange hela gruppen som mål för åtgärden. Det finns även en risk som Integrationsverket och Göteborgs kommun framhåller att i ambitionen att hindra smittspridning utpeka och generalisera. Detta kan få konsekvenser för invandrargrupper från högendemiska områden. I stället bör insatserna utformas efter särskilda behov som kan förekomma inom gruppen. Personer av utländsk bakgrund kan enligt utredningen ha speciella behov vad avser diagnos, behandling men även av kvalificerade preventiva insatser. Majoriteten av personer av utländsk bakgrund som vistas i Sverige kommer inte från länder med en utbredd spridning av hivinfektion. I gruppen finns dock individer som av olika anledningar kan sakna förutsättningar att tillgodogöra sig ett generellt preventionsbudskap. Det som avgör detta är främst om man har tillgång till de kanaler genom vilket budskapet förmedlas, kan det språk på vilket budskapet förmedlas eller har den grundkunskap som budskapet förutsätter. Det kan därmed finnas behov av att utveckla formerna och kanalerna för det preventiva budskapet.

Vidare behöver ytterligare satsningar på förebyggande insatser mot hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar riktade till olika grupper av människor med utländsk bakgrund komma till stånd. Detta gäller särskilt ungdomar och män som har sex med män. Här är skolans roll som kunskapsförmedlare särskilt betydelsefull. Enligt utredningens kartläggning har insatserna riktade till denna grupp under senare år förstärkts. Fortfarande är dock inte insatserna i paritet till gruppens storlek eller den uppskattade förekomsten av hivinfektion i gruppen. Det finns alltså enligt regeringens bedömning skäl att prioritera insatser som når ut till denna grupp ytterligare. Metoder behöver även utvecklas i syfte att finna nya former och aktörer i det preventiva arbetet och här finns lärdom att dra av erfarenheter från andra länder med liknande problematik.

Till skillnad mot vad som gäller för t.ex. män som har sex med män, ansåg utredningen att det inte uppenbart är en framgångsrik väg att använda sig av invandrarnas egna organisationer som förmedlare av budskap inom områdena sex och samlevnad och hivprevention. Det stora flertalet av dessa organisationer har ingen specifik inriktning mot sexualpolitik eller hälsofrågor och vänder sig heller inte särskilt till riskutsatta grupper i sin verksamhet, t.ex. ungdomar, missbrukare eller män som har sex med män. Undantag finns förvisso och det finns exempel på invandrarorganisationer som bedriver ett framgångsrikt preventivt arbete. I detta sammanhang pekade utredningen även på möjligheten att särskilt studera och utveckla användandet av andra aktörer med ursprung i de olika etniska grupperna men med en god förankring också i det svenska samhället. Sådana arbetssätt har med framgång prövats i andra EU-länder, t.ex. i Nederländerna där man sedan lång tid har erfarenhet av preventivt arbete bland minoritetsgrupper med utländsk bakgrund. Där har man i

stället, som förmedlare av hivpreventiv information, använt sig av välkända personer med bakgrund i olika etniska minoriteter och som etablerat sig i det nya hemlandet, t.ex. inom film, musik, sport eller politik.

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

I avsnitt 7.5 redovisas regeringens överväganden när det gäller medicinsk behandling och stöd till personer med utländsk bakgrund.

### *Hälsoundersökning*

Hälsoundersökningar har stor betydelse i det hivpreventiva arbetet. Hälsoundersökningen är inte bara ett sätt att upptäcka eventuell hivinfektion och remittera patienten till vård och behandling. Vid hälsoundersökningen och vid provsvarstillfället ges också ett värdefullt tillfälle att förmedla ett individuellt anpassat preventivt budskap vare sig patienten är hivinfekterad eller ej. Särskilt för personer med svag förankring i det svenska samhället och utan eller med bristfälliga kunskaper i svenska, är det viktigt att i ännu större utsträckning nyttja hälso- och sjukvården som preventiv arena.

Sammantaget omfattas 11 223 personer av de 46 857 personer som år 2003 fick uppehållstillstånd i Sverige av bestämmelser som innebär att de skall erbjudas hälsoundersökning antingen i enlighet med överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om hälso- och sjukvård för asylsökande eller förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. Närmare bestämmelser om den hälsoundersökning som skall erbjudas vid ankomst till Sverige återfinns i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1995:4) om hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar. I den departementspromemoria med förslag till lag om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl. som utarbetats inom Regeringskansliet föreslås att landstingens skyldighet att erbjuda asylsökande m.fl. hälsoundersökning skall bli lagreglerad. Några särskilda bestämmelser om den hälsoundersökning som skall ersättas enligt förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. finns däremot inte.

Ett antal av dem som årligen rapporteras smittade före invandring till Sverige upptäcks via den hälsoundersökning som asylsökande skall erbjudas efter ankomst till Sverige. Uppföljningar från såväl Socialstyrelsen som Landstingsförbundet har visat att systemet inte fungerar tillfredsställande. Många sjukvårdshuvudmän pekar på problem med att dels finna de asylsökande, dels att få utrymme också för dessa hälsoundersökningar inom ramen för övrig sjukvårdsverksamhet. Enligt Landstingsförbundets rapportering för år 2002 erhöll endast 37 procent av de asylsökande en hälsoundersökning kort tid efter ankomst till Sverige. Sedan

dess har vissa förändringar vidtagits för att förbättra informationsflödet mellan Migrationsverket och landstingen. En kartläggning som Landstingsförbundet gjort av de hälsundersökningar som genomfördes under år 2004 visar att betydligt fler asylsökande i dag erbjuds hälsundersökning än tidigare. Fortfarande är det dock långt ifrån alla som verkligen nås av ett erbjudande om hälsundersökning..

Därtill finns det för anhöriginvandrare inte rutiner för erbjudande om hälsundersökning. Nästan 5 000 av dessa kom år 2002 från områden med utbredd spridning av hivinfektion och borde alltså ha erbjudits hivtestning och rådgivning. Enligt uppgifter från Integrationsverket har ersättning för hälsundersökning under 2000-talet betalats ut för mindre än hälften av de kvotflyktingar och anhöriginvandrare som är berättigade till hälsundersökning enligt förordningen. Statistiken är dock inte tillförlig när det gäller att bedöma hur många som verkligen genomfört hälsundersökningen, bl.a. återfinns inte hälsundersökningar som genomförts senare än ett år efter mottagningsdatum i statistiken.

Vid remissbehandlingen har en rad instanser framhållit att de grupper som i dag skall erbjudas hälsundersökning är en liten del av invandringen och övriga grupper som får uppehållstillstånd i Sverige utgör en betydligt större grupp att intressera sig för när det gäller hivinfektion och andra smittsamma sjukdomar. Exempelvis borde alla nyanlända invandrare enligt Integrationsverket erbjudas hälsosamtal som en introduktion till svensk hälso- och sjukvård och i samband med det erbjudas testning av hivinfektion och andra smittsamma sjukdomar.

Vidare har ett betydande antal av instanserna, bl.a. flera landsting och Integrationsverket, konstaterat att det finns behov av tydligare riktlinjer när det gäller hur hälsundersökningarna skall gå till i praktiken. Ett problem som lyfts fram av bland annat Örebro läns landsting är att landstinget inte känner till vilka personer som är nyanlända och som skall erbjudas hälsundersökning. Den som söker asyl eller beviljas uppehållstillstånd går att nå för behandling och information genom hälsundersökning eller särskilda integrationsprogram som kommunerna erbjuder i samverkan med andra myndigheter och organisationer. Övriga invandrare har ingen självklar rätt till vare sig hälsundersökning eller individualiserad introduktion. Gruppen övriga invandrare kan exempelvis bestå av gäststudenter, arbetskraftsinvandrare och övriga anhöriginvandrare. Enligt Integrationsverket är det en brist i utredningen att det inte klargjorts hur nyanlända personer skall kunna nås för preventiva insatser och att inte Migrationsverkets, landstingens och kommunernas uppdrag i detta avseende förtydligats.

Utredningen om mottagandevillkor för asylsökande lät genomföra en grundlig analys av viktiga hinder som i praktiken medför att hälsundersökningar inte kommer till stånd. I utredningens betänkande EG-rätten och mottagande av asylsökande (SOU 2003:89) konstateras bl.a. att det funnits uppenbara brister i informationsutbytet mellan Migrationsverket och landstingen. Mycket talar för dock enligt utredningen för att informationsutbytet mellan Migrationsverket och landstingen delvis redan har förbättrats och att det av allt att döma finns även andra orsaker till att hälsundersökningar inte genomförs i önskvärd utsträckning. Det är givet att t.ex. vårdcentraler kan få svårt att hinna med hälsundersökningar i regioner som får ta emot stora grupper asylsökande, särskilt när befolk-



ningsunderlaget är lågt och vårdcentralernas bemanning är dimensionerad därefter. Utredningen konstaterade att en möjlig lösning på det problemet kunde vara att, som Socialstyrelsen förordat, låta ansvaret för att genomföra hälsoundersökning vila på vissa utvalda enheter.

Enligt regeringens bedömning är det en självklarhet att personer av utländsk bakgrund som bedöms vara riskutsatta bör erbjudas hälsoundersökning i vilken hivtestning och rådgivning ingår. Ett sådant erbjudande är viktigt såväl för den enskilde som för samhällets smittskydd. I avsnitt 7.1 har regeringen gjort bedömningen att det finns skäl för ett särskilt delmål om att hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare skall identifieras inom två månader och för övriga grupper som vistats i högendemiska områden inom sex månader.

Även om vissa förändringar under senare år har skett av det regelverk som styr informationsflödet mellan Migrationsverket och landstingen när det gäller asylsökande saknas i dag tillräcklig kunskap om huruvida detta i praktiken har medfört att alla som skall erbjudas en hälsoundersökning också nås av ett sådant erbjudande. Vidare finns det fortfarande även andra hinder som riskerar att leda till att hälsoundersökning inte kommer till stånd. Dessa faktorer medför att det finns en risk att erbjudandet om hälsoundersökning, även om det lagregleras, inte når samtliga asylsökande. Till detta kommer att det finns ett stort antal individer, som inte omfattas av den förslagna lagregleringen. Detta gäller bl.a. de anhöriginvandrare för vilka staten enligt förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. är skyldig att ersätta landstingen för en genomförd hälsoundersökning. Mot denna bakgrund anser regeringen att en utredning bör tillsättas för att följa upp genomförandet av de hälsoundersökningar som skall erbjudas för asylsökande, nyanlända anhöriginvandrare m.fl. samt att överväga behovet av ytterligare insatser för att säkerställa att dessa grupper verkligen erbjuds hälsoundersökning. Vidare anser regeringen att det i uppdraget bör ingå att överväga om även andra grupper som bedöms vara riskutsatta bör erbjudas hälsoundersökning vid ankomsten till Sverige.

Vid remissbehandling har flera instanser framhållit att innehållet i hälsoundersökningen bör utformas så att den enskildes behov av kunskap om hälsa tillgodoses. Vikten av att hälso- och sjukvården inriktas på ett mera hälsofrämjande arbetssätt och att de preventiva insatserna intensifieras framhålls bl.a. av Integrationsverket. I nuläget finns närmare bestämmelser om innehållet i hälsoundersökningarna enbart i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1995:4) om hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar respektive allmänna råd om hälsoundersökning av utländska adoptivbarn (SOSFS 1989:20). För den hälsoundersökning som skall erbjudas vissa anhöriginvandrare finns i dag inte motsvarande bestämmelser. Med tanke på att utformningen av hälsoundersökningen har stor betydelse, inte minst för den enskilde, anser regeringen att större enhetlighet i detta avseende bör eftersträvas. Följaktligen anser regeringen att det även bör ingå i utredningen att närmare belysa hur sådana närmare bestämmelser om innehållet i hälsoundersökningarna bör utformas.

**Regeringens bedömning:** Ungdomsmottagningar och motsvarande verksamheter bör bättre tas till vara som en hörnsten i det förebyggande arbetet bland ungdomar. Särskilda ansträngningar bör göras för att nå ut till pojkar.

Särskild uppmärksamhet bör även riktas till unga vuxna. Preventionsstrategierna när det gäller unga vuxna bör kopplas till arbetet med att förebygga oönskade graviditeter.

Ungdomar och unga vuxna bör i större utsträckning än vad som nu är fallet erbjudas hivtestning och rådgivning i samband med sina kontakter med hälso- och sjukvården. En förstärkt kunskapsuppbyggnad behövs om attityder, kunskaper och beteenden hos ungdomar och unga vuxna samt om smittspridningsmönstren hos de sexuellt överförbara sjukdomarna i dessa grupper.

Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag och tydliga riktlinjer för hur ungdomsmottagningar och liknande verksamheter skall kunna bedriva ett kunskapsbaserat preventionsarbete riktat till ungdomar och unga vuxna.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Flera instanser, bl.a. *Riksförbundet för hivpositiva (RFHP)* och *Ungdomsstyrelsen*, framhåller att den ökade spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar bland ungdomar och unga vuxna är särskilt oroande. Ett stort antal instanser, bl.a. flera landsting, konstaterar att det är glädjande att målgruppen unga vuxna syns i utredningen.

Flera instanser diskuterar vilka kanaler som står till buds för att nå ungdomar och unga vuxna. De flesta instanserna är överens om att det i ungdomsmottagningarnas verksamhet finns en grund för det förebyggande arbetet riktat till ungdomar vid sidan av sex- och samlevnadsundervisningen i grund- och gymnasieskolan. Ett stort antal remissinstanser, bl.a. Ungdomsstyrelsen och flera frivilligorganisationer, instämmer i att ungdomsmottagningarna och skolhälsovården bör stärkas och utvecklas och dess verksamhet bättre tas tillvara som en hörnsten i det förebyggande arbetet bland våra ungdomar. Ett par instanser påpekar att många unga vuxna finns på landets universitet och högskolor.

Flera instanser framhåller att utredningens förväntningar på ungdomsmottagningarna inte är realistiska. *Statens folkhälsoinstitut* och *Västra Götalands läns landsting* konstaterar att ungdomsmottagningarna har olika förutsättningar och i viss mån olika inriktning. För att ta tillvara den resurs som ungdomsmottagningarna utgör och för att mottagningarna skall svara upp mot de förväntningar som ställs behöver enligt Statens folkhälsoinstitut och *Barnombudsmannen(BO)* de förhållanden som styr verksamheten förbättras. En sådan åtgärd vore enligt Statens folkhälsoinstitut att i likhet med skolhälsovård och barnhälsovård göra ungdomsmottagningar till en lagstadgad verksamhet.

BO och Västra Götalands läns landsting betonar att ungdomsmottagningarnas tillgänglighet för pojkar måste förbättras och verksamheten anpassas utifrån pojkars särskilda behov. Västra Götalands läns landsting framhåller att ungdomsmottagningarna bör ha ett tydligt uppdrag att sam-

verka med skolor, t.ex. i fråga om sex- och samlevnadsundervisningen. Resurstillgången vid ungdomsmottagningarna medför dock enligt *Örebro* och *Östergötlands läns landsting* begränsningar av möjligheterna att få i gång samarbete mellan skolorna och hälso- och sjukvården. Statens folkhälsoinstitut och *Stockholms läns landsting* konstaterar att det hade varit önskvärt med ett särskilt uppdrag i fråga om ungdomsmottagningarna.

Flera instanser påpekar att det för unga vuxna inte finns någon struktur för det förebyggande arbetet på samma sätt som för ungdomar upp till 19 år. Enligt *Stockholms läns landsting* behövs det nya sätt att nå gruppen unga vuxna med sex- och samlevnadsinformation, nya sätt att kommuniceras och möjlighet att hänvisa till rätt mottagning för rådgivning, test och behandling. *Svenska Röda Korset* framhåller att man i det förebyggande arbetet riktat till unga vuxna bör använda sig av ett utåtriktat arbetssätt.

Västra Götalands läns landsting och Statens folkhälsoinstitut konstaterar att preventionsstrategierna när det gäller unga vuxna bör kopplas till preventionen av oönskade graviditeter. Ett specifikt problem för unga vuxna är enligt *Stockholms läns landsting* de långa väntetiderna för klamydiatest, bl.a. i storstadsområden.

Ett par instanser, bl.a. Ungdomsstyrelsen, instämmer i att det är av central betydelse att utveckla de arbetssätt som i dag används för att informera ungdomar och unga vuxna. RFHP anser att attityder, kunskaper och beteenden bör ses över för att inte hivinfektion skall komma in i ungdomsgruppen och då riskera att få en blixtnabb utbredning. Statens folkhälsoinstitut betonar socialtjänstens ansvar för det förebyggande arbetet riktat till de mest utsatta ungdomarna.

### **Skälen för regeringens bedömning:**

Ungdomstiden är i dag en mer utsträckt tid än tidigare och omfattar mer än bara tonårstiden. Många som arbetar förebyggande brukar numera dela in ungdomsgruppen i tre delar; 10–13-åringar, 14–19-åringar och 20–29-åringar. Den senare gruppen benämns ofta unga vuxna. Man når dessa grupper på olika sätt, med olika språk och på olika arenor. Särskilt gruppen unga vuxna har på senare tid uppmärksammats därför att dess levnadsförhållanden har försämrats, framför allt avseende arbetsmarknad, ekonomi och bostad, vilket är allvarligt ur samhällssynpunkt med tanke på att antalet unga vuxna ökar de närmaste åren. I Folkhälso-rapporten 2003 från *Stockholms läns landsting* noteras en negativ utveckling av hälsan hos unga vuxna. Exempel på detta är försämring i det psykiska välbefinnandet, en ökning av alkoholkonsumtionen samt ökning av överviktsproblemen. Många unga vuxna väljer att vänta med att ha varaktiga relationer samt att bli föräldrar. Alltfler lever i ensamhushåll eller i tillfälliga samboskap. Många ger sig ut på längre resor eller studerar i andra länder. Till denna utsträckt ungdomstid hör att fler har möjlighet att gå in och ur ett större antal sexuella relationer. Unga vuxna är även mer benägna att byta partner än både tonåringar och äldre vuxna individer och har i större utsträckning än andra oskyddat sex.

I deklARATIONEN från den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling framhålls vikten av att unga män och kvinnor har till-

gång till information, utbildning, däribland utbildning i kamratgrupper, hivutbildning som särskilt vänder sig till ungdomar, och tjänster som är nödvändiga för att utveckla den förmåga som behövs för att minska deras utsatthet för hivinfektion.

Den övervägande delen av heterosexuella ungdomar och unga vuxna som lever med hivinfektion i Sverige har smittats utomlands före invandringen till Sverige och det finns i dag inga tecken som tyder på att det förekommer någon mer påtaglig spridning av hivinfektion bland unga heterosexuella i Sverige. Den epidemiologiska utvecklingen vad avser övriga sexuellt överförbara sjukdomar är mer oroväckande (se avsnitt 4.1). De senaste åren har man kunnat notera en kraftig ökning av antalet rapporterade fall av klamydiainfektion. Även gonorré har ökat bland ungdomar och inhemsk smittspridning bland tonåringar förekommer åter. Vidare ökade antalet tonårsaborter med 25 procent under år 2004, vilket innebär en ökning med mer än 50 procent under den senaste sjuårsperioden. Statistiken visar att 20 procent av aborterna under senare år har gjorts på ungdomar under 19 år.

Tillgänglig statistik visar tydligt att ett påtagligt sexuellt riskbeteende präglar ungdomspopulationen trots de stora preventiva ansträngningar som gjorts under det senaste decenniet. Att man i dag inte kan se någon påtaglig spridning av hivinfektion i ungdomsgrupperna innebär inte att en sådan utveckling inte är ett möjligt framtida scenario. Det finns därför, enligt regeringens uppfattning, all anledning att möta det hotet med en samlad bred preventiv ansats.

Ungdomar och unga vuxna har, som Statens folkhälsoinstitut konstaterar, varit en prioriterad målgrupp alltsedan det förebyggande arbetet mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar startade i mitten av 1980-talet och stora resurser har satsats inom området både från staten och från landsting och kommuner. Det finns bl.a. goda exempel från olika delar av Sverige där det pågår ett kontinuerligt arbete att stödja skolans sex- och samlevnadsundervisning.

Trots att stora resurser satsas på prevention riktad till dessa grupper – åtminstone till ungdomsgruppen – ser man, enligt utredningen, för närvarande få, om ens några, tecken till ett minskat riskbeteende. Frågan om insatser riktade till ungdomar och unga vuxna måste därför få en framträdande position i det nationella planerings- och uppföljningsarbetet och initiativ även tas för ytterligare forsknings- och utvecklingsinsatser för att öka kunskaperna om attityder, kunskaper och beteenden hos ungdomar och unga vuxna samt smittspridningsmönstren hos de sexuellt överförbara sjukdomarna i dessa grupper. Det gäller inte minst ungdomar i socialt utsatta situationer.

De tre huvudsakliga arenorna för preventiva insatser riktade till ungdomar är skolans sex- och samlevnadsundervisning, skolhälsovården samt hälso- och sjukvården och då särskilt de ungdomsmottagningar som drivs av landsting och kommuner. Såväl kommuner och landsting som staten har ett ansvar – på olika nivåer – för dessa verksamheter. Behovet av insatser i skolan med sex- och samlevnadsundervisning och i skolhälsovården behandlas i avsnitt 7.3.2.

Som flera instanser påpekar är det särskilt viktigt att uppmärksamma vilka förutsättningar det finns att nå unga vuxna. Många unga vuxna finns på landets universitet och högskolor, dock inte alla. Som flera

instanser påtalar finns det för unga vuxna inte någon samlad struktur för det förebyggande arbetet på samma sätt som för ungdomar upp till 19 år.

Vidare bör preventionsstrategierna när det gäller unga vuxna som Västra Götalands läns landsting och Statens folkhälsoinstitut påpekar också kopplas till preventionen av oönskade graviditeter. Prevention av oönskade graviditeter och av sexuellt överförbara sjukdomar måste bli än mer integrerat i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet. Att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende handlar främst om att stärka individens egen identitet och självkänsla och öka förmågan att hantera relationer till andra människor. Det preventiva arbetet bör ta fasta på det friska och det positiva utan att för den skull negligera hälsoriskerna.

### *Ungdomsmottagningar och andra verksamheter som riktar sig till ungdomar och unga vuxna*

Ett stort antal instanser, bl.a. Stockholms läns landsting, Barnombudsmannen och Statens folkhälsoinstitut, konstaterar i samband med remissbehandlingen att grunden i det preventiva arbetet bör vara ungdomsmottagningarna eller liknande verksamheter som särskilt riktar sig till yngre människor. Systemet med ungdomsmottagningar finns mer eller mindre väl utbyggt i landet och utgör på det flesta håll en viktig resurs i det preventiva arbetet. Vid ungdomsmottagningarna ges goda möjligheter att bedriva individuellt inriktat arbete för att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar och här finns också en naturlig koppling till de abortförebyggande insatserna. Årliga besöksuppföljningar visar att ungdomsmottagningar kan nå upp till 50 procent av målgruppen inom sitt upptagningsområde. Könsskillnaderna är dock stora och ungdomsmottagningarna når vanligen en betydligt mindre andel pojkar än flickor i varje åldersgrupp. Samtidigt utgör dessa mottagningar i sin ofta omfattande utåtriktade verksamhet en viktig samarbetspartner för skolorna. Utredningen konstaterade därför att systemet med ungdomsmottagningar bör utvecklas och stärkas, såväl genom att systemet byggs ut som att befintlig verksamhet får utökade resurser.

Särskilda ansträngningar bör som flera remissinstanser påpekar göras för att nå ut till pojkar och att anpassa verksamheten utifrån pojkars särskilda behov. Även på de orter i landet där speciella mottagningar för ungdomar saknas och inom andra delar av sjukvården bör särskilda ansträngningar göras för att nå ungdomsgrupperna med preventiva budskap om hivinfektion och sexuellt överförbara infektioner. Som Barnombudsmannen och Västra Götalands läns landsting konstaterar ställer det krav på verksamhetsformerna, som t.ex. särskilda tider för pojkar, och på att det finns både manlig och kvinnlig personal på mottagningen.

Det är också viktigt att betona att satsningar bör göras på såväl långsiktiga förebyggande insatser som insatser riktade till smittade individer. Väl genomförd smittspårning har visat sig vara ett effektivt medel att bryta smittkedjor. Kontakten med ungdomarna och deras partners ger också rika tillfällen till preventiva insatser. Ungdomsmottagningarnas personal är, som frontaktörerna i det preventiva arbetet beträffande hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar, viktiga delar i en sammanhållen strategi där generella budskap kombineras med insatser på

individuell nivå genomförda av professionella aktörer. Regeringen anser också att det är angeläget att ungdomar och unga vuxna – som är en riskutsatt grupp – i större utsträckning än vad som nu är fallet erbjuds hivtestning och rådgivning i samband med sina kontakter med sjukvården.

Flera instanser framhåller att utredningens förväntningar på ungdomsmottagningarna inte är realistiska. Ungdomsmottagningarnas omfattning och kompetens varierar stort. Vidare varierar förutsättningarna för verksamheten och verksamhetens inriktning över landet. Ofta råder det osäkra förhållanden för verksamheten och inte sällan saknas det en regional ledningsstruktur och målbeskrivning för den. Ungdomsmottagningarnas verksamhet skulle enligt vissa instanser kunna effektiviseras om deras uppdrag var lika i hela landet. Ett par instanser, bl.a. Statens folkhälsoinstitut och Barnombudsmannen, konstaterar att förhållandena som styr verksamheten måste förbättras om det skall vara möjligt att tillvara den resurs som ungdomsmottagningarna utgör. En sådan åtgärd vore enligt Statens folkhälsoinstitut att göra ungdomsmottagningar till en lagstadgad verksamhet i likhet med skolhälsovård och barnhälsovård.

När det gäller gruppen unga vuxna över 20-årsåldern så saknas motsvarande naturliga arenor för insatser för att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Det behövs därför nya sätt att nå denna grupp unga vuxna med sex- och samlevnadsinformation, nya sätt att kommunicera och möjlighet att hänvisa till rätt mottagning för rådgivning, testning och behandling. I första hand är detta ett ansvar för sjukvårdshuvudmännen men även t.ex. studenthälsan på universitetsorterna bör som ett par instanser påpekar kunna spela en större roll här. Det kan även som Västra Götalands läns landsting framhåller finnas behov av ett ökat samarbete mellan kvinnosjukvård, mödrahälsovård och venereologi. Ett sätt att lösa detta problem skulle enligt ett par remissinstanser vara att inrätta centralt belägna sex- och samlevnads-mottagningar speciellt för målgruppen unga vuxna. En framkomlig väg kan också vara att knyta frivilligorganisationer till studenthälsomottagningarna och ungdomsmottagningar i det förebyggande arbetet. Ett utåtriktat arbetssätt bör användas och preventionsarbetet bedrivs på platser där unga vuxna träffas på fritiden såsom träningslokaler, krogen m.m.

Enligt regeringens bedömning bör grunden i det preventiva arbetet vara ungdomsmottagningarna eller liknande verksamheter som särskilt riktar sig till yngre människor. Det är dock otillfredsställande att dessa strukturer inte bedöms kunna svara upp mot de förväntningar som ställs på verksamheten. I den folkhälsopolitiska rapport som Statens folkhälsoinstitut överlämnade till regeringen i oktober 2005 konstateras att ungdomsmottagningarna i dag har olika förutsättningar för sin verksamhet. I det förebyggande arbetet mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar har ungdomsmottagningarna en viktig roll eftersom ungdomar där kan få information och rådgivning som gör att de kan utveckla en trygg och säker sexualitet. Institutet föreslår mot denna bakgrund att det förebyggande arbetet riktat till ungdomar förstärks genom att ungdomsmottagningarnas verksamhet utvärderas och kvalitetssäkras. Vidare finns det som en del instanser påtalar en del strukturella problem i fråga om formerna för kontinuerlig informationsöverföring och samverkan mellan hälso- och sjukvården och skolan.

Enligt regeringens bedömning är det önskvärt att det inleds ett strukturerat utvecklingsarbete beträffande ungdomsmottagningar och liknande verksamheter som bedriver verksamhet riktad till ungdomar eller unga vuxna. Med tanke på de förväntningar som fästs vid denna verksamhet är det inte tillräckligt enbart att i generella ordalag konstatera att dessa verksamheter bör stärkas. Ett par instanser har vid remissbehandlingen förslagit att ungdomsmottagningarnas verksamhet bör lagregleras. Enligt regeringens uppfattning är det emellertid inte en lösning på de problem som framhållits att lagreglera en viss verksamhetsform. I stället bör inriktningen, som framhålls i avsnitt 7.3.1, vara ett systematiskt förändringsarbete av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande arbete gentemot unga och unga vuxna. Mot den bakgrunden gör regeringen bedömningen att Socialstyrelsen, inom ramen för det pågående arbetet med en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, bör ges ett särskilt uppdrag att fram ett kunskapsunderlag och tydliga riktlinjer för hur ungdomsmottagningar och liknande verksamheter skall kunna bedriva ett kunskapsbaserat preventionsarbete riktad till ungdomar och unga vuxna. I ett sådant uppdrag bör även ingå att belysa förutsättningarna för samverkan mellan skolan och hälso- och sjukvården. I avsnitt 7.3.2 framhålls att regeringen kommer att överväga att ge motsvarande uppdrag till berörda skolmyndigheter.

#### 7.4.6 Utlandsresenärer

**Regeringens bedömning:** De förebyggande insatserna riktade till utlandsresenärer behöver förstärkas och fördjupas. Den beteendevetenskapliga och epidemiologiska analysen bör fördjupas när det gäller personer som smittas utomlands i syfte att kartlägga riskmönster respektive spridningsmönster. Arbetet med att utveckla och utvärdera metoder för att förebygga smittspridning för olika grupper av resenärer bör fortsätta. Uppföljningen i form av testning av och rådgivning till riskutsatta utlandsresenärer behöver förbättras.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De instanser som yttrat sig instämmer i stort i utredningens bedömningar. Ett par instanser instämmer i att antalet utlandsförvärvade infektioner kan befaras öka mot bakgrund av den förvärrade situationen i omvärlden och det ökade resandet bland svenskar. *Statens folkhälsoinstitut* framhåller dock att analysen av utvecklingen bör kopplas till antalet resenärer som ökat betydligt och att andelen som smittats i samband med en utlandsvistelse är mycket låg.

Flera instanser framhåller att det är angeläget att de förebyggande insatserna riktade till utlandsresenärer stärks. *Statens folkhälsoinstitut* och ytterligare ett par instanser instämmer i att det behövs flera strategier riktade till olika grupper av utlandsresenärer. *Jämställdhetsombudsmannen* framhåller att utlandsresenärer bör få möjlighet till hälsoundersökningar. *Integrationsverket* konstaterar att begreppet utlandsresenärer skulle kunna förtydligas om det ersätts av personer som nyligen vistats i högendemiska områden.

**Skälen för regeringens bedömning:** Personer bosatta i Sverige men som har smittats av hivinfektion under kortare eller längre tids vistelse utomlands har under den senaste femårsperioden utgjort omkring 20 procent av samtliga rapporterade fall av hivinfektion. Även andra sexuellt överförbara sjukdomar är tämligen vanligt förekommande i denna grupp. Det rör sig om olika typer av vistelse utomlands; allt ifrån turism till längre tids vistelse i samband med arbete eller studier. I den här gruppen ryms också personer som tidigare invandrat till Sverige och som smittats vid besök i sitt tidigare hemland.

Enligt en genomgång av utredningen av den utökade information om individer som smittats vid utlandsvistelse framgår att 22 procent av de omkring 270 personer som bedömts smittats på detta sätt åren 1997–2001 var utlandsfödda. Dessa hade varit bosatta i Sverige en ganska lång tid före det förmodade smittotillfället – kvinnorna igenomsnitt 10 år och männen 20 år – vilket innebär att smitta före invandringen rimligtvis kan uteslutas i flertalet av dessa fall. Drygt tre fjärdedelar av de heterosexuellt smittade utlandsfödda individerna, såväl män som kvinnor, hade smittats vid besök i sina tidigare hemländer, varav flertalet i Afrika eller Asien. I gruppen utlandssmittade utgjorde männen 85 procent (jämfört med 65 procent av det totala antalet hivinfekterade under samma tidsperiod) och 70 procent av samtliga utlandssmittade individer anges vara heterosexuellt smittade (49 procent i totalpopulationen). Av de svenskfödda heterosexuella männen hade det stora flertalet (85 procent) smittats i länder i Afrika och Asien. De svenskfödda kvinnorna däremot hade till stor del (55 procent) smittats i länder i Europa. Detsamma gällde för män som har sex med män där nästan 70 procent hade smittats i andra europeiska länder. Noteras bör också att medelåldern för de män som hivinfekterats under utlandsvistelse är något högre än för dem som smittas i Sverige.

Utlandssmitta är också relevant för spridningen av andra sexuellt överförbara sjukdomar. En majoritet av de heterosexuella männen som ådragit sig gonorré har infekterats i utlandet, vanligen i Sydostasien. Den pågående syfilisepidemin bland män som har sex med män har sitt ursprung i andra europeiska storstäder

Att bedriva insatser för att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar riktat utlandsresenärer är omvittnat svårt. En av de främsta anledningarna till detta är gruppens heterogenitet. Denna målgrupp är snarare att betrakta som ett antal ganska disparata grupper av individer som enbart har själva resandet som minsta gemensamma nämnare.

Gruppen utlandsresenärer kan översiktligt beskrivas i termer av fem huvudgrupper, nämligen:

- ungdomar,
- heterosexuella män och kvinnor som reser ensamma,
- personer som arbetar eller studerar längre tid utomlands,
- män som har sex med män, samt
- personer av utländsk bakgrund som återvänder för längre eller kortare tid till det tidigare hemlandet.

Dessa grupper skiljer sig inte enbart med avseende på bakgrund, ålder och syfte med resan, utan också med avseende på resmål och eget risk-



tagande. En inte oväsentlig del av utlandsresenärerna riskerar att smittas i samband med utnyttjande av personer i prostitution.

Gemensamt för gruppen utlandsresenärer är att det rör sig om personer som är eller har varit tillgängliga för ett nationellt preventivt budskap men som i övrigt skiljer sig så mycket åt att någon enhetlig modell för de preventiva insatserna till hela denna grupp knappast går att finna.

I en rapport från Statens folkhälsoinstitut om utlandsresenärer och hiv-preventiva insatser dras slutsatsen att det, när det gäller de preventiva insatserna, i första hand inte är kunskap som saknas hos majoriteten hos dessa individer. Utmaningen är i stället att hitta andra vägar som mer fokuserar på att påverka beteenden och valsituationer, grundläggande attityder samt förståelse för eget och andras sexuella beteende i samband med resa och i andra miljöer. Utredningen instämde i stort i dessa slutsatser även om man även framhöll att individers kunskaper om risker och risksituationer inte skall överskattas. Särskilt gäller detta kanske ungdomar och vissa personer av utländsk bakgrund som i bland har bristfälliga kunskaper om hivinfektion och hivspridning.

Utredningen konstaterade att de uppföljningar som Statens folkhälsoinstitut genomfört visar att det så sent som år 2002 saknades riktade informationsinsatser till utlandsresenärer. Därefter har bl.a. en flygplatskampanj genomförts – under hösten 2003 – där tryckt material med förebyggande budskap och kondomer delades ut till utlandsresenärer. Aspekten utlandssmitta har också i viss mån införlivats i insatser riktade till prioriterade målgrupper som ungdomar och män som har sex med män. Likaså bedrivs, om än i begränsad utsträckning, riktade insatser av frivilligorganisationer. Sammantaget är dock insatsen fortfarande begränsad.

