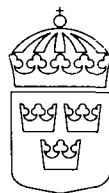


Regeringens proposition

1987/88:79

om åtgärder mot AIDS



Prop.
1987/88:79

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 4 januari 1988 för de åtgärder och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

G. Sigurdson

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas förslag om ett handlingsprogram för den fortsatta bekämpningen av sjukdomstillståndet AIDS och av den infektion av viruset HIV (Human Immunodeficiency Virus) som kan leda till AIDS. Programmet omfattar liksom hittills information och psykosocialt stöd, insatser för att begränsa smittspridningen samt insatser för vård och behandling av narkotikamissbrukare. Härutöver redovisas förslag om särskilda insatser för att bättre kartlägga smittspridningen och intensifiera det epidemiologiska arbetet. Även forskningen föreslås få stöd.

För de förebyggande insatserna beräknas för budgetåret 1988/89 110 milj. kr., vilket är en ökning med 30 milj. kr. i förhållande till budgetåret 1987/88. Såsom ett extra bidrag till vissa landsting och kommuner för år 1988 beräknas 85 milj. kr., vilket är 35 milj. kr. mer än det bidrag som utgått för år 1987. För stöd till utbyggnaden av hem för vård enligt lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) beräknas 35 milj. kr. Sammanlagt föreslås att 230 milj. kr. anvisas för budgetåret 1988/89 under reservationsanslaget Insatser mot AIDS, vilket anslag ersätter det tidigare reservationsanslaget Särskilda medel för bekämpningen av AIDS.

Tillsammans med 18,7 milj. kr., som beräknats i budgetpropositionen 1988 för den verksamhet mot HIV/AIDS som bedrivs av socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium (SBL), föreslås av regeringen 248,7 milj. kr. för bekämpningen av HIV/AIDS för nästa budgetår.

I propositionen uttalas bl.a. att det extra bidraget till vissa landsting och kommuner bör lämnas med 120 milj. kr. för år 1989. Riksdagen bereds tillfälle att ta del av vad som anförts om behovet av fortsatta åtgärder mot HIV/AIDS och om ett säkerhetslaboratorium vid SBL.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 4 januari 1988

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Feldt, Sigurdson, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, S. Andersson, Bodström, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Johansson, Hulterström, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén

Föredragande: statsrådet Sigurdson

Proposition om åtgärder mot AIDS

1 Inledning

Sjukdomstillståndet AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) – förvärvad immunbrist – utgör ett allvarligt hot mot folkhälsan. AIDS kan utvecklas hos den som smittas med ett virus som benämns HIV (Human Immunodeficiency Virus). Bland dem som smittats av detta virus har ca 20–25 % utvecklat AIDS inom sex år. Dödligheten hos de smittade som utvecklat AIDS är mycket hög. Totalt har 77 avlidit av 159 anmälda AIDS-fall. Enligt vad man hittills erfarit har ca 80 % avlidit inom två år och i stort sett alla inom fem år.

Efter det att sjukdomstillståndet AIDS blev känt i vårt land har en rad åtgärder vidtagits av de ansvariga myndigheterna för att begränsa spridningen av HIV. Regeringen har inrättat en särskild delegation, AIDS-delegationen, för att samordna detta arbete inom alla samhällsområden.

Ansvar för det praktiska arbetet med att begränsa spridningen av HIV vilar på myndigheter, landsting och kommuner. Smittan har hittills fått sin största spridning i storstadsområdena. Särskilda insatser krävs därför i dessa områden. Kraftfulla insatser i storstadsområdena behövs också för att förhindra spridning till övriga delar av landet.

I Sverige finns det vid jämförelse med många andra länder goda förutsättningar att bekämpa smittspridningen. Hälso- och sjukvården är väl utbyggd och ger alla möjlighet att på lika villkor ta del av den vård som erbjuds. Inom socialtjänstens ram ges en god samhällsservice i alla landets kommuner. Därtill kommer att svenska folket i mycket stor utsträckning är engagerat i folkrörelser och föreningar. Detta ger en god utgångspunkt för effektiva informationsinsatser och för att åstadkomma ett gott psykosocialt stöd för dem som smittas av HIV.

Regeringen har i prop. 1985/86:171 om särskilda medel för bekämpningen av AIDS redovisat ett samlat åtgärdsprogram mot AIDS. Detta omfattar insatser för information och psykosocialt stöd till berörda riskutsatta grupper m.m., dvs. främst insatser för att begränsa smittspridningen bland homo- och bisexuella män samt insatser för vård och behandling av narkotikamissbrukare. Riksdagen har i enlighet med förslagen i propositionen ställt till regeringens förfogande en medelsram om sammanlagt 150 milj. kr. för ge-

nomförandet av detta åtgärdsprogram (SoU 25, rskr. 324). Programmet genomförs under budgetåren 1986/87 och 1987/88.

Det har vidare varit angeläget att främja såväl medicinsk forskning för att få fram ett vaccin eller botemedel mot HIV-infektionen som samhälls- och beteendevetenskaplig forskning. Riksdagen har anvisat sammanlagt 10 milj. kr. under femte huvudtiteln för nämnda budgetår för främjande av angelägen forskning inom området. I enlighet med regeringens förslag har riksdagen också beslutat om ett extra bidrag för år 1987 till förebyggande insatser i de landsting och kommuner där HIV-smittan är särskilt utbredd. Bidraget har fördelats med 25 milj. kr. till Stockholms läns landsting och 10 milj. kr. till Stockholms kommun samt 5 milj. kr. till vardera Göteborgs kommun, Malmö kommun och Malmöhus läns landsting (prop. 1985/86:171, prop. 1986/87:100, bil. 7, SoU 19, rskr. 187).

Det är angeläget att nu beskriva resultatet av hittillsvarande insatser och redovisa hur arbetet med att bekämpa HIV/AIDS bör bedrivas i fortsättningen.

Jag kommer i det följande att föreslå att sammanlagt 230 milj. kr. anvisas under femte huvudtiteln för budgetåret 1988/89 under ett reservationsanslag, som jag föreslår skall kallas Insatser mot AIDS och ersätta det tidigare anslaget A 5. Särskilda medel för bekämpningen av AIDS.

Medlen är avsedda att disponeras på följande sätt.

För genomförandet av föreslagna fortsatta insatser mot HIV/AIDS beräknas en ram av 110 milj. kr., vilket innebär en ökning med 30 milj. kr. i förhållande till budgetåret 1987/88.

Såsom ett extra bidrag till vissa landsting och kommuner för år 1988 beräknas sammanlagt 85 milj. kr., vilket är 35 milj. kr. mer än det bidrag som utgått för år 1987.

För att stödja utbyggnaden av tvångsvård för narkotikamissbrukare beräknas 35 milj. kr.

Tillsammans med 18,7 milj. kr., som beräknats i budgetpropositionen 1988 för den verksamhet mot HIV/AIDS som bedrivs av socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium (SBL), föreslås således 248,7 milj. kr. för bekämpningen av HIV/AIDS för nästa budgetår.

Jag föreslår härutöver att 120 milj. kr. skall utgå som extra bidrag till landsting och kommuner för år 1989. Förslag om anvisande av medel till detta bidrag kommer emellertid att framläggas först i samband med anslagsberäkningen för budgetåret 1989/90.

Först vill jag redovisa den kunskap som finns om HIV/AIDS-situationen i Sverige och beskriva HIV-virus smittvägar och smittsamhet.

2 Allmänna utgångspunkter

2.1 HIV-infektionen

AIDS, förvärvad-immunbrist-syndrom, är slutstadiet av en infektion orsakad av ett virus benämnt HIV (tidigare HTLV-III eller LAV). Detta virus

påverkar kroppens immunförsvar. Följden blir svårbehandlade s.k. opportunistiska infektioner och tumörer.

En del smittade insjuknar redan efter ca två veckor från smittillfället med symtom på akut virusinfektion, såsom feber, lymfkörtelsvullnad, ont i halsen eller liknande. Dessa besvär avklingar under loppet av någon eller några veckor. Därefter kan den smittade känna sig helt frisk.

Fyra till tio veckor efter smittillfället utvecklar de flesta antikroppar mot HIV som sedan kvarstår, sannolikt under resten av livet. För några kan det dröja avsevärt längre tid innan antikroppar utvecklas.

En HIV-smittad kan vara utan symtom med full arbetskapacitet under många år och leva ett i allt väsentligt normalt liv. Smittsamheten under denna symtomfria tid tycks variera och bedöms vara störst under några veckor i samband med den aktuella virusinfektionen och senare i samband med att AIDS-stadiet utvecklar sig. Man måste dock utgå ifrån att en HIV-smittad är smittbärare och därmed smittsam under återstoden av sitt liv. Det är därför nödvändigt med kontinuerlig läkarkontakt och noggrann information och rådgivning om hur fortsatt smittöverföring skall förhindras.