Mot bakgrund av den förvärrade situationen beträffande hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar i vår omvärld och det ökande resandet i många grupper finns det, enligt regeringens uppfattning, all anledning att befara att antalet utlandsförvärvade infektioner kommer att öka. I avsnitt 7.1 föreslår regeringen att ett särskilt delmål bör införas som innebär att hivinfektion hos personer som vistats i högendemiska områden bör identifieras inom sex månader (för asylsökande och ny-anlända anhöriginvandrare gäller två månader). Detta delmål innebär bl.a. att förebyggande insatser riktade till utlandsresenärer måste förstärkas och fördjupas. Regeringen anser att det behövs ett fortsatt arbete med att utveckla och utvärdera metoder för att nå olika grupper av resenärer med förebyggande insatser. Vidare bör den beteendevetenskapliga och epidemiologiska analysen vad avser utlandssmitta fördjupas i syfte att kartlägga riskmönster respektive spridningsmönster. Även den medicinska och epidemiologiska uppföljningen efter utlandsvistelsen i form av testning och rådgivning samt de förebyggande insatserna måste, enligt regeringens uppfattning, påtagligt förbättras. Information om testning och rådgivning av den som utsatts för risk för hivinfektion eller andra sexuellt överförbara sjukdomar bör även vara en integrerad del av de informations- och kommunikationsinsatser som vidtas.

**Regeringens bedömning:** Informationen till gravida kvinnor om risken för överföring av hivsmitta till fostret samt hur detta kan förhindras bör förbättras.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer med regeringens bedömning. Utredningens förslag att alla gravida kvinnor bör erbjudas hivtestning har redan genomförts i form av föreskrifter från Socialstyrelsen.

**Remissinstanserna:** Ett stort antal instanser, bl.a. *Statens folkhälsoinstitut*, *Jämställdhetsombudsmannen (JämO)* och *Svenska läkaresällskapet*, framhåller att det, med tanke på att det finns möjlighet att med hivbehandling betydligt minska risken för smittoöverföring till barnet, är mycket otillfredsställande att inte alla kvinnor som har kontakt med mödrahälsovården erbjuds hivtestning. Svenska läkaresällskapet understryker samtidigt att det kan vara kontraproduktivt att utpeka alla utländska kvinnor då många kommer från områden med lägre förekomst av hiv-infektion än i Sverige. Flera instanser, bl.a. JämO, stödjer förslaget att information riktas till kvinnor av utländsk bakgrund i syfte att förhindra smittöverföring från mor till barn.

**Skälen för regeringens bedömning:** I deklARATIONEN från den särskilda session m hiv/aids som hölls i FN:s generalförsamling år 2001 betonas vikten av att minska andelen av hivinfekterade spädbarn bl.a. genom att trygga att de gravida kvinnor har tillgång till information, rådgivning och andra hivförebyggande tjänster och genom att hivinfekterade kvinnor och spädbarn ges tillgång till behandling för att minska överföring av hiv/aids från mor till barn.

I Sverige har antalet fall där överföring av hivinfektion från mor till barn skett successivt sjunkit, huvudsakligen som en följd av behandlingen av den gravida kvinnan med antivirala läkemedel samt användningen av planerat kejsarsnitt vid förlossning. Andelen barn som infekterats av sin mor låg under åren 1985–1993 kring 25 procent. Numera rör det sig om något enstaka barn som får hivinfektionen under graviditeten eller vid förlossningen. En förutsättning för denna gynnsamma utveckling är givetvis också att man känner till att den gravida kvinnan är hivinfekterad.

Ambitionsnivån när det gäller att förhindra överföring av hivinfektionen från mor till barn måste enligt regeringen vara mycket hög. Trots att Socialstyrelsen i allmänna råd (SOSFS 1987:22) om HIV-screening av gravida kvinnor uttalat att det finns anledning att erbjuda provtagning med hivtest till alla gravida kvinnor så kunde utredningen konstatera att ett antal kvinnor inte erbjuds hivtestning under graviditeten. Sådan screening av gravida kvinnor bedrivs i 17 av 21 landstingsområden, motsvarande närmare 90 procent av befolkningen. Resterande fyra landsting erbjuder hivtestning till vad som bedöms vara riskutsatta kvinnor. Sammanlagt har närmare 200 kvinnor identifierats som hivinfekterade i screening sedan starten år 1987. Den absoluta majoriteten av dessa har varit av utländsk bakgrund, vanligen från högendemiska områden i Afrika.

De barn som de senaste åren rapporterats som smittade av sina mödrar har oftast förvärvat infektionen innan de anlände till Sverige. Det finns även exempel på att infektionen överförts hos barn som förlöstes i

Sverige, såväl av svenska som utländska mödrar. Vanligen beror detta på att hivtestning inte utförts eller, i något enstaka fall, att smittöverföring skett trots insatt läkemedelsbehandling.

Utredningen konstaterade att det är otillfredsställande att inte samtliga gravida kvinnor erbjuds hivtestning. Att enbart rikta sig till riskgrupper kan enligt utredningen vara vanskligt eftersom det kan medföra att en hivinfekterad kvinna som inte tillhör någon identifierad riskutsatt grupp missas. Sedan utredningen presenterade sitt betänkande har Socialstyrelsen i november 2004 fattat beslut om föreskrifter om infektionsscreening av gravida (SOSFS 2004:13). Av föreskrifterna framgår att vårdgivaren skall erbjuda alla gravida kvinnor provtagning för hepatit B, hivinfektion och syfilis. Undantag får göras för provtagning om kvinnan redan befunnits ha sådan hivinfektion eller om det redan är känt att kvinnan har hepatit B i smittsamt skede. Provtagningen skall erbjudas kvinnan så tidigt under graviditeten att det är möjligt att vidta adekvata medicinska åtgärder i syfte att skydda barnet mot sjukdomen.

Ett annat tillfälle då det ges möjligheter att hivtesta och informera kvinnor i fertil ålder är i samband med det hälsosamtal och den hälsoundersökning som alla asylsökande respektive personer som omfattas av förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. bör. Sådan testning gäller förvisso i första hand kvinnor som kommer från områden med större spridning av hivinfektion men dessa kvinnor utgör i dag merparten av de hivinfekterade kvinnorna vid mödravårdsscreeningen. De bedömningar som regeringen gör i avsnitt 7.4.4 om hälsoundersökningar av personer med utländsk bakgrund medför också större möjligheter att förhindra att smitta överförs från mor till barn. Det är också viktigt att alla kvinnor, och då kanske främst kvinnor av utländsk bakgrund, får information om dessa risker samt vilka insatser som den svenska hälso- och sjukvården kan erbjuda för att förhindra att infektionen överförs. Det är angeläget att sådan information ges av sjukvårdshuvudmännen, men den bör också kunna kanaliseras via t.ex. frivilligorganisationer.

#### 7.4.8 Personer som är utsatta för prostitution

**Regeringens bedömning:** Sambandet mellan mäns utnyttjande av personer i prostitution och spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar måste synliggöras.

**Utredningens bedömning:** Utredningen diskuterade kopplingen mellan spridning av hiv/aids och prostitution. Utredningen lyfte dock inte fram personer som är utsatta för prostitution som en riskutsatt grupp.

**Remissinstanserna:** *Riksförbundet för sexuell upplysning* konstaterar att kvinnor och män i prostitution självfallet måste vara en målgrupp i det preventiva arbetet och borde nämnas bland de riskutsatta grupperna.

**Skälen för regeringens bedömning:** Enligt rapporter från UNAIDS, FN:s program mot hiv/aids, är majoriteten av alla de som smittas av hivinfektion i världen idag kvinnor och flickor. Många har smittats av män som har utnyttjat dem i prostitution, utsatt dem för sexuella övergrepp, eller som ett resultat av att de är offer för människohandel för sexuella

ändamål. Även pojkar och unga homosexuella män kan utsättas för dessa kränkningar med åtföljande smittrisk.

Regeringens långsiktiga mål är att eliminera prostitution och handel med människor för sexuella ändamål. Enligt regeringens uppfattning är det därför viktigt att synliggöra det nära samband som finns mellan mäns utnyttjande av personer i prostitution och spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Det är mäns beteende som är ett problem och som därför måste ändras. Denna förändring kan endast komma till stånd om män tar ansvar för sitt beteende, tar ansvar för sin sexualitet och sin syn på kvinnor och flickor. Dessutom måste självklart kvinnor och män, flickor och pojkar som utsätts för prostitution och kommersiell sexuell exploatering vara en målgrupp i det preventiva arbetet. Personer som utsätts för prostitution bör därför ingå bland de riskutsatta grupperna.

Ett ansvar för att synliggöra det nära samband som finns mellan mäns utnyttjande av personer i prostitution och spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar bör bl.a. ligga på de berörda myndigheterna inom smittskyddsområdet (se avsnitt 10.1). Dessutom är det angeläget att det finns ett nära samarbete mellan myndigheterna inom smittskyddsområdet samt polisen och socialtjänsten. Regeringen har för avsikt att presentera en nationell handlingsplan för det fortsatta arbetet med att bekämpa prostitution och handel med människor med sexuella ändamål, särskilt kvinnor och barn, för riksdagen under våren 2006. I denna kommer ytterligare åtgärder inom området att läggas fram.

#### 7.4.9 Övriga riskutsatta grupper

**Regeringens bedömning:** De föreskrifter som finns för att förhindra smittöverföring till personal i samband med hantering av biologiskt material från människa samt inom hälso- och sjukvården är tillräckliga.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De instanser som yttrat sig, bl.a. *Arbetsmiljöverket*, instämmer med utredningens bedömning.

**Skälen för regeringens bedömning:** I deklarationen om hiv/aids från FN:s generalförsamling framhålls att åtgärder behöver vidtas inom hälso- och sjukvårdssystemen för att förebygga spridning av hivinfektion. I Sverige vidtas omfattande förebyggande insatser för att förhindra överföring av hivinfektion vid blodgivning, i samband med andra risksituationer inom hälso- och sjukvården och tandvården samt vid laboratorier och på andra ställen där man handskas med biologiskt material. Dessa förebyggande insatser finns författningsreglerade i form av föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket. Utredningen ansåg att denna lagreglering är tillräcklig. Regeringen instämmer i denna bedömning.

**Regeringens bedömning:** Det är, inte minst ur förebyggande synvinkel, viktigt att slå vakt om den svenska hivvårdens arbetssätt. Det behövs särskilda stödinsatser för att hivinfekterade personer med injektionsmissbruk i högre grad än nu skall få möjlighet till antiviral behandling. Den psykosociala stödverksamheten riktad till personer med utländsk bakgrund måste utvecklas ytterligare.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer delvis med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De flesta instanser som kommenterat betänkandet i denna del instämmer i utredningens bedömning. Flera instanser, bl.a. *Stockholms läns landsting*, framhåller att det är betryggande att utredningen vill slå vakt om den svenska hivvårdens arbetssätt. Ett par instanser, främst *Riksförbundet för hivpositiva (RFHP)*, uttrycker sin oro för de neddragningar som sker i sjukvården för närvarande. *Statens folkhälsoinstitut* efterlyser riktlinjer för hur omhändertagandet av hivinfekterade organiseras inom hälso- och sjukvården. RFHP och *Stockholms läns landsting* instämmer i att det psykosociala arbetet kring patienterna bör upprätthållas och utvecklas. *Statens folkhälsoinstitut* och *Läkemedelsverket* betonar att det i Sverige sedan många år pågår ett utvecklingsarbete vad avser kvalitetssäkring av hivbehandling i syfte att följa biverkningar och behandlingsresultat. RFHP framhåller att missbrukare är en marginaliserad grupp som kan vara svår att nå och att det behövs nya metoder för att underlätta för dessa personer att få antiviral behandling.

Instanserna är i hög grad splittrade när det gäller utredningens bedömning av hur begreppet vård som inte kan anstå bör tolkas. En del frivilligorganisationer, *Stockholms läns landsting* och *Integrationsverket* välkomnar utredningens slutsats att antiviral behandling bör bedömas vara sjukvård som inte kan anstå. Enligt RFHP är det helt oacceptabelt att vissa hivpositiva som befinner sig i Sverige av olika anledningar inte får den livsnödvändiga vård och behandling som de behöver. *Svenska kommunförbundet*, *Landstingsförbundet*, ett stort antal landsting och *Göteborgs kommun* anser att utredningen inte löst frågan om asylsökandes rätt till behandling på ett tillfredsställande sätt. Förbunden anser att frågan om behandling av allvarliga och smittsamma sjukdomar hos personer som vistas i Sverige utan uppehållstillstånd bör få sin lösning och att detta är en fråga för statlig finansiering.

Ett par landsting och *Kriminalvårdsstyrelsen* anser att det är en brist att utredningen inte redovisar vilka svårigheter som finns i fråga om att initiera hivbehandling av personer där osäkerheten är stor kring möjligheterna till adekvat uppföljning.

**Bakgrund:** Landstingets skyldighet att erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård till personer, även utlänningar, som vistas inom landstingsområdet regleras i 4 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Någon närmare precisering av vad uttrycket omedelbar vård innebär ges inte i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), men det framgår att man inte är berättigad till mer vård än vad som från saklig synpunkt är motiverat. I prop. 1993/94:94 har emellertid omfattningen av hälso- och sjukvården till asylsökande behandlats. Där sägs bl.a. att stat-

lig ersättning skall lämnas när det föreligger ett behov av omedelbar vård eller vård som inte kan anstå. Vård som inte faller under dessa kriterier och där en måttlig fördröjning inte medför allvarliga följder för patienten bör inte ersättas av staten. I fråga om asylsökande barn bör dessa i princip få tillgång till samma hälso- och sjukvård som de barn som är bosatta i Sverige.

Ersättningen från staten till berörda sjukvårdshuvudmän regleras i en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl. Överenskommelsen omfattar sådana personer som avses i 1 § första stycket 1 och 2 lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. För personer under 18 år omfattas all hälso- och sjukvård av överenskommelsen. För vuxna omfattar överenskommelsen bl.a. omedelbar sjukvård enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), sjukvård som inte kan anstå samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen (2004:168). Migrationsverket har även ett informationsansvar som anges i överenskommelsen. De asylsökande skall informeras om landstingets åtaganden att lämna hälso- och sjukvård liksom tandvård.

Enligt smittskyddslagen skall läkemedel som har förskrivits av läkare mot en allmänfarlig sjukdom och som läkaren bedömer minska risken för smittspridning vara kostnadsfria för patienten. Undersökning, vård och behandling som läkaren bedömer minska risken för smittspridning och som ges inom landstingets hälso- och sjukvård eller av en läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget är kostnadsfri för patienten om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom. Kostnadsfriheten gäller bl.a. den som enligt 2 kap. 1–6 §§ socialförsäkringslagen (1999:799) är bosatt i Sverige eller den som utan att vara bosatt här har rätt till förmåner enligt vad som följer av rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.

### **Skälen för regeringens bedömning**

I deklARATIONEN från den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling år 2001 framhålls vikten av vård, stöd och behandling. Tillgång till medicinsk vård vid pandemier såsom hiv/aids är enligt deklARATIONEN ett av de grundläggande inslagen för att successivt kunna åstadkomma att enskilda personer fullt ut kan göra sin rätt gällande att åtnjuta bästa möjliga fysiska och mentala hälsa. Vidare betonas vikten av att samhället kan erbjuda psykosocial vård för enskilda, familjer och samhällen som drabbats av hiv/aids.

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

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

#### *Vård och behandling för personer med injektionsmissbruk och personer med utländsk bakgrund*

Det har redan påpekats att följsamhetsproblematiken är central när det gäller att bedriva en framgångsrik hivbehandling. Det är också väl känt att följsamheten är sämre hos vissa patienter.

Data från svenska hivmottagningar visar att personer med injektionsmissbruk, på grund av de särskilda betingelser som präglar deras levnadsförhållanden, behandlas mot hivinfektion i mindre utsträckning och uppvisar sämre behandlingsresultat än andra grupper. Att personer med injektionsmissbruk på grund av sin utsatthet och hälsofarliga livsföring har särskilda sjukvårdsbehov har tidigare berörts. När det gäller hivbehandling kan konstateras att antalet personer som insjuknar i aids eller avlider till följd av hivinfektion kraftigt minskat i Sverige, tack vare den effektiva kombinationsbehandlingen mot hivinfektion som infördes år 1996. Hivinfekterade personer med injektionsmissbruk 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 personer med injektionsmissbruk befinner sig i, ofta även i kombination med psykisk sjukdom, försvårar eller t.o.m. omöjliggör hivbehandling.

Av de omkring 200 hivinfekterade personer med injektionsmissbruk som år 2003 hade sin medicinska behandlingskontakt vid hivmottagningen på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge, hade uppskattningsvis 55 procent någon form av behandling mot sin hivinfektion. Detta, kan jämföras med att omkring 70 procent av samtliga hivinfekterade i Stockholms län hade aktiv kombinationsbehandling mot hivinfektion. Av personerna med injektionsmissbruk bedömdes dock färre än hälften ha en välfungerande behandling.

Hemlösa hivinfekterade eller aidssjuka personer med injektionsmissbruk är en särskilt utsatt grupp. Många har i dag små möjligheter till plats på hem för vård och boende eller andra slags stödboendeformer, vilket är en förutsättning för att denna grupp skall kunna tillgodogöra sig effektiv hivbehandling. Det är i högsta grad angeläget att dessa personer får möjlighet till ordnande levnadsförhållanden och därmed förbättrade förutsättningar att fullfölja hivbehandlingen. Ett annat sätt att underlätta antiviral behandling till personer med injektionsmissbruk kan enligt Riksför-

bundet för hivpositiva vara att skapa centralt belägna enheter som kan få en helhetsbild över denna grupp och därmed underlätta antiviral behandling. I avsnitt 7.3.3 har regeringen betonat behovet av ett multidisciplinärt synsätt där alla berörda instanser samverkar i vårdplanering för dessa individer. En sådan samplanering mellan huvudmännen underlättas numera genom lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Den psykosociala stödverksamhetens betydelse för såväl följsamheten av behandling som individernas upplevelse av hälsa är väl belagd för alla typer av patienter. Regeringen vill särskilt lyfta fram situationen för personer av utländsk bakgrund och särskilt de som vistats en relativt kort tid i Sverige. Kombinationen av utmaningar som dessa individer ofta står inför gör behovet av stöd och hjälp än större. En utveckling av den psykosociala stödverksamheten riktad särskilt till personer av utländsk bakgrund är därför särskilt viktig.

#### *Vård och behandling för asylsökande*

En särskild fråga som utredningen tar upp är förutsättningarna för den behandlande läkaren att erbjuda hivbehandling till asylsökande och andra personer som inte omfattas av socialförsäkringsförmånerna. Utredningen konstaterade att det inte är uppenbart att hivbehandling är en sådan behandling som omfattas av kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen. Undantag är enligt utredningen behandling av gravida kvinnor som syftar till att förhindra smittöverföring till fostret. Utredningen konstaterade även att de flesta landsting gör tolkningen att hälso- och sjukvården inte skall behöva erbjuda hivbehandling eller att sådan vård och behandling åtminstone inte skulle omfattas av det avtal om ersättningar för viss vård som staten och Landstingsförbundet träffat. Mot denna bakgrund valde utredningen att närmare försöka utreda hur hivbehandling skall klassificeras i förhållande till de typer av behandlingar som omfattas av avtalet mellan staten och Landstingsförbundet. Enligt utredningen är det en rimlig tolkning av överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet att även hivbehandling, när sådan bedöms nödvändig och möjlig att påbörja, skall omfattas av landstingens sjukvårdsåtaganden.

Till skillnad från utredningen anser regeringen att smittskyddslagens (2004:168) bestämmelser om kostnadsfrihet för läkemedel är av stor betydelse även för asylsökandes möjligheter att få hivbehandling. Enligt smittskyddslagen skall den som bär på en allmänfarlig sjukdom av den behandlande läkaren erbjudas den vård och den behandling som behövs för att förebygga eller minska risken för smittspridning. Läkemedel som har förskrivits av läkare mot en allmänfarlig sjukdom och som läkaren bedömer att minska risken för smittspridning är kostnadsfria för patienten. Dessutom är undersökning, vård och behandling som läkaren bedömer minska risken för smittspridning och som ges inom landstingets hälso- och sjukvård eller av en läkare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal med landstinget kostnadsfri för patienten om det är fråga om en allmänfarlig sjukdom.

Av förarbetarna framgår bl.a. att bedömningen av huruvida dessa åtgärder behövs från smittskyddssynpunkt och därmed skall vara kostnads-



fria för den enskilde görs av den enskilde läkaren. När det gäller läkemedel skall prövningen innefatta en bedömning av läkemedlets inverkan på smittspridningen. Om det finns vetenskapligt grundad anledning att tro att läkemedlet har effekt för smittspridningen genom att det minskar smittsamheten hos sjukdomen eller hämmar tillväxten hos smittämnet bör läkemedlet vara kostnadsfritt.

I maj 2005 gav Socialstyrelsen ut ett meddelandeblad om kostnadsfrihet vid undersökning, vård och behandling av allmänfarlig sjukdom. Meddelandebladet är tänkt att utgöra ett stöd för den behandlande läkaren i bedömningen av om kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen föreligger i samband med förskrivning av läkemedel eller besök för undersökning, vård eller behandling. I meddelandebladet konstateras att avgörande för om ett läkemedel skall vara kostnadsfritt, enligt lagens förarbeten, är hur mycket som det enskilda läkemedlet inverkar på smittspridningen. Finns det grundad anledning att tro att ett läkemedel har effekt på smittspridningen genom att det t.ex. minskar smittsamheten hos sjukdomen eller hämmar tillväxten hos smittämnet bör läkemedlet vara kostnadsfritt för patienten. Kostnadsfriheten gäller även om läkemedlet förskrivits enbart i behandlingssyfte med dessutom bedöms ha en biologisk effekt på smittspridningen. Det gäller alltså även om effekten av läkemedlet i den enskilda situationen inte alls bedöms som viktig för en framgångsrik smittskyddsinsats. Däremot skall läkemedel som enbart har betydelse för behandling av sjukdomstillståndet som sådant eller eventuella följsjukdomar och komplikationer inte omfattas av kostnadsfriheten. Inte heller läkemedel som kan sägas ha en enbart indirekt betydelse för smittspridning omfattas av kostnadsfriheten, t.ex. läkemedelsbehandling för missbruk.

Det framgår emellertid inte av smittskyddslagen eller dess förarbeten vilken personkrets lagens rättigheter och skyldigheter omfattar. Målet med samhällets smittskydd är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. För att detta mål skall kunna uppnås bör var och en som vistas i Sverige vara skyldig att söka läkare om vederbörande misstänker att han eller hon bär på en smittsam sjukdom samt i övrigt om inget annat anges omfattas av de rättigheter och skyldigheter som anges i smittskyddslagen.

Bestämmelserna om kostnadsfria läkemedel samt kostnadsfri undersökning, vård och behandling gäller under i lagen närmare angivna förutsättningar den som enligt socialförsäkringslagens kriterier anses bosatt i Sverige, den som utan att vara bosatt i Sverige har rätt till förmåner enligt rådets förordning (EEG) nr 1408/71 samt utländska sjömän som har eller misstänks ha vissa i lagen uppräknade sjukdomar. Som tidigare har redovisats förutsätter socialförsäkringslagens bosättningsbegrepp i princip uppehållstillstånd och en bosättningsintention som sträcker sig över ett år. Bestämmelsen i smittskyddslagen om kostnadsfria läkemedel gäller därför inte för asylsökande. Däremot finns motsvarande bestämmelse om kostnadsfrihet för asylsökande m.fl. i förordningen (1994:362) om vårdavgifter för vissa utlänningar. Staten ersätter efter ansökan landstingens kostnader för den hälso- och sjukvård som lämnas till dessa utlänningar. I beräkningsgrunderna för ersättningen ingår ett avdrag för vårdavgift motsvarande den som inom landstinget bosatta personer betalar.

Mot denna bakgrund förefaller det inte finnas några direkta hinder för att smittskyddslagen bestämmelser om kostnadsfrihet för läkemedel även skulle kunna vara tillämpliga för vård och behandling av asylsökande som är hivpositiva. En förutsättning är dock att det enligt den behandlande läkarens bedömning finns vetenskapligt grundad anledning att tro att läkemedlet har effekt för smittspridningen genom att det minskar smittsamheten hos sjukdomen eller hämmar tillväxten hos smittämnet. Den vård och behandling som den enskilde kan behöva för sjukdomstillståndet som sådant eller eventuella följsjukdomar och komplikationer, men som inte påverkar smittsamheten regleras av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. För det fall att sådan vård inte anses omfattas av den omedelbara hälso- och sjukvården gäller för närvarande överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl.

I maj 2005 skickade Utrikesdepartementet ut en departementspromemoria med förslag till lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m.fl. på remiss. Det förslag som lämnas i departementspromemorian innebär att vissa överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för vissa utlänningar skall ersättas av en lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m.fl. Regeringen har för avsikt att återkomma till riksdagen i frågan.

## 7.6 Särskilda insatser beträffande hivinfekterade barns och ungdomars situation

**Regeringens bedömning:** Kunskapen om hur samhället på bästa sätt kan stödja hivinfekterade barn och ungdomar samt barn och ungdomar som lever i närheten av hivpositiva personer behöver förstärkas. Vidare behövs ökade satsningar på stöd och information till adoptivföräldrar.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i stort med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** De instanser som valt att yttra sig instämmer i utredningens bedömning. *Riksförbundet för hivpositiva (RFHP)*, *Barnombudsmannen (BO)* och *Riksföreningen för skolsköterskor* konstaterar att barn och ungdomar som i dag lever med en hivinfektion i Sverige är mycket utsatta och att stödet till dessa är viktigt. Barnombudsmannen framhåller att utredningens barnperspektiv är ett viktigt led i att se barn och ungdomar som en särskild grupp med olika behov och intressen. BO efterlyser dock specifika stödåtgärder även för barn och ungdomar som lever i närheten av hivpositiva personer.

Ett par instanser, bl.a. *Statens folkhälsoinstitut* och BO, välkomnar även förslaget att situationen för hivinfekterade barn och ungdomar bör utredas. Flera instanser, bl.a. RFHP, stödjer utredningens förslag om en riksomfattande satsning på hivinfekterade barn och ungdomar på Karolinska universitetssjukhuset i vid Huddinge.

**Skälen för regeringens bedömning:** I deklARATIONEN från den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling år 2001 betonas att det är angeläget att insatser vidtas för att skapa en stödande om-

givning för föräldralösa barn samt för flickor och pojkar som är infekterade eller på annat sätt drabbade av hiv/aids.

I Sverige har, till och med år 2004, totalt omkring 90 barn anmälts som hivinfekterade via sina mödrar. Majoriteten av de barn som diagnostiserats som hivinfekterade är barn till kvinnor som inte varit föremål för behandling under graviditeten. Anledningen kan vara att kvinnan flyttat till Sverige efter graviditeten eller att hon inte varit känt hivpositiv vid tiden för förlossningen.

Merparten av barnen som smittats via sina mödrar infekteras i samband med födelsen och en mindre andel tidigare i fosterlivet. Under åren 1985–1993 låg andelen barn som smittats av sin hivinfekterade mor i samband med graviditeten på omkring 25 procent. Under senare år har denna andel sjunkit till 1,1 procent. Denna sjunkande smittöverföring beror till stor del på den ökade användningen av antivirala läkemedel till gravida kvinnor, liksom på förlossning med planerat kejsarsnitt (screening av gravida kvinnor behandlas i avsnitt 7.4.7).

I Sverige lever i dag ett 70-tal barn och ungdomar i åldrarna upp till 18 år med känd hivinfektion. Drygt hälften finns i Stockholmsområdet, ett tiotal i Skåne och resten utspridda över landet. Flertalet av de infekterade barnen är av utländsk bakgrund och födda i utlandet. Följaktligen är smittöverföring från mor till barn en vanlig smittväg. Några av barnen är emellertid sexuellt smittade i tonåren. I andra fall där modern inte har hivinfektion är smittvägen i de flesta fall okänd. Oftast uppger man att barnet smittats i sjukvården i hemlandet. Av övriga barn och ungdomar med hivinfektion så har merparten föräldrar som haft eller har drogmissbruk. Många av de äldre ungdomarna har redan mist sina mödrar då många dog redan innan läkemedelsbehandlingen introducerades i större skala år 1996.

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

Förutom den socialt utsatta situationen som dessa barn befinner sig i och den stigmatisering som hivinfektionen innebär väntar en sannolikt livslång medicineringsmed allt vad det innebär. De har också en rad problem framför sig i livet som kan relateras till hivinfektionen, alltifrån placering i daghemsgruppen och möjligheterna till en normal skolgång för de yngre barnen till introduktionen i vuxenlivet och frågorna kring sexualitet och familjebildning för de äldre ungdomarna. I dag rör det sig om en liten grupp men man kan förvänta att antalet personer – barn, ungdomar och unga vuxna – som levt med hivinfektion sedan födsel eller tidiga barnår kommer att öka i Sverige de närmaste åren.

Barn under 18 år är i Sverige tillförsäkrade vård och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (se avsnitt 7.3.1 och 7.4.4). Det medicinska omhändertagandet sker i allmänhet på barn- eller, i vissa fall, infektionskliniker runt om i landet. Enligt utredningens bedömning fungerar det medicinska omhändertagandet väl och barnen och deras föräldrar har vanligen också möjlighet till kontinuerlig kuratorskontakt. På

många håll har dock dessa kuratorer bara kontakt med ett eller på sin höjd några barn och någon organiserad gruppverksamhet kan därför inte erbjudas.

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

Förutom barn och ungdomar som har smittats av hivinfektion, genom sina föräldrar eller på annat sätt, finns ett okänt antal barn och ungdomar som lever i familjer där föräldrar och i bland även syskon är hivinfekterade. Dessa barn och ungdomar tillhör likaså en utsatt grupp i samhället genom att deras föräldrar kan vara sjuka och stå under medicinsk behandling, de kan sakna ork och förmåga att ta hand om sina barn och de kan leva under svåra ekonomiska och sociala omständigheter som också drabbar deras barn. För dessa barn och ungdomar är det viktigt att det finns en uppmärksamhet från socialtjänstens sida, att familjen har tillgång till kurator som kan ge stöd samt att barnen kan delta i förskolan och skolan och i olika fritidsverksamheter. Det gäller också att ge information och stöd till familjen så att barnen inte smittas trots att de lever i en utsatt miljö.

Regeringen anser att det finns starka skäl att stödja hivpositiva barn och ungdomar samt deras omgivning. Endast vid Barnens sjukhus vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge finns i dag en mer organiserad verksamhet för hivinfekterade barn. Det är angeläget att utreda hur samhället på bästa sätt skall stödja dessa barn och ungdomar. En sådan utredning bör behandla det psykosociala omhändertagandet inom hälso- och sjukvårdens ram, frågor kring daghemsplaceringar och skolgång samt frågor kring sexualitet och infektionsprevention. En utgångspunkt för arbetet bör vara möjligheterna att stödja uppbyggnaden av ett nationellt resurscentrum där verksamhet och insatser på nationell nivå kan komma alla dessa individer till del. Enligt regeringens bedömning är det angeläget att även situationen för barn och ungdomar som lever i närheten av hivpositiva personer omfattas av en sådan utredning.

I avvaktan på en sådan genomlysning ansåg utredningen att den verksamhet som för närvarande bedrivs vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge även fortsättningsvis bör kunna erhålla statligt bidrag så att aktiviteter kan riktas även till barn och ungdomar utanför Stockholmsområdet. Utredningen förutsatte därvid att även hemlandstingen har möjlighet att skjuta till vissa medel för detta ändamål. Enligt utredningen bör även statliga medel kunna disponeras för handledning och utbildning av personal, t.ex. i hälso- och sjukvården och barnomsorgen, som kommer i kontakt med barn och ungdomar med hivinfektion. Regeringen gör i saken ingen annan bedömning än utredningen. Frågan är dock av sådan karaktär att den enligt regeringens bedömning bör hanteras inom ramen för

den överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och lands-  
ting som behandlas i avsnitt 10.2.

I FN:s konvention om barnets rättigheter slås det fast att barn, på grund av sin sårbarhet, behöver vård och skydd samt att barnet har rätt till hälsa, liv och utveckling samt vila och fritid. Det betonas också att det är familjen som har det primära ansvaret för den vård och det skydd barnet behöver, samtidigt som barnet är i behov av samhälleligt skydd. Det är en självklarhet att bestämmelserna i barnkonventionen bör tas i beaktande när smittskyddsåtgärder vidtas. Det gäller såväl i de fall som barnet själv bär på en smittsam sjukdom som i de fall åtgärder behöver vidtas för att förhindra att barn smittas. Av detta skäl anges i 1 kap. 4 § smittskyddslagen att det vid åtgärder som rör barn särskilt skall beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. I enlighet med den definition av barn som ges i FN:s konvention om barnets rättigheter avses med barn varje människa under 18 år.

### *Särskilt om adoptivbarn*

En särskild fråga rör de omkring 1 000 utländska barn som varje år kommer till Sverige för adoption från länder i Östeuropa, Afrika, Asien och Latinamerika. Under senare år har frågor som rör risker för hiv-infektion hos blivande adoptivbarn blivit en allt vanligare fråga hos de svenska adoptionsorganisationerna, i takt med att hiv/aids breder ut sig i de länder som adoptivbarnen kommer från. Det är många gånger länder där medicinska resurser saknas. De mest utsatta barnen har ofta svårast att få tillgång till den behandling som eventuellt finns att tillgå. Kunskapen om hiv/aids på barnhemmen i dessa länder är dessutom ofta bristfällig. De svenska adoptionsorganisationerna medverkar till att de blivande adoptivbarnen genomgår hälsoundersökningar i sitt hemland innan de lämnas för adoption till familj som bor i Sverige och barnen hivtestas i samband därmed. Det är dock inte alltid möjligt att säkerställa att kvaliteten på dessa hälsoundersökningar är lika god som i Sverige.

Socialstyrelsen har givit ut allmänna råd om hälsoundersökning av utländska adoptivbarn (SOSFS 1989:20). I de allmänna råden anges att barn som kommer till Sverige från andra länder med annat sjukdoms-panorama och andra miljömässiga förhållanden bör erbjudas hälsoundersökning som är anpassad till deras speciella behov. Det gäller utländska adoptivbarn, invandrarbarn, flyktingbarn och barn som efter en långvarig utlandsvistelse återvänder till Sverige. När det gäller adoptivbarn framförs i de allmänna råden bl.a. att läkaren i samband med hälsoundersökningen bör diskutera frågan om hiv/aids med adoptivföräldrarna. Familjen bör erbjudas att få barnet hivtestat. Detta är särskilt angeläget om barnet kommer från områden där hivsmittan är utbredd. Det är viktigt att det finns en beredskap att ge familjen stöd och information om det visar sig att barnet är smittat. Vidare framförs att många av de problem, som adoptivföräldrar kan behöva diskutera eller få information om beträffande adoptivbarnen och deras hälsa, bör tas upp i god tid före barnets ankomst till Sverige.