Efter ett antal år kan en HIV-smittad utveckla symtom på kronisk infektion. Exempel på sådana symtom är svullna lymfkörtlar, feber, avmagring, nattsvettning, depression, personlighetsförändringar och minnesrubbingar. När immunförsvaret har skadats alltför svårt uppträder sjukdomstillståndet AIDS. Patienten behöver då under perioder kvalificerad och intensiv sjukvård på grund av att svåra infektioner och andra komplikationer tillstöter. Bland dessa kan nämnas en särskild form av lunginflammation, pneumocystis carinii, och tumörsjukdomen Kaposi sarkom. AIDS-fall anmäls för epidemiologisk utvärdering.

Man vet inte säkert hur många HIV-smittade som får AIDS. Det förefaller vara så att i genomsnitt 10–15 % får AIDS inom fem år och 20–25 % inom sex år efter smittotillfället. Dödligheten i AIDS är mycket hög. Ingen AIDS-patient finns ännu beskriven som har tillfrisknat. Överlevnadstiden är dock varierande, vilket bl.a. beror på patientens allmäntillstånd, vilka komplikationer som tillstöter och hur dessa kan behandlas.

Det är viktigt att framhålla att smittrisen är obetydlig utom vid alldeles särskilda förhållanden. Smittöverföring har sålunda inte kunnat dokumenteras vid sociala kontakter, inkluderande hudberöring, eller genom tårar, svett och vanliga kyssar. Smittan kan inte spridas via insekter eller via luft eller vatten.

De tre kända smittvägarna för HIV är sexuellt umgänge, blodöverföring och överföring från den gravida kvinnan till hennes foster.

Vid sexuellt umgänge är smittrisen störst då slemhinnornas yta är skadad eller infektion av andra sexuellt överförda sjukdomar föreligger.

Narkotikamissbrukare, som delar spruta, löper stor risk att bli smittade genom den blodöverföring som sker därigenom. Numera är smittrisen minimal inom sjukvården sedan man börjat testa allt blod och behandla blodprodukter så att virus förstörs.

2.2.1 Allmänt

Sjukdomstillståndet AIDS beskrevs i den medicinska litteraturen första gången år 1981. HIV kunde år 1983 identifieras som infektiös orsak till sjukdomstillståndet.

HIV-smitta och AIDS utgör nu en global epidemi. Hösten 1987 rapporterade 128 länder totalt över 70 000 fall av AIDS. Det sannolika antalet fall i världen bedöms dock vara mellan 100 000 och 200 000. Det råder ännu större osäkerhet om antalet HIV-smittade. Enligt WHO:s bedömning kan emellertid ända upp till 5–10 milj. människor vara smittade.

I Sverige diagnostiserades de första sjukdomsfallen år 1982. HIV förmådas ha börjat spridas i Sverige bland homosexuella män i slutet av 1970-talet och bland intravenösa narkotikamissbrukare år 1983. Den 30 december 1987 fanns 159 fall av AIDS rapporterade. Av de insjuknade har 77 rapporterats som avlidna. 1 701 HIV-smittade har identifierats. Majoriteten av dessa utgörs av homo- och bisexuella män samt intravenösa missbrukare. 901 män uppger sig ha blivit smittade genom sexuella kontakter med andra män. 438 personer har uppgivit intravenöst narkotikamissbruk som orsak till HIV-smittan. Sammanlagt 170 fall av heterosexuell smitta hos svenskar och utlänningar var anmälda den 30 december 1987. Under år 1987 har ca 30–35 personer varje månad rapporterats vara HIV-smittade. Av dessa 30–35 personer uppger sig 5–6 vara heterosexuellt smittade. 84 % av de HIV-smittade rapporteras från de tre storstäderna. Den heterosexuella smittspridningen skiljer sig dock från den övriga epidemin genom att den är relativt jämnt spridd i hela landet. Det verkliga antalet HIV-smittade i Sverige är okänt men uppskattas inom AIDS-delegationen till högst 5 000.

Fördubblingstakten för utvecklade AIDS-fall är för närvarande 14 månader. Detta förhållande registrerar emellertid i huvudsak endast HIV-smittans spridning i Sverige för flera år sedan. Exakta kunskaper om takten i HIV-smittans spridning i dag saknas i Sverige och i andra länder i världen.