Det är därför ytterst angeläget att personalen inom hälso- och sjukvården har goda kunskaper om adoptivbarn och deras hälsoproblem liksom att de har tillräckliga kunskaper om hiv/aids. Bemötandet av barnen och

deras föräldrar är en viktig fråga att arbeta med, särskilt när barnen har sjukdomar och infektioner som behöver behandlas. Barnen har också ofta upplevt flera separationer och traumatiska förhållanden vilket kräver god insikt och kunskap hos personal inom barnhälsovård, socialtjänst, förskola och skola. För att få ett medgivande att adoptera ett utländskt barn skall de sökande ha genomgått av kommunen anvisad föräldrautbildning, enligt en ändring i socialtjänstlagen, som gäller från den 1 januari 2005, och i samband med sådan föräldrautbildning diskuteras även frågor om barnets hälsa.

## 7.7 Insatser för att skapa öppenhet kring hiv/aids och motverka diskriminering av hivinfekterade

**Regeringens bedömning:** Ett framgångsrikt hivpreventivt arbete förutsätter att åtgärder riktas mot diskriminering och stigmatisering av hivinfekterade personer och att de mänskliga rättigheterna respekteras. En undersökning av situationen för hivinfekterade och allmänhetens attityder till och beteenden mot hivinfekterade bör genomföras. Hivinfekterade personers kunskaper och erfarenheter bör utnyttjas mer i arbetet mot diskriminering och stigmatisering. Insatser av de hivinfekterade själva bör i högre grad integreras i det hivpreventiva arbetet.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De instanser som yttrat sig tillstyrker utredningens förslag. Flera instanser, bl.a. *Riksförbundet för hivpositiva (RFHP)*, *Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO)* och *Statens folkhälsoinstitut*, framhåller att det för ett framgångsrikt arbete mot hivinfektion krävs ett aktivt arbete med att motverka diskriminering och social utstötning. Statens folkhälsoinstitut och *Handikappombudsmannen (HO)* betonar att det faktum att många grupper av hivinfekterade redan riskerar att bli utsatta för diskriminering på grund av sexuell läggning eller etnicitet inte förbättrar situationen. Handikappombudsmannen och RFHP konstaterar att det finns skäl att misstänka att det finns ett mörkertal beträffande de anmälningar som görs då öppenheten kring hivinfektion inte är självklar. HomO framhåller att det krävs tydliga riktlinjer och aktiv målstyrning för att diskrimineringsfrågorna skall införlivas i skolan och i hälso- och sjukvården. RFHP framhåller de negativa konsekvenser som hivpositiva känner med anledning av smittskyddslagens repressiva och tvingande inslag. RFHP påtalar även att brottsbalkens praxis av dömande av hivpositiva vid så kallade hivbrott skapar en kraftig oro och tvingar hivpositiva till ensamhet och isolering.

Ett par instanser, bl.a. Statens folkhälsoinstitut, instämmer i behovet av förstärkta utbildningsinsatser inom sjukvården i syfte att motverka fördomar och diskriminering samt att undersöka och analysera situationen för hivinfekterade i samhället.

De instanser som yttrat sig, främst HomO, HO och RFHP, tillstyrker att diskrimineringsskyddet på socialförsäkrings- respektive arbetslöshetsförsäkringsområdet även bör omfatta personer med funktionshinder. Ett

par instanser, bl.a. HomO, konstaterar att ett diskrimineringskydd på grund av funktionshinder även bör införas inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. *Arbetsmiljöverket* framhåller att det i arbetsmiljölagstiftningen finns bestämmelser som ger arbetsgivare stöd i arbetet att förebygga fördomar om och negativa attityder mot hivsmittade i arbetslivet.

### Skälen för regeringens bedömning

Diskriminering och social utstötning av hivinfekterade personer är ett allvarligt problem i stora delar av världen. Diskriminering och stigmatisering av personer med hivinfektion riskerar också att bidra till att smittade undviker att testa sig och få vetskap om sin hivinfektion. De går därmed miste om möjlighet till medicinsk behandling och kunskap som behövs för att inte föra smittan vidare. Detta är, givetvis också är negativt för samhället utifrån preventionssynpunkt.

I den deklaration som antogs vid den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling år 2001 ingår mänskliga rättigheter som en av hörnpelarna i de nationella åtagandena i kampen mot hiv/aids. I deklarationen framhålls att ett fullt förverkligande av de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna för alla är ett avgörande inslag i en världsomfattande insats mot hiv/aids-pandemin. Lagar mot diskriminering av hivinfekterade personer skall finnas liksom mot diskriminering av grupper i samhället som är särskilt sårbara för hiv/aids. En nationell policy skall enligt deklaration finnas som ger lika möjlighet för alla, oavsett kön eller grupptillhörighet, till förebyggande insatser och hälso- och sjukvård. Dessutom skall hivforskning som involverar försök på människor granskas av forskningsetisk kommitté. Tidigare har FN:s kommission för mänskliga rättigheter i en resolution (1989/11) fastslagit att alla män och kvinnor är berättigade till skydd mot diskriminering som är relaterad till deras hälsotillstånd. I ett antal följande resolutioner fastslås att diskriminering som grundas på hiv/aids är förbjuden enligt internationella konventioner om mänskliga rättigheter.

I FN-deklarationen om hiv/aids slås även fast att diskriminering och förnekande samt brist på diskretion undergräver ansträngningarna till förebyggande insatser, vård och behandling och ökar epidemins inverkan på enskilda personer, familjer, samhällen och nationer och därför också måste bemötas. Vidare betonas vikten av att uppmärksamma hiv/aids i arbetslivet och att vidta åtgärder för att trygga en arbetsmiljö som stöder personer som lever med hiv/aids.

Diskriminering av hivinfekterade är viktigt att uppmärksamma, inte bara internationellt utan även i ett svenskt perspektiv. Ett framgångsrikt hivpreventivt arbete förutsätter att åtgärder riktas mot diskriminering och stigmatisering av hivinfekterade personer och att de mänskliga rättigheterna respekteras. Okunskap hos befolkningen om hivinfektion och dess smittvägar orsakar fördomar och intolerans mot hivinfekterade som leder vidare till utanförskap och diskriminering i arbetslivet och övriga samhället. Regeringens andra nationella handlingsplan för de mänskliga rättigheterna, vilken kommer att genomföras åren 2006–2009, kommer att bidra till att höja medvetenheten i samhället om de mänskliga rättigheterna och rätten till skydd mot diskriminering.

I Sverige har hivinfektion, liksom i många andra länder, i stor utsträckning drabbat människor som tillhör grupper i samhället eller människor som redan är utsatta för intolerans eller riskerar diskriminering på grund av missbruk, sexuell läggning eller etnicitet. Detta gör att det kan vara svårt att urskilja om diskrimineringsgrunden är hivinfektionen i sig eller om diskrimineringen beror på att individen är homo- eller bisexuell, eller har invandrar- eller missbruksbakgrund.

Hivinfektion omgärdas av idéer, föreställningar och attityder som oftast är av negativ karaktär. Sådana attityder kan komma till uttryck i individers värderingar, känslor eller beteenden. Amerikanska studier visar att hivinfektion av många betraktas som en självförvållad sjukdom, ett straff för ett omoraliskt eller stötande beteende. I Sverige har en studie som Riksförbundet för hivpositiva genomförde år 1999 visat att hivpositiva personer känner sig negativt särbehandlade i arbetslivet. Även om det finns lagar som skyddar mot diskriminering, är det tydligt att öppenhet med sin hivinfektion kan leda till diskriminering. Diskrimineringen kan ta sig subtila uttryck i form av negativa uttalanden och nedsättande inställning till människor med hivinfektion. Eftersom hivinfektionen är så stigmatiserad är det inte en självklarhet att berätta om den i sociala sammanhang. Ytterst handlar den inre kampen kring öppenhet med sin hivinfektion om dilemmat mellan å ena sidan människans behov av att vara äkta, bli respekterad och bekräftad och å andra sidan rädslan för att bli avvisad eller övergiven. När hivinfekterade personer är öppna med sin hivstatus löper de risken att hotas i sin sociala existens i form av diskriminering, utanförskap och ensamhet. Hotet mot den sociala existensen är sprungen ur stigmatiseringen av hivinfektionen.

Ett framgångsrikt arbete mot hivinfektion kräver, som flera instanser påpekat, ett aktivt arbete med att motverka diskriminering och social utstötning. Den omständigheten att många grupper av hivinfekterade redan riskerar att bli utsatta för diskriminering på grund av sexuell läggning eller etnicitet förbättrar inte situationen. Även om attitydstudier visar att allmänhetens inställning till personer med hivinfektion har förbättrats och rädslan för dem har minskat, anser regeringen att det finns all anledning att genom information om hivinfektion och dess smittvägar fortsätta arbetet med att förändra synen på hiv/aids så att den blir mer realistisk, och öppen. Mot den bakgrunden har regeringen gjort bedömningen att det finns skäl för ett särskilt delmål om att kunskapen i offentlig verksamhet, i arbetslivet och i samhället i stort om hiv/aids och hur det är att leva med sjukdomen skall förbättras (se avsnitt 7.1).

Studier av hivinfekterade personers upplevelser av diskriminering och negativa attityder är fåtaliga i Sverige och det är därför svårt att veta hur omfattande problemet är i dag. Det kan antas att det finns skillnader mellan hur man i allmänhet ser på hivinfekterade personer och hur man faktiskt agerar eller skulle agera vid direkt kontakt eller i en given situation. Ytterligare forskning inom detta område och om hivinfekterades situation i samhället är enligt regeringens uppfattning nödvändig. Följaktligen avser regeringen att ta initiativ till att situationen för hivinfekterade, eventuell upplevd diskriminering och utanförskap, samt allmänhetens attityder till och beteenden mot hivinfekterade undersöks och analyseras.



Regeringen vill också särskilt betona vikten av frivilligorganisationernas insatser och engagemang mot intolerans, stigmatisering och diskriminering på grund av hivinfektion. Det informations- och utbildningsarbete, liksom stödjande verksamhet riktad till hivinfekterade personer, som bedrivs inom Noaks Ark–Röda Korset, Riksförbundet för sexuellt likaberättigande och andra organisationer, är även fortsättningsvis av stor betydelse för att motverka diskriminering och fördomar och bryta hivinfekterades isolering och stigmatisering. Det är också regeringens uppfattning att hivinfekterade personers kunskaper och erfarenheter bör utnyttjas mer i arbetet mot diskriminering och stigmatisering och att hivinfekterade själva i högre grad bör integreras i det hivpreventiva arbetet.

Utredningen konstaterade att en negativ syn på homosexuella enligt svenska studier förekommer bland sjukvårdens personal och blivande sjukvårdsanställda. Män som har sex med män upplever alltjämt svårigheter i form av negativt bemötande, fördomar, okunskap och bristande förståelse i kontakten med den vanliga sjukvården i frågor rörande bl.a. hivinfektion och andra sexuellt överförda sjukdomar och söker sig därför ofta till de två särskilda mottagningar som finns i Stockholm och Göteborg för män som har sex med män. Regeringen anser därför att det behövs förstärkta utbildningsinsatser om sexualitet i grund- och vidareutbildningen av olika yrkeskategorier inom sjukvården för att öka kunskaperna och motverka fördomar. Denna fråga bör särskilt uppmärksammas inom ramen för de överväganden om kunskapsutveckling och kunskaps-spridning som regeringen gör i avsnitt 8.4.

### *Lagreglering av diskriminering*

I Sverige finns i dag flera lagar mot diskriminering. Skydd mot olaga diskriminering finns i 16 kap. 9 § brottsbalken och lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering. Svensk lagstiftning mot diskriminering i arbetslivet finns i dag i flera olika lagar: jämställdhetslagen (1991:433), lagen (1999:130) om åtgärder mot etnisk diskriminering i arbetslivet, lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder och lagen (1999:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning. På högskoleområdet finns likaså lagen (2001:1286) om likabehandling av studenter i högskolan. Regeringen har dessutom i propositionen Trygghet, respekt och ansvar – om förbud mot diskriminering och kränkande behandling av barn och elever (prop. 2005/06:38) föreslagit en ny lag på diskrimineringsområdet. Den föreslagna lagens tillämpningsområde är utbildning och annan verksamhet som avses i skollagen (1985:1100).

Hivinfektion har i svensk diskrimineringslagstiftning klassats som funktionshinder. Handikappombudsmannen (HO) har bl.a. tillsyn över lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder, som förbjuder direkt eller indirekt diskriminering av en arbetssökande eller arbetstagare på grund av funktionshinder. Enligt lagen är funktionshinder varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga. Begränsningarna beror på en skada eller sjukdom som fanns vid födelsen eller har uppkommit senare i livet. Sjukdomar som kan förväntas begränsa funktions-

förmågan i framtiden omfattas också enligt förarbetena av lagen, exempelvis hivinfektion och multipel skleros.

HO har under perioden 2000–2002 mottagit omkring 200 anmälningar om året av vilka omkring 50 anmälningar per år rör diskriminering i arbetslivet. Av dessa har endast en anmälan gällt ett fall av upplevd diskriminering av en hivinfekterad person som blev förbigången vid en tjänstetillsättning. Därtill har HO kännedom genom telefonrådgivning om ytterligare ett fåtal fall från arbetslivet, bl.a. om uppsägning från tjänst när det blev känt att en arbetstagare var hivpositiv. Dessa har dock inte till någon anmälan till HO. Det går inte att utesluta att enstaka fall av diskriminering på grund av sexuell läggning i grunden rör diskriminering på grund av hivinfektion eller rädsla för sjukdomen. Hivinfektion förknippats även med vissa riskgrupper i samhället, bl.a. homosexuella män.

År 2002 tillsatte regeringen en parlamentarisk kommitté, Diskrimineringskommittén (dir. 2002:11, tilläggsdir. 2003:69). Kommittén har bl.a. till uppgift att överväga en gemensam lagstiftning mot diskriminering som omfattar alla eller flertalet diskrimineringsgrunder och samhällsområden. Vidare ingår i kommitténs uppdrag bl.a. att lämna förslag på hur tillsynen över efterlevnaden av en sådan lagstiftning skall utformas. Förslagen skall bygga på kommitténs ställningstaganden i fråga om utformningen av en framtida diskrimineringslagstiftning. Kommittén skall därvid se över ansvarsområden och uppgifter för Jämställdhetsombudsmannen, Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), HO, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) och Barnombudsmannen. Kommittén skall också överväga möjligheterna till och analysera konsekvenserna av en sammanslagning av några eller samtliga dessa ombudsmän till en institution eller av en samordning av dem på något annat sätt.

Hiv/aids-utredningen ansåg att diskrimineringskyddet för funktionshindrade bör omfatta fler områden än vad det för närvarande gör, exempelvis socialförsäkrings- och arbetslöshetsförsäkringsområdet, som nu är undantagna beträffande funktionshindrade i lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering. Vid remissbehandlingen har ett stort antal instanser uttryckt stöd för detta förslag. Ett par instanser, bl.a. HomO, konstaterar att ett diskrimineringskydd på grund av funktionshinder även bör införas inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den 27 januari 2005 fattade regeringen beslut om tilläggsdirektiv för Diskrimineringskommittén (dir. 2005:8). Av direktiven framgår bl.a. att kommittén i sina överväganden om ett likartat skydd mot diskriminering oavsett diskrimineringsgrund och samhällsområde skall beakta Hiv/aids-utredningens förslag och remissyttrandena i denna del. Uppdraget skall redovisas senast den 31 januari 2006.

Den 26 oktober 2005 överlämnade regeringen propositionen Trygghet, respekt och ansvar – om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever (prop. 2005/06:38) till riksdagen. Propositionen innehåller förslag till en lag om förbud mot diskriminering på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning och funktionshinder samt annan kränkande behandling såsom mobbning. De som omfattas är barn och elever i alla verksamheter som omfattas av nu gällande skollag (1985:1100). Härigenom gäller den föreslagna lagen bl.a. förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, grund- och

gymnasieskola samt kommunernas vuxenutbildning. Den föreslagna lagens ändamål är också att främja barns och elevers lika rättigheter. Enligt lagen skall därför den som ansvarar för verksamheten se till att det bedrivs ett målinriktat arbete för att främja lagens ändamål. Det är JämO, DO, HomO, HO och Skolverket som skall se till att lagen följs. Lagen föreslås träda i kraft den 1 april 2006.

Diskriminering och fördomar måste också motverkas genom tillämpning av de lagar som redan finns inom diskrimineringsområdet. Det gäller såväl diskriminering av hivinfekterade som av grupper som är särskilt sårbara för hiv/aids. Tack vare senare års behandlingsframgångar med förlängd överlevnad som följd, lever en allt större grupp människor i dag med hiv, och är i behov av skydd mot diskriminering vad gäller tillgänglighet och delaktighet i samhället. Det finns anledning att anta att hivinfekterade personer som blivit utsatta för diskriminering drar sig för att anmäla detta till HO av rädsla för att deras hivstatus skall bli offentliggjord, i likhet med homosexuella som avstår ifrån att anmäla diskriminering till HomO för att deras sexuella läggning inte skall bli känd. Förutom tillsynen över diskrimineringsområdet och de informationsinsatser som HO och övriga ombudsmän bedriver finns, enligt regeringens uppfattning, anledning att påtala andra myndigheters ansvar inom samhällsområden där hivinfekterade och de särskilt sårbara grupperna riskerar att mötas av fördomar och negativ särbehandling. Även inom arbetsmiljölagstiftningen finns, som Arbetsmiljöverket framhåller, bestämmelser som ger arbetsgivare stöd i arbetet att förebygga fördomar om och negativa attityder mot hivsmittade i arbetslivet. I detta avseende har naturligtvis Arbetsmiljöverket ett ansvar för att vidta de åtgärder som krävs. Dessutom bör Socialstyrelsens tillsynsansvar över sjukvården och socialtjänsten, Riksförsäkringsverkets ansvar över socialförsäkringsområdet och försäkringskassorna, samt Skolverkets tillsynsansvar över skolväsendet särskilt framhållas.

## 8 Metoder och verktyg

### 8.1 Nationell samordning och samverkan

**Regeringens bedömning:** Grunden för samhällets förmåga att förhindra spridning av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar utgörs av de insatser som vidtas i kommuner och landsting.

Det finns även behov av ett fortsatt starkt statligt åtagande i fråga om hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar och blodburna sjukdomar.

Statens styrning bör ske genom målstyrning och regelbunden uppföljning och resultatredovisning. Staten bör även verka för en förstärkt samordning och samverkan av de insatser som vidtas på olika nivåer samt bidra med stöd till landstingens och kommunernas utvecklingsarbete.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer delvis med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Ett stort antal remissinstanser, bl.a. flera huvudmän och frivilligorganisationer, påtalar att det finns behov av ett fortsatt starkt statligt åtagande i fråga om förebyggande insatserna mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar.

Flera instanser, bl.a. flera landsting, framhåller att det är bra att utredningen lyfter fram det strukturella perspektivet samt betonar olika aktörers ansvar för det preventiva arbetet och vikten av samverkan på alla nivåer.

Flera instanser, bl.a. *Statens folkhälsoinstitut* och *Stockholms kommun*, betonar vikten av en tydlig avgränsning av olika aktörers ansvarsområden, framför allt mellan staten och landstingen. *Svenska kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* står bakom utredningens bedömning att de målsättningar som planen anger är att betrakta som viljeinriktningar från statens sida.

Ett par instanser, bl.a. *Västerbottens läns landsting*, instämmer i att det är viktigt att förstärka det förebyggande arbete som pågår nationellt men också på lokal och regional nivå. Flera instanser påtalar att ansvaret för det förebyggande arbetet ligger hos kommuner och landsting. De samlade resurserna för förebyggande insatser finns även enligt Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet inom kommunala verksamheter som hälso- och sjukvård, skola, socialtjänst och missbrukarvård.

De flesta instanserna, bl.a. flertalet landsting, *Socialstyrelsen* och Statens folkhälsoinstitut, konstaterar att det är nödvändigt med en stabil struktur på nationell nivå för planering, genomförande och uppföljning av målstyrda insatser.

Ett stort antal instanser, bl.a. *Stockholms* och *Västmanlands läns landsting*, påtalar vikten av ett förbättrat samarbete mellan de statliga myndigheterna och de strukturer med bl.a. smittskyddsläkare som finns i landstingen. Flera kommuner och landsting ställer sig positiva till att delta i ett nationellt erfarenhetsutbyte och utvärderingsarbete i syfte att utveckla det förebyggande arbetet. Ett par instanser, bl.a. *Västra Götalands läns landsting*, instämmer även i att staten bör avsätta resurser för samordning och kunskapsutbyte mellan landstingen. Stockholms läns landsting framhåller att hivprevention är en interregional fråga som måste lösas i samverkan mellan regionala och nationella aktörer i Sverige. *Södertälje kommun* framhåller att det är angeläget att kommunerna får långsiktigt stöd att på ett samlat sätt hantera det förebyggande arbetet på bred front i kommunens totala verksamhet.

En rad instanser, bl.a. *Norrbottnens läns landsting*, betonar smittskyddsläkarens samlade ansvar för smittskyddsarbetet inom det område där han eller hon verkar. Detta ansvar inbegriper insatser för att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar.

### Skälen för regeringens bedömning

Vid de flesta infektionssjukdomar av betydelse och som har potential för epidemisk spridning finns en ofta naturlig ansvarsfördelning mellan staten i form av olika statliga myndigheter, landsting och kommuner samt, i tillämpliga fall, enskilda t.ex. i form av organisationer eller

näringsidkare. Så är och har varit fallet t.ex. vid de omfattande insatser som under 1900-talets andra hälft gjorts mot tuberkulos eller mot salmonellasmitta i livsmedelskedjan. I detta hänseende utgör hivpidemin inget undantag. Skillnaden är bara att hivinfektionens smittvägar och spridning, i Sverige men kanske ännu mer i ett globalt perspektiv, har inneburit en ännu större mobilisering av det civila samhället än vad som tidigare förekommit. En annan skillnad är det stora engagemang hos frivilligorganisationerna som manifesterades redan i hivpidemins inledning och som kommit att sätta sin prägel på insatserna både i Sverige och utomlands.

Vidare insåg man redan tidigt behovet av en övergripande statlig planering och styrning av insatserna mot hiv/aids. Aidsdelegationen, som inrättades år 1985 fick den övergripande uppgiften att samordna arbetet inom samhällets olika områden samt att följa och initiera forskning, bedöma behovet av och initiera information till olika grupper, bedöma och påtala behov av åtgärder samt bedöma angelägna resursbehov. När det då nybildade Folkhälsoinstitutet (numera Statens folkhälsoinstitut) år 1992 övertog det övergripande ansvaret 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.

Det faktum att Aidsdelegationen och Statens folkhälsoinstitut har haft övergripande och samordnande uppgifter i fråga om hivprevention har inte inneburit att man övertagit det ansvar som vilar på andra statliga och kommunala organ. I stället har man försökt verka med mer eller mindre tydliga planeringsinstrument. En tydlig markering från statens sida av engagemanget i hiv/aids är de särskilda statliga medel som anslogs i ett tidigt skede och som fortfarande är en viktig förutsättning för mycket av det arbetet, inte minst det som utgår från frivilligorganisationerna.

Ett stort antal remissinstanser, bl.a. flera huvudmän och frivilligorganisationer, påtalar att det finns behov av ett fortsatt starkt statligt åtagande i fråga om förebyggande insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Bland annat framhålls att frågan är så viktig att det krävs ett starkt statligt engagemang och en samlad bedömning av den hotbild som det svenska samhället står inför.

Arbetet med att förebygga och minska konsekvenserna av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar kräver dock insatser på flera samhällsnivåer och från olika aktörer inom de offentliga, privata och ideella sektorerna. Regeringens ambitioner beträffande den statliga förvaltningen är bl.a. att den statliga verksamheten bör renodlas. I propositionen Statlig förvaltning i medborgarnas tjänst (prop. 1997/98:136) framhåller regeringen att renodlingen av den statliga verksamheten bör fortsätta. Renodlingen innebär bl.a. att en avgränsning av statens uppgifter skall eftersträvas i förhållande till andra samhällsorgan. Syftet är att öka effektiviteten och verksamhetens ändamålsenlighet i förhållande till de mål som har fastlagts av riksdag och regering. Det finns alltså anledning att pröva frågan om hur långt statens åtagande bör sträcka sig vad avser genomförande och finansiering av åtgärder mot hiv/aids. Särskilt bör det som påpekas av bl.a. Statens folkhälsoinstitut diskuteras hur statens åtaganden på ett lämpligt sätt avgränsas från det som åligger landsting och kommuner.

I detta avsnitt behandlas statens, landstingens och kommunernas ansvar. I det följande avsnittet diskuteras frivilligorganisationernas roll i det preventiva och stödjande arbetet.

### *Statliga uppgifter*

Det statliga åtagandet för preventiva och kurativa insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar tar sig ett flertal olika uttryck och ett antal myndigheter är involverade i arbetet. I likhet med vad som gäller andra allvarliga smittsamma sjukdomar styrs mycket av arbetet av riksdag och regering via normering i form av lagar och förordningar och i form av myndigheternas föreskrifter och allmänna råd. Detta innefattar också den epidemiologiska övervakningen som omfattar hivinfektion, klamydiainfektion, gonorré och syfilis. Inom detta område har statens roll vad avser nationell planering och styrning samt uppföljning av insatser varit mer omfattande än vad som annars är fallet. Detta har tagit sig uttryck i såväl direkta statliga preventionssatsningar som särskilt statligt stöd till frivilligorganisationer samt till kommuner och landsting i arbetet mot hiv/aids. Staten har också gjort stora satsningar på forskning och utveckling genom stöd till universitet och högskolor samt genom satsningar på forskning som bedrivs inom de statliga myndigheterna. Vissa statliga ansvarsområden som normering, epidemiologisk övervakning och tillsyn ter sig närmast självklara och följer av lagstiftningen.

### *Kommunernas och landstingens uppgifter*

Kommunernas och landstingens befogenheter, organisation och verksamhetsformer regleras i kommunallagen (1991:900). Om kommunernas och landstingens befogenheter och skyldigheter på vissa områden finns dessutom särskilda författningar.

Både landsting och kommuner är enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:736, HSL) skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård. Inom området smittsamma sjukdomar finns dessutom ett ännu tydligare ansvar för landstingen för de förebyggande frågorna enligt smittskyddslagen (2004:168).

Enligt skollagen (1985:1100) har kommunerna även ansvar för att det för barn och ungdomar anordnas utbildning i form av förskoleklass, grundskola och gymnasieskola samt vissa motsvarande skolformer, nämligen särskola, specialskola och sameskola.

På kommunal nivå har miljö- och hälsoskydd, fysisk planering och byggande stor betydelse för människors hälsa och välbefinnande. Dessa frågor regleras i miljöbalken respektive plan- och bygglagen (1987:10). Av stor betydelse för hälsan är också möjligheter till arbete och annan daglig sysselsättning, tillgång till kultur- och fritidsaktiviteter, hälso- och sjukvård, social service och individuellt anpassade stöd- och behandlingsinsatser. Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver enligt 2 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

Sammantaget finns det en omfattande reglering av kommunernas och landstingens befogenheter och skyldigheter när det gäller åtgärder som direkt eller indirekt är ägnade att minska spridningen av hivinfektion och, i förekommande fall, andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. En mer detaljerad redogörelse för dessa bestämmelser finns i vissa fall i avsnitt 7.

### *Samordning och samverkan*

De insatser som behövs för att förebygga spridning av hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar omfattar, som framgått ovan, ett stort antal olika huvudmän på central, regional och lokal nivå. Eftersom ansvaret för det samlade insatserna är uppdelat på många aktörer och huvudmän och att dessa i förhållande till varandra har ett självständigt ansvar krävs väl utvecklad samverkan och ett omfattande samarbete.

Ett stort antal instanser, bl.a. Stockholms och Västmanlands läns landsting, påtalar vikten av ett förbättrat samarbete mellan de statliga myndigheterna och de strukturer med bl.a. smittskyddsläkare som finns i landstingen. En fråga som särskilt framhålls är vikten av ett samordnat agerande från statliga myndigheter avseende på insatser som rör lokal och regional nivå. Utredningen konstaterade att det hittills har funnits en brist i form av en oklar ansvarsfördelning på statlig nivå. Indirekt kan bristen på samordning på statlig nivå även sägas ha medfört konsekvenser på regional nivå, främst på arbetet inom landstingens ram. Den modell med separata kanaler för information och handläggning mellan nationell och regional nivå som utvecklats har inte gynnat en samlad lokal ansats.

För att förbättra förutsättningarna för en nationell samordning föreslog regeringen i propositionen Ny smittskyddslag m.m., (prop. 2003/04:30) att Socialstyrelsen skall ha det övergripande nationella ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. Genom att ansvaret reglerats i lagen har Socialstyrelsen givits ett uttryckligt ansvar för att initiera och samordna smittskyddsarbetet vid större utbrott som berör hela landet eller flera landsting. I ansvaret för att samordna smittskyddet på nationell nivå ligger att Socialstyrelsen skall ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. I detta ligger även att initiera utvecklings- och planeringsinsatser i syfte att öka samarbetet och samordningen mellan olika huvudmän. I avsnitt 10.1 konstaterar regeringen även att en övergripande och samordnande funktion för samhällets insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar bör inrättas vid Socialstyrelsen.

I avsnitt 7.2. framhålls behovet av en ökad integrering och ett närmare samarbete mellan vad som i dag betecknas som smittskydd respektive folkhälsa och samhällsmedicin. På lokal nivå noterade utredningen att ett successivt ökat samarbete, och inte så sällan en integrering, har ägt rum mellan arbetet vid smittskyddsenheter och folkhälsoenheter eller motsvarande. Det är emellertid angeläget att också de statliga myndigheterna anammar det arbetssättet och skapar gemensamma och öppna kanaler mellan arbetet på nationell och lokal och regional nivå. Som framgår av avsnitt 8.5 och 10.2 anser regeringen att det även fortsättningsvis finns

behov av sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser för att förebygga hiv/aids.

I avsnitt 7.1 har regeringen konstaterat att insatserna för att förebygga spridning och minska konsekvenserna av hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar bör utgå från den nationella folkhälsopolitiken. Vidare har regeringen även konstaterat att målet för samhällets insatser bör vara att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde. Även delmål redovisas. Enligt regeringens bedömning bör dessa mål vara utgångspunkt för statens styrning av de insatser som vidtas inom ramen för de statliga medel som avsätts på statsbudgeten. Utifrån dessa mål bör staten verka för att åstadkomma en regelbunden uppföljning och resultatredovisning av de insatser som vidtas på nationell, regional och lokal nivå med stöd av de statliga medel som finns avsatta för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar (se avsnitt 10.2 och 10.3). Det övergripande folkhälsopolitiska målet liksom målen och delmålen beträffande hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar bör även kunna vara vägledande och fungera som stöd och inspiration i arbetet på lokal och regional nivå. kommuner och landsting, frivilligorganisationer och övriga aktörer kan bryta ner mål och delmål så att de blir uppföljningsbara och användbara utifrån olika aktörers behov och förutsättningar samt vidta åtgärder för att nå dessa mål.

I avsnittet 8.4. redovisar regeringen även hur staten skall kunna bidra med en förstärkt kunskapsutveckling och kunskapsspridning. Dessa insatser syftar bl.a. till att ligga grund till för det utvecklingsarbete som sker på regional och lokal nivå. I avsnitt 10.3 konstaterar regeringen även att de statliga medel som finns inom området bl.a. skall kunna utnyttjas för strategiska utvecklingsprojekt inom bl.a. hälso- och sjukvårdens och skolans ram.

Vid remissbehandlingen har flera instanser framhållit att företrädare på lokal och regional nivå även fortsättningsvis bör ges möjlighet att delta i diskussioner och planeringsarbete avseende utformning av nationella strategier både på kort och lång sikt. Enligt regeringens bedömning är en viktigt framgångsfaktor i planerings- och uppföljningsarbetet att skapa ett verktyg som inte bara leder till upprättandet av nationella, regionala och lokala planer utan underlättar genomförandet av nödvändiga strukturer, insatser och förhållningssätt. Statlig planering kan därför inte bara vara en envägskommunikation utan förutsätter en tät kommunikation och ett nära samarbete med landsting och kommuner. Varje kommun och landsting är ju ansvarig för sin verksamhet och behöver – mer än statliga dekret och pekpinningar – underlag för sina bedömningar och prioriteringar. Här vilar ett särskilt tungt ansvar på de ansvariga statliga myndigheterna (se avsnitt 10.1).

Det finns inget som hindrar att den nationella planeringen, liksom nu är fallet, kan ligga till grund för och stå som modell för den regionala och lokala planeringen. Ett led i ett sådant lokalt och regionalt utvecklingsarbete kan vara att de statliga aktörerna bidrar med att ta fram ett underlag för den planering som sedan genomförs på lokal och regional nivå.



**Regeringens bedömning:** Frivilligorganisationerna har en unik position i arbetet med att förebygga hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar, vilken i högre utsträckning än i dag måste tas till vara av samhället. Frivilligorganisationerna bör ges ökade möjligheter att spela en större roll i framtagandet av planer och strategier för insatser för att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen och frivilligorganisationerna på det lokala planet bör stärkas.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** En betydande majoritet av remissinstanserna stödjer utredningens bedömningar i stort. Flera landsting, kommuner och frivilligorganisationer påtalar att organisationerna har en unik position i hivarbetet och att det är bra frivilligorganisationers roll lyfts fram. *Stiftelsen Noaks Ark-Röda Korset* och *Svenska Röda Korset* betonar att frivilligorganisationerna har en viktig roll i det preventiva arbetet och i stödverksamheten för hivsmittade och deras närstående.

Flera instanser, bl.a. *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL)*, poängterar att utredningen gör en mycket bra insats när det gäller att beskriva frivilligorganisationernas roll i det preventiva arbetet. *Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)* framhåller att det är positivt att utredningen ser vikten av aktörer som inte handlar på uppdrag av myndigheter eller andra utförare utan på uppdrag av organisationens medlemmar. Därigenom får organisationerna ett unikt förtroende och en förankring i det verkliga livet och kan utveckla nya metoder. *Jämtlands* och *Stockholms läns landsting* saknar dock en analys av vilka delar av befolkningen som nås av frivilligorganisationernas verksamhet.

De flesta instanser instämmer i utredningens bedömning om behovet av ett närmare samarbete mellan huvudmännen och frivilligorganisationerna. *Svenska kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* konstaterar att det hälsofrämjande arbetet har förbättrats i landsting och kommuner och därmed har förutsättningarna utvecklats positivt för medverkan av frivilligorganisationer i det hivförebyggande arbetet. *Riksförbundet för hivpositiva* stödjer utredningens syn i fråga om vikten att inte bara lyssna på frivilligorganisationerna utan att även samverka med dessa i framtagande av strategi och information.

Flera frivilligorganisationer, bl.a. *Svenska Röda Korset* och *Stiftelsen Noaks-Ark/Röda Korset*, framhåller att det är viktigt att klargöra vilka olika roller och ansvarsområden de olika aktörerna har och vilka förväntningarna är. RFSU framhåller att samspelet mellan den offentliga sektorn och frivilligorganisationer skall baseras på tillit och respekt för varandras uppgifter och roller RFSL betonar även att ansvaret för att en dialog uppkommer är ömsesidig och att även myndigheterna behöver ta ett ökat ansvar i denna del. *Västmanlands* och *Norrbottnens läns landsting* påtalar vikten av att låta frivilligorganisationer vara frivilliga och framhåller att det är orimligt att institutionalisera organisationer som ideellt bedriver hiv/aids-preventivt arbete.