2.2.2 HIV/AIDS bland homo- och bisexuella

Spridningen av HIV-smitta bland homo- och bisexuella män förefaller ha varit relativt omfattande i början av 1980-talet innan epidemin var känd. Den sexuellt överförd gulsoten – hepatit B – hade emellertid under slutet av 70-talet medfört en begynnande oro bland de homosexuella. Riktade medicinska studier hade satts igång framför allt i Stockholm i samarbete med statens bakteriologiska laboratorium (SBL) av den grupp som senare kom att forma Venhälsan. I och med de amerikanska rapporterna om AIDS hos homosexuella män vidtogs åtgärder av de homosexuella och deras organisationer i smitthindrande syfte. Dessa åtgärder i kombination med de informationsinsatser som sedan vidtagits i samhället synes ha fått till effekt att smittspridningen bland homo- och bisexuella män nu förefaller ha minskat i omfattning. En dokumenterad tendens till smittspridning inom en grupp homosexuella, som är väl informerad om smittrisen, är emellertid oroande.

Som nämnts överförs HIV/AIDS också heterosexuellt. Heterosexuella smittkedjor finns rapporterade i Sverige. Trots att HIV funnits i Sverige i sannolikt 8–10 år tycks ingen omfattande utbredning av smittan föreligga bland heterosexuella. Många av dem som rapporterats som heterosexuellt HIV-positiva är smittade utomlands. Det är sannolikt så, att den upplysning som skett genom informationsinsatser och den massmediala bevakningen gjort människor mer medvetna och försiktiga. De sexuella beteendemonstren, framför allt bland de yngre, kan emellertid främja spridningen av HIV.

2.2.4 HIV/AIDS bland narkotikamissbrukare

HIV-testning har mycket snabbt blivit en självklar åtgärd inom vården av narkotikamissbrukare. Genom en omfattande utbyggnad av testverksamheten kan samtliga missbrukare som nås erbjudas test. Parallellt med testverksamheten har också den uppsökande verksamheten byggts ut, såväl inom den öppna narkomanvården som på häkten och kriminalvårdsanstalter. Den muntliga informationen till narkotikamissbrukare om HIV/AIDS och de risker, som är förbundna med att dela orena sprutor och kanyler med andra missbrukare, har därigenom kunnat utvecklas till ett medel i smittbekämpningen.

Det är av grundläggande betydelse för att kunna bekämpa smittspridningen hos narkotikamissbrukare att känna till vilka de är och var de finns.

Antalet grava missbrukare uppskattades år 1979 av utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO-utredningen) till mellan 10 000 och 14 000 personer. Man beräknade att det fanns 7 500 - 10 000 personer som var injektionsmissbrukare. Ca 30 % av dessa var heroinmissbrukare, dvs. 2 250 - 3 000 personer.

Senare har olika skattningar gjorts på grundval av lokala undersökningar samt studier av olika typer av indikatorer. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har dessutom utvecklat ett regionalt rapporteringssystem, vilket innebär att regeibundna skattningar görs av narkotikalägets förändring i olika län.

Totalt bedöms det intravenösa missbruket inte ha ökat under senare år. Nyrekryteringen till intravenöst missbruk bland ungdomar har minskat. Andelen heroinmissbrukare bland de vuxna missbrukarna bedöms också ha minskat och uppskattas till omkring 1 000 personer.

Man bör kunna utgå från att målgruppen för arbetet med att bekämpa en fortsatt spridning av HIV-smitta bland missbrukare består av mellan 8 000 och 10 000 aktiva injektionsmissbrukare. Huvuddelen av dessa är blandmissbrukare. En amfetaminmissbrukare nyttjar ofta också cannabis och alkohol.

Sedan år 1986 har rapporterats drygt 17 000 tester, avseende personer som uppgivit intravenöst missbruk som orsak till att de önskat få testningen. Ca 15 000 tester – varav många avsett intravenösa missbrukare – har gjorts inom kriminalvården.