RFSU och RFSL påpekar att det finns en olycklig otydlighet i formuleringarna kring att projektstöd där frivilligorganisationer samverkar med kommuner och landsting skall prioriteras. RFSL påpekar med kraft att det måste finnas utrymme även i fortsättningen för att stötta projekt som endast bärs upp av en frivilligorganisation.

*Smittskyddsläkarsföreningen, Statens folkhälsoinstitut* och flera landsting lyfter fram att möjligheterna att samarbeta med frivilligorganisationer är helt skilda i stort befolkningstäta områden jämfört med de förutsättningar som finns i landsting som domineras av glesbygd.

**Skälen för regeringens bedömning:** I deklARATIONEN från FN:s generalförsamling framhålls vikten av frivilligorganisationernas medverkan i att bekämpa hiv/aids-problemet i alla dess aspekter. Vidare konstateras att frivilligorganisationernas fullständiga medverkan och deltagande i utformning, planering, genomförande och bedömning av program är av avgörande betydelse för utformningen av effektiva insatser mot hiv/aids-epidemin.

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

Frivilligorganisationerna har en unik position i arbetet med att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar, vilken i högre utsträckning än i dag måste tas till vara av samhället. Detta gäller inte minst organisationernas närhet till målgrupperna och möjligheten att förmedla budskap och insikter som annars är svåra att kommunicera. Det gäller här att inte bara lyssna på frivilligorganisationerna utan att även samverka med dem i framtagande av strategi och information. Genom att stödja organisationerna och göra det möjligt för dem att arbeta med nya medier och, i större utsträckning än vad som i dag är fallet, involvera dem i det kommunikationsstrategiska arbetet ökar möjligheterna att uppnå önskvärda resultat. Ett sådant stöd består dock inte bara av resurser. Det innebär också att frivilligorganisationerna och andra aktörer, inom vissa givna ramar, måste garanteras större handlingsutrymme för sin verksamhet.

Ett stort antal instanser, bl.a. flera landsting och frivilligorganisationer, har vid remissbehandlingen framhållit att det är viktigt att klargöra vilka olika roller och ansvarsområden de olika aktörerna har och vilka förväntningarna är. Samtidigt är som fler remissinstanser påpekar möjligheterna att samarbeta med frivilligorganisationer helt skilda i befolkningstäta områden jämfört med de förutsättningar som finns i landsting som domineras av glesbygd och att dessa möjligheter dessutom kan variera år från år.

Regeringen anser att frivilligorganisationerna bör kunna spela en större roll i framtagandet av planer och strategier. Inte minst gäller detta de kommunikationsplaner som enligt regeringen bör ligga till grund för en samlad policy inom budskapsförmedling/information. På statlig nivå är det berörda myndigheterna som bör driva på utvecklingen i denna riktning.

När det gäller frivilligorganisationernas lokala arbete, ansåg utredningen att stöd i första hand skall utgå till sådana projekt som bedrivs i samarbete med kommun eller landsting. Även om frivilligorganisationerna på egen hand har byggt upp en framgångsrik preventiv verksamhet på många håll så ansåg utredningen att ett fördjupat samarbete mellan landstingen och lokalt verkande frivilligorganisationer skulle gagna det preventiva arbetet. Ett problem har dock enligt utredningen varit att många landsting har haft en låg ambitionsnivå i dessa frågor och inte egentligen bedrivit någon egen utåtriktad preventiv verksamhet. I samband med remissbehandlingen konstaterade Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet emellertid att det hälsofrämjande arbetet har förbättrats i landsting och kommuner och därmed har förutsättningarna utvecklats positivt för medverkan av frivilligorganisationer i det hivförebyggande arbetet.

Regeringen anser att samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen och frivilligorganisationerna behöver stärks. I avsnitt 10.4 konstaterar regeringen att det ekonomiska stöder till kommunernas och landstingens egna verksamheter och stödet till frivilligorganisationer på lokal nivå bör hanteras inom samma process. Därmed ökar förutsättningarna att få i gång en process som syftar till en förbättring av det hälsobefrämjande arbetet inom hälso- och sjukvården, med frivilligorganisationernas aktiva medverkan i planeringsarbetet.

Utredningen ansåg att det i första hand är lokala projekt som bedrivs i samarbete mellan kommun och landsting och frivilligorganisationer som bör kunna få statligt stöd. Det bör därvid särskilt beaktas att frivilligorganisationens större organisatoriska flexibilitet och ofta ingående kunskaper om förändringar i attityder och beteendemönster i sina medlems- eller målgrupper gör den särskilt lämplig att bedriva preventivt arbete t.ex. i ett tidigt skede av en ny och kanske oförutsedd utveckling av smittspridningen. Vid remissbehandlingen har Riksförbundet för sexuell upplysning och Riksförbundet för sexuellt likaberättigande påpekat att det finns en olycklig otydlighet i formuleringarna kring att projektstöd där frivilligorganisationer samverkar med kommuner och landsting skall prioriteras. Förbunden betonar att det måste finnas utrymme även i fortsättningen för att stötta projekt som endast bärs upp av en frivilligorganisation. Regeringen delar den bedömningen. Organisationernas förebyggande arbete i landstingsområden där samarbetet ännu inte utvecklats får inte förlamas. Det bör därför även fortsättningsvis finnas utrymme för att stödja goda projekt som endast bärs upp av en frivilligorganisation, eftersom problem annars kan uppkomma i landsting som har haft en låg ambitionsnivå i dessa frågor och inte bedrivit någon egen utåtriktad preventiv verksamhet.

**Regeringens bedömning:** Kunskapsunderlaget måste förstärkas för att möjliggöra mer kvalificerade bedömningar och analyser för att förbättra möjligheterna att bedriva ett kunskapsbaserat preventivt arbete. Det finns skäl att verka för en förstärkning av kunskapsuppbyggnaden genom att ta del av och initiera aktuell forskning inom ramen för de särskilda satsningar som görs i fråga om hiv/aids.

Statens folkhälsoinstituts och Smittskyddsinstitutets roller som kunskapscentrum bör stärkas inom respektive verksamhetsområde. Socialstyrelsen bör i högre grad fungera som kunskapscentrum när det gäller att utveckla hälso- och sjukvården i en mer hälsofrämjande inriktning. Förutsättningarna att utnyttja regionala strukturer i det kunskapsgenererande och kunskapsspridande arbetet bör utvecklas.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning. Utredningen kommenterade dock inte Socialstyrelsens roll som kunskapscentrum eller förutsättningarna att utnyttja regionala strukturer.

**Remissinstanserna:** Samtliga instanser som yttrat sig instämmer i utredningens bedömningar om att kunskapsunderlaget måste förstärkas för att möjliggöra mer kvalificerade bedömningar och analyser av möjligheterna att bedriva ett kunskapsbaserat preventivt arbete.

Ett stort antal instanser välkomnar att den beteendevetenskapliga forskningen föreslås uppgraderas i förhållande till biomedicin och epidemiologi. Behovet av biomedicinsk forskning kommenteras av ett par instanser, bl.a. framhålls behovet av ett vaccin, förbättrad användning av nya mediciner och tester, nya behandlingsmetoder, minskade biverkningar, minskad resistensutveckling, snabbare smittspårning och bättre behandling av opportunistiska infektioner.

*Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap* konstaterar att kunskapsbasen om smittsamma sjukdomar numera är mycket svag inom svenska folkhälso-utbildningar och att utbildningen om hiv/aids inom folkhälso-utbildningarna borde kartläggas och stärkas.

Flera instanser, bl.a. *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande* och *Jämtlands läns landsting*, framhåller att det är bra med ett förtydligande av Statens folkhälsoinstitut roll som nationellt kunskapscentrum. *Riksförbundet för sexuell upplysning* framhåller särskilt vikten av att Statens folkhälsoinstitut samlar och förmedlar kunskap utan att själv vara en av aktörerna. *Statens folkhälsoinstitut* betonar att institutet i sin roll som kunskapscentrum har ett tydligt direktiv att följa teori- och kunskapsutvecklingen inom folkhälsoområdet. Detta ansvar innefattar det nationella befolkningsinriktade arbetet för att förebygga hivinfektion och andra överförbara sjukdomar samt metoder i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på individ- och grupp-nivå.

De flesta instanser som yttrat sig instämmer även i förslagen om att förtydliga Smittskyddsinstitutets roll som kunskapscentrum, bl.a. i fråga om fördjupad epidemiologisk övervakning. *Uppsala läns landsting* framhåller att Smittskyddsinstitutets ansvar för kunskapsgenerering även borde kunna omfatta det beteendevetenskapliga fältet med betydelse för smittspridning.

Ett par instanser, bl.a. Statens folkhälsoinstitut, konstaterar att Socialstyrelsen, trots att utredningen anser att flera områden inom hälso- och sjukvården skall förstärkas, inte tilldelats några uppgifter inom området forskning och utveckling.

Flera instanser, bl.a. *Göteborgs kommun*, konstaterar att varierande lokala förutsättningar och de särskilda kunskaper och erfarenheter som finns lokalt måste tas tillvara i den gemensamma kunskapsuppbyggnaden. *Svenska Röda Korset* välkomnar med tillförsikt ett närmare samarbete inom metodutveckling och annan kunskapsuppbyggnad mellan de berörda myndigheterna och frivilligorganisationer.

## Skälen för regeringens bedömning

### *Forskning*

I deklARATIONEN om hiv/aids från FN:s generalförsamling år 2001 framhålls att det ännu inte finns något botemedel mot hiv/aids och att fortsatt forskning och utveckling därför är oundgänglig. I deklARATIONEN uppmanas staterna att öka investeringarna för att påskynda forskningen om framställning av hivvacciner och bygga upp en nationell forskningskapacitet, särskilt i utvecklingsländerna och i synnerhet för de virusstammar som förekommer i de hårdast drabbade regionerna. Vidare uppmanas staterna att bl.a. stödja och uppmuntra ökade nationella och internationell forskning beträffande hiv/aids, däribland biomedicinsk och social, kulturell och beteendeforskning samt forskning för att förbättra förebyggande och terapeutiska metoder och att utvidga tillgången till förebyggande insatser och vård och behandling, däribland metoder som kvinnor själva kan kontrollera.

Forskning och utveckling är i Sverige ett viktigt statligt ansvarsområde som är i ständig förvandling. Inledningsvis bör det sägas att mycket stora forskningsresurser har satsats inom hiv/aids-området, såväl internationellt som i Sverige. Få områden har varit föremål för ett sådant stort vetenskapligt intresse och många forskningsfinansiärer, både statliga och privata, har satsat stora summor på forskning vilket också lett till snabba genombrott, främst inom biomedicinska forskningsfält som virologi och immunologi. Dessa forskningsframgångar har också mycket snabbt kommit patienterna till godo t.ex. genom utvecklandet av effektiva tester för virus och antiviral behandling (s.k. bromsmediciner) som mycket snabbt förbättrat överlevnadsmöjligheterna för de redan infekterade. Möjligheterna att förebygga smittspridning med vaccination står ännu ej till buds och det är också svårt att bedöma om och när detta kan bli aktuellt. Även inom den beteendevetenskapliga forskningen har ämnesområdet hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar haft hög prioritet och inte minst i Nordamerika och i många europeiska länder finns studier publicerade kring möjliga beteendevetenskapliga interventionsmetoder, stigmatisering av hivinfekterade, etc. I Sverige har sådan forskning däremot haft en mindre framträdande plats.

En stor del av forskningen, särskilt inom biologi/medicin, bedrivs inom ramen för universitet och högskolor eller andra forskningsinstitutioner. Enligt utredningen är ett fortsatt starkt stöd inom detta fält närmast att betrakta som en självklarhet. När det gäller fördelningen av stat-

liga resurser fattar regeringen och riksdagen övergripande beslut om prioriteringar och om forskningssystemets struktur och funktion. Den mer detaljerade fördelningen av resurser mellan och inom forskningsområde fattas av berörda myndigheter med sakkunskap inom sina områden. Vetenskapsrådet och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap är viktiga aktörer i detta sammanhang.

När det gäller biologiska och medicinsk forskning ansåg utredningen att den rena grundforskningen är tämligen väl tillgodosedd. De områden som enligt utredningen främst behöver förstärkas är i första hand kliniska studier och epidemiologi. Vid remissbehandlingen har bl.a. Vetenskapsrådet framhållit att teoretisk och klinisk forskning kan leda till en förbättrad användning av nya mediciner och tester, nya behandlingsmetoder, minskade biverkningar, minskad resistensutveckling, snabbare smittspårning och bättre behandling av opportunistiska infektioner.

Utredningen ansåg att det av flera skäl finns anledning att särskilt betona vikten av att den beteendevetenskapliga forskningen stärks. Vid remissbehandlingen har flera instanser välkomnat utredningens bedömning i detta avseende. Enligt utredningens uppfattning har det beteendevetenskapliga ämnesområdet i vårt land en svagare forskningstradition än biomedicinen och inte minst därigenom sämre möjligheter till ekonomiskt stöd. Forskningsfältet är dessutom enligt utredningen i ständig rörelse dels i takt med de allmänna samhällsförändringarna, dels – och inte minst vad avser hiv/aids – i takt med landvinningarna inom biomedicinen och sjukvården. Ytterligare en faktor som utredningen lyfte fram är att det generellt sett är betydligt svårare att inom detta fält applicera utländska studier i Sverige än vad som gäller den biomedicinska forskningen.

I avsnitt 7 har regeringen lyft fram behovet av en förstärkt kunskapsuppbyggnad i en del frågor som tas upp i denna proposition, främst inom det beteendevetenskapliga området. Enligt regeringens bedömning finns det skäl att, vid sidan av det generella forskningssystemet, verka för en förstärkning av kunskapsuppbyggnaden genom att ta del av och initiera aktuell forskning inom ramen för de särskilda satsningar som göra i fråga om hiv/aids. En viktig del i strävan att förstärka kunskapsunderlaget inom hiv/aids-området är att säkra ett långsiktigt vetenskapligt stöd som kan bistå de berörda myndigheterna med de behov till förstärkt metod- och kunskapsutveckling som identifieras. Regeringen avser att ta initiativ till att formerna för detta arbete preciseras i samarbetet med de berörda myndigheterna inom respektive verksamhetsområde (se avsnitt 10.1).

I avsnitt 8.6 berörs det internationella samarbetet som finns i frågor som rör hiv/aids och regeringens ambitioner att aktivt föra fram betydelsen av både medicinsk och beteendevetenskaplig forskning i internationella sammanhang.

### *Kunskapsutveckling och kunskapsspridning*

Utredningen konstaterade att planeringen och uppföljningen av samhällets insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar måste stöttas av en förstärkt kunskapsuppbyggnad inom området. Det finns därför anledning att stärka Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet i deras roll som kunskapscentrum inom sina respektive

verksamhetsområden. Såväl Statens folkhälsoinstitut som Smittskyddsinstitutet har redan specifika uppdrag inom området forskning och utveckling. Mot den bakgrunden bör Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut ges något olika roller inom ramen för begreppet kunskapscentrum.

Statens folkhälsoinstitut har i enlighet med sin instruktion uppdraget att vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier vad gäller folkhälsoarbete. Redan i denna roll har institutet tydliga direktiv att följa teori- och kunskapsutvecklingen inom folkhälsoområdet. Detta ansvar innefattar det nationella befolkningsinriktade arbetet för att förebygga hivinfektion och andra överförbara sjukdomar samt när det gäller metoder i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på individ- och gruppnivå. Till uppgiften hör också att sprida dessa till kommuner och landsting – huvudansvariga för det folkhälsoarbete som är riktat till befolkningen – samt till andra folkhälsoaktörer. Vid remissbehandlingen har bl.a. Jämtlands läns landsting och Riksförbundet för sexuellt lika berättigande framhållit att det är positivt med ett markant förtydligande av Statens folkhälsoinstituts uppgift som nationellt kunskapscentrum och dess uppgift som stödorgan för metodutveckling inom ämnesområdet hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar.

Statens folkhälsoinstitut bedriver ingen egen forskning inom detta fält. I stället dominerar kunskapssammanställningar i form av utvärderingar av genomförda projekt eller annan metodutveckling institutets arbete på detta område. Man ger också visst ekonomiskt stöd till projekt inom området som bedrivs av universitet och högskolor. Regeringen anser att det finns anledning att bygga på den grund som redan i dag finns och inte skapa en ren forskningsorganisation inom institutets ram. Enligt regeringens bedömning finns det inför framtiden ett fortsatt behov av att framför allt föra ut effektiva strategier och metoder men också att följa utvecklingen av de faktorer som har betydelse för smittspridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Det finns även stora fördelar som Riksförbundet för sexuell upplysning påpekar med att Statens folkhälsoinstitut samlar och förmedlar kunskap utan att själva vara en av aktörerna.

Smittskyddsinstitutet har, å sin sida, som huvuduppgift att följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt i fråga om smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa och lämna Socialstyrelsen och andra berörda information om det epidemiologiska läget samt föreslå åtgärder som detta kan föranleda. Institutet bedriver vidare forskning, metodutveckling och utbildning inom sitt ansvarsområde samt upprätthåller kompetens att utföra diagnostiska undersökningar av unik natur dvs. sådana undersökningar som inte rutinmässigt utförs vid landstingens laboratorier. För Smittskyddsinstitutets del, som redan bedriver rutinmässig epidemiologisk övervakning, diagnostisk verksamhet samt såväl grundläggande som applicerad forskning inom epidemiologi och biomedicin, bör uppdraget närmast gälla att fokusera på områden av konkret relevans för möjligheterna att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar i ett svenskt perspektiv, inklusive vård och behandling av de infekterade. I uppdraget bör ingå egen forsknings- och utvecklingsverksamhet men även ett kunskapsgenererande arbete i form av sammanställningar av epidemiologiska, kliniska

och biomedicinska studier från annat håll vars slutsatser och resultat kan komma preventionen till del. De flesta instanser som yttrat sig instämmer även i förslagen beträffande en förtydligad roll för Smittskyddsinstitutet som kunskapscentrum, bl.a. i fråga om fördjupad epidemiologisk övervakning.

Som konstateras i avsnitt 7.3.1 arbetar Socialstyrelsen redan i stor utsträckning med att utarbeta kunskapsunderlag inom myndighetens ansvarsområden. Ett exempel på detta är det arbete som myndigheten bedriver när det gäller testning och smittspårning. Enligt regeringens bedömning finns det anledning att fortsätta detta arbete och även utvidga det till andra områden. Vid remissbehandlingen har det framkommit att flera remissinstanser funnit det anmärkningsvärt att Socialstyrelsen inte tilldelats några uppgifter inom området forskning och utveckling. Med tanke på den roll som den hälsofrämjande hälso- och sjukvården har i det preventiva arbetet anser regeringen att Socialstyrelsen i högre grad bör fungera som kunskapscentrum när det gäller att utveckla hälso- och sjukvården i en mer hälsofrämjande riktning.

Utredningen kommenterade inte närmare förutsättningarna på det regionala planet att bidra till kunskapsutveckling och kunskapsgenerering. Vid remissbehandlingen har ett par instanser konstaterat att de särskilda kunskaper och erfarenheter som finns lokalt, måste tas tillvara i den gemensamma kunskapsuppbyggnaden. Som Göteborgs kommun konstaterar är det angeläget att se kunskapsgenerering och kunskapsförmedling som en ömsesidig process där man har lika mycket att lära in som att lära ut. Utredningen konstaterade även att det finns behov av utbildning på en rad områden, bland annat behöver hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens i sex och samlevnad, särskilt beträffande homosexuella, bisexuella och transpersoner, stärkas. Enligt regeringens bedömningar är det angeläget att det på regional nivå finns strukturer som kan bidra till kunskapsgenereringen och kunskapsspridningen i de frågor som tas upp i denna proposition. Enligt regeringens uppfattning är detta en fråga som bör diskuteras inom ramen för den överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting som beskrivs i avsnitt 10.2.

#### 8.4 Kommunikations- och informationsinsatser

**Regeringens bedömning:** En övergripande kommunikationsplan – kompletterad med planer för varje huvudmålgrupp – bör tas fram för hela arbetet med att förebygga hivinfektion och sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

Generellt riktade budskap bör även fortsättningsvis kombineras med nätverkssamverkan i form av kampanjer som genomförs av frivilligorganisationer och professionella aktörer som finns nära målgrupperna. Den inledda satsningen på kreativa och selektiva medier anpassade för olika målgrupper bör fortsätta.

I kommunikations- och informationsarbetet bör de särskilda behov som kan finnas hos personer med utländsk bakgrund beaktas. Särskilda informationsinsatser behövs för män som har sex med män med bakgrund i kulturer med en mindre tolerant syn på män som har sex med män.



**Utredningens bedömning:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** De flesta instanser uttrycker stöd för den inriktning utredningen anger. *Barnombudsmannen* instämmer i att generellt riktade budskap bör kombineras med nätverksinformation i form av kampanjer som genomförs av frivilligorganisationer och professionella aktörer nära målgrupperna. *Svenska Röda Korset* framhåller att då målet för hivprevention i grunden är ett förändrat beteende i riktning mot säkrare sex har faktabudskap som använder dialogform en större chans att vinna gehör hos målgrupperna. *Statens folkhälsoinstitut* konstaterar att den strategi för kommunikations- och informationsinsatser som utredningen formulerar är allmänt vedertagen och tillämpas i dag. *Svenska läkaresällskapet* konstaterar att tidigare informationskampanjer har misslyckats med att öka medvetenheten kring hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar bland befolkningen och att det som nu behövs är samordning och utvärdering av de satsningar som görs.

*Integrationsverket* framhåller att kommunikations- och informationsinsatser på nationell nivå bör utarbetas så att de når hela befolkningen. Barnombudsmannen betonar vikten av att informationsinsatserna bör vara tillgängliga och attraktiva för alla ungdomar. Ett par instanser, bl.a. *Riksförbundet för sexuell upplysning* och *Västra Götalands läns landsting*, framhåller att det är viktigt för landstingen och frivilligorganisationerna att komma in i processen redan i samband med att kommunikationsplanen utarbetas, t.ex. behöver landstingen tid för att anpassa det lokala arbetet till de nationella kampanjinsatserna.

**Skälen för regeringens bedömning:** Under åren 1992–2003 har Statens folkhälsoinstitut antingen ekonomiskt stöttat, eller i egen regi bedrivit, ett antal informationskampanjer kring hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Det rör sig dels om årliga sommarkampanjer som bedrivits av eller i samarbete med Riksförbundet för sexuell upplysning och Riksförbundet för sexuellt likaberättigande men också information i form av filmer riktade till ungdomar samt mer traditionella massmediakampanjer. De senaste åren har man också genomfört en webbaserad kampanj – Sentry – med män som har sex med män som målgrupp samt kampanjer eller informationssatsningar direkt riktade till utlandsresenärer. Statligt stöd har också gått till informationssatsningar i landstingens regi, såväl till mer traditionella massmediakampanjer som till teaterstycken med preventiva budskap. Ett stort antal kampanjer har utvärderats, antingen av deltagande organisationer själva eller av utomstående utvärderare med akademisk anknytning.

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

Regeringen anser att starka skäl talar för att man fortsätter på den inslagna vägen. Satsningar bör göras på masskommunikation i kombinationen med nätverkskommunikation genom kreativa och selektiva medieval anpassade för olika målgrupper. Kommunikations- och informationsverksamheten bör kombinera ett tydligt strategiskt ledarskap på en organisatorisk nivå med satsningar på kampanjer som genomförs av frivilligorganisationer och professionella aktörer som finns nära målgrupperna. Det handlar då inte bara om att lyssna på frontaktörer och målgrupper, utan även om att samverka med dessa i produktion av strategi och information.

Regeringen vill här särskilt understryka vikten av att budskapen och valet av kanal anpassas till de personer med utländsk bakgrund som bor i Sverige.

Utvecklingen ställer ökade krav på kommunikationskompetens, analys och utvärderingssystem. Regeringen anser därför att en övergripande kommunikationsplan bör tas fram för hela området till ledning för de samlade informations- och kommunikationsinsatserna. I kommunikationsplanen definieras målgrupper för kommunikativa budskap, översiktliga strategier för kommunikation, t.ex. medieval, utförare, prioriteringar och uppföljningsmekanismer. Ansvaret för det mer preciserade innehållet i de enskilda kommunikations- och informationsinsatserna vilar däremot på respektive utförare. En sådan övergripande kommunikationsplan måste kompletteras med en plan för varje huvudmålgrupp: ungdomar, män som har sex med män, personer med utländsk bakgrund, förmedlare (barnmorskor, föreningsföreträdare, skolsköterskor och andra grupper) m.fl.

Det övergripande ansvaret för detta bör åligga den samordningsfunktion som bör inrättas vid Socialstyrelsen (se avsnitt 10.1), men med tekniskt och vetenskapligt stöd av Statens folkhälsoinstitut och i nära samråd med kommuner, landsting och frivilligorganisationer.

## 8.5 Uppföljning och utvärdering

**Regeringens bedömning:** Uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder utgör en hörnsten i ett framgångsrikt preventionsarbete och bör från början integreras i preventionsprojekt.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Ett par instanser, bl.a. *Västra Götalands läns landsting*, påtalar att uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder är en hörnsten i ett framgångsrikt preventionsarbete. *Smittskyddsinstitutet* konstaterar att vetenskaplig utvärdering ofta saknas av effekten av breda långsiktiga preventiva insatser. Erfarenhet från andra länder visar enligt institutet att sådan utvärdering är möjlig men att det kräver en vetenskaplig organisation och en ekonomisk satsning av en helt annan dignitet än den som hittills funnits i Sverige.

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

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

#### *Uppföljning av det nationella folkhälsomålet och insatser inom smittskyddet*

I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35) presenterade regeringen grunderna för mål och uppföljning av den samlade folkhälsopolitiken. I propositionen föreslog regeringen att det övergripande nationella folkhälsomålet skall vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att de myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som påverkar folkhälsan också skall beakta dessa effekter på folkhälsan och aktivt arbeta för att den egna verksamheten eller ansvarsområdet bidrar till en positiv hälsoutveckling. I syfte att följa upp insatserna inom folkhälsopolitiken presenterades elva målområden för den samlade folkhälsopolitiken. I propositionen framhölls att insatser för att förebygga smittspridning är en viktig del av folkhälsoarbetet och därmed viktiga för att det skall gå att nå det övergripande folkhälsomålet. Gott skydd mot smittspridning skall därför utgöra ett särskilt målområde inom folkhälsopolitiken.

I propositionen Mål för folkhälsan konstaterar regeringen att uppföljningen och utvärderingen av insatserna för en bättre folkhälsa bör bedrivas inom ramen för den befintliga ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Statens folkhälsoinstitut skall få i uppgift att stödja och samordna arbetet. I den folkhälsopolitiska rapport som Statens folkhälsoinstitut överlämnade till regeringen i oktober 2005 rapporteras utvecklingen av bestämningsfaktorerna över tid samt de insatser som myndigheter, landsting och kommuner gör för att påverka folkhälsan. Regeringen har för avsikt att under år 2006 återkomma till riksdagen med en folkhälsopolitisk skrivelse.

Samtidigt konstaterar regeringen i propositionen Ny smittskyddslag m.m. att den samlade uppföljningen av det övergripande folkhälsomålet har till syfte att ge en övergripande bild av utvecklingen på folkhälsoområdet. Den uppföljningen har därför inte förutsättningar att i egentlig mening ge något samlat underlag för beslut om smittskyddsverksamheten. Det är enligt regeringens bedömning angeläget att vid sidan av den mer övergripande uppföljningen av den samlade folkhälsopolitiken få till stånd en fördjupad uppföljning av smittskyddsverksamheten i syfte att åstadkomma ett samlat underlag för beslut om lagstiftning och verksamhet inom smittskyddsområdet. I Socialstyrelsens ansvar för att samordna

smittskyddet på nationell nivå ligger därför att styrelsen i samråd med berörda myndigheter, kommuner och landsting har ett ansvar att initiera ett utvecklingsarbete i syfte att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering av landets smittskydd.

### *Uppföljning och utvärdering av insatserna mot hiv/aids*

Statens folkhälsoinstitut har i förhållandevis stor utsträckning genomfört, eller låtit genomföra, utvärderingar av större projekt/insatser som bedrivits i egen regi eller av annan med bidrag från institutet. Dessa utvärderingar har vanligen presenterats i form av en tryckt rapport som funnits tillgänglig för såväl de närmast berörda som för andra intressenter. Några ämnesvisa utvärderingar över längre tid eller metaanalyser avseende vissa likartade insatsers effekter och utfall har dock inte genomförts vid institutet.

Nationella uppföljnings- och utvärderingssystem planeras redan inom områden som mer eller mindre berör arbetet med att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Inget av dessa system omfattar dock hela vidden av de åtgärder som tillsammans konstituerar samhällets insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Ett sådant mer precist styrnings- och uppföljningsinstrument är viktigt för att kunna göra riktiga avvägningar av insatser inom hela fältet. På den konkreta genomförandenivån finns givetvis ett stort behov av uppföljning och utvärdering av enskilda projekt eller insatser oberoende av utförare och finansiär. En sådan utvärdering bör från början ingå i projektets/insatsens genomförandeplan och belasta kostnaden för projektet. Likaså bör en uppföljning och utvärdering av måluppfyllelser i ett planeringsdokument vara en integrerad del av ett sådant planeringsarbete. Parallellt med detta bör den för planering och uppföljning ansvariga myndigheten bedriva ett kontinuerligt uppföljningsarbete på en mer övergripande nivå där planeringsinriktningen och genomförandestrategier ställs mot reellt utfall. Denna uppföljning och utvärdering bör bedrivas i nära samarbete mellan biomedicinsk, epidemiologisk samt kommunikations- och beteendevetenskaplig expertis.

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

Under år 2006 kommer FN:s generalförsamling att hålla ett möte för att följa upp genomförandet av den deklARATION som antogs år 2001. För att följa upp deklARATIONEN från FN:s generalförsamling har FN:s hiv-program (UNAIDS) tagit fram ett antal indikatorer som alla medlemsländer rekommenderas att följa och ha som utgångspunkt i en regelbunden uppföljning och rapportering till FN-organet om hur bekämpningen av hiv/aids-epidemin framskrider i respektive land. Uppföljningar avser landets åtagande och handlande globalt, åtagande och handlande nationellt, nationella program och beteenden, samt effekter på nationell nivå. Metoder för datainsamling samt tidsintervall för återrapportering specificeras också. Sverige överlämnade sin första uppföljning i juni 2003 – vilken avsåg ett delmoment i uppföljningen av nationellt åtagande och handlande – i form av ett självvärderingsformulär avseende strategisk plan, prevention, mänskliga rättigheter samt vård och stödinsatser. I tillämpliga delar motsvarar de svenska satsningarna i stort sett åtagandena enligt deklARATIONEN. Regeringen anser att ansvaret för att ta fram underlag till de återkommande uppföljningarna framgent skall åvila den samordningsfunktion som enligt vad som redovisas i avsnitt 10.1. bör inrättas vid Socialstyrelsen för att på så vis utgöra en integrerad del av den kontinuerliga uppföljningen och utvärderingen.

## 8.6 Samarbete inom Europeiska unionen och internationellt

**Regeringens bedömning:** Ett utvecklat internationellt samarbete är avgörande för att kunna förebygga och minska konsekvenserna av hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. Det är angeläget att det internationella samarbetet kan fortsätta att utvecklas med utgångspunkt i FN-deklARATIONEN om hiv/aids såväl i Sveriges närområde och inom Europeiska unionen som i ett globalt perspektiv.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Ett par landsting, *Svenska Röda Korset* och *Statens folkhälsoinstitut* efterlyser en tydligare internationell anknytning. Statens folkhälsoinstitut konstaterar att det bör göras tydliga hänvisningar till hiv-epidemins globala karaktär och en analys av spridningsvägar och sociala bestämningfaktorer ur ett globalt perspektiv. Svenska Röda Korset poängterar att hiv/aids utgör en global risk och att det behövs insatser såväl internationellt som nationellt för att de mål som ställs upp skall kunna nås. Statens folkhälsoinstitut framhåller att den traditionellt strikta uppdelningen mellan förebyggande och behandlande insatser på nationell nivå och internationellt utvecklingssamarbete inte längre är i fas med internationell utveckling.

Den globala spridningen av hiv/aids utgör ett växande socialt och ekonomiskt problem. FN:s hivprogram, UNAIDS, uppskattar att omkring 40 miljoner människor (varav 17,5 miljoner kvinnor och 22,5 miljoner män) i världen lever med hivinfektion i dag. I avsnitt 7.1 har regeringen konstaterat att hivpidemin i Sverige till stora delar är beroende av den globala hivpidemin. Under de senaste fem åren har det i Sverige skett en ökning av antalet personer med hivinfektion – huvudsakligen heterosexuellt smittade – som beror på invandring av personer från områden där hivinfektionen är mer utbredd i befolkningen, s.k. högendemiska områden. Denna tendens har dessutom stärkts betänkligt under senare år. Även hivutvecklingen i vår närmaste omvärld är oroande. Det är främst den snabba spridningen av hivinfektion bland personer med injektionsmissbrukare och kvinnor och män som utsätts för prostitution i Ryssland och Baltikum som inger oro. Även om det för närvarande inte finns tecken på någon omfattande spridning till vårt land från dessa områden så innebär de ökade kontakterna med våra grannländer i öst att vår beredskap måste vara hög.

Den globala spridningen av hiv/aids och utvecklingen i Sveriges närområde bör naturligtvis uppmärksammas i första hand på grund av de sociala och ekonomiska problem som uppkommer i de länder som drabbas. De överväganden som denna utveckling ger upphov till ligger huvudsakligen utanför de frågor som berörs i denna proposition. I detta avsnitt lämnas dock en kortfattad redovisning av det samarbete som sker på global nivå, inom EU och i Sveriges närområde samt det biståndsinriktade forskningssamarbetet.

#### *Samarbete på global nivå*

Den globala spridningen av hiv/aids har under de senaste åren uppmärksamats på högsta politiska nivå såväl inom FN-systemet som i andra internationella organ. I FN:s millenniedeklaration från år 2000 slås det fast att ett av de så kallade millennieutvecklingsmålen skall vara att bekämpa hiv/aids, malaria och andra sjukdomar.

År 2001 hölls en särskild session om hiv/aids i FN:s generalförsamling. Vid denna session antogs en deklARATION om behovet av omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av hiv/aids. I deklARATIONEN slås fast att de förebyggande insatserna måste vara grundbulten i detta arbete. Samtidigt måste de smittade ges vård, stöd och behandling och deras mänskliga rättigheter säkerställas. Särskilt viktigt är det att minska utsatta människors sårbarhet. Det konstateras även att det behövs nationella sektorsövergripande handlingsplaner mot hiv/aids för att kunna möta dessa utmaningar.

I deklARATIONEN uttalas även stöd för ett skyndsamt bildande av en global hiv/aids- och hälsofond. Efter förhandlingar under hösten 2001 kunde den Globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria (GFATM) inleda sin verksamhet i januari 2002.

Sveriges stöd i kampen mot hiv/aids kommer även framöver i hög grad att kanaliseras via multilaterala aktörer såsom FN och den Globala fonden. I det multilaterala arbetet är det UNAIDS som är grundbulten för

allt hiv/aids-arbete. Under de senaste åren har det svenska stödet till FN:s insatser mot hiv/aids ökat väsentligt. Detta stöd kommer att fortsätta att höjas, framför allt till UNAIDS men också till andra internationella organ. Detta gäller även den Globala fonden, där en internationell påfyllnadskonferens under år 2005 resulterade i löften om bidrag på 3,4 miljarder US-dollar under åren 2006–2007. Under samma tid uppgår Sveriges åtagande till 1 miljard kronor.