Det stora antalet tester betyder att en större andel av de intravenösa

missbrukarna har testat sig. På vissa orter uppges att närmare 80 % av de tunga missbrukarna är testade en eller flera gånger. I andra kommuner uppskattas andelen till omkring 50 %. Man har uppskattat att ca 80 % av injektionsmissbrukarna i Stockholmsregionen och ca 70 % av motsvarande missbrukare i Göteborg och Malmö är testade. En studie på häktes- och anställningsavdelningarna på allmänna häktet i Stockholm visar att 96 % av heroinmissbrukarna och 75 % av amfetaminmissbrukarna var testade minst en gång.

När det gäller smittspridningen av HIV har utvecklingen varit följande. Under år 1985 konstaterades att 143 missbrukare var HIV-positiva. Under år 1986 ökade antalet med 201 personer och under år 1987 med 94 personer. Fram till den 1 januari 1988 har sålunda 438 narkotikamissbrukare uppvisat positiva provresultat. Enligt gjorda uppskattningar är 10–15 % HIV-positiva av de intravenösa missbrukarna i Stockholmsregionen under det att andelen HIV-positiva i Göteborg och Malmö uppskattas till ca 1 %. Med tanke på att en så hög andel missbrukare är testade talar siffrorna för en minskad smittspridningstakt bland intravenösa missbrukare. Detta bekräftas också av en epidemiologisk undersökning vid allmänna häktet i Stockholm, som visar att 63,4 % av heroinmissbrukarna, 12,2 % av blandmissbrukarna och 4,2 % av amfetaminmissbrukarna är HIV-positiva. Enligt undersökningen är uppbromsningen av smittspridningen uppenbar. Andelen nya smittade heroinmissbrukare är mycket begränsad medan andelen smittade amfetaminmissbrukare ökar något.

Jag anser emellertid att det är för tidigt att dra några allmänna och för långtgående slutsatser av denna undersökning. Även om smittspridningstakten tycks ha minskat bland intravenösa missbrukare finns det fortfarande stora risker för en fortsatt spridning av HIV inom denna grupp. Särskilt oroande är smittspridningen inom gruppen amfetaminmissbrukare. På grund av amfetaminmissbrukets koppling till ökad sexuell aktivitet liksom missbrukets stora spridning är riskerna nu stora dels för en spridning av HIV från missbrukare till andra grupper, dels för en större spridning över hela landet.

I en internationell jämförelse är situationen i Sverige emellertid relativt gynnsam. Andelen intravenösa missbrukare bland AIDS-sjuka i Europa fortsätter att öka. Eftersom få länder varken testar missbrukare systematiskt eller har ett centralt rapporteringssystem är det svårt att uttala sig om den reella smittspridningen. Alla tecken tyder dock på att smittspridningen är störst i södra Europa.

I Italien är 63 % och i Spanien 53 % av de AIDS-sjuka intravenösa missbrukare. I hela Europa har andelen ökat från 5 % i juni 1985 till 18 % i september 1987.

Olika studier av smittspridningen bland missbrukare på behandlingshem och inom kriminalvården visar att över 50 % av missbrukarna i Italien och Spanien är HIV-positiva. En studie i Amsterdam visar att 30 % av testade missbrukare är positiva.

Jag anser att det är viktigt att klarlägga hur det svenska samhället hittills har reagerat på hotet från HIV/AIDS och vilka fortsatta reaktioner som man kan ha att vänta. När vi bekämpar HIV/AIDS måste vi samtidigt veta att slå vakt om vårt demokratiska samhälle. Det är nödvändigt att med kraft styra utvecklingen så att tendenser till utstötning och förföljelse av dem som drabbats av HIV/AIDS med alla medel bekämpas.

Som tidigare nämnts började HIV troligen spridas i Sverige bland homosexuella män i slutet av 1970-talet. Smittan började sannolikt spridas bland intravenösa narkotikamissbrukare år 1983. Inledningsvis pågick i Sverige och i många andra västeuropeiska länder en s.k. tyst epidemi, HIV-smittan spreds utan att någon hade kunskap om vad som hände. Det första AIDS-fallet i Sverige diagnostiserades i december 1982. HIV-antikroppstestning började utföras år 1984. HIV-testning började att byggas upp i större skala först under år 1985. Under HIV/AIDS-epidemins mycket korta historia har kunskapen om HIV/AIDS ökat starkt. Inte någon gång tidigare i den medicinska historien har en så snabb kunskapsuppyggnad kunnat iakttas.

Kunskapen om HIV, dess smittsamhet och smittvägar, börjar bli mycket omfattande. Vi vet nu att ett vaccin eller ett verksamt botemedel kan ta mycket lång tid att utveckla. Under de mest gynnsamma förutsättningarna kan ett vaccin användas i större skala tidigast i mitten av 1990-talet. Det finns inte heller någonting som tyder på att forskarna har funnit något verksamt botemedel. Däremot utvecklas successivt läkemedel som alltmer effektivt kan fördröja sjukdomsförloppet.

Vi måste således lära oss att acceptera och förstå att HIV kommer att finnas i vårt samhälle under mycket lång tid framöver. Vad vi för närvarande bevittnar är en process, där vårt samhälle övergår från att vara ett samhälle utan HIV till ett samhälle med HIV. Denna övergång sker enligt en process som kan indelas i olika faser.

Den första fasen av HIV-epidemin har handlat om att skaffa kunskaper om virus och AIDS. Verksamheten har präglats av att göra allmänheten medveten om HIV/AIDS-hotet. Detta har skett genom information på olika sätt. I detta första skede har de ledande opinionsbildarna framför allt varit läkare, forskare och olika slags experter. Även sådana, som saknat direkta medicinska kunskaper om HIV och AIDS, har deltagit i debatten. Opinionsbildarna har i allt väsentligt använt erfarenheter från andra delar av världen som underlag för kunskapsspridning och spekulationer kring en tänkt utveckling i Sverige.

Till detta bör fogas att man i HIV/AIDS-sammanhang över hela världen tillämpat ett s.k. öppet informationssystem. Spekulationer inom det medicinska området har ibland kungjorts utan att dessa hunnit bli vetenskapligt kontrollerade. I en del fall har de inte ens haft en rimlig sannolikhetsgrad. Eftersom massmedierna bevakat HIV/AIDS ytterst intensivt, har allmänheten inte sällan försetts med motstridiga uppgifter. Det är givetvis en viktig uppgift för samhället att balansera ett sådant informationsflöde genom att ge medborgarna sådan kunskap och information som man anser vara noggrunda säker och som baserar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Denna första del av processen, som karaktäriseras av att samhället och allmänheten blir alltmer medvetna om problemet och kunskaperna om HIV/AIDS snabbt ökar, övergår successivt till nästa fas, som närmast kan betecknas som en reaktionsfas.

Denna nya reaktionsfas har blivit särskilt påtaglig under andra hälften av år 1987. Reaktionen yttrar sig bl.a. genom olika händelser som rapporteras av massmedier. Dessa händelser kan till exempel vara att laboratorie- och sjukvårdspersonal förklarar sig vara rädd för att bli smittad i sitt arbete eller att människor visar ovilja att ingripa vid trafikolyckor och hjälpa skadade som blöder, av rädsla att därigenom bli smittade med HIV. Andra situationer kan gälla polisens arbete där man t.ex. ibland konfronteras med narkomaner som skvätter blod på poliserna och därmed skapar oro för smittöversföring.

Denna typ av reaktioner är på sätt och vis oundviklig i samband med informationskampanjer. Det är oundvikligt att opinioner uppstår som kräver hårdare tag. Andra kanske hävdar att man bör vara försiktigare i sina budskap och att man snarare bör försöka lugna än göra människor upprörda.

Det finns en risk under denna reaktionsfas för panik och aggressivitet gentemot de smittade. Under reaktionsfasen är det inte längre läkare, forskare och "experter" som dominerar opinionsbildningen. Nu framträder i stället politiker, organisationer och andra. Politiska konflikter formuleras som är av delvis etisk natur och som rör frågor om sekretess, lagstiftning, diskriminering och liknande. Konflikter av denna typ är ingalunda nya i samhället, men de aktualiseras och förstärks under hotet av HIV och AIDS. Utfallet av de politiska konflikterna kan leda till en allmän opinion som förespråkar ökat tvång och kollektivets rätt att vidta åtgärder på bekostnad av individens rätt till integritet. Alternativet till detta är ett bibehållande så långt möjligt av frivillighet och ett värnande om individens integritet. Detta kan då hävdas ske genom ett eftergivande av kollektivets eller samhällets krav på att skydda sig mot epidemin.