Regeringen har för avsikt att presentera en strategisk handlingsplan för Sveriges bidrag till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar för åren 2006–2008. Handlingsplanen kommer att innehålla åtgärder för att bekämpa infektionssjukdomar som är av betydelse för den globala utvecklingen. Handlingsplanen skall särskilt inriktas på biståndsinsatser som rör forskning, förebyggande och behandling av sjukdomar som hiv/aids, malaria, tuberkulos och mässling samt på insatser för att motverka uppkomsten av resistens mot antimikrobiella läkemedel. I april 2005 tillsattes en utredning med uppgift att utforma ett förslag till en sådan handlingsplan. Utredningen presenterade sitt förslag i oktober 2005.

Den 31 maj–2 juni 2006 kommer FN:s generalförsamling att hålla ett möte för att följa upp genomförandet av församlingens särskilda session om hiv/aids i juni 2001. Den deklaration om hiv/aids som antogs år 2001 är ett utomordentligt viktigt steg för den globala kampen mot hiv/aids. Uppföljningsmötet kommer att bygga dels på en rapport från FN:s generalsekreterare, dels rapporter från FN:s medlemsländer om genomförandet av de åtaganden som världens länder gjort i deklarationen från år 2001.

Sverige kommer i uppföljningsarbetet att verka för att genomförandet av redan överenskomna åtaganden i deklarationen fortsätter och påskynas. Ett globalt genomförande av åtagandena i deklarationen skulle vara ett mycket betydelsefullt bidrag till arbetet mot hiv/aids. Sverige kommer i uppföljningsarbetet också att värna om de framsteg som gjordes i förhandlingarna år 2001 och som kommer till uttryck i FN-deklarationen om hiv/aids.

Insatserna mot hiv/aids handlar om betydligt mer än endast det direkta arbetet mot pandemin. Inte minst handlar det om fattigdomsbekämpning. Även en hel rad åtgärder av indirekt natur har stor, kanske avgörande, betydelse för detta arbete. Stärkande av hälsosystemen i fattiga länder är oftast en förutsättning för framgångar på hälsoområdet överhuvudtaget. I detta ligger också behovet av att öka möjligheterna för dessa länder att få tillgång till antiviral behandling. På samma sätt kan åtgärder för att öka andelen barn och ungdomar som går i skolan bidra genom att de på så vis får kunskaper om sexuellt överförda sjukdomar och – inte minst – om hur man skyddar sig mot dem. Insatser för att förbättra livsmedelsförsörjningen bidrar också genom att människor kan få en bättre nutritionsstatus vilket minskar deras sårbarhet för hiv/aids.

Samordningen av biståndsinsatser är en viktig del av den svenska politiken för global utveckling. Ett effektivt arbete mot hiv/aids kräver både väl fungerande harmonisering med andra givare och aktörer samt att det internationella stödet anpassas till partnerländernas prioriteringar och system.

Ett viktigt steg på vägen i att öka effektiviteten av arbetet på hiv/aidsområdet var utarbetandet av den s.k. Three Ones principen. Denna inne-

bär att det på landnivå skall finnas en gemensam hiv/aids-politik, en sammanhållande institution och ett gemensamt uppföljningssystem. Ett annat steg utgörs av rapporten Global Task Team från UNAIDS som innehåller rekommendationer om hur det multilaterala systemet och andra internationella aktörer med verksamhet på hiv/aids-området skall kunna fungera på ett mer samordnat sätt, med utgångspunkt från nationella behov, prioriteringar och system. Sverige kommer att, tillsammans med andra aktörer, driva att dessa rekommendationer översätts till praktisk handling på landnivå.

### *Samarbete inom Europeiska unionen*

Hiv/aids var en av de första frågor där ett samarbete utvecklades inom ramen för EU:s samarbete på folkhälsoområdet. Sedan den särskilda sessionen i FN:s generalförsamling och i takt med att fler medlemsländer med pågående hiv-epidemier anslutit sig till unionen har allt mer fokus riktats mot frågan. Samarbete sker även med länder i EU:s närområde med en hög förekomst av hiv/aids.

Under år 2004 anordnades en ministerkonferens i Dublin för berörda ministrar inom EU där man enades om en deklARATION som ligger till grund för EU:s arbete mot hiv/aids och som utgör ett europeiskt ramverk för de åtaganden som världens länder gjorde genom den deklARATION som antogs under den särskilda sessionen i FN:s generalförsamling år 2001. Samma år anordnades en ministerkonferens i Vilnius där ministrar från EU och från EU:s östra grannländer träffades för att närmare diskutera möjligheterna att utöka samarbetet i fråga om kampen mot hiv/aids. Ministrarna enades om en deklARATION som nu ligger till grund för det arbetet.

Samarbete sker även i de särskilda strukturer som bildats för smittskyddssamarbetet inom EU. År 1998 fattade rådet och Europaparlamentet beslut om att inrätta ett nätverk för epidemiologisk övervakning och kontroll av smittsamma sjukdomar (2119/1998/EG). År 2002 fattade rådet och Europaparlamentet beslut om ett folkhälsoprogram som löper mellan åren 2003 och 2008 (1786/2002/EG). Programmet är inriktat på tre övergripande åtgärdsområden: bättre information för att förbättra folkhälsan, snabba åtgärder vid hälsorisker samt arbete med bestämningsfaktorer i hälsa. Inom ramen för bägge dessa beslut pågår fortfarande ett intensivt samarbete i frågor som rör hiv/aids.

I april 2004 beslutade rådet och Europaparlamentet även om att inrätta ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdom (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC), vilket är förlagt i Solna. Centrets huvuduppgifter är epidemiologisk övervakning, tidig varning och tidiga åtgärder, vetenskapliga yttranden, teknisk assistans till medlemsstaterna och tredje land samt stöd och utveckling för EU-beredskap vid hälsohot. Under år 2007 beräknas centret vara fullt utbyggt och kommer då att spela en viktig roll för arbetet mot hiv/aids inom EU genom sin samordnande roll och genom nära samarbete med den expertis som finns i medlemsländerna.



Under 1990-talet såg de nordiska och andra västliga länder med oro hur de ekonomiska omvälvningarna i forna Sovjetunionen förde med sig en försämrad social situation för befolkningen vilket ledde till en kraftig ökning av smittsamma sjukdomar, inte minst av hiv/aids och resistent tuberkulos. Allt sedan dess har Sverige intagit en aktiv roll i arbetet med att motverka den negativa sociala utvecklingen. Sida finansierar de svenska projekten under samarbetet i regionen. Det övergripande målet är att stödja en fortsatt reformprocess som bidrar till en rättvis och hållbar utveckling samt en minskning på sikt av fattigdomen i dess olika dimensioner. Att minska spridningen av hiv/aids utgör härvid ett strategiskt mål.

År 2000 inrättade statsministrarna i medlemsländerna för Östersjöstaternas råd en aktionsgrupp för smittskydd i Östersjöregionen. Ett antal programgrupper bildades, däribland en fokuserad på arbetet mot hiv/aids. Ett viktigt resultat av aktionsgruppens arbete är att medvetenheten bland experter och på politisk nivå har ökat. Aktionsgruppens mandat löpte ut i juni 2004. Motsvarande samarbete pågår även inom Barentsrådet som bildades år 1993 och som är ett forum för det mellanstatliga samarbetet i Barentsregionen.

Ett stort antal aktörer har sökt sig till vårt närområde för att bland annat bidra till arbetet mot hiv/aids och tuberkulos. I syfte att förbättra samordningen upprättades år 2003 Partnerskapet för hälsa och socialt välbefinnande inom ramen för EU:s nordliga dimension. Partners är framför allt Östersjöländerna, men även Frankrike och Kanada är medlemmar, liksom en rad internationella och regionala samarbetsorgan. Partnerskapets prioriterade områden är bland annat att förebygga och minska smittsamma sjukdomar, främst hiv/aids och tuberkulos. Avsikten är att Partnerskapet skall samordna allt samarbete i regionen rörande hälsa och sociala frågor. En särskild strategi för hiv/aids-arbetet har antagits.

#### *Särskilt om forskningssamarbete*

Forskningen kring hivvaccin är komplex och en stor del av forskningen utförs inom ramen för internationella samarbeten. Att utveckla hivvacciner är ett arbete som berör såväl svenska som internationella aktörer. På hiv/aidsområdet står USA för den absolut största delen av den internationella forskningen. På senare år har även ett antal globala och europeiska initiativ uppstått. Exempel på dem som är involverade i arbetet är forskare och forskningsfinansiärer både i Sverige och utomlands samt myndigheter och organisationer som arbetar med bistånd. Ytterligare aktörer som är involverade är organisationer inom det övergripande globala samarbetet samt företrädare för näringslivet, särskilt läkemedelsindustrin. På grund av de stora kostnader som läkemedelsutveckling innebär väljer läkemedelsindustrin många gånger att satsa på utveckling av mediciner som är kommersiellt intressanta och lönsamma under en lång period, som t.ex. hjärtmediciner, och där inte en resistensutveckling hotar att snabbt göra läkemedlet ineffektivt och därmed olönsamt.

Utvecklingen av nya hivläkemedel och av hivvaccin utgör exempel på kommersiellt ointressanta läkemedel, dvs. läkemedel där läkemedels-

industrin har små möjligheter att få igen sina investeringar. Samhället kan ha ett stort intresse av att vidareutveckla grundforskningsresultat till produkter också när det gäller kommersiellt ointressanta läkemedel och produkter, till exempel hivvacciner. För produktion och vidareutveckling av sådana är det enligt regeringens mening viktigt att hitta olika sätt att närma politiska beslutsfattare och övriga berörda aktörer i arbetet. För att möjliggöra utveckling av kommersiellt ointressanta läkemedel möjliggöra regeringen genom samverkan både inom EU och internationellt, aktivt undersöka möjligheterna för nya forsknings-, produktions- och handelsinitiativ samt nya former av finansiering och partnerskap mellan den privata och den offentliga sektorn

Sveriges medlemskap i EU gör det möjligt för svenska forskare att delta i breda internationella projekt inom områden som de själva anser viktiga och intressanta. Sverige får genom deltagande i EU-finansierade projekt del av värdefull kunskap och kan knyta betydelsefulla kontakter. I EU:s sjätte ramprogram för forskning och teknisk utveckling, som löper mellan åren 2002 och 2006, är genforskning och bioteknik för förbättrad hälsa ett prioriterat tematiskt område. Inom detta tematiska område har särskilda medel avsatts till forskningsinsatser i kampen mot de stora fattigdomsrelaterade smittsamma sjukdomarna.

Det strategiska målet är att försöka göra något åt det globala hot som utgår från de tre stora smittsamma sjukdomarna hiv/aids, malaria och tuberkulos. Stöd till detta område sker på olika sätt. Utvecklingen av vaccin, läkemedel och mikrobicider för de tre sjukdomarna stöds genom grundforskningsprojekt, prekliniska försök samt tidiga kliniska försök på människor.

EU stöder även ett särskilt initiativ för kliniska prövningar i samverkan mellan länder inom EU och utvecklingsländer (European and Developing Countries Clinical Trial Partnership Programme, EDCTP). Inom ramen för EDCTP utvecklas nya kliniska interventioner mot hivinfektion, malaria och tuberkulos. Ett viktigt mål är att stödja kliniska prövningar i nära samverkan med utvecklingsländerna.

Forskningssamarbete inom biståndet kring hiv/aids är en central del av de samlade svenska ansträngningarna mot hiv/aidsepidemin. Den ökade ambitionsnivå som finns på alla verksamhetsområden vad gäller hiv/aids gäller också forskningssamarbetet. Från svensk sida har regering och riksdag understrukit betydelsen av att Sverige är med och stöder hela kedjan av insatser i kampen mot hiv/aids från det förebyggande arbetet till vård, behandling och omsorg samt åtgärder för att mildra effekterna av epidemins härjningar. I detta samlade arbete innefattas i hög grad forskning och produktutveckling av ny teknologi, t.ex. kring vacciner. Liksom för all annan verksamhet på hiv/aids-området är det angeläget att arbetet även vad gäller forskning och utveckling kring ny teknologi sker så samordnat som möjligt.

Inom Sveriges samlade satsningar på hiv/aids spelar den forskningsverksamhet som sker genom och administreras av Sida/Sarec en mycket viktig roll. Detta är och blir än mer uppenbart med tanke på den tydlighet regeringen har haft i sitt besked om att svenska satsningar måste avse hela kedjan av insatser, däribland forskning. Sida/Sarec fick redan i slutet på 1980-talet ett uppdrag att satsa på stöd till såväl medicinska som samhällsvetenskapliga forskningsinsatser med bäring på hiv/aids. En hörn-

sten i Sida/Sarec arbete är uppbyggnaden av egen forskningskapacitet i fattiga länder. Prop. 2005/06:60

Forskningssamarbetet är en del av den samlade syn på insatser som framfördes i strategin för Sveriges reaktion på det internationella planet på hiv/aids-epidemin, Investing For Future Generations.

Förutom vacciner har under senare år allt större uppmärksamhet kommit att ges även till utvecklingen av så kallade mikrobicider. Detta är kemiska substanser som förhindrar överföring av hiv-viruset och appliceras på slemhinnan i vagina i form av en gel. En mycket viktig aspekt kring såväl vacciner som mikrobicider är att de, till skillnad mot kondomer, är metoder som kvinnor själva kan kontrollera, något som kan vara av avgörande betydelse i det förebyggande arbetet. Pådrivande i arbetet och starkt bidragande till det ökade internationella intresset som i dag finns för mikrobicider har i hög grad varit International Partnership for Microbicides (IPM). Sverige har bidragit med ekonomiskt stöd till ett flertal internationella organisationer för utvecklingen av mikrobicider.

## 9 Särskilda smittskyddsåtgärder för personer med personer med injektionsmissbruk

### 9.1 Allmänna utgångspunkter

Ett program som innebär att personer med personer med injektionsmissbruk kan byta sina använda sprutor och kanyler mot rena sådana har funnits i Sverige sedan år 1986, då en sprututbytesverksamhet startade vid infektionskliniken i Lund. Året därpå etablerades motsvarande verksamhet i Malmö. Syftet är att förebygga spridning av hivinfektion och andra blodburna infektionssjukdomar, samt att motivera personer med personer med injektionsmissbruk till behandling. Verksamheten har fortfarande efter nästan 20 år karaktär av försöksverksamhet. Enligt regeringens uppfattning är det nu hög tid att i lag reglera vad som skall gälla för verksamhet där personer med injektionsmissbruk kan byta använda sprutor och kanyler mot nya.

Ett narkotikafritt samhälle är den övergripande principen för narkotikapolitiken, och den skall också genomsyra missbrukarvården. Idén med att förse personer med injektionsmissbruk med rena sprutor för att de skall kunna undvika hivinfektion och andra blodburna infektioner är därför kontroversiell. Sprututbytesverksamhet kan uppfattas som en åtgärd som inte är i samklang med förbudet mot missbruk av narkotika och att den tydliga signalverkan som den skarpa narkotikalagstiftningen har riskerar att försvagas. Det är enligt regeringen av största vikt att samhällets samlade narkotikapolitik är tydlig och att dess olika delar samverkar för att det gemensamma resultatet skall bli så bra som möjligt. I bedömningen av olika inslag i den samlade narkotikapolitiken måste emellertid ett flertal intressen vägas mot varandra. Enligt regeringen finns det skäl som talar för att sprututbytesverksamhet kan motiveras. Det primära är intresset av att förebygga spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner bland personer med personer med injektionsmissbruk. Ett annat viktigt skäl är att skapa möjlighet till kontakt

med personer med injektionsmissbruk och motivera dem till vård och rehabilitering. Olika utvärderingar och studier av sprututbytesverksamhet har visat att den kan bidra till minskad spridning av hivinfektion, utan att allvarliga oönskade sideeffekter uppstår, samt att sprututbyte inte bidrar till nyrekrytering till injektionsmissbruk. Ett annat tungt vägande skäl att lagreglera verksamheten är att den än idag, efter snart nästan 20 års praktik, fortfarande är oreglerad och bedrivs i vad som kan betecknas som försöksverksamhet.

Sprututbytesprogram har kritiserats för att ge dubbla budskap till narkomanerna genom att dessa förses med verktyg för att kunna fortsätta med ett kriminaliserat narkotikamissbruk. De som förespråkar sprututbyte hävdar å sin sida samhällets ansvar för att förebygga livsfarliga sjukdomar som hivinfektion och hepatit B och C bland personer med injektionsmissbruk, och att internationella erfarenheter visar att samhället på ett effektivt sätt kan göra det genom att tillhandahålla rena sprutor.

Regeringen vill i sammanhanget understryka att deltagande i sprututbytesverksamhet i de försöksprojekt som i dag förekommer inte medför straffrihet för den som använder narkotika. Detta är en självklar utgångspunkt även när det övervägs om sprututbytesverksamheten skall fortsätta och utvidgas.

Under beredningen av lagstiftningsärendet har det ifrågasatts om den sjukvårdspersonal som rent faktiskt lämnar ut sprutor och kanyler inte skulle komma att göra sig skyldiga till medhjälp till narkotikabrott genom att de tillhandahåller hjälpmedel för narkotikabruk. Eftersom den nya lagstiftningen ger uttryckligt lagstöd för utlämnande av sprutor och kanyler, kan något sådant ansvar inte komma i fråga. Dessutom är medverkan till olovligt brukande inte straffbelagt.

### *En utsatt och sårbar grupp*

Personer med injektionsmissbruk är en socialt och hälsomässigt sett mycket utsatt grupp. Deras livsvillkor präglas av brist på resurser inom så gott som samtliga välfärdsområden – arbete, social trygghet, ordnat boende och hälsa. Under 1990-talet skedde det en kraftig ökning av det tunga missbruket. Tillgängliga indikatorer pekar enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) på en fortsatt uppgång under 2000-talet. Det är sedan länge känt att sjukligheten och dödligheten bland personer med injektionsmissbruk är mångfalt större än för normalbefolkningen i motsvarande grupper. Orsakerna till det kan vara flera, men schematiskt kan de delas in i tre grupper:

1. komplikationer till följd av de narkotiska preparatens farmakologiska effekter,
2. administrationssättet, dvs. det sätt på vilket narkotikan intas, samt
3. allmänna förhållanden i missbrukarens livsföring.

Ofta spelar förhållanden i missbrukarens miljö och livsföring större roll för sjukligheten och dödligheten än preparaten i sig. Enligt CAN beror detta på ett utbrett blandmissbruk, användning av orena sprutor samt allmänt svåra livsförhållanden med risk för olyckor och våld.

Den numera vanligaste formen av hepatit bland personer med injektionsmissbruk är hepatit C. Vissa uppgifter tyder på att så många som 90 procent av dem bär på hepatit C. Närmare 80 procent av dem som smittas

blir kroniska bärare av viruset, och av dessa beräknas 20–30 procent utveckla levercirros inom loppet av 10–20 år. Mellan åren 1990 och 1992 skedde en mycket kraftig ökning av hepatit C – från 280 nyupptäckta fall år 1990 till 3 200 nyupptäckta fall år 1992. Ökningen berodde främst på att personer som länge burit på antikroppar först då kunde diagnostiseras.

Den smitta och sjukdom som de senaste tjugo åren varit förknippad med narkotikamissbruk är emellertid hivinfektion och aids. När de första fallen av hivinfektion anmäldes år 1985 hade många burit på smittan i flera år. Det största antalet hivpositiva personer med injektionsmissbruk anmäldes därför under åren 1985 och 1986 (totalt närmare 350 fall). Mellan år 1987 och 2000 sjönk antalet anmälda fall kontinuerligt, från 100 till något 20-tal fall per år. År 2001 anmäldes 11 kvinnor och 28 män, vilket utgjorde ett trendbrott. År 2002 anmäldes 10 kvinnor och 22 män och året därpå 5 kvinnor och 25 män. År 2004 anmäldes 3 kvinnor och 24 män.

Dödligheten bland personer med narkotikamissbruk är hög, vilket är ett ytterligare uttryck för deras utsatthet. Studier tyder på att dödligheten är 20 gånger högre bland personer som missbrukar opiater än i befolkningen i övrigt i motsvarande ålder. Bland kvinnor med missbruk kan överdödligheten vara upp till 30 gånger högre. Fram till mitten av 1970-talet låg antalet narkotikarelaterade dödsfall på en relativt låg och stabil nivå, omkring 35 personer per år. Därefter har antalet ökat kraftigt, bland annat beroende på att heroin på allvar introducerades i Sverige och på en ökad sårbarhet och sjuklighet i samband med att missbrukspopulationen successivt åldrats. Enligt Socialstyrelsens register mer än fördubblades den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige under 1990-talet, från 199 dödsfall 1990 till 403 dödsfall år 2000. Sedan år 2000 har omkring 400 dödsfall noterats årligen. Det europeiska centret för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN) har tagit fram ett eget mått för att öka jämförbarheten mellan EU:s medlemsländer. Den svenska statistiken avser dödsfall med narkotika som såväl underliggande som bidragande dödsorsak, medan ECNN:s statistik avser dödsfall med direkt koppling till narkotikamissbruk, t.ex. överdosedödsfall. ECNN:s statistik genererar därför lägre siffror. De båda måtten pekar dock på likartade trender för de narkotikarelaterade dödsfallen.

### *Internationella erfarenheter*

Att ha tillgång till rena sprutor har enligt internationell erfarenhet visat sig vara ett effektivt sätt att förhindra spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner. Flera stora utvärderingar om verksamhetens effekter har publicerats sedan år 1993. Socialstyrelsen redogjorde för några av dessa i sin rapport till regeringen år 2001.

Sprututbytesprogram förekommer i många länder i världen. År 1984 infördes i Amsterdam ett program med sprututbyte som var kopplat till psykosocialt stöd, erbjudande om avgiftning och viss form av basal sjukvård. Detta följdes av liknande initiativ i andra europeiska länder och i Australien. Något senare påbörjades program även i USA. Motståndet mot programmen där har varierat från delstat till delstat. År 1998 fanns de på omkring 110 platser. I dag finns sprututbytesprogram i samtliga EU-länder som var medlemmar innan utvidgningen år 2004 (s.k. EU15)

samt i Norge, med varierad geografisk räckvidd. I Portugal har verksamheten genom apoteksbaserade program nationell täckning, i Storbritannien finns det program i de flesta städer i England och Skottland. I Norge finns sprututbytesprogram i Oslo och de flesta större kommuner. I Grekland finns det program endast i Aten.

Ett antal olika internationella utvärderingar har genomförts. Trots de svårigheter som ligger i att jämföra dem som deltar i programmen och dem som står utanför, bl.a. beroende på att de som deltar i programmen i regel har ett tyngre och mer komplicerat missbruk än de som inte deltar, har resultat från sex regeringsutredningar i USA (bl.a. Vlahov m.fl. i Public Health Reports, juni 1988, vol. 113, suppl. 1) bland annat visat att tillgång till sprututbytesprogram har minskat överföringen av hivsmitta utan att allvarliga oönskade sidoeffekter har uppstått, att sprututbytesprogram inte har ökat drogmissbruket och att det inte har bidragit till nyrekrytering till injektionsmissbruk.

I en annan studie, publicerad i tidskriften Lancet år 1997, dras slutsatsen att sprututbytesprogram leder till en minskning av antalet nyupptäckta fall av hivinfektion bland personer med injektionsmissbruk. I en samlad utgåva från WHO:s Europaregion och Europarådet 1998 konstateras att det finns tillräckliga fakta för att kunna urskilja vad som är verksamt vid hiv-prevention. Sprututbytesprogram är ett sådant moment. Det finns enligt Socialstyrelsens uppfattning ytterligare behov av internationell forskning och fortsatta utvärderingar så att de olika momenten i ett sprututbytesprogram blir korrekt utvärderade. Målet för sprututbytesprogram är att förebygga spridning av hivinfektion genom att minska riskerna vid användning av orena sprutor men också att nå fler personer med narkotikamissbruk för att kunna erbjuda adekvat vård och terapi för deras missbruk. I några studier framgår att personer som har deltagit i sprututbytesprogram oftare blir avgiftade och att både missbruk och kriminalitet minskar jämfört med hos andra personer med missbruk.

Socialstyrelsen hänvisar också till en studie år 1999 av Socialhögskolan i Lund: Vänner eller fiender, en intressentutvärdering av sprututbytesprojektet i Malmö. Studien gjordes på uppdrag av klinikchefen vid infektionskliniken i Malmö. Avsikten var att undersöka vilka uppfattningar som finns kring sprututbytesprogrammet bland berörda verksamheter, politiker och missbrukare. Sammanlagt genomfördes intervjuer med 46 personer, varav 19 var patienter. De intervjuade patienterna förmedlade genomgående en mycket positiv och uppskattande syn på sprututbytesprogrammet. De sade bl.a. att de bemöttes med respekt och omsorg av personalen, att verksamheten utgick från patienternas behov och att en personlig kännedom och kontakt med sjukvårdspersonal kunde vara ett steg mot rehabilitering. Slutsatserna från studien sammanfattades i fem punkter:

1. De intervjuade narkotikapolitiska aktörerna ställer sig idag, generellt sett, positiva till sprututbytesprojektet i Malmö.
2. Den medicinska smittskyddsaspekten legitimerar sprututbytesprojektets verksamhet, även då man i hög grad, ur ett individperspektiv, framhäver andra positiva bieffekter.
3. Flertalet intervjuade anser att befarade negativa bieffekter uteblivit.

4. Sprututbytesverksamheterna och missbrukare ställer sig kritiska till de synpunkter på samarbete med socialtjänsten samt anonymitet som Socialstyrelsen framfört vid inspektion av verksamheten.
5. Majoriteten av de intervjuade hoppas och tror att sprututbytesprojektet skall bestå och många önskar ett utökande av verksamheten.

Också senare studier pekar i samma riktning. Folkhälsoexperter och erfarna forskare inom området i US Department of Health and Human Services genomförde år 2000 en sammanfattning av kunskapsläget av effekter av sprututbytesprogram. Deras slutsats är att nya studier väsentligt har bidragit till att styrka uppgifter som visar att effektiva sprututbytesprogram bidrar till minskad förekomst av hiv-infektion samt en ökning av personer i missbruksbehandling och i hälso- och sjukvård. Inget tyder på ökat missbruk bland dem som deltar i programmen. Däremot har man i flera program kunnat notera ett minskat injektionsmissbruk bland deltagarna. I en annan forskarsammanställning, som gjorts med stöd av National Institute of Drug Abuse (NIDA), och som omfattar 42 studier som genomförts i USA, Kanada och Europa, konstateras också att det finns starkt forskningsstöd för att sprututbytesprogram är effektiva när det gäller att förebygga riskbeteende och hivinfektion bland personer med injektionsmissbruk. I ett positionspaper från FN i februari 2001 om att förebygga spridning av hivinfektion bland personer med injektionsmissbruk sägs att tillgång till rena sprutor har visat sig ha god hivförebyggande effekt och det rekommenderas därför att tillgång till rena sprutor inkluderas bland andra åtgärder för att förebygga hivinfektion. Dessa slutsatser bekräftades år 2004 av en expertgrupp från WHO, som med stöd av ett internationellt forskarnätverk gått igenom över 200 studier som rör sprututbytesverksamhet.

#### *Att möta människan där hon befinner sig*

En viktig utgångspunkt i rehabiliteringen av personer som under många år injicerat narkotika är att hitta former för att möta människan där han eller hon just då befinner sig, för att kunna initiera processer som på sikt skall leda till drogfrihet. Det var utgångspunkten för Narkotikakommisionen i resonemangen om insatser för de tyngsta och mest utsatta missbrukarna (Vägvalet – Den narkotikapolitiska utmaningen SOU 2000:126), och det är i det sammanhanget sprututbytesverksamhet bör ses och bedömas. Kravet på vetenskapligt grundad kunskap som grund för ett nationellt sprututbytesprogram, som i olika sammanhang har framförts, bland annat av Statens folkhälsoinstitut i sitt remissvar på narkotikasamordnarens förslag, är emellertid svårt att tillgodose. Den vetenskapliga prövning som Socialstyrelsen lät genomföra år 1992 kunde inte ge uttömmande svar på frågan om sprututbytets hivpreventiva effekter. Socialstyrelsen bedömer att utsikterna att nå full kunskap i denna fråga är små, bland annat beroende på svårigheterna att åstadkomma ett kontrollgruppsförfarande och att antalet hivfall är alltför litet i Sverige för statistiskt säkra slutsatser. Internationell forskning har däremot påvisat att sprututbytesprogram minskar återanvändningen av infekterade sprutor och delning av sprutor mellan personer med injektionsmissbruk, och att de således har hivpreventiv effekt. Dessa slutsatser stöds av erfarenheterna från sprututbytesprogrammen i Malmö och Lund, där man trots

en hög testfrekvens inte har upptäckt några nya fall av hivinfektion under många år. Socialstyrelsen har inte kunnat finna några belägg för att verksamheten skulle kunna innebära skada för den enskilde individen, eller att sprututbytesprogrammen har påverkat nyrekryteringen till tungt missbruk i någon riktning. Den narkotikapolitiska samordnarens (S 2003:03) bedömning är att sprututbytesprogram i kombination med andra stödinsatser fyller en viktig funktion när det gäller att förhindra och att spåra smittspridning av både hivinfektion och hepatit B och C. Härtill kommer att sprututbytesprogrammen för många socialt utsatta personer med injektionsmissbruk utgör deras enda kontakt med samhällets vårdfunktioner. Det ger möjlighet att både tillgodose deras eftersatta sjukvårdsbehov och att söka påverka dem till att söka vård för att komma ifrån sitt narkotikaberoende.

## 9.2 Sprututbytesverksamhet får bedrivas efter tillstånd från Socialstyrelsen

**Regeringens förslag:** Socialstyrelsen får meddela ett landsting tillstånd för högst två år åt gången att bedriva verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler. Tillstånd får meddelas endast om ansökan har biträttats av den eller de kommuner där verksamheten skall bedrivas. I ansökan skall landstinget redovisa hur behovet av avgiftning och vård av missbrukare kommer att tillgodoses. Ett meddelat tillstånd får återkallas om det förekommer missförhållanden i verksamheten.

**Departementspromemorians förslag:** Tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet får meddelas ett landsting efter ansökan från landstinget och en eller flera kommuner inom landstinget. Överensstämmer i övrigt med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanser, däribland *Kammarrätten i Göteborg, Umeå tingsrätt, Rikspolisstyrelsen, Kriminalvårdsnämnden, Brottsförebyggande rådet, Socialstyrelsen, Läkeemedelsverket, Smittskyddsinstitutet, Statens institutionsstyrelse, Länsstyrelserna i Stockholms och Skåne län, Kriminologiska institutionen, Samhällsvetenskapliga fakulteten vid Lunds universitet, Karolinska institutet, Stockholm, Huddinge, Jönköping, Lund och Malmö kommuner, Stockholms, Västerbottens, Skåne och Västra Götalands läns landsting, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, Smittskyddsläkarföreningen, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL), Riksförbundet för hiv-positiva, Rainbow, Convictus, Verdandi och Brukarföreningen* välkomnar att sprututbytesverksamheten lagregleras och kan bli tillgänglig i hela landet. Ett antal av dessa, däribland Socialstyrelsen, Smittskyddsläkarföreningen, *Kriminologiska institutionen vid Stockholms universitet, Verdandi, Rainbow, RFHL, Convictus, Brukarföreningen och Samhällsvetenskapliga fakulteten vid Lunds universitet* tillstyrker lagreglering, men avstyrker kravet på tillstånd och gemensam ansökan om tillstånd. *Länsstyrelsen i Västra Götalands län och Västerbottens län, Statens folkhälsoinstitut, Göteborgs, Solna, Uppsala, Karlskrona, Skövde, Gävle, Härnösands och Luleå kommuner, Södermanlands, Östergötlands, Västmanlands och*



*Gävleborgs läns landsting* samt *Svenska narkotikapolisföreningen*, *Frälsningsarmén*, *Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle*, *Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor*, *Föräldraföreningen Mot Narkotika*, *Sveriges invandrare mot narkotika*, *Narkomanvårdsförbundet* och *Hela människan* tar avstånd ifrån sprututbytesverksamhet som sådan, och kommenterar därmed inte lagförslaget.

*Riksdagens ombudsmän* framför att det tydligt måste framgå att sprututbyte inte står i motsättning till det övergripande arbetet mot narkotika. *Umeå tingsrätt* och *Länsstyrelsen i Skåne län* anser att det skall framgå att lagens syfte är att motivera till vård och behandling. *Hovrätten för Nedre Norrland* och *Umeå tingsrätt* anser att situationer som innebär att ett tillstånd återkallas bör förtydligas.

### **Skälen för regeringens förslag**

Sprututbytesverksamhet är som framgått inledningsvis en kontroversiell fråga i Sverige, främst för att det skulle kunna tänkas ge dubbla budskap om narkotikapolitikens inriktning. Regeringen slår vakt om den restriktiva narkotikapolitiken med dess balans mellan insatser som syftar till att hålla tillbaka både efterfrågan och tillgången på narkotika. Den restriktiva narkotikapolitiken kan dock enligt regeringens bedömning förenas med en smittskyddsverksamhet som innebär att personer med injektionsmissbruk får byta begagnade sprutor och kanyler mot rena sådana. De landsting som önskar inrätta sprututbytesverksamhet för att förhindra spridning av hivsmitta och andra blodburna infektioner bland personer med injektionsmissbruk skall därför ha möjlighet att göra det. Med förslaget till lagreglering av sprututbytesverksamhet får landstingen möjlighet att bedriva sprututbytesverksamhet i de fall landstinget bedömer att en sådan verksamhet kan utgöra ett värdefullt komplement till övriga smittskyddsinsatser. Det är dock mycket viktigt att sprututbytesverksamhet håller en hög kvalitet och att det inte förekommer något läckage av sprutor och kanyler till den illegala marknaden. Sprututbytesverksamhet får heller aldrig komma att stå i motsättning till eller ersätta långsiktiga rehabiliteringsinsatser som syftar till drogfrihet. Tvärtom skall den kontaktmöjlighet som skapas inom ramen för sprututbytet aktivt användas till att motivera patienterna till vård- och rehabiliteringsinsatser som skall leda till drogfrihet.

Socialstyrelsen har en central uppgift i utvecklingen av missbrukarvården, bland annat i fråga om utveckling av metoder för att kontrollera och stärka kvaliteten, att utveckla nationella riktlinjer och kunskap om verk samma metoder samt att följa utvecklingen av vårdens resurser och dess dimensionering. Därutöver föreslås Socialstyrelsen få en viktig uppgift i att meddela tillstånd för de landsting som vill starta sprututbytesprogram.