I samhällsdebatten uppstår nu ett behov av att definiera vad för slags samhälle som man vill skall utvecklas under hotet av HIV/AIDS. Det gäller att skapa ett samhälle där effektiva åtgärder görs för att förhindra smittspridning utan att onödiga ingrepp sker i individernas frihet och integritet. Denna utveckling styrs och präglas i hög grad av hur man från samhällets sida hantear de reaktioner som uppträder och vilka präglas av människors attityder, känslor och oro. Erfarenheter från andra delar av världen, som i det första kunskapsskedet präglade människors inställning till HIV/AIDS och samhällets åtgärder, får inte samma betydelse som tidigare. I stället blir situationen i det egna landet allt mer betydelsefull. Människor vill kort sagt veta vad de har att rätta sig efter, hur deras egen situation är, om man riskerar att själv bli smittad och hur man bäst kan hantera den eventuella risken. Sådan kunskap kräver epidemiologiska studier och kartläggning samt en effektiv epidemiologisk organisation. En väsentlig del av arbetet under denna reaktionsfas blir därför att ta fram mera detaljerat epidemiologiskt underlag för tolkning, analys och värdering. Detta material och denna kunskap bör användas som underlag för förebyggande informationsinsatser. Samtidigt kommer också trycket att bli mycket stort på dem som är smittade eller lever i smittades

närhet, vilket innebär krav på direkt psykosocial stödverksamhet som riktas till HIV-smittade och deras anhöriga. Vidare behövs en indirekt påverkan på allmänhetens inställning till HIV-smittade i arbetsliv, i skola och i övriga sociala funktioner.

AIDS-delegationen, som skall initiera och samordna åtgärder, bör också analysera och tolka det tillgängliga kunskapsunderlaget bl.a. rörande den epidemiologiska situationen i Sverige. Resultatet av detta arbete bör formuleras i slutsatser, som kan tjäna som utgångspunkter för ett koordinerat informations- och kunskapsöverförande. I arbetet måste självfallet också ligga att förebygga och motverka felaktiga eller motstridiga budskap.

Med den dynamik och intensitet som präglar HIV/AIDS-frågan måste en stor arbetsinsats läggas ner på att tillrättalägga felaktigheter, missförstånd och uppenbar desinformation.

Med det decentraliserade system som i mångt och mycket präglar "den svenska modellen" blir det viktigt vad som utförs av myndigheter, kommuner och landsting och organisationer. Krav på samordning av insatserna ställs därvid.

Behovet av en initierande och samordnande instans kommer dock successivt att minska när de agerandes roll blir bättre definierad och inriktningen av HIV/AIDS-arbetet blir mer klar och entydig.

4 Hittillsvarande insatser mot HIV/AIDS

4.1 Vissa ansvarsförhållanden

I det följande avser jag att lämna en redogörelse för vad som hittills har gjorts i kampen mot HIV/AIDS med hjälp av de medel som riksdagen beviljat för ändamålet för föregående och innevarande budgetår.

Jag anser emellertid att det är viktigt att inledningsvis översiktligt klargöra ansvarsförhållandena. Jag ämnar senare mer utförligt återkomma till detta när jag tar upp organisation och ledning under avsnittet 7. Vissa frågor.

Allt fler delar av samhället engageras i AIDS-bekämpningen. Landstingen är ansvariga för hälso- och sjukvården och har en viktig uppgift i det förebyggande hälsoarbete som rör HIV och AIDS. Kommunerna är ansvariga för narkomanvården. Vissa statliga myndigheter, såsom socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium (SBL), har viktiga uppgifter i AIDS-bekämpningen. Socialstyrelsen har således enligt smittskyddslagen (1968:231) högsta tillsynen över bekämpandet av smittsamma sjukdomar i riket.

Skolan har ansvaret för att i enlighet med läroplanerna ge ungdomar kunskap om sex och samlevnad, om sexuellt överförda sjukdomar och därmed också om HIV och AIDS. Skolan har också att inom ramen för anslagen till fortbildningen av lärare se till att angelägen fortbildning kommer till stånd. Myndigheter, kommuner och landsting har således var och en sitt ansvar inom sina resp. områden.

AIDS-delegationen har genom sitt sekretariat påtagit sig ett ansvar för att verkställa delar av den pågående informationskampanjen.

Det är angeläget att ansvarsbilden är klar när jag nu övergår till att redogöra för vidtagna åtgärder.

Jag finner det därvid ändamålsenligt att behandla vad som gjorts inom området för bekämpningen av HIV/AIDS bland narkotikamissbrukare under ett särskilt avsnitt sedan jag först lämnat en beskrivning av hittillsvarande åtgärder inom informationsområdet m.m.