En förutsättning för att sprututbytesverksamhet skall kunna etableras är att den sker i samverkan mellan kommun och landsting. Som redan har berörts är sprututbytesverksamhet kontroversiell. Flera kommuner har i sina yttranden över departementspromemorians förslag tagit avstånd från sprututbyte som en del av samhällets samlade insatser för personer med injektionsmissbruk. Det förefaller mindre troligt att dessa kommuner skulle välkomna att landsting inrättade ett sprututbytesprogram inom kommunens område. Det framstår därför som särskilt viktigt att den kommun inom vilken verksamheten skall bedrivas är överens med landstinget om att inrätta sprututbytesverksamhet samt att kommunen är beredd att samverka med landstinget i frågor som rör sprututbyte. För att garantera en nära samverkan mellan landstinget och kommunerna när det gäller sprututbytesverksamhet föreslogs i departementspromemorian en konstruktion som innebär att ansökan om tillstånd skall göras gemensamt av landstinget och den eller de kommuner där verksamheten skall bedrivas. Förslaget har av flera remissinstanser, bland andra *Socialstyrelsen* samt av *Lagrådet*, ansetts som onödigt krångligt. Det kan dessutom förefalla ologiskt att en kommun är medsökande för att inrätta en verksamhet som den inte ansvarar för. Eftersom det bara är landstinget som kan få tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet bör därför landstinget ensamt stå för ansökan. Den viktiga samverkan med kommunerna bör säkerställas genom krav på att den eller de kommuner där verksamheten skall bedrivas skall biträda landstingets ansökan om att inrätta sprututbytesverksamhet. Det innebär i sak ingen förändring i förhållande till departementspromemorians förslag, men det gör det tydligt att det bara är landstinget som kan få tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet och att det är landstinget som ansvarar för verksamheten.

Landstinget bör, utöver medverkan av den eller de kommuner där verksamheten skall bedrivas, också eftersträva uppslutning bland landstingets övriga kommuner kring ett beslut om att ansöka om tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet. Stöd för verksamheten från andra kommuner i landstinget än den där verksamheten skall bedrivas bör företrädesvis kunna lämnas genom att också dessa biträder ansökan. Att övriga kommuner biträder ansökan är däremot inget krav för att tillstånd skall kunna meddelas.

Även kommuner som av skilda skäl väljer att inte biträda en ansökan om sprututbytesverksamhet kan enligt regeringens bedömning ha intresse av att lägga synpunkter på landstingets planer att inrätta sprututbytesverksamhet. Landstinget skall därför samråda med samtliga kommuner i landstinget innan ansökan om tillstånd inges. Regeringen vill i det sammanhanget klargöra att landstingets verksamhet skall stå öppen för samtliga som bor i landstinget. Det gäller också för sprututbytesverksamhet. Det innebär bland annat att en patient som söker sig till landstingets sprututbytesverksamhet inte kan avvisas från att medverka i verksamheten med hänvisning till att patienten bor i en kommun som inte har biträtt landstingets ansökan. Däremot anser regeringen att sprututbytesverksamhet lämpar sig mindre väl för utomlänspatienter, av skäl som utvecklas längre fram.

Ansvar för missbrukarvården delas mellan kommuner och landsting. Socialtjänsten svarar för den långsiktiga rehabiliteringen och andra stöd- och hjälpinsatser medan hälso- och sjukvården ansvarar för avgiftning, läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk samt psykiatriska komplikationer till följd av missbruk. Nära samverkan mellan kommuner och landsting är därför en grundläggande förutsättning när det gäller att utveckla väl fungerande vårdkedjor som kan tillgodose vårdbehoven hos missbrukare. Det gäller i särskilt hög grad när det är fråga om personer som har utvecklat ett tungt och långvarigt missbruk. I de landsting där sprututbytesverksamhet skall bedrivas måste det mot den bakgrunden finnas en väl fungerande vårdkedja, med avgiftning, vård och behandling och eftervård. Landstinget skall därför i sin ansökan redovisa vilka samlade resurser som finns tillgängliga inom missbrukarvården för att Socialstyrelsen därefter skall kunna göra en bedömning av om resurserna kan anses tillräckliga för att skapa förutsättningar för en väl fungerande vårdkedja.

För att stimulera kommuner och andra aktörer att utveckla och stärka missbrukarvården har regeringen avsatt sammanlagt 820 miljoner kronor under tre år till ett riktat statsbidrag som skall bidra till bättre möjligheter för personer med missbruksproblem att få sina vårdbehov tillgodosedda. En del av bidraget går till att stärka den vård som ges med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), samt insatser efter tvångsvården, och en annan del riktas till kommunerna för att stimulera dem att stärka vårdkedjans alla delar. I regeringens proposition om Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner (prop. 2005/06:30) som överlämnades till riksdagen i november 2005 redogjordes för hela missbruksvårdssatsningens olika delar. Satsningen går under benämningen Ett kontrakt för livet.

Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) framgår att landstinget skall erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Genom bestämmelsen i 3 § läggs ett ansvar på landstingen att erbjuda sina invånare en god hälso- och sjukvård. I 2 § finns en allmän prioriteringsregel som lägger fast att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ha företräde till vården. Av socialtjänstlagen (2001:453, SoL) framgår att socialnämnden aktivt skall sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Regeringen vill understryka att landstingens skyldighet gentemot invånarna gäller oavsett om en kommun har valt att biträda landstingets ansökan, eller att avstå från att göra det.

### *Bättre förutsättningar att nå tunga missbrukare*

Som tidigare betonats bör de möjligheter till motivationshöjande insatser som skall äga rum inom ramen för ett sprututbytesprogram kunna fungera som en länk till vård och behandling. I ansökan skall det därför finnas en redogörelse över de samlade resurserna för avgiftning och missbrukarvård i länet samt hur de relaterar till behoven. Vidare bör framgå hur landstinget och kommunerna planerar att möta den efterfrågan på vård och behandling som kan bli en följd av sprututbytesprogrammet. Av ansökan skall också formerna för samverkan mellan

landstinget och kommunerna i frågor som rör insatser för personer som missbrukar narkotika framgå.

Samverkan i frågor som rör sprututbyte bör enligt regeringens uppfattning med fördel kunna ske inom ramen för en gemensam nämnd, som möjliggörs i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Lagen medger inrättande av gemensam nämnd för att fullgöra uppgifter inom vård- och omsorgsområdet, i de fall vård- och omsorgsbehövande har behov av insatser från såväl landstingets hälso- och sjukvård som kommunernas vård och omsorg. I lagens förarbeten (prop. 2002/03:20) nämns särskilt missbrukarvården som ett sådant område. Det kan dock inte uteslutas att ett landsting önskar bedriva sprututbytesverksamhet utan att gemensam nämnd inrättas. Även i dessa fall är det angeläget att hitta väl fungerande former för samverkan.

Samverkan skall således ske mellan landsting och kommuner på ett övergripande plan för att sprututbytesverksamhet skall få bedrivas. Det är emellertid viktigt med samverkan också när det gäller vård och behandling av enskilda personer. I 7 kap. 1 och 4 §§ sekretesslagen (1980:100) regleras sekretessen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För båda dessa verksamheter gäller sekretess beträffande uppgifter om en enskilds personliga förhållanden om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till honom lider men. Sekretessen gäller även mellan landsting och kommun. Skall samverkan ske i ett särskilt fall måste samtycke inhämtas från den enskilde innan sekretessbelagda uppgifter kan lämnas mellan myndigheterna.

Det finns här anledning att erinra om undantagsbestämmelsen i 14 kap. 2 § sjätte stycket sekretesslagen, som kan sägas ha som syfte att både den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sin uppgift och att annan vårdgivare skall kunna meddela lämplig vård. Uppgiftslämnandet är begränsat till myndigheter i hälso- och sjukvården samt socialtjänst. Bestämmelsen innebär att sekretess inte skall hindra att uppgifter om enskild person eller dennes närstående lämnas mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, om det behövs för att den enskilde skall få vård, behandling eller annat stöd, bland annat när det gäller någon som fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. Undantagen skall användas med urskillning och varsamhet. Endast i situationer där det framstår som direkt påkallat att bistå en enskild bör undantagen utnyttjas. En förutsättning bör normalt vara att den berörda personen kan antas direkt motsätta sig att uppgifter lämnas om hans eller hennes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller att saken brådskar så att det inte finns tid att inhämta samtycke. I första hand skall ett samtycke utverkas. Om uppgifter lämnas ut utan den enskildes samtycke är det viktigt att han eller hon i möjligaste mån underrättas om detta i efterhand. Bestämmelsen medger således att kontakt kan ske mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten även utan den enskildes medgivande. Regeringen vill dock understryka att det normala bör vara att den enskilde individen samtycker till att de olika myndigheterna har kontakt med varandra.

Socialstyrelsen får på ansökan från landstinget, och efter granskning av att villkoren i övrigt är uppfyllda, meddela tillstånd för verksamheten. Tillstånd att bedriva verksamhet kan meddelas för högst två år, varefter det efter ny ansökan och prövning av Socialstyrelsen skall kunna förlängas. Socialstyrelsen skall i sin granskning av ansökan göra en bedömning av om de samlade resurserna för avgiftning och missbrukarvård som redovisas i ansökan kan anses tillräckliga. Om Socialstyrelsen i sina överväganden skulle finna att tillgängliga resurser inte kan anses motsvara behoven bör det utgöra underlag för att avslå ansökan. Ett sådant konstaterande bör också kunna indikera behov av tillsyn inom området. Socialstyrelsen har en viktig uppgift inom ramen för sin tillsyn att förlöpande granska och följa upp att verksamheten bedrivs i enlighet med lagen om utbyte av sprutor och kanyler samt de föreskrifter som styrelsen utfärdat för verksamheten. Om Socialstyrelsen vid sin tillsyn eller annan uppföljning av verksamheten skulle finna att det förekommer missförhållanden i verksamheten får Socialstyrelsen återkalla tillståndet. Några remissinstanser har anfört att det direkt av lagen bör framgå under vilka konkreta förutsättningar ett tillstånd får återkallas. Enligt regeringens mening är det varken möjligt eller önskvärt att precisera de skilda situationer vid vilka återkallelse bör ske, annat än genom att i likhet med i 13 kap. 6 § SoL ange att återkallelse får ske vid missförhållanden i verksamheten (se närmare författningskommentaren). Enligt regeringens mening är sprututbytesverksamhetens karaktär sådan att föreläggande om att avhjälpa missförhållandena inte behöver lämnas innan återkallelse kan ske.

Som i annan hälso- och sjukvård och socialtjänst har Socialstyrelsen en viktig funktion i uppföljning och utvärdering av verksamheten. I uppföljningen av sprututbytesverksamhet är det enligt regeringen särskilt viktigt att följa upp patienternas hälsotillstånd, i vilken mån sprututbytespatienter går vidare till avgiftning och rehabilitering samt vilka effekter verksamheten har på smittskyddet. Som i all hälso- och sjukvård skall patientjournalagens (1985:562) krav gälla. Av 3 § 1 patientjournalagen framgår att en patientjournal alltid skall innehålla uppgift om patientens identitet. Det innebär att den möjlighet som finns i de pågående sprututbytesverksamheterna i Malmö och Lund att anonymt byta sprutor och kanyler inte längre kommer att finnas. Av förarbetena till bestämmelsen (prop. 1984/85:189 s. 39) framgår att fullständigt personnummer inte är ett oeftergivligt krav men att identitetsuppgifterna skall vara så klara och tydliga samt så fullständiga att det inte finns någon risk för förväxling med andra patienter.

Regeringen anser att de pågående verksamheterna vid infektionskliniker i Malmö och Lund också skall omfattas av bestämmelserna om tillstånd och de särskilda krav på tillräckliga resurser för avgiftning och vård som är kopplade till ett sådant tillstånd.

Beslut enligt lagen om utbyte av sprutor och kanyler får enligt regeringens förslag inte överklagas. I författningskommentaren till 7 § framgår att bestämmelsen tar sikte på såväl Socialstyrelsens beslut om tillstånd och återkallelse av tillstånd som beslut inom sprututbytesverksamheten att inte lämna ut en spruta eller kanyl. *Lagrådet*, som i sitt yttrande

uttrycker förståelse för att beslut inom själva sprututbytesverksamheten inte skall kunna överklagas, har däremot ifrågasatt om ett överklagandeförbud bör gälla i fråga om Socialstyrelsens beslut i tillståndsfrågor, samt anmärkt på att skälen inte har utvecklats i lagrådsremissen. Regeringen har i sitt förslag utgått ifrån att sprututbytesverksamhet skall utformas så att den kan förenas med motivationshöjande insatser som syftar till att förmå narkotikamissbrukaren att genomgå behandling för sitt beroende. Ett villkor för tillstånd att bedriva verksamheten bör därför vara ett nära samarbete mellan kommuner och landsting, samt att det finns tillräckligt med resurser för avgiftning och rehabilitering. Bedömningen av om tillgängliga resurser är tillräckliga för att motsvara behoven bör enligt regeringen ytterst göras av expertmyndigheten på området, inte av en domstol och heller inte av regeringen. Om Socialstyrelsen i sin prövning skulle komma fram till att tillgängliga kringresurser inte är tillräckliga anser regeringen att verksamhetens utveckling bäst gagnas av en fortgående dialog mellan Socialstyrelsen och det berörda landstinget. I en sådan dialog har landstinget möjlighet att omgående rätta till de brister som ligger till grund för avslaget, och därefter på nytt ansöka om tillstånd.

### 9.3 Villkor för utlämnande av sprutor och kanyler

**Regeringens förslag:** En spruta eller kanyl får som huvudregel bara lämnas ut om motsvarande begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Sprutor och kanyler som lämnas ut skall vara märkta på sådant sätt att det går att fastställa ursprunget. Sprutor och kanyler får endast lämnas ut vid personligt besök och till den som har fyllt 20 år. Endast personer som kan anses bosatta i ett landsting som har beviljats tillstånd får delta i verksamheten.

**Departementspromemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanser som har yttrat sig över förslaget instämmer i det. *Socialstyrelsen*, *Länsstyrelsen i Skåne län* och *IOGT-NTO* anser att det i lagen bör framgå att överlämnande av spruta skall förenas med skyldighet att motivera till vård och behandling. *Läkemedelsverket* samt *Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende*, *Rainbow* och *Convictus* anser att behovet, inte åldern, skall avgöra vid bedömningen om en person skall få tillgång till rena sprutor och kanyler och att det kan innebära att även de som är yngre än 20 år skall kunna få det. *Kriminalvårdsverket* och *Södermanlands läns landsting* befärrar att man med undantaget från kravet att återlämna begagnad spruta kan öka risken för manipulation. *Malmö kommun*, *Skåne läns landsting* samt *Smittskyddsläkareföreningen* avvisar den del i förslaget som innebär att endast personer som är bosatta i landstinget skall få delta i verksamheten. Några remissinstanser, bl.a. *Hovrätten för Nedre Norrland* och *Rikspolisstyrelsen*, har tagit upp att frågan om hur sprutor som utdelats skall behandlas vid förverkande av injektionssprutor och kanyler inte är belyst.

Vissa ytterligare villkor bör enligt regeringen vara uppfyllda för att sprututbytesverksamhet skall få bedrivas. Skälet är bl.a. att förhindra en slentrianmässig utdelning av rena sprutor, samt att skapa garantier för att sprututbytesverksamhet inte kommer att ersätta mer ingripande rehabiliteringsinsatser. Ett sådant villkor bör gälla formerna för överlämnande av spruta. Utgångspunkten skall vara att spruta enbart skall kunna överlämnas i samband med personligt besök, samt att begagnade sprutor skall återlämnas. Det personliga besöket är viktigt. Tillgång till rena sprutor genom sprututbytesprogram är inte bara en viktig smittskyddsåtgärd utan också en del av kontaktskapande verksamhet med socialt marginaliserade personer och sprututbytesprogram kan därför utgöra en länk mellan en vårdbehövande person som missbrukar narkotika och samhällets vårdapparat. En förutsättning för att hjälp skall kunna förmedlas och efter-sätta vårdbehov tillgodoses är att den enskilde personligen infinner sig på mottagningen. Kravet på personligt besök i samband med utbyte av sprutor är också viktigt för att upprätthålla kvaliteten i verksamheten. Att en ny spruta bara kan lämnas ut om en begagnad återlämnas, samt att sprutorna som lämnas ut skall vara märkta så att de kan identifieras vid återlämnandet, utgör en garanti mot läckage av sprutor till en illegal marknad. Man kan dock inte bortse ifrån att det i ett enskilt fall kan finnas särskilda skäl till att en begagnad spruta inte kan återlämnas. Det bör därför finnas utrymme att beakta sådana omständigheter och att ta hänsyn till dem i en sammantagen bedömning. Det bör dock endast ske i undantagsfall. Utgångspunkten skall vara att en ny spruta eller kanyl endast utlämnas om en begagnad återlämnas.

Ett annat viktigt villkor rör vid vilken lägsta ålder deltagande i sprututbytesverksamhet skall kunna komma ifråga. Medelåldern bland de manliga besökarna till sprututbytesverksamheten i Malmö är knappt 40 år och bland kvinnorna drygt 37 år. Sedan 1990 har medelåldern hos besökarna ökat något för varje år. Den har aldrig varit under 31 år, vilket indikerar att besökarna vid sprututbytesprogrammet tillhör en grupp med ett långvarigt och etablerat missbruk. Minimiålder vid verksamheterna i Malmö och Lund är 20 år, och den gränsen är enligt personal vid programmen i allt väsentligt rimligt avvägd. Det förekommer att yngre personer vill delta, men det är inte fråga om någon stor grupp. Varken sprututbytesprogrammen i Malmö och Lund eller Skåne landsting har i något sammanhang framfört önskemål om en lägre åldersgräns. En bidragande orsak är förmodligen att injektionsmissbruk bland ungdomar under 20 år är mycket ovanligt. I CAN:s undersökning av det tunga missbrukets utveckling år 1998 utgjorde andelen personer med tungt missbruk under 20 år endast 3 procent. I gruppen finns, förutom personer som har injicerat narkotika under den senaste tolv månadersperioden också de som använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen de senaste fyra veckorna, vilket innebär att andelen personer under 20 år som injicerar narkotika sannolikt är betydligt mindre än 3 procent. I CAN:s undersökning av narkotikaerfarenheten bland mönstrande unga män framkommer att andelen som någon gång använt heroin ökade från 0,3 procent år 1992 till 0,8 procent år 1998. Merparten av dem som använde heroin rökte drogen. När det gäller ungdomar vill regeringen understryka att det måste

ställas särskilt stora krav på förebyggande och rehabiliterande insatser, för att därigenom förhindra att ett tungt missbruk utvecklas. Samhället kan enligt regeringen aldrig stillatigande åse att tonåringar utvecklar ett injektionsmissbruk utan att ingripa. Här har socialtjänsten ett viktigt ansvar. Kan inte vård- och rehabiliteringsinsatser beredas på frivillig väg, i samförstånd med den unge, bör bestämmelserna i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) tillämpas. I 3 § LVU framgår att vård skall beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för allvarlig risk att skadas, bland annat genom missbruk av beroendeframkallande medel. Regeringen vill understryka att också enstaka bruk av tung narkotika, som t.ex. heroin, kan utgöra en sådan risk. År 2003 vårdades 1 045 ungdomar över 15 år med stöd av 3 § LVU. Antalet ungdomar som vårdas med stöd av LVU på grund av sitt riskbeteende har ökat något varje år. År 2000 var det 907 ungdomar.

Det går dock inte att utesluta att ett utbrott av smitta i framtiden skulle kunna hota också yngre åldersgrupper, trots att samhället vidtar olika åtgärder för att förhindra det. Socialstyrelsens uppföljning av sprututbytesverksamheten bör därför bland annat avse om åldersgränsen för deltagande är väl avvägd och relevant. Styrelsen bör meddela regeringen om det finns behov av att ändra den.

Som tidigare har framgått anser regeringen det som synnerligen viktigt att den kontakt som skapas mellan den som aktivt missbrukar narkotika och personal vid sprututbytesprogrammen används till att skapa en förtroendefull relation som kan användas i motivationsarbetet för att förmå den enskilde att gå vidare till vård och rehabilitering. Överlämnande av rena sprutor bör därför enligt regeringens mening alltid kombineras med ett motivationsamtal. Självklart skall också varje lämpligt tillfälle utnyttjas för att erbjuda test för hiv och hepatit. Formerna för hur detta skall ske bör utvecklas närmare i Socialstyrelsens föreskrifter för verksamheten.

Det kan inte uteslutas att en patient som tillhör ett landsting önskar delta i sprututbytesverksamhet i ett annat landsting. Grunderna för landstingets ansvar för hälso- och sjukvård fastställs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Bland de krav som ställs kan nämnas att varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget. Vidare skall landstinget erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård till dem som behöver det och som vistas inom landstinget utan att vara bosatta där. Landstinget får även i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det. Genom bl.a. rekommendationer från Landstingsförbundet, Riksavtalet för utomlänsvård, avtal inom sjukvårdsregionerna och avtal mellan landstingen har patientens valmöjligheter inom hälso- och sjukvården reglerats.

Sprututbytesverksamhet, som skall ingå som en integrerad del i ett långsiktigt motivationsarbete med de socialt mest utsatta missbrukarna, lämpar sig emellertid mindre väl för utomlänspatienter. Motivet till det är främst att det i dessa fall knappast går att upprätthålla kravet på nära samverkan mellan det landsting som bedriver verksamheten och hemkommunen i frågor som rör avgiftning och missbrukarvård, vilket är en förutsättning för ett väl fungerande sprututbytesprogram. Därför bör det i lagen framgå att deltagande i sprututbytesverksamhet bara kan komma i



fråga för dem som kan anses bosatta i det landsting som har beviljats tillstånd för sprututbytesverksamhet. Ur ett renodlat smittskyddsperspektiv skulle det mest effektiva kunna vara att inte begränsa tillgängligheten till sprututbytesverksamhet till att avse endast dem som kan anses bosatta inom landstinget. Enligt regeringens mening kan ett sådant renodlat smittskyddsperspektiv emellertid inte råda i denna fråga, eftersom den också har betydande narkotikapolitiska dimensioner. Ett fritt tillträde till sprututbytesverksamheten, oavsett bosättningsort, skulle omöjliggöra Socialstyrelsens bedömning av om de samlade resurserna för avgiftning och vård är tillräckliga, då det vid ett sådant förhållande inte är möjligt att sätta de redovisade resurserna i relation till behoven.

### *Bosättningskravet*

Bosättningsbegreppet är nära kopplat till folkbokföringen. Av 6 § folkbokföringslagen (1991:481) framgår att en person skall folkbokföras på den fastighet och i den territoriella församling där han eller hon enligt 7–13 §§ är att anse som bosatt. Av 25 § samma lag framgår att den som flyttat skall anmäla flytten till Skatteverket inom en vecka. Det torde inte vara ovanligt att personer med ett aktivt narkotikamissbruk som flyttat underlåter att göra anmälan enligt 25 §. Det kan alltså förekomma att en person trots en längre tids vistelse i en kommun faktiskt inte är folkbokförd i denna. Mot den bakgrunden anser regeringen att det inte kan krävas att den enskilde är folkbokförd i en kommun inom landstinget för att uppfylla kravet på att anses som bosatt inom landstinget. Däremot måste det föreligga förutsättningar för att folkbokföring skall kunna ske. Av 13 § folkbokföringslagen framgår att en person vars bosättning med tillämpning av 7–12 §§ kan hänföras till viss församling men inte till någon fastighet skall anses bosatt i församlingen. Detta innebär att folkbokföring kan ske även av den som saknar fast adress och inte med hänsyn till sina familje- och arbetsförhållanden och övriga omständigheter kan anses bosatt på viss fastighet, under förutsättning att han eller hon regelmässigt tillbringar sin dygnsvila i viss församling. Om någon besöker en sprututbytesverksamhet utan att vara folkbokförd inom landstinget åligger det honom eller henne att göra sannolikt att förutsättningarna för folkbokföring inom landstinget finns. Personen i fråga bör också uppmanas att folkbokföra sig där han eller hon är att anse som bosatt samt, om det finns behov av det, informeras om hur det går till.

Vårdbehov inom hälso- och sjukvården som uppkommer inom ramen för sprututbytesverksamheten skall bekostas av det landsting där verksamheten bedrivs. Det torde främst vara fråga om avgiftning, men också andra vård- och behandlingsinsatser för personer med narkotikamissbruk faller inom landstingets ansvar. Det gäller t.ex. läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, ibland kallat substitutionsbehandling. Från den 1 januari 2005 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för den typen av behandling. I fråga om insatser inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården gäller socialtjänstlagens (2001:453, SoL) bestämmelser om vistelsekommunens ansvar. I 4 kap. 1 § SoL regleras rätten till bistånd.

Under beredningen av departementspromemorian har frågan uppkommit om hur polisen i sin brottsbekämpande verksamhet skall hantera sprutor och kanyler som kommer från ett sprututbytesprogram om sådana påträffas vid polisens ingripande mot narkotikabrott. Hovrätten för Nedre Norrland anser det vara rimligt att undanta sådana sprutor och kanyler från förverkande. Rikspolisstyrelsen anser att det i vissa situationer bör vara möjligt att tillämpa undantagsbestämmelsen i 6 § tredje stycket narkotikastrafflagen (1968:64).

Det är enligt regeringen av största vikt att det inte sker ett läckage av sprutor och kanyler från sprututbytesprogrammen till den illegala marknaden. För att förebygga att sprutor och kanyler från sprututbytesprogrammen hamnar där, skall de vara märkta på sådant sätt att det går att identifiera deras ursprung. Eftersom nya sprutor och kanyler inte skall lämnas ut om inte motsvarande begagnade lämnas in, bör risken för läckage till den illegala marknaden vara mycket liten. Det går dock inte att helt bortse ifrån den risken, bland annat eftersom det i den föreslagna lagen om utbyte av sprutor och kanyler ges ett utrymme att lämna ut en ny spruta eller kanyl trots att ingen begagnad lämnas tillbaka om det finns särskilda skäl. I princip skall det vara fråga om situationer som den enskilde inte själv råår över, eller som han eller hon inte kunnat undvika, trots egna ansträngningar. Överlåtelse av spruta till en annan person är självfallet inte en förklaring som utgör särskilda skäl. Vid en sammantagen bedömning går det således inte att utesluta att en märkt spruta eller kanyl som påträffas hos en person som missbrukar narkotika intravenöst kan ha kommit över på illegal väg. Det gäller till exempel i det fall en märkt spruta skulle påträffas hos en person som är under 20 år. Med tanke på åldersgränsen för deltagande i programmet kan en person under 20 år inte ha fått sprutan eller kanylen via ett program. I avsnitt 9.1 konstateras att deltagande i sprututbytesverksamhet inte medför straffrihet för den som använder narkotika. Märkta sprutor och kanyler bör inte heller vara undantagna bestämmelserna om förverkande i 6 § narkotikastrafflagen (1968:64), inte heller den särskilda bestämmelsen i paragrafens tredje stycke. Risken för läckage till den illegala marknaden gör att det i förekommande fall finns starka skäl för att förverkande skall kunna ske. I vissa fall torde, som Rikspolisstyrelsen framför i sitt remissvar, oskälighetsbestämmelsen i 6 § tredje stycket narkotikastrafflagen vara tillämplig. Det är dock i första hand en fråga för rättstillämpningen att avgöra.

#### 9.4 Kompletterande föreskrifter om utbyte av sprutor och kanyler

**Regeringens förslag:** Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela sådana ytterligare föreskrifter för sprututbytesverksamheten som behövs till skydd för enskilda.

**Departementspromemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Inga remissinstanser har yttrat sig över förslaget. *Riksdagens ombudsmän (JO)* har som en allmän synpunkt på lagförslaget framfört att det inte är tillräckligt att endast ange de elementära förutsättningarna i lag och i övrigt hänvisa till föreskrifter.

**Skälen för regeringens förslag:** Socialstyrelsen bör bemyndigas att utfärda de närmare föreskrifter och anvisningar som behövs för att säkerställa att verksamheten bedrivs med tillräcklig kompetens och säkerhet. Det gäller bland annat frågan om vem som skall ha rätt att dela ut sprutor och kanyler. Regeringen anser att sprututbytesverksamhet bör knytas till infektionsklinik eller beroendesjukvård med erforderlig kompetens, främst läkare och sjuksköterskor. Med hänsyn till situationen för kvinnor med missbruksproblem bör det också finnas tillgång till gynekolog eller barnmorska. Erfarenheterna från Malmö och Lund visar att en sådan resurs är mycket värdefull. Många personer som missbrukar narkotika har också andra eftersatta vård- och omsorgsbehov, som bör tillgodoses i anslutning till sprututbytesverksamheten. Det handlar framför allt om tandvård och fotvård. Den komplicerade sociala situation som många personer med missbruksproblem har ställer också krav på stöd av kurator, inte minst för att initiera en motivationsprocess och för att stärka samverkan med socialtjänsten. Också övrig personal inom sprututbytesverksamheten behöver socialpsykologisk kompetens och sannolikt också utbildning i samtalsmetodik för att kunna utnyttja sprututbytestillfället till att i en förtrolig relation höja patientens motivation till, och förutsättningar för, en långsiktig rehabilitering med målet att bli drogfri. Socialstyrelsens föreskrifter bör också omfatta kravet på samverkan mellan landsting och berörda kommuner inom landstinget samt hur erforderliga resurser för avgiftning och missbrukarvård skall bedömas och redovisas.

JO har i sitt remissvar anfört att det inte är godtagbart att i lag endast ange de mest elementära förutsättningarna för verksamheten och i övrigt hänvisa till de ytterligare föreskrifter som kan komma att meddelas. Mot bakgrund av den personalsammansättning som bör finnas i verksamheten finner regeringen att Socialstyrelsen är bäst lämpad att utfärda behövliga föreskrifter. Vad gäller de villkor för utbyte av sprutor och kanyler som anges i den föreslagna lagen är dessa enligt regeringens mening tillräckligt preciserade, för att de kompletteringar som behövs skall kunna rymmas inom ramen för Socialstyrelsen föreskrifter.

## 10.1 Ansvarsfördelningen på statlig nivå

**Regeringens bedömning:** Ansvarsfördelningen mellan de statliga aktörerna bör renodlas och förtydligas. Uppgifterna för de statliga myndigheterna bör överensstämja med de uppgifter som de i övrigt har inom folkhälsoområdet.

En funktion för samordning av de samlade insatserna mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar bör inrättas som en särskild inrättning vid Socialstyrelsen. I uppdraget ingår att verka för samordning och uppföljning av de samlade insatserna och att se till att långsiktiga förebyggande insatser inom området vidtas.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer till viss del med regeringens bedömning. Utredningen ansåg att Socialstyrelsen bör svara för planering och uppföljning och att Statens folkhälsoinstitut bör svara för de långsiktiga förebyggande insatserna inom området.

**Remissinstanserna:** De instanser som yttrat sig instämmer i att regeringen bör fastställa övergripande mål samt de strukturella förutsättningarna för nationell styrning, planering, genomförande och uppföljning.

Ett stort antal instanser, såväl kommuner och landsting som frivilligorganisationer, instämmer i utredningens bedömning om vikten av att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan berörda statliga myndigheter. *Göteborgs kommun* framhåller att det är väsentligt för kommuner och landsting att ansvarsfördelningen på statlig nivå blir tydlig och ändamålsenlig.

Flera instanser, bl.a. en del landsting och *Statens folkhälsoinstitut*, anser emellertid att utredningens förslag beträffande ansvarsfördelningen mellan berörda myndigheter borde ha gjorts tydligare. Ett par landsting konstaterar att utredningen redovisar förslag som skulle innebära att myndigheternas ansvarsområden även fortsättningsvis skulle överlappa varandra. Statens folkhälsoinstitut betonar att de uppgifter som utredningen föreslår för institutets del till stor del motsvarar de uppgifter som institutet redan svarar för.

Frågan om vilken instans som bör svara för samordningen splittrar i hög grad instanserna. En del instanser, bl.a. *Statskontoret* och ett par landsting, menar att utredningen inte presenterat skäl som motiverar en förändring och att den samordnande rollen bör ligga kvar på Statens folkhälsoinstitut. *Stockholms läns landsting* konstaterar att det inte klart framgår varför Socialstyrelsen, som hittills har haft en förhållandevis undanskymd roll, bör leda arbetet.

En betydande majoritet av instanserna, bl.a. merparten av landstingen och flera frivilligorganisationer, välkomnar dock att Socialstyrelsen föreslås få ett ökat inflytande över det fortsatta arbetet och att ansvaret för Statens folkhälsoinstitut i motsvarande mån begränsas. Ett par instanser, bl.a. *Uppsala läns landsting*, betonar att Socialstyrelsens samordnande roll redan är lagfäst i och med att nuvarande smittskyddslag trädde i kraft.

Ett par landsting och *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande* anser att det är positivt att utredningen föreslår ett markant förtydligande av

Statens folkhälsoinstituts uppgift som nationellt kunskapscentrum och dess uppgift som stödorgan för metodutveckling inom området. *Läkemedelsverket* ser sin roll som att även fortsättningsvis vara delaktig i utvecklingsarbetet beträffande övervakning av läkemedelseffekter.

**Bakgrund:** Redan tidigt insåg man behovet av en övergripande statlig planering och styrning av insatserna mot hiv/aids. Aidsdelegationen, som inrättades år 1985, fick den övergripande uppgiften att samordna arbetet inom samhällets olika områden samt att följa och initiera forskning, bedöma behovet av och initiera information till olika grupper, bedöma och påtala behov av åtgärder samt bedöma angelägna resursbehov. När det nybildade Folkhälsoinstitutet år 1992 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. Institutet har sedan år 1992 disponerat anslaget Insatser mot aids under utgiftsområde 9. År 2001 bildades en samrådsgrupp med institutet som sammankallande och med Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Smittskyddsläkarföreningen och Landstingsförbundet som övriga deltagande.

Den 1 juli 2001 ombildades Folkhälsoinstitutet till Statens folkhälsoinstitut. Ombildningen presenterades i mars 2001 i propositionen Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (prop. 2000/01:99). I propositionen föreslog regeringen att institutets uppgifter skall vara sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, att vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området och att ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena. Vidare konstaterades att aidsprogrammet skall ligga kvar på institutet till vidare. För det fortsatta hivpreventiva arbetet konstaterade regeringen att man såg flera tänkbara alternativ. Ett alternativ som framhölls var att låta institutet få ett särskilt uppdrag att i projektform bedriva förebyggande arbete i nära samverkan med andra berörda myndigheter och organisationer. Ett annat alternativ kunde enligt propositionen vara att aidsprogrammet, inklusive anslaget Insatser mot aids, överförs till Smittskyddsinstitutet.

Det faktum att Aidsdelegationen och Statens folkhälsoinstitut har haft övergripande och samordnande uppgifter i fråga om hivprevention har inte inneburit att man övertagit det ansvar som vilar på andra statliga och kommunala organ.

### **Skälen för regeringens bedömning**

Så här drygt 20 år efter det att hivpidemin upptäcktes i vår del av världen torde samhället ha en strävan efter att se en normalisering av hiv/aidsområdet. Denna strävan kan ta sig uttryck i ett aktivt arbete för en förändring av synen på sjukdomen så att denna blir mer realistisk och öppen, ett arbete som redan pågår i involverade myndigheter och inte minst bland frivilligorganisationerna. En sådan förändring av synen på sjukdomen är även ett viktigt led i att motverka diskriminering. En normalisering bör dock eftersträvas på flera plan; en minskad särreglering av

sjukdomen och en större integrering av förebyggande och behandlande insatser med arbete som utförs inom närliggande områden. Denna strävan bör också enligt regeringens mening komma till uttryck i ansvarsfördelningen mellan de statliga aktörerna.