4.2 Åtgärder inom informationsområdet m.m.

4.2.1 Informationen

Centrala myndigheter, landsting, kommuner och många frivilligorganisationer har aktivt deltagit i informationsarbetet om HIV/AIDS. Socialstyrelsen inledde i ett tidigt skede av HIV- epidemin ett arbete med att ta fram information som riktade sig till personalen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt till allmänheten. Under främst år 1987 har insatserna ökat betydligt i omfattning. Jag vill här särskilt betona att det arbete som olika organisationer har utfört, har varit mycket betydelsefullt.

AIDS-delegationen tillsatte i februari 1986 en särskild arbetsgrupp för att utreda behovet av ytterligare informationsinsatser om HIV/AIDS. Åtgärderna skulle sättas in i en långsiktig informationsstrategi. Arbetsgruppen presenterade sin rapport för AIDS- delegationen den 16 september 1986. Delegationen ställde sig bakom de mål och den långsiktiga strategi som arbetsgruppen formulerade för samhällets framtida informationsinsatser om HIV/AIDS. Delegationen uttalade också sitt stöd för gruppens förslag till informationsinsatser på kort sikt. Arbetsgruppen formulerade målsättningar, metoder och strategier för informationen i framtiden. Arbetsgruppens förslag skulle bli vägledande för de framtida insatserna. Ett av de förslag som AIDS-delegationen ställde sig bakom var att det skulle planeras för en samordnad långsiktig informationssatsning, riktad till allmänheten och särskilda målgrupper.

Ett av huvudsyftena med den hittillsvarande informationskampanjen är att koordinera insatser från myndigheter, kommuner, landsting och organisationer. Det är nödvändigt att samordna de centrala informationsinsatserna så att budskapen uppfattas av allmänheten som entydiga och samstämmiga. Insatserna riktade till allmänheten och till de riskutsatta grupperna har planerats in tidsmässigt i fem olika huvudaktiviteter, som pågår parallellt och koordinerat. AIDS-delegationen har svarat för innehållet i merparten av de masskommunikativa insatserna, dvs. annonser, uterekam, hushållsbroschyr, videoinslag i TV samt särskilda videoproduktioner att visas på hotell, hamburgerbarer etc. Myndigheter, kommuner och landsting samt organisationer har bedrivit egna informationsaktiviteter inom ramen för informationskampanjen. Vidare har olika insatser gjorts, riktade till s.k. vidareinformatorer, dvs. personer som i sin yrkesroll eller genom idellt arbete har engagerat sig i informationsuppgifter om HIV/AIDS. Kontakterna med press, radio och TV har upprätthållits bl.a. genom att särskilda presseminarier anordnats. I informationskampanjens inledningsskede har en rad olika förstudier och mätningar gjorts för att ligga som underlag för planeringen av

olika insatser. Därtill har en särskild utvärdering av effekterna av informationskampanjens inledande skede genomförts.

AIDS-delegationen har en samordnande funktion i informationskampanjen. Kampanjen genomförs i nära samarbete med socialstyrelsen, skolöverstyrelsen, SBL, arbetarskyddsstyrelsen, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet. En särskild referensgrupp har knutits till AIDS-delegationen. I denna informationsgrupp ingår företrädare för myndigheter, organisationer och de tre storstadsregionerna.

Syftet med den inledande delen av den tvååriga informationskampanjen har varit att öka allmänhetens medvetenhet om epidemins allvar och föra ut kunskapen om att HIV inte bara kan drabba vissa utsatta grupper. Ett viktigt syfte har också varit att öka allmänhetens kunskaper om hur HIV inte smittar. Den samordnade informationskampanjen inleddes i mars 1987 efter ett intensivt förberedelsearbete. Informationskampanjen startade med en bred utåtriktad annonskampanj till allmänheten. Förutom omfattande annonsering, utereklam m.m. delades en särskild broschyr ut till samtliga hushåll i landet. Inför starten byggdes också den s.k. AIDS-Jouren inom Noaks Ark ut. Ett s.k. 020-nummer infördes, vilket innebär att man kan ringa till AIDS-Jouren från hela landet till samma kostnad som för ett vanligt lokalsamtal. Under april månad genomfördes en särskild kampanj riktad till prostituerades kunder. I maj månad genomfördes en särskild kampanj riktad till ungdomar. Under sommarmånaderna 1987 framställde AIDS-delegationen en särskild affisch, som har satts upp