I dagsläget har ett antal statliga och kommunala myndigheter, genom vad som följer av lag eller förordning, uppgifter inom detta område. Samverkansformer finns – t.ex. i form av den samordningsgrupp och den större referensgrupp som leds av Statens folkhälsoinstitut – men en tydlig ansvarsfördelning saknas. Under remissbehandlingen har det framförts, såväl från sjukvårdshuvudmän som från frivilligorganisationer, att man saknar en statlig samtalspartner som har ett övergripande ansvar för samhällets samlade insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Särskilt har flera instanser instämt i utredningens bedömning om att den oklara ansvarsfördelning som i dag finns mellan olika statliga myndigheter har varit till förfång för det samlade preventiva arbetet. Enligt utredningen beror denna otydlighet möjligen på att man från regeringens och myndigheternas sida aldrig tydligt definierat formerna för det preventiva arbetet på olika nivåer, vilka aktörer som finns och vilka redskap som är möjliga att använda

Ett stort antal instanser, såväl kommuner och landsting som frivilligorganisationer, instämmer i utredningens bedömning om vikten av att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan de statliga myndigheterna på området. Denna inriktning överensstämmer väl med regeringens ambitioner beträffande den statliga förvaltningen. I propositionen Statlig förvaltning i medborgarnas tjänst (prop. 1997/98:136) konstaterade regeringen att renodlingen av den statliga verksamheten bör fortsätta. Renodlingen innebär bl.a. att en avgränsning av statens uppgifter skall eftersträvas i förhållande till andra samhällsorgan. Syftet är att öka effektiviteten och verksamhetens ändamålsenlighet i förhållande till de mål som har fastlagts av riksdag och regering. Ett annat syfte med renodlingen, som den beskrivs i propositionen är att uppnå en större tydlighet i ansvarsfördelningen mellan de olika statliga myndigheterna. I propositionen pekar regeringen särskilt på att det fortfarande finns stora effektivitetsproblem som beror på att myndigheter inte är ändamålsenligt organiserade och att myndigheter har överlappande uppgifter.

I linje med regeringens förvaltningspolitiska ambitioner anser regeringen att en större tydlighet i ansvarsfördelningen mellan de närmast berörda myndigheterna inom hivområdet bör eftersträvas. Enligt utredningens förslag bör Socialstyrelsen få ett formellt ansvar för samordningen av de nationella insatserna och därmed svara för övergripande nationell planering och uppföljning inom området. En förstärkt kunskapsuppbyggnad inom området bör också åstadkommas genom att Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet inom sina respektive kompetens- och verksamhetsområden får ett tydligt ansvar som kunskapscentra till stöd för samtliga aktörer på nationell, regional och lokal nivå. När det gäller de statliga medel som kan utgå för stöd till insatser inom området så föreslog utredningen att Statens folkhälsoinstitut även fortsättningsvis skall administrera huvuddelen av dessa medel, men att en mindre del bör disponeras av Socialstyrelsen. Avsikten med detta förslag var dels att på ett bättre sätt tillvarata de olika myndigheternas kompe-

tens- och ansvarsområden, dels att markera betydelsen av ett samlat grepp i det förebyggande arbetet inom detta område.

Vid remissbehandlingen har flera instanser riktat stark kritik mot utredningens förslag och påtalat att ansvarsfördelning mellan de berörda myndigheterna borde ha gjorts tydligare. Norrbottens och Uppsala läns landsting konstaterar exempelvis att utredningens förslag skulle innebära att myndigheternas ansvar fortfarande skulle överlappa varandra på flera områden.

Enligt regeringens bedömning finns det goda möjligheter att utveckla en fungerande nationell samordnings-, planerings- och uppföljningsstruktur inom detta område. En förutsättning är dock att rollfördelningen mellan myndigheterna tydliggörs samt att man skaffar sig en stabil gemensam kunskapsgrund att basera sitt handlande på. En ökad integrering och ett närmare samarbete mellan vad som i dag betecknas som smittskydd respektive folkhälsa och samhällsmedicin behöver också utvecklas. Ett successivt ökat samarbete och inte så sällan en integrering, mellan de olika verksamheterna har enligt utredningen glädjande nog ägt rum på lokal och regional nivå. Denna utveckling är, enligt regeringens uppfattning, en viktig förutsättning för att uppnå ambitionerna om en mer hälsobefrämjande hälso- och sjukvård. Även på statlig nivå är det enligt regeringens uppfattning angeläget att initiativ tas för att åstadkomma en ökad integrering och ett närmare samarbete mellan smittskydd samt folkhälsa och samhällsmedicin. Med detta som utgångspunkt anser regeringen att det finns goda möjligheter att skapa en tydlig ansvarsfördelning mellan de berörda statliga myndigheterna.

### *Statens folkhälsoinstitut*

En utgångspunkt för regeringens överväganden är att uppgifterna för Statens folkhälsoinstitut i fråga om hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar bör begränsas till de huvuduppgifter som regeringen angav i propositionen Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (prop. 2000/01:99). Av dessa uppgifter är det i första hand institutets uppgift att svara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet samt att vara nationellt kunskapscentrum för metoder som har betydelse för de frågor som behandlas i denna proposition.

I avsnitt 6 har regeringen redogjort för den övergripande folkhälsopolitiken och institutets uppgifter när det gäller att svara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av den samlade folkhälsopolitiken. Regeringen betonar att bestämningsfaktorerna för att minska spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar till stor del ligger utanför själva folkhälsoområdet. Av detta skäl är institutets uppgifter i fråga om att hålla samman den samlade uppföljningen av folkhälsopolitiken ytterst betydelsefull även beträffande möjligheterna att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

Vidare framhålls genomgående i denna propositionen behovet av kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom området. De överväganden som regeringen gör i avsnitt 8.3 om institutets uppgifter beträffande kunskapsutveckling och kunskapsspridning ligger väl i linje med institutets

uppgift att vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. Detta är uppgifter som institutet redan i dag har vid sidan av de särskilda uppgifterna inom hivområdet. Som flera remissinstanser framhållit finns det emellertid behov av att förtydliga institutets uppgift som nationellt kunskapscentrum i detta avseende.

Regeringen har även övervägt utredningens förslag att låta ansvaret för det långsiktiga förebyggande arbetet ligga kvar på institutet. Enligt regeringens uppfattning finns det starka skäl som talar för att skilja på institutets roll som kunskapscentrum och rollen som utförare av långsiktiga förebyggande insatser. En sådan uppgift för myndigheten skulle även ha stora likheter med hur institutets verksamhet bedrevs innan institutet ombildades. Att låta denna uppgift ligga kvar på institutet skulle enligt regeringens bedömning kunna leda till att fokus riktas från de huvuduppgifter som institutet har sedan ombildningen. Vidare kan det enligt regeringens uppfattning finnas svårigheter att förena uppgiften som utvärderare av metoder inom folkhälsoområdet med rollen som utförare av förebyggande insatser.

Vid en samlad bedömning har regeringen funnit att det inte ligger i linje med regeringens förvaltningspolitiska ambitioner att låta ansvaret för det långsiktiga förebyggande arbetet ligga kvar på institutet. Däremot bör institutet, som framhållits ovan, bidra till det långsiktiga förebyggande arbetet genom sina uppgifter i fråga om att svara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet samt att vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på folkhälsoområdet. Institutets uppgifter som kunskapscentrum bör enligt regeringens bedömning huvudsakligen bedrivas inom de ramar som redan gäller för myndighetens arbete. Som framgår av avsnitt 10.3 bör det dock finnas vissa möjligheter att göra fördjupade satsningar i de fall det är fråga om specifika kunskapsbehov eller särskilt resurskrävande uppgifter.

### *Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen är redan i dag verksam inom en rad av de områden som är viktiga för de samlade hivförebyggande insatserna. Enligt smittskyddslagen (2004:168) har myndigheten vissa tydligt angivna uppgifter. I 1 kap. 4 § anges att Socialstyrelsen skall ansvara för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Vidare anges att styrelsen skall följa och vidareutveckla smittskyddet. I 9 kap. 1 § anges att Socialstyrelsen har tillsyn över smittskyddet i landet. Vidare har Socialstyrelsen, efter regeringens bemyndigande, givits möjlighet att med stöd i 9 kap. 4 § meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Som framgår av avsnitt 3.3.1 har styrelsen även, inom ramen för den övergripande folkhälsopolitiken, en viktig funktion i fråga om att stimulera hälso- och sjukvården i en hälsofrämjande riktning. På missbruksområdet har styrelsen uppgifter i form av tillsyn, att följa utvecklingen av missbrukarvården samt att stödja utvecklingen av verk samma metoder i vården. I avsnitt 10.4 redovisar regeringen sina överväganden beträffande myndighetens ansvar för att administrera det ekonomiska bidraget



till frivilligorganisationer på riksnivå. Enligt regeringens bedömning finns det inte skäl att göra några andra förtydliganden av de uppgifter som Socialstyrelsen i dag har.

### *Smittskyddsinstitutet*

Smittskyddsinstitutet skall enligt 1 kap. 7 § smittskyddslagen som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd skall fungera effektivt. Enligt smittskyddsförordningen (2004:255) skall institutet även fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar till institutet och på begäran från Socialstyrelsen eller andra myndigheter inom smittskyddet tillhandahålla sådan information. Institutet skall också med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser med sådan information till berörda myndigheter, läkare och veterinärer. I övrigt har institutet inte några i smittskyddslagen eller smittskyddsförordningen reglerade uppgifter.

Enligt förordningen (1996:609) med instruktion för Smittskyddsinstitutet är institutet en central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor och främja skyddet mot sådana sjukdomar. Institutet skall följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt, aktivt medverka till att skyddet mot sådana sjukdomar upprätthålls och förstärks samt i dessa frågor samverka med berörda myndigheter och organisationer. Institutet skall särskilt lämna Socialstyrelsen och andra berörda information om det epidemiologiska läget och föreslå åtgärder som detta kan föranleda, följa och analysera immunitetsläget i utvalda befolkningsgrupper, ta initiativ till åtgärder som medför ett gott skydd i landet mot smittsamma sjukdomar, även i kris och krig, upprätthålla ett för landets smittskydd relevant förråd av bakterier, virus och andra ämnen samt stödja och samordna bekämpning av sjukhusinfektioner.

Redan i dag är institutet följaktligen att betrakta som ett kunskapscentrum i fråga om att förebygga spridning av hivinfektion och andra smittsamma sjukdomar. Som framgår av avsnitt 8.3 gör dock regeringen bedömningen att institutets roll som kunskapscentrum bör utvecklas. Liksom för Statens folkhälsoinstitut bör uppgifterna som kunskapscentrum huvudsakligen bedrivs inom de ramar som redan gäller för myndighetens arbete. Som framgår av avsnitt 10.3 bör det dock finnas vissa möjligheter att göra fördjupade satsningar i de fall det är fråga om specifika kunskapsbehov eller särskilt resurskrävande uppgifter.

### *Nationell samordning*

En särskild fråga rör behovet av en övergripande och samordnande funktion för samhällets insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Som framhållits ovan insåg man i Sverige tidigt behovet av en övergripande statlig planering och styrning av insatserna mot hiv/aids. Sedan år 1985 har Aidsdelegationen respektive

Statens folkhälsoinstitut haft övergripande och samordnande uppgifter i fråga om hivprevention.

I deklARATIONEN från FN:s särskilda session om hiv/aids år 2001 betonas vikten av att hiv/aids-frågan står högt på den politiska dagordningen. Enligt deklARATIONEN krävs det ett starkt ledarskap på samtliga nivåer i samhället. DeklARATIONEN lägger också stor vikt vid framtagandet av en nationell sektorsövergripande handlingsplan mot hiv/aids. Vidare framhålls att regionala och lokala handlingsplaner och policydokument bör utvecklas med utgångspunkt i den nationella planen.

Som framgår av avsnitt 8.1 och 10.2 anser regeringen att det finns behov av sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser för att förebygga hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna infektioner. Det finns även som flera instanser framhållit att behov av en mekanism som stimulerar till ett samordnat agerande från statliga myndigheter och som ser till att olika myndigheter agerar mer samordnat med avseende på insatser som rör regional och lokal nivå. Indirekt kan den brist på samordning på statlig nivå som hittills funnits även sägas ha medfört konsekvenser på regional nivå, främst på arbetet inom landstingens ram. Den modell med separata kanaler för information och handläggning mellan nationell och regional nivå som utvecklats har inte gynnat en samlad lokal ansats. På regional och lokal nivå har utredningen noterat att ett successivt ökat samarbete, och inte så sällan en integrering, har ägt rum mellan arbetet vid smittskyddsenheter och folkhälsoenheter eller motsvarande. Det är angeläget att också de statliga myndigheterna anammar detta arbetssätt och skapar gemensamma och öppna kanaler mellan arbetet på nationell, regionala och lokal nivå.

Utredningen ansåg att Socialstyrelsen bör få en funktion som samordnande myndighet för samhällets insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Utredningen ansåg dock inte att en sådan funktion bör ges någon direktivrätt över andra myndigheter. Det som sägs inom ramen för planering och uppföljning borde dock enligt utredningen vara att betrakta som övergripande anvisningar avseende i vilken riktning och med vilka medel de olika myndigheterna skall verka på fältet. Med verksamhetsplaneringen som bas förväntas sedan inblandade aktörer utföra sina uppgifter under eget ansvar.

Enligt regeringens bedömning bör det även fortsättningsvis finnas en övergripande och samordnande funktion för samhällets insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. I uppdraget ligger att verka för en förstärkt samordning och samverkan av de insatser som vidtas på olika nivåer samt att ta ansvar för den övergripande planeringen och uppföljning av de statliga medlen som bör utvecklas (se avsnitt 8.1 och 10.2). Vidare ingår att svara för en del utredande uppgifter, t.ex. att utreda situationen för hivsmittade i samhället samt barns behov av särskilt stöd (se avsnitt 7.6 och 7.7). Dessutom anser regeringen att ansvaret för att se till att långsiktiga preventiva insatser vidtas bör läggas på den samordnande funktionen. I detta ligger att initiera ett arbete i syfte att ta fram en övergripande kommunikationsplan, att bedriva ett systematiskt utvärderings- och uppföljningsarbete samt att fördela stöd till projekt som bedrivs av frivilligorganisationer eller kommuner och landsting. Avsikten är däremot inte att den över-

gripande och samordnande funktionen skall bedriva långsiktig förebyggande verksamhet i egen regi.

Vid remissbehandlingen har instanserna i hög grad varit splittrade i fråga om vilken statlig aktör som bör stå för den samordnande funktionen. En del instanser menar att utredningen inte presenterat skäl som motiverar en förändring och att den samordnande rollen bör ligga kvar på Statens folkhälsoinstitut. Andra menar att det är synd att det inte klart framgår varför Socialstyrelsen, som hittills har haft en förhållandevis undanskymd roll, bör leda arbetet. De flesta instanser stödjer emellertid att Socialstyrelsen ges ett ökat inflytande över det fortsatta arbetet och att ansvaret för Statens folkhälsoinstitut i motsvarande mån begränsas.

Som framhållits ovan anser regeringen att uppgifterna för Statens folkhälsoinstitut i fråga om hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar bör begränsas till de huvuduppgifter som regeringen angav i propositionen Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (prop. 2000/01:99). Mot den bakgrunden är det enligt regeringen inte lämpligt att institutet anförtros den samordnande rollen. Vidare har Socialstyrelsen redan ett ansvar enligt smittskyddslagen att svara för samordning av smittskyddet i landet. I denna roll skall styrelsen bland annat ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd.

En särskild fråga gäller dock det faktum att den samordnande funktionen i detta avseende gäller ett större område än det renodlade smittskyddsområdet. Dessutom anser regeringen att ansvaret för att se till att långsiktiga preventiva insatser vidtas bör läggas på den samordnande funktionen. Vidare bör den samordnande funktionen ta ansvar för den planering och uppföljning av de statliga medlen som bör utvecklas (se avsnitt 10.2). Sammantaget innebär detta att den samordnande rollen är mer omfattande än den samordnande funktion som Socialstyrelsen i dag har enligt smittskyddslagen.

Mot bakgrund av att samordningsfunktionens uppgifter inte fullt ut går att inordna i de uppgifter som någon myndighet i dag har på området, har regeringen även övervägt möjligheten att inrätta en fristående samordningsfunktion vid sidan av de myndigheter som i dag har uppgifter på området. Regeringen har dock inte kunnat se några egentliga fördelar med en sådan lösning.

Vid en samlad bedömning har regeringen funnit att Socialstyrelsen har bäst förutsättningar att stå för samordningen inom hela det område som avses. Socialstyrelsen har ett ansvar för den nationella samordningen enligt smittskyddslagen. Socialstyrelsen har dessutom redan viktiga funktioner när det gäller att påverka hälso- och sjukvården i en hälsofrämjande riktning. Vidare har Socialstyrelsen även andra möjligheter att påverka prioriteringar och tillämpningar, t.ex. genom att i vissa fall utnyttja de möjligheter att utfärda föreskrifter och allmänna råd som följer av förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. och smittskyddsförordningen (2004:255) eller genom den uppföljning av verksamheter som är resultatet av myndighetens tillsyn.

Hänsyn måste emellertid tas till att den samordnande funktionen är mer omfattande än de uppgifter som myndigheten har i dag. Förutom att påverka hälso- och sjukvården i en hälsofrämjande riktning ligger i upp-

giften att även initiera ett långsiktigt preventivt arbete inte enbart inom hälso- och sjukvårdens ram utan inom samtliga berörda samhällssektorer. Vidare ligger i samordningsfunktionen att initiera ett arbete i syfte att ta fram en övergripande kommunikationsplan samt att bedriva ett systematiskt utvärderings- och uppföljningsarbete. Detta är uppgifter som i högre grad än vad som i övrigt gäller för myndighetens arbete ställer krav på att andra myndigheter, företrädare för kommuner och landsting samt frivilligorganisationer involveras i arbetet.

Mot den bakgrunden anser regeringen att en funktion för samordning av de samlade insatserna mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar bör inrättas som en särskild inrättning vid Socialstyrelsen. Inom styrelsen finns redan flera exempel på sådana särskilda funktioner med självständiga styrelser. Enligt regeringens bedömning bör denna lösning användas även i detta fall. Ordföranden för styrelsen bör tillsättas av regeringen.

## 10.2 Planering och uppföljning av de insatser som finansieras med statliga medel

**Regeringens bedömning:** De statliga medel som är avsatta för insatser mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar bör fördelas utifrån ett samlat planerings- och uppföljningssystem. Samordningsfunktionen vid Socialstyrelsen bör ta fram ett samlat underlag för fördelningen av de statliga medlen och svara för den samlade uppföljningen.

De statliga medel som utgör stöd för arbetet i kommuner och landsting bör fördelas genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. Övriga statliga medel, förutom det ekonomiska stödet till frivilligorganisationer på riksnivå, bör fördelas av samordningsfunktionen vid Socialstyrelsen.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer delvis med regeringens bedömning. Enligt utredningen bör Socialstyrelsen svara för planering och uppföljning av de samlade nationella insatserna och Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen administrera de statliga medlen.

**Remissinstanserna:** Ett stort antal remissinstanser, bl.a. *Ekonomistyrningsverket*, *Svenska kommunförbundet*, *Landstingsförbundet* och *Statens folkhälsoinstitut*, framhåller behovet av en tydlig planerings- och uppföljningsstruktur för de hivförebyggande insatserna. Ett par instanser, bl.a. *Statskontoret* och *Socialstyrelsen*, framhåller att den kritik som riktas mot det arbete som hittills bedrivits har sin grund i den oklara status som de handlingsplaner som Statens folkhälsoinstitut utarbetat har haft.

Stark kritik riktas mot förslaget att Socialstyrelsen skall utarbeta en verksamhetsplan som skall vara styrande för andra myndigheter och för kommuner och landsting. Statens folkhälsoinstitut och *Smittskyddsinstitutet* konstaterar att en sådan ordning skulle krocka med övriga myndigheters självständiga ansvar. *Göteborgs kommun* motsätter sig statliga verksamhetsplaner för kommunens verksamheter.

En övervägande del av instanserna, bl.a. flera landsting och Statskontoret, är kritiska till att de statliga medlen föreslås fördelas av två myn-

digheter. I stället anser de flesta instanser, bl.a. flera landsting, att Socialstyrelsen har bäst förutsättningar att bedöma hur de samlade resurserna bör användas. *Riksförbundet för sexuell upplysning* konstaterar att Socialstyrelsens kompetens på området anses vara omfattande och att myndigheten därför är lämpad för bedömningar av resursanvändning.

De flesta instanserna ser positivt på utredningens förslag att avskaffa den separata hanteringen av det särskilda bidraget till storstadsregionerna. Riksförbundet för sexuell upplysning konstaterar att styrning och uppföljning av hur pengarna använts har saknats. Ett par instanser, främst en del av huvudmännen i storstadsregionerna, beklagar dock avskaffandet av den särskilda hanteringen.

**Skälen för regeringens bedömning:** Riksdagen har sedan budgetåret 1986/87 årligen anvisat särskilda medel för insatser i syfte att begränsa spridningen och konsekvenser av hiv/aids. Från och med år 1998 delades anslaget för det förebyggande hiv/aids-arbetet upp i ett anslag som disponerats av Statens folkhälsoinstitut och ett anslag som via Finansdepartementet fördelats direkt till kommuner och landsting i de tre storstadsregionerna.

Den ordning som gällt sedan år 1998 med en uppdelning av de statliga medlen har enligt regeringens uppfattning försvårat en samlad styrning och uppföljningen av de insatser som vidtas med de statliga medlen. I budgetpropositionen för år 2006 lämnade regeringen förslag på att 90 miljoner kronor skall överföras till utgiftsområde 9, anslag 14:1, från utgiftsområde 25, anslag 48:2. I budgetpropositionen konstateras att syftet med den föreslagna förändringen är att möjliggöra en samlad uppföljning av de hivpreventiva insatser som sker genom statsbudgeten. Detta ställningstagande innebär att den separata hanteringen av det särskilda bidraget till storstadsregionerna avskaffas.

Som framgått av avsnitt 10.1 ansåg utredningen att Socialstyrelsen bör ansvara för den övergripande planeringen, uppföljningen och utvärderingen av den samlade statliga insatsen. Mot den bakgrunden prövade utredningen vilken eller vilka myndigheter som skall administrera de statliga medlen för insatser mot hiv/aids och i tillämpliga fall andra sexuellt överförbara sjukdomar. Utredningen ansåg att Statens folkhälsoinstitut även i fortsättningen bör anförtros uppgiften att, med utgångspunkt i och ledning av den genomförda nationella planeringen, fördela medel för det långsiktiga förebyggande arbetet. Stödet till de insatser som i huvudsak rör epidemiologi, preventivt arbete inom ramen för hälso- och sjukvården samt till mer akuta insatser bör däremot i fortsättningen administreras av Socialstyrelsen. Syftet med en sådan ordning skulle enligt utredningen vara att ta till vara de olika myndigheternas kompetens- och ansvarsområden och motverka att vissa insatser inte får en adekvat bedömning och nödvändigt ekonomiskt stöd.

En utgångspunkt för utredningens förslag var att en nationell planering för och uppföljning av samhällets samlade insatser mot hiv/aids och i tillämpliga fall övriga sexuellt överförbara sjukdomar bör åvila staten samt att denna planering bör omfatta insatser och åtaganden som inte enbart är statliga utan även fullgörs av andra intressenter – t.ex. landsting och kommuner eller frivilligorganisationer. Utredningen ansåg att planeringen och utvärderingen av insatserna måste omfatta samtliga insatser som görs, vare sig särskilt statligt stöd utgått eller ej. Dock är det enligt

utredningen av yttersta vikt att man i hanterandet av ett effektivt och kraftfullt statligt planerings- eller styrinstrument har respekt för självständigheten hos de kommunala myndigheterna och frivilligorganisationernas integritet.

Vid remissbehandlingen har mycket stark kritik riktats mot utredningens förslag att Socialstyrelsen skall utarbeta en verksamhetsplan som skall vara styrande för andra myndigheter, kommuner och landsting. Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet konstaterar exempelvis att en sådan uppgift för Socialstyrelsen skulle strida mot de övriga myndigheternas självständiga ansvar. Göteborgs kommun motsätter sig statliga verksamhetsplaner för kommunens verksamheter. Kommunen har dock inget emot att regeringen lägger fast övergripande mål, eller att statliga myndigheter följer upp användningen av statsbidrag och låter utvärdera processer och resultat av statsbidragsfinansierad verksamhet.

Ett stort antal instanser, bl.a. flera landsting, har även varit kritiska till att de statliga medlen föreslås administreras av två myndigheter. Statskontoret framhåller att utredningens förslag medför att gränsdragningen mellan Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen skulle kunna bli mycket förvirrande. I stället förespråkar den flesta instanser, bl.a. flera landsting, att Socialstyrelsen bör ansvara för samliga statliga medel. Skälet är enligt bl.a. Riksförbundet för sexuell upplysning att Socialstyrelsen har bäst förutsättningar att bedöma hur de samlade resurserna bör användas och det mandat gentemot hälso- och sjukvården som krävs för att förändringsarbetet skall bli effektivt.

Grunden i utredningens förslag är att de statliga medel som utgår till insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar bör fördelas utifrån ett samlat planerings- och uppföljningssystem. Denna utgångspunkt har vid remissbehandlingen fått starkt stöd, bl.a. av Ekonomistyrningsverket, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Statens folkhälsoinstitut. Den hittillsvarande ordningen med en uppdelning av de statliga medlen har enligt regeringen försvårat en samlad styrning och uppföljningen av de insatser som vidtas med de statliga medlen. Syftet med den förändring som regeringen föreslog i budgetpropositionen för år 2006 är följaktligen att möjliggöra en samlad uppföljning av de insatser som sker genom statsbudgeten.

Vidare bör det enligt regeringen finnas ett samlat planerings- och styrinstrument för de statliga medlen för hivprevention. Detta system bör dock inte vara direkt styrande för de insatser som landsting och kommuner har att vidta. Däremot bör det finnas ett samlat underlag beträffande de insatser som behöver vidtas i fråga om att förebygga och minska konsekvenserna av hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Med ett sådant underlag som grund är det möjligt att ta ställning till hur de statliga medlen bör utnyttjas för att på bästa sätt stimulera utvecklingen i riktning mot de mål som finns för den övergripande folkhälsopolitiken samt de mål som i avsnitt 7.1 redovisas avseende hiv-infektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

I avsnitt 10.1 har regeringen konstaterat att en samordningsfunktion bör inrättas inom Socialstyrelsen i syfte att verka för samordning av de samlade nationella insatserna och att se till att långsiktiga preventiva insatser inom området vidtas. Enligt regeringens bedömning bör denna funktion även ges till uppgift att svara för planerings- och uppföljnings-

systemet. I detta ligger bl.a. att ta fram ett samlat underlag för fördelningen av de statliga medlen.

Merparten av de uppgifter som berörs i avsnitt 7 faller som tidigare nämnts inom landstingens och kommunernas ansvar. Mot den bakgrunden föreslog utredningen att statligt stöd i framtiden bör kunna utgå till strategiska satsningar inom bl.a. hälso- och sjukvårdens och skolans ram. Vid remissbehandlingen har flera kommuner och landsting, bl.a. flera av huvudmännen i storstadsregionerna, påpekat vikten av att finna lämpliga former och arenor för en väl fungerande och ömsesidig dialog mellan olika parter på såväl nationell som regional och lokal nivå.

I budgetpropositionen för år 2006 konstaterar regeringen att merparten av de medel som avsätts för hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar skall användas för att betala ut vissa statsbidrag i enlighet med en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Denna konstruktion ger enligt regeringens bedömning en god grund för en gemensam dialog om vilka satsningar som bör komma ifråga. Övriga statliga medel, förutom det ekonomiska stödet till frivilligorganisationer på riksnivå (se avsnitt 10.4), bör fördelas av den fristående samordningsfunktionen vid Socialstyrelsen.

### 10.3 Inriktning på de statliga insatserna

**Regeringens bedömning:** Fördelningen av de statliga medlen bör ske genom målstyrning och regelbunden uppföljning och resultatredovisning. Det långsiktiga preventiva arbetet förblir grunden i den statliga satsningen inom området. En mindre del av medlen bör avsättas för stöd till insatser som i huvudsak rör epidemiologi och preventivt arbete inom ramen för hälso- och sjukvården samt mer akuta insatser.

Vid fördelningen av det statliga bidraget bör särskild vikt fästas vid storstadsproblematiken inom hivområdet.

En integrering av förebyggande och behandlande insatser bör eftersträvas i förhållande till det arbete som utförs inom närliggande områden och med arbetet med att följa upp det övergripande folkhälso-politiska målet.

Statligt stöd bör kunna lämnas till strategiska satsningar inom hälso- och sjukvårdens, skolans och andra berörda samhällsektors ram. Resurserna bör omfördelas över tid för att insatserna bättre skall svara mot det aktuella epidemiologiska läget.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Merparten av de instanser som yttrat sig uttrycker stöd för utredningens bedömningar i stort. En del instanser, främst *Västra Götalands läns landsting*, betonar vikten av att det finns en tydlig strategi för bidragsgivningen för det hivpreventiva arbetet. Flera instanser, bl.a. *Västmanlands läns landsting*, framhåller vikten av att det statliga stödet i framtiden används som en strategisk resurs för att påverka utvecklingen på området i stort. *Svenska kommunförbundet* och *Landstingsförbundet* stödjer förslaget att det statliga stödet bör utgå som aktivitetsstöd till

strategiskt viktiga områden. Västra Götalands läns landsting konstaterar att det är viktigt att tydligt markera att hivarbetet inte är ett utanpåliggande projekt utan att utvecklingsarbetet bör komma ordinarie verksamheter till godo. *Smittskyddsinstitutet* framhåller att resurserna bör omfördelas över tid för att insatserna bättre skall svara mot det aktuella epidemiologiska läget.

En stor majoritet av instanserna, bl.a. *Göteborgs* och *Malmö kommuner*, framhåller att den stora koncentration av hiv/aids och därmed kopplad problematik som finns i storstadslänen motiverar en särskild statlig satsning i storstadsregionerna. Göteborgs kommun och *Stockholms läns landsting* framhåller att de preventiva åtgärderna är omfattande liksom behandlingsskostnaderna.

Flera landsting bl.a. *Västmanlands* och *Södermanlands läns landsting*, framhåller dock att man i glesbygden, även om man i första hand konfronterar andra former av sexuellt överförbara sjukdomar än hivinfektion, inte är skonad från problem.

Ett par kommuner och landsting, främst i storstadsregionerna, samt Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet, stödjer förslaget att statligt stöd bör utgå till de mer permanenta strukturer som inrättats i storstadsområdena. *Statens folkhälsoinstitut* betonar dock att tanken med de statliga medlen var att finansiera verksamhet utanför landstingens och sjukvårdens ordinarie verksamhet.

Flera kommuner och landsting, bl.a. flera av huvudmännen i storstadsregionerna, understryker vikten av att finna lämpliga former och arenor för en väl fungerande och ömsesidig dialog mellan olika parter på såväl lokal som regional och nationell nivå. *Södermanlands läns landsting* efterlyser en precisering av hur staten avser att stimulera strukturförbättringar på lokal och regional nivå och vad ekonomiskt stöd innebär i det sammanhanget.

Västra Götalands läns landsting betonar även att det gäller att finna former för kontinuerligt utvecklingsarbete med statligt stöd där de som arbetar i projekten samtidigt kan planera för mer än ett år i taget.

**Skälen för regeringens bedömning:** Utredningen konstaterade att de statliga medlen för hivprevention, som de har hanterats av Statens folkhälsoinstitut och av landsting och kommuner i storstadsområdena, har använts till att stödja ett brett spektrum av insatser. De olika aktörerna har dessutom varit lyhörda för behovet av en successiv förändring av inriktningen av verksamheterna som ett svar på förändringar i epidemiologin.

Huvuddelen av de medel som Statens folkhälsoinstitut hittills fördelat ur anslaget avser långsiktigt preventivt arbete som vilar på samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig grund. Det rör sig bl.a. om stöd till frivilligorganisationer, stöd till olika satsningar inom skolans ram, stöd till samordningsinsatser mellan olika lokala aktörer eller stöd till preventionssatsningar i landstingen. Även storstadsbidragen går huvudsakligen till liknande satsningar och fördelas såväl till frivilligorganisationer som egna satsningar i landsting och kommuner. Den enskilt största sådana satsningen är stödet till Landstinget förebygger aids inom Stockholms läns landsting.

Vidare konstaterade utredningen att det också finns ett tämligen stort behov av att stötta preventiva insatser mer direkt riktade mot smittsprid-



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

Vid en samlad bedömning anser regeringen att de relativt stora satsningar som gjorts från statens sida på såväl infrastruktur hos frivilligorganisationer och hos kommuner och landsting som på direkta preventionsinsatser sannolikt spelat en stor roll för att förebygga hiv/aids i vårt land. Enligt regeringens bedömning bör det långsiktiga preventiva arbetet förbli grunden i den statliga satsningen inom området. En mindre del av medlen bör avsättas för stöd till insatser som i huvudsak rör epidemiologi och preventivt arbete inom ramen för hälso- och sjukvården samt mer akuta insatser.

I avsnitt 7.1 konstaterar regeringen att det övergripande målet för samhällets insatser bör vara att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde. Detta mål samt de delmål som regeringen även redovisar bör vara vägledande fördelningen av de medel som avsätts i statsbudget för insatser mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

En särskild fråga rör även det faktum att epidemiologin som utredningen och Smittskyddsinstitutet framhållit förändras över tid, främst beträffande hivinfektion. Samtidigt finns det en tendens att stödsystemen släpar efter. Följaktligen anser regeringen att det är angeläget att resurserna omfördelas över tid för att insatserna bättre skall svara mot det aktuella epidemiologiska läget.

I och med att hela det statliga stödet i fortsättningen kommer att hanteras inom ett planerings- och uppföljningssystem måste man givetvis fästa särskild vikt vid storstadsproblematiken inom detta område. I många fall är det så att problemet enbart finns i eller är starkt koncentrerat till storstadsområdena och då särskilt till Stockholmsområdet. Ett sådant resonemang innebär givetvis att en försvarlig andel av det statliga stödet kommer att behöva gå till aktiviteter i storstadsområdena. Det är dock angeläget att de statliga medlen är tillgängliga för hela landet. Som flera landsting har framhållit vid remissbehandlingen är man i glesbygden inte förskonad från problem även om man där i första hand konfronteras med andra former av sexuellt överförbara sjukdomar.

Enligt regeringens bedömning finns det även behov av att i större utsträckning integrera av de förebyggande och behandlande insatser inom detta område med det arbete som utförs inom närliggande områden och med övrigt folkhälsoarbete på alla nivåer i samhället. På motsvarande sätt bör arbetet med att följa upp det övergripande folkhälso-politiska målet kunna vara vägledande för vilka insatser som vidtas.

I avsnitt 7 har regeringen, liksom utredningen, framhållit behovet av strategiska satsningar i en rad frågor inom bl.a. hälso- och sjukvårdens och skolans ram. Sådana satsningar får som Västra Götalands läns

*landsting* framhåller inte bli utanpåliggande projekt utan måste komma ordinarie verksamheter till godo. För att nå en sådan utveckling krävs att resurser styrs i en riktning så att insatserna integreras i kommunernas och landstingens verksamheter samt att tydliga mål och indikatorer för uppföljning utarbetas i samverkan mellan statliga myndigheter och landsting och kommuner.

Utredningen lämnade en rad förslag till strategiska insatser inom ramen för de verksamheter som faller inom landstingens och kommunernas ansvarsområden, bl.a. inom hälso- och sjukvården och skolan. Utredningen föreslog även att statligt stöd bör kunna utgå även till mer permanenta strukturer för prevention av hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar som inrättats i storstadsområdena. Projektstöd bör enligt utredningen även kunna utgå till såväl frivilligorganisationer som kommuner och landsting för preventivt arbete på nationell nivå eller av nationell relevans. Hälso- och sjukvårdens personal bör kunna få stöd och utbildning i sex- och samlevnadsfrågor, inkluderande frågor som rör homo- och bisexuella och transpersoner. Samtliga dessa förslag faller inom de ansvarsområden som kommuner och landsting har för insatser att förebygga spridning och minska konsekvenserna av hiv/aids och sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

Vid remissbehandlingen har en rad kommuner och landsting betonat vikten av att finna lämpliga former för en fungerande och ömsesidig dialog mellan företrädare på lokal, regional och nationell nivå. I budgetpropositionen för år 2006 konstaterar regeringen att merparten av de medel som avsätts för hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar skall användas för att betala ut vissa statsbidrag i enlighet med en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Denna konstruktion ger enligt regeringens bedömning en god grund för en diskussion mellan företrädare på lokal, regional och nationell nivå om vilka satsningar som bör prioriteras.

Utredningen lämnade även en rad förslag beträffande möjligheterna för frivilligorganisationer att erhålla statligt stöd. I avsnitt 10.4 redovisas regeringens överväganden i denna del.

När det gäller regeringens överväganden i avsnitt 8.3 om behovet av en förstärkt kunskapsuppbyggnad gäller generellt att bättre evidens för effekt av insatserna bör eftersträvas. Merparten av den kunskapsuppbyggande verksamheten faller inom ramen för respektive myndighets generella kunskapscentrumsuppdrag. I de fall som det rör sig om uppgifter som faller utanför myndigheternas normala uppdrag och som är särskilt strategiskt viktiga bör även fortsättningsvis ekonomiskt stöd kunna utgå från aidsanslaget. Sådant stöd har även tidigare kunnat utgå från det anslag som Statens folkhälsoinstitut har disponerat. Ett område där denna form av stöd bör kunna utgå är strategiska beteendevetenskapligt inriktade kunskapsuppbyggnadsprojekt.

Slutligen föreslog utredningen att man i tilldelningen av medel bör arbeta med en längre planeringshorisont, förslagsvis tre år, även om medelstilldelningen sker årsvis. Samtidigt finns det som en del remissinstanser betonat en tendens att en del projekt blir mer eller mindre permanenta. Enligt regeringens uppfattning finns det skäl att utveckla formerna för bidragsgivningen i syfte att få utrymme för ett strategiskt

utvecklingsarbete med statligt stöd samtidigt som det finns utrymme för projekten att planera för mer än ett år i taget. Regeringen vill dock betona att de närmare formerna för bidragsgivningen bör hanteras inom ramen för samordningsfunktionen vid Socialstyrelsen samt i samband med överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.

#### 10.4 Bidrag till frivilligorganisationer

**Regeringens bedömning:** Statligt bidrag bör även fortsättningsvis kunna utgå till frivilligorganisationer som bedriver verksamhet inriktad på att förebygga spridning eller minska konsekvenserna av hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

Formerna för det statliga bidraget bör reformeras i syfte att underlätta långsiktighet i frivilligorganisationernas arbete. Ett organisations- och verksamhetsbidrag bör kunna utgå till frivilligorganisationer på riksnivå. Detta bidrag bör regleras i en förordning och administreras av Socialstyrelsen. Även projektbidrag bör kunna lämnas till frivilligorganisationer på riksnivå samt på regional och lokal nivå.

Det statliga bidraget till frivilligorganisationer med verksamhet inriktad på situationen för homosexuella, bisexuella och transpersoner i samhället bör utgå från hela det spektrum av frågor som präglar dessa gruppers situation i samhället.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning. Utredningen föreslog dock att det ekonomiska bidraget till frivilligorganisationerna på riksnivå bör administreras av Statens folkhälsoinstitut. Utredningen berörde inte heller formerna för det statliga bidraget till frivilligorganisationer i detalj.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanser är positiva till utredningens förslag om att det statliga stödet bör reformeras i syfte att underlätta långsiktighet i frivilligorganisationernas arbete. Flera frivilligorganisationer och *Statens folkhälsoinstitut* framhåller att kortsiktigheten i medelstilldelningen är en begränsande faktor i frivilligorganisationernas långsiktiga planering och att en långsiktig finansiering är av största vikt för organisationernas möjlighet att arbeta effektivt. *Riksförbundet för hivpositiva (RFHP)*, *Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)* och *Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL)* betonar vikten av att ge frivilligorganisationerna bidrag för det egna arbetet med utveckling och kunskapsuppbyggnad.

Ett par frivilligorganisationer, bl.a. RFSL, välkomnar utredningens förslag om att organisations- och verksamhetsstöd även bör kunna utgå lokalt. Ett stort antal kommuner och landsting anser att kommuner och landsting även i fortsättningen bör ha ansvaret för att fördela de statliga bidragen till frivilligorganisationer på regional och lokal nivå. Detta för att frivilligorganisationernas insatser sker i ett regionalt sammanhang och kompletterar den offentliga sektorns verksamhet. RFSU motsätter sig en modell där riksorganisationerna skall fördela bidrag till sina lokal-föreningar.

RFSL framhåller att det är olyckligt att generellt stöd till organisationer som är inriktade på situationen för homosexuella, bisexuella och

transpersoner (HBT-personer) i samhället tas ur aidsanslaget. RFSL betonar att utredningens överväganden inte får innebära att stödet till organisationer som arbetar för HBT-personer upphör.

### **Skälen för regeringen bedömning**

Allt sedan regeringens första åtgärdsprogram presenterades (prop. 1985/86:13) har frivilligorganisationernas särskilda förutsättningar betonats och deras insatser inom hiv/aids-området uppmärksammats. Likaledes har regeringen sedan dess tydligt uttryckt att bidrag skall utgå till frivilligorganisationer såväl för deras medverkan i informationsarbetet som för den psykosociala stödverksamheten. Som framgår av utredningens betänkande utgår såväl organisationsstöd som projektbidrag till frivilligorganisationerna på nationell nivå. Gränsdragningen mellan de olika bidragsformerna är emellertid inte alltid tydlig. Kortsiktigheten i ansökningsförfarande och medelstildelning är, som flera frivilligorganisationer framfört, en begränsande faktor i organisationernas långsiktiga planering av verksamheten.

När det gäller stödet till frivilligorganisationer verksamma på riksnivå ansåg utredningen att ett generellt organisations- och verksamhetsstöd bör kunna utgå för den permanenta verksamheten samt att organisationerna därtill bör kunna ansöka om särskilda projektstöd för tidsbegränsade och riktade insatser. På detta sätt undviker man att organisationernas ordinarie verksamhet klassificeras som projekt. Utredningen ansåg även att man vid ansökan och i tilldelningen av medel bör arbeta med en längre planeringshorisont även om medelstildelningen sker årsvis. Detta kan enligt utredningen åstadkommas genom att organisations- och verksamhetsbidrag i princip söks och beviljas för flera år i taget med reservation för att bidragssystemet förändras eller den statliga medelstildelningen till myndigheten drastiskt minskar. Den formella medelstildelningen sker därefter årsvis men utan att särskild ansökan behöver göras varje år. Projektstöd bör dessutom enligt utredningen kunna utgå till såväl frivilligorganisationer på lokal och regional som kommuner och landsting för preventivt arbete på nationell nivå eller av nationell relevans. När det gäller frivilligorganisationernas lokala arbete, ansåg utredningen att stöd i första hand bör utgå till sådana projekt som bedrivs i samarbete med kommun eller landsting.

### *Ekonomiskt bidrag till frivilligorganisationer på riksnivå*

En översyn av den statliga bidragsgivningen till ideella organisationer har på regeringens initiativ inletts under senare år. I juni 2003 fick Statskontoret i uppdrag av regeringen att göra en översyn av den statliga bidragsgivningen till ideella organisationer. I rapporten *Bidrag till ideella organisationer* (2004:17) redovisar verket en kartläggning av den statliga och kommunala bidragsgivningen med fokus på den statliga bidragsgivningen. I rapporten har verket studerat fem typer av bidragsformer: organisationsbidrag (generellt bidrag till en organisation), verksamhetsbidrag (för utpekade verksamheter), projektbidrag (för tidsbegränsade verksam-

heter), uppdragsersättning (ersättning för verksamhet enligt avtal) och anläggningsbidrag (för lokaler).

I rapporten konstateras att resultatstyrningens utformning varierar mellan olika bidrag och verksamhetsformer. På ett övergripande plan är dock statens styrning av de stora bidragen relativt enhetlig, oavsett bidragsform. Övergripande mål ställs upp och resultat skall i de flesta fall bedömas för bidragen, oavsett bidragsform. Styrningen av organisationsbidrag skiljer sig från den för verksamhetsbidrag och projektbidrag med avseende på detaljerade mål och projektbidrag med avseende på detaljerade mål, prioriteringar och återrapporteringskrav. Verket konstaterar att det sammantaget finns behov av att staten utvecklar synen på och förhållningssättet till de ideella organisationerna. En sådan översyn behövs för att staten, på ett konsekvent sätt, skall kunna ta ställning till om bidraget skall ges, vilken bidragsform som bör användas samt vilka villkor som bör knytas till bidraget.

Statskontoret konstaterar i rapporten att bidragsgivningen i större utsträckning bör grundas på riksdagsbeslut och regleras i lag. Den närmare styrningen av bidragen sker i dag ofta i regleringsbrev till de beviljande myndigheterna. Enligt statskontoret skulle långsiktighet och tillgänglighet för mottagande organisationer gynnas av att bidragen i större utsträckning reglerades i förordningar. Statskontoret konstaterar vidare att utgångspunkten för bidraget bör vara motivet för bidraget. Detta bör sedan ligga till grund för vilken styrning från statens sida som är lämplig.

Regeringen beslutade den 27 oktober 2005 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att utreda den nuvarande statliga folkrörelsepolitiken och lämna förslag om den framtida folkrörelsepolitikens inriktning, omfattning och utformning (dir. 2005:117). I uppdraget ingår bl.a. att utreda och föreslå lämpliga åtgärder rörande bidragsgivning och annan finansiering av folkrörelsernas och det övriga föreningslivets verksamhet. Med utgångspunkt i Statskontorets redovisning skall utredaren även överväga om det finns behov av gemensamma principer för den statliga bidragsgivningen till folkrörelserna och det övriga föreningslivet, t.ex. avseende om bidrag skall ges, vilken bidragsform som bör användas och vilka villkor som skall knytas till bidraget. Dessutom skall utredaren beakta Statskontorets övriga förslag och rekommendationer och föreslå lämpliga åtgärder på området. Särskilt bör behovet av generella principer för att effektivisera uppföljningen och utvärderingen av bidragsgivningen beaktas. Utredaren skall redovisa uppdraget senast den 30 juni 2007.

Inom ramen för insatserna mot hiv/aids utgår, som framgår av Hiv/aids-utredningens betänkande, såväl organisationsstöd som projektbidrag till frivilligorganisationerna på nationell nivå. Gränsdragningen mellan de olika bidragsformerna är inte alltid tydlig. Enligt regeringens uppfattning bör utgångspunkten för bidraget vara motivet för bidraget. Det är därför viktigt att bidragsformerna är anpassade till innehållet i de verksamheter som skall stödjas. Det är olämpligt att organisationers ordinarie verksamhet benämns projekt. I stället anser regeringen, i likhet med utredningen, att medel bör kunna utgå i form av ett generellt organisationsbidrag eller till ett verksamhetsbidrag för utpekade verksamheter. Därutöver bör särskilda tidsbegränsade satsningar stöttas med projektbidrag.

När det gäller organisations- och verksamhetsbidrag till frivilligorganisationer verksamma på riksnivå så anser regeringen att det finns skäl att åstadkomma en tydligare styrning av det statliga bidraget till de ideella organisationerna som bedriver verksamhet inriktad mot hivinfektion eller andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. I nuläget finns det två system för bidragsgivning till frivilligorganisationer inom närliggande områden – organisationer inom det sociala området och handikapporganisationer. I bägge dessa fall finns det en förordning som grund för bidragsgivningen. En sådan ordning skulle enligt regeringens uppfattning ge bättre långsiktighet och tillgänglighet för organisationer inriktade mot hivinfektion eller andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

Förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer på det sociala området innehåller bestämmelser om syftet med bidraget, förutsättningar för statsbidrag, formen för statsbidraget, beslutande myndighet, villkor och redovisning, m.m. Enligt regeringens bedömning är dessa bestämmelser i stort tillämpliga även för det statsbidrag som bör komma i fråga för hivinfektion eller andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Regeringen har övervägt möjligheten att föra in statsbidraget till organisationer på hivområdet i förordningen om statsbidrag till vissa organisationer på det sociala området. Emellertid finns det en rad skillnader mellan bidraget till ideella organisationer på det sociala området och de organisationer som bedriver verksamhet inriktad mot hivinfektion eller andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. En sådan är att hivproblematiken är koncentrerad till storstadsregionerna. Det är därför inte rimligt att ställa krav på att en riksorganisation skall ha verksamhet i minst tio län. Vidare bör det inte heller ställas krav på att organisationen huvudsakligen skall bedriva förebyggande verksamhet. Ett sådant krav skulle innebära att de flesta av de organisationer som i dag erhåller bidrag inte skulle kunna komma i fråga. Förutsättningarna att bedriva förebyggande och stödjande verksamhet är även många gånger betydligt bättre om organisationen även har andra kanaler till målgruppen för sin verksamhet. Enligt regeringens bedömning behövs därför en särskild förordning om statsbidrag till vissa organisationer med verksamhet inriktad mot hivinfektion eller andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar.

#### *Administration av statligt bidrag till frivilligorganisationer på riksnivå*

Utredningen föreslog att det ekonomiska bidraget till frivilligorganisationerna på riksnivå skulle administreras av Statens folkhälsoinstitut. Fördelen med den föreslagna ordningen var enligt utredningen att man skulle kunna hålla samman administrationen av det ekonomiska bidraget till frivilligorganisationer med genomförandet av det långsiktiga förebyggande arbetet och med Statens folkhälsoinstituts övriga uppdrag inom området sex och samlevnad och de fördjupade uppdrag som kunskapscentrum som institutet skulle få. De överväganden som regeringen redovisar i avsnitt 10.1 beträffande ansvarsfördelningen mellan de berörda statliga myndigheterna innebär dock att Statens folkhälsoinstituts roll inom området renodlas till att vara ett kunskapscentrum samt att stå för den sektorsövergripande uppföljningen av folkhälsopolitiken. Därigenom

finns inte den nära koppling till administrationen av det statliga bidraget till frivilligorganisationer som utredningen framhöll som grund för sitt ställningstagande.

I propositionen Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (prop. 2000/01:99) konstaterade regeringen att det bör övervägas att administrationen av de organisationsstöd som Statens folkhälsoinstitut administrerar bör föras över till Socialstyrelsen. Tills vidare ansåg dock regeringen att de ifrågakvarande organisationsstöden borde administreras av Statens folkhälsoinstitut. I propositionen konstaterade regeringen att uppgiften att fördela organisationsstöd inte faller inom någon av institutets föreslagna huvuduppgifter. Det finns dock ett flertal organisationer som arbetar inom det hälsofrämjande området och som får stöd av institutet. Det bör enligt regeringen övervägas om inte detta stöd kan administreras av någon annan instans. Det bör enligt vad som konstateras i propositionen även övervägas om hanteringen av organisationsstöd inom folkhälsoområdet bör formaliseras. Institutet skall dock kunna fördela projektmedel till organisationer i samband med regeringsuppdrag att samordna nationella insatser.

De organisatoriska överväganden som regeringen redovisar i avsnitt 10.1 innebär bl.a. att en samordnande funktion inrättas inom Socialstyrelsen. Vid Socialstyrelsen finns en stor erfarenhet av fördelning av medel till såväl kommuner och landsting som enskilda. Dessutom finns, i form av sekretariatet för frivilligt arbete (SoFri), en enhet med ett väl utvecklat system för fördelning av medel till olika frivilligorganisationer. Socialstyrelsen administrerar i dag stöd som regleras i förordningen (1998:1814) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området. Regeringen har även gjort bedömningen att en likartad förordning bör vara styrande för det organisations- och verksamhetsbidrag som fortsättningsvis bör utgå till frivilligorganisationer med verksamhet inriktad mot hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Regeringen har redogjort för ett par skillnader mellan det ekonomiska bidrag som bör kunna utgå inom det hivförebyggande ala området som Socialstyrelsen redan i dag administrerar. Det gäller bl.a. att det inom det hivförebyggande området inte är motiverat att ställa krav på att en riksorganisation skall bedriva verksamhet inom minst 10 län. Regeringen bedömer dock att det, trots dessa skillnader, finns stora likheter med de uppgifter som Socialstyrelsen redan i dag har i fråga om att fördela ekonomiska bidrag till organisationer på det sociala området och att det därmed finns betydande effektiviseringsvinster att göra. Vidare innebär en sådan lösning att stödet till frivilligorganisationer på riksnivå kan kopplas nära till den samordnande funktionen vid Socialstyrelsen. Mot denna bakgrund anser regeringen att det ekonomiska bidraget till frivilligorganisationerna på riksnivå bör administreras av Socialstyrelsen.

#### *Ekonomiskt bidrag till frivilligorganisationer i övrigt*

Utredningen föreslog att stöd till vissa frivilligorganisationers lokala arbete även bör kunna utgå i form av organisations- eller verksamhetsbidrag om det rör verksamhet av mer permanent karaktär. Under remissbehandlingen har en del frivilligorganisationer, bl.a. Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, uttryckt stöd för detta förslag. Flera andra

instanser har emellertid framhållit att utredningen är oklar beträffande vilka principer som skall gälla för frivilligorganisationer på regional och lokal nivå. Flera kommuner och landsting har även framhållit att det ekonomiska bidraget till frivilligorganisationer på lokal eller regional nivå bör fördelas av eller i samråd med kommun eller landsting.

Utredningen ansåg även att projektstöd bör kunna utgå till såväl frivilligorganisationer som kommuner och landsting för preventivt arbete på nationell nivå eller av nationell relevans. Det senare kan t.ex. innebära att resultatet av ett projekt eller en studie kan nyttjas på nationell nivå. När det gäller frivilligorganisationernas lokala arbete, ansåg utredningen att stöd i första hand skall utgå till sådana projekt som bedrivs i samarbete med kommun eller landsting.

Enligt regeringen är det rimligt att i detta avseende utgå ifrån att frivilligorganisationer på lokal och regional nivå bedriver sin verksamhet i ett lokalt och regionalt sammanhang. Mot den bakgrunden anser regeringen att frågan om ekonomiskt bidrag till frivilligorganisationer på lokal och regional nivå bör hanteras enligt samma ordning som stödet till den verksamhet som kommuner och landsting bedriver. Följaktligen anser regeringen att frågan bör hanteras inom ramen för överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (se avsnitt 10.2 och 10.3). Frågan om projektstöd till frivilligorganisationer på riksnivå bör hanteras av samordningsfunktionen vid Socialstyrelsen.

#### *Statligt bidrag till frivilligorganisationer med verksamhet riktad till homosexuella, bisexuella och transpersoner*

En särskild fråga rör det begränsade statliga bidraget till frivilligorganisationer med verksamhet riktad till situationen för homosexuella, bisexuella och transpersoner i samhället som under senare år betalats ut av Statens folkhälsoinstitut. Detta bidrag har tillkommit mot bakgrund av att hivinfektion är överrepresenterad bland män som har sex med män. Det ekonomiska bidraget till homo- och bisexuellas samt transpersoners organisationer (HBT-organisationer) ökades kraftigt år 2004 då sex miljoner kronor tillfördes anslaget.

Utredningen föreslog att det generella stödet till HBT-organisationer fortsättningsvis inte bör belasta aidsanslaget. Detta stöd är inte knutet till insatser mot hivinfektion och sexuellt överförbara sjukdomar och utredningen ansåg att det skulle stå i strid med intentionerna för aidsanslaget att utnyttja det för detta ändamål. I stället ansåg utredningen att allmänt stöd till dessa organisationer är motiverat utifrån andra aspekter, t.ex. för attitydförändrande och intressepolitiskt arbete, och därför borde finansieras med andra medel. Vid remissbehandlingen har Riksförbundet för sexuellt likaberättigande framhållit att det är olyckligt att generellt stöd till HBT-organisationer tas ur aidsanslaget. En sådan ordning innebär dels att organisationer som inte sysslar med hivprevention får stöd från aidsanslaget, dels att HBT-verksamhet förknippas med hiv/aids.

Den situation med bl.a. psykisk ohälsa och diskriminering som i dag präglar homo- och bisexuellas samt transpersoners vardag medför enligt regeringens uppfattning att den verksamhet som HBT-organisationer bedriver bör vara inriktad mot att på ett bredare plan stärka dessa grupper ställning i samhället. Det är angeläget att de medel som avsatts av



statsbudgeten som ekonomiskt stöd till dessa organisationer utgår från hela det spektrum av frågor som präglar dessa gruppers situation i samhället. Mot denna bakgrund har frågan om att föra över dessa medel till en annan del av statsbudgeten än politikområdet Folkhälsopolitik aktualiserats. Det finns dock för närvarande inte något annat politikområde där stödet till HBT-organisationer har en given plats och inte heller någon annan myndighet som omedelbart kan ta över stödet. I samband med att Diskrimineringskommitténs (N 2002:06) förslag behandlas skall regeringen hitta en lösning på denna fråga och återkomma med förslag på hur det ekonomiska stödet till HBT-organisationer bör utformas för att på ett bättre sätt återspegla regeringens ambitioner inom området.

## 11 Ekonomiska konsekvenser

Det föreligger i dag betydande svårigheter att göra samhällsekonomiska beräkningar av insatser för att förebygga smittspridning, bl.a. med hänsyn till att det föreligger stora brister i det empiriska underlaget. Olika försök att har gjorts att uppskatta kostnaderna men dessa skattningar får anses vara mycket osäkra. Regeringen har tagit upp och behandlat dessa problem i propositionen Ny smittskyddslag m.m. (prop. 2003/04:30) och konstaterat att ett arbete för att utveckla metoder och rutiner för en nationell uppföljning och utvärdering bör inledas.

Regeringens förslag syftar till ett mer effektivt smittskyddsarbete, vilket i sig är ägnat att leda till långsiktiga besparingar i samhällets kostnader för smittsamma sjukdomar. De smittsamma sjukdomarna medför stora kostnader vid sidan av kostnaderna för smittskyddet, såsom kostnader för vård och behandling, sjukskrivning och produktionsbortfall. Åtgärder som begränsar spridningen av dessa sjukdomar kan ge betydande samhällsekonomiska vinster.

Regeringen bedömer att förslagen sammantaget inte medför någon ökning av de offentliga utgifterna. De strategiska satsningar på insatser för att förebygga och minska konsekvenserna av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar som regeringen föreslår ryms inom den ram om 154 miljoner kronor som regeringen föreslagit i budgetpropositionen för år 2006 och innebär alltså, om riksdagen godkänner regeringens förslag, inga kostnadsökningar för staten. Tvärtom innebär den föreslagna modellen med ett samlat anslag som kontinuerligt följs upp, och där behovet av särskilda statliga satsningar ställs emot samhällets samlade insats, en förbättrad framtida styrning av området. Storleken på de statliga insatserna kan därmed lättare anpassas till reella behov och konsekvenser av förändringar i budgeterade anslag kan lättare överblickas.

Som framgått av propositionens bedömningar anser regeringen att det statliga stödet för insatser mot hiv/aids och i tillämpliga delar mot andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar skall användas som en strategisk resurs i ett brett preventivt arbete. Huvuddelen av medlen skall fördelas till aktörer för direkt genomförande av åtgärder.

I avsnitt 10.3 redovisar regeringen sina allmänna överväganden rörande själva fördelningen av medlen, men lägger inga mer preciserade

förslag beträffande hur medlen skall fördelas. Regeringen anser att fördelningen av merparten av de statliga medlen bör ske i form av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. En mindre del av medlen kommer att disponeras av den samordningsfunktion som skall inrättas vid Socialstyrelsen. Denna har själv att värdera hur dessa skall fördelas, dels utifrån den nationella planeringen, dels utifrån de förslag på insatser och projekt som man på egen hand har att ta ställning till i anslagsfördelningen.

För att åstadkomma största möjliga slagkraft och effektivitet i de statliga satsningarna krävs dock, enligt regeringens uppfattning, ett bättre fundament i form av resurser för planering, kunskapsgenerering och uppföljning på nationell nivå. I första hand bör Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut ha tillräckliga basresurser för de uppgifter som bör vila på dessa myndigheter.

Regeringen gör i propositionen allmänna överväganden beträffande de statliga medel som utgår till stöd för insatser för att förebygga hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar under utgiftsområde 9. Huvuddelen av detta anslag bör, liksom fallet är i dag, användas till stöd till strategiska satsningar regionalt och lokalt och således utgå i form av stöd till kommuner, landsting och frivilligorganisationer. En mindre del av det samlade anslaget bör även i fortsättningen avsättas till planering och uppföljning, kunskapsgenerering på nationell nivå samt till uppföljning och utvärdering av enskilda projekt. Regeringen anser också att vissa informationsinsatser bör belasta det statliga aidsanslaget.

Den utveckling av de statliga myndigheternas verksamhet som regeringen anser vara nödvändig sker från de anslag som regeringen fastslagit i budgetpropositionen för år 2006. Socialstyrelsen bör dock kunna disponera 5–10 procent av anslagsmedlen för uppföljning och utvärdering av de enskilda insatserna som finansieras av hiv/aids-medlen, antingen i form av egen personal eller genom att tjänsterna köps in externt.

Regeringen förutsätter också att viktiga utvecklingsåtgärder vid Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut kommer att stödjas av de statliga hiv/aids-medlen inom ramen för det anslag som disponeras av samordningsfunktionen vid Socialstyrelsen respektive fördelas enligt överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.

För landsting och kommuner i storstadsområdena innebär förslaget en förändring i och med att inga schablonbidrag längre föreslås utgå. Några garantier för att storstadsområdena erhåller de omkring 90 miljoner kronor som i dag utgår i direktstöd kommer alltså inte att finnas. I stället kommer de statliga stöden att fördelas genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. Regeringen gör dock den bedömningen att huvuddelen av det statliga stödet kommer att utgå till satsningar som helt eller till stor del berör storstadsområdena. Regeringen pekar särskilt på behovet av att stödet både geografiskt och ämnesmässigt riktas mot områden där de stora problemen finns. Storstäderna, och då särskilt Stockholmsregionen, bedriver också omfattande aktiviteter inom många fält och stöd kan även komma att utgå till verksamheter av mer permanent natur.

Även för övriga kommuner och landsting kommer de statliga stöden att fördelas genom överenskommelsen mellan staten och Sveriges kom-

muner och landsting. De överväganden som görs i propositionen medför dock inga omedelbara förändringar för kommuner och landsting utanför storstadsregionerna.

När det gäller regeringens förslag beträffande särskilda smittskyddsåtgärder för personer med injektionsmissbruk bör framhållas att smittskyddsverksamhet redan i dag är ett landstingskommunalt ansvar. Med föreslagen reglering får landstingen tillgång till ytterligare en metod. Förslaget innebär emellertid inget åliggande att använda denna metod. Förslaget bedöms därför inte påverka kostnaderna för staten, landstingen eller kommunerna på ett sådant sätt att särskilda medel måste anslås för verksamheten. Flera landsting och kommuner har i remissförfarandet uppgivit att de är negativa till sprututbytesverksamhet. Det förefaller därför inte troligt att tillståndsförfarandet blir en omfattande uppgift för Socialstyrelsen. Uppgiften, som inte föranlett Socialstyrelsens att begära någon resursförstärkning, ryms väl inom det anslag som regeringen föreslagit i budgetpropositionen. Tillsyn, normering och uppföljning av socialtjänst och hälso- och sjukvård är redan idag ett ansvar för Socialstyrelsen. Förslaget bedöms därför inte påverka Socialstyrelsens kostnader i den delen.

Beträffande stödet till frivilligorganisationer anser regeringen att ansvaret för administrationen bör flyttas från Statens folkhälsoinstitut till Socialstyrelsen. Vid Socialstyrelsen finns redan ett särskilt sekretariat för stöd till frivilligorganisationer på andra områden. Regeringens bedömningar syftar till att effektivisera administrationen av det statliga bidraget till frivilligorganisationer på folkhälsoområdet.

Sammantaget är det regeringens uppfattning att övervägandena i propositionen inte medför några kostnader utöver de 154 miljoner kronor som regeringen föreslagit i budgetpropositionen för år 2006.

## 12 Författningskommentar

### 12.1 Förslaget till lag om utbyte av sprutor och kanyler

De allmänna övervägandena för den nya lagen finns redovisade i avsnitt 9.

#### 1 §

I *första stycket* anges lagens tillämpningsområde till att avse utbyte av sprutor och kanyler, vilket i lagen sedan genomgående benämns som sprututbytesverksamhet, i syfte att förebygga spridning av blodburna infektioner bland narkotikamissbrukare.

I *andra stycket* ges uttryck för att verksamheten måste bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde i möjligaste mån kan motiveras till att genomgå vård och behandling för sitt missbruk.

I *tredje stycket* anges att kommuner som inte ingår i ett landsting, liksom i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), är att likställas med landsting. I dagsläget är det endast Gotlands kommun som inte ingår i ett landsting.

**2 §**

I *första stycket* anges att endast landsting kan få tillstånd av Socialstyrelsen att bedriva sprututbytesverksamhet och att sådant tillstånd är en förutsättning för att bedriva sprututbytesverksamhet.

Av *andra stycket* följer att tillstånd får meddelas endast om den eller de kommuner där verksamhet skall bedrivas har biträtt ansökan. Med detta avses att landstinget i sin ansökan på lämpligt sätt skall redovisa att den eller de aktuella kommunerna accepterar att landstinget förlägger verksamheten där. Det innebär vidare att det krävs en ny ansökan för det fall ett landsting med tillstånd önskar flytta verksamheten och den nya verksamheten geografiskt blir placerad i en annan kommun än den eller de som tidigare biträtt ansökan. Närmare föreskrifter om hur ansökningsförfarandet rent praktiskt skall gå till får meddelas av Socialstyrelsen i verkställighetsföreskrifter.

**3 §**

För att landstinget skall ges möjlighet att bilda sig en uppfattning om vilka resurser de i landstinget ingående kommunerna förfogar över avseende vård och behandling och för att i möjligaste mån få tillstånd samsyn mellan landstinget och kommunerna föreskrivs i paragrafens *första stycke* att samråd skall ske mellan landstinget och kommunerna.

Av *andra stycket* framgår att landstinget skall redovisa hur behovet av avgiftning och missbrukarvård kommer att tillgodoses. En sådan redovisning är en förutsättning för att få tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet. Socialstyrelsen skall utifrån redovisningen bedöma lämpligheten av att meddela landstinget tillstånd.

**4 §**

I paragrafen anges att tillstånd för verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler får lämnas för högst två år åt gången. För det fall ansökan ges in innan tidigare tillstånd löpt ut får verksamheten fortsätta under den tid Socialstyrelsen behandlar ansökan. Har ansökan inte inkommit innan tidigare tillstånd förfallit eller har ett tillstånd återkallats får verksamheten inte bedrivas.

**5 §**

Av paragrafen framgår att meddelat tillstånd får återkallas om det förekommer missförhållanden i verksamheten. Att behovet av avgiftning och missbrukarvård inte kan tillgodoses på ett godtagbart sätt utgör tveklöst ett exempel på missförhållande i ett sprututbytesprogram. Andra skäl för återkallelse kan vara att de i 6 § angivna villkoren eller av Socialstyrelsen meddelade föreskrifter inte iakttagits i tillräcklig utsträckning. Vid bedömning av om missförhållanden föreligger har Socialstyrelsen att göra en samlad bedömning av om verksamheten bedrivs på ett sådant sätt att sprutor och kanyler från sprututbytesverksamhet inte riskerar att hamna utanför den avsedda kretsen av mottagare och att deltagarna i verksamheten på ett rimligt sätt kan få sina behov av behandling för sitt missbruk tillgodosedda.

**6 §**

I *första stycket* anges att utlämnande av sprutor och kanyler är avhängigt av att motsvarande produkter lämnas in. För de patienter som tidigare fått ut sprutor och kanyler innebär detta att de skall återlämna samma antal sprutor och kanyler som de tidigare fått ut. För patienter som besöker verksamheten för första gången innebär det att de skall lämna de sprutor och kanyler som de tidigare har använt. Om det finns särskilda skäl skall spruta och kanyl kunna lämnas ut även om motsvarande begagnade produkt inte lämnats. Med särskilda skäl avses här att den enskilde skall kunna lämna en godtagbar förklaring till varför återlämnade inte kan ske. Att uttömmande ange vad som kan vara en godtagbar förklaring låter sig inte göras. Allmänt sett skall det vara fråga om situationer som patienten inte kunnat råda över och som han eller hon inte genom egna ansträngningar kunnat undvika.

I *andra stycket* anges att sprutor och kanyler som lämnas ut inom ramen för den aktuella verksamheten måste vara märkta på sätt som möjliggör att spåra ursprunget. Syftet med bestämmelsen är att möjliggöra Socialstyrelsens tillsyn vad avser läckage från den aktuella verksamheten.

Av *tredje stycket* framgår att utlämnande endast får ske till den som har fyllt 20 år och att utlämnande endast får ske vid ett personligt besök av den enskilde missbrukaren.

I *fjärde stycket* stadgas att endast personer som kan anses bosatta i landsting som beviljats tillstånd för bedrivande av sprututbytesverksamhet får delta i verksamheten i det landstinget. Detta innebär att endast personer som uppfyller folkbokföringslagens (1991:481) krav för folkbokföring inom landstinget får delta. Att någon inte rent faktiskt är folkbokförd inom landstinget utgör, som redovisats i avsnitt 9.3, dock inget hinder mot deltagande under förutsättning att vederbörande kan göra sannolikt att förutsättningarna för folkbokföring finns.

**7 §**

I paragrafen anges att inga beslut enligt denna lag får överklagas. Detta gäller såväl Socialstyrelsens beslut om tillstånd och återkallelse av tillstånd som beslut inom sprututbytesverksamheten att inte lämna ut spruta eller kanyl till en enskild.

**8 §**

I lagen anges de grundläggande förutsättningarna för att verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler skall få ske. Genom det aktuella bemyndigandet ges regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer möjlighet att utfärda ytterligare föreskrifter som behövs till skydd för enskilda. Avsikten är att regeringen i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. skall delegera till Socialstyrelsen att meddela mer detaljerade föreskrifter för verksamheten.

**Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

Lagen träder i kraft den 1 juli 2006. Verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler bedrivs i dag i Malmö och Lund. I punkten 2 anges att verk-

samheter som redan bedrivs vid lagens ikraftträdande utan hinder av lagens tillståndskrav får fortsätta att bedrivas fram till dess att Socialstyrelsen fattat beslut i ärendet. En förutsättning är dock att ansökan om tillstånd har inkommit till Socialstyrelsen före utgången av år 2006.

## 12.2 Förslaget till lag om ändring i förordningen (1968:70) med vissa bestämmelser om injektionssprutor och kanyler

### **6 § 1 mom.**

Ändringen är en följd av att bestämmelserna om påföljd för olovlig införsel av spruta eller kanyl i den numera upphävda lagen den 30 juni 1960 (nr 418) om straff för varusmuggling ersatts av bestämmelser i lagen (2000:1225) om straff för smuggling.

### **Ikraftträdande**

Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 april 2006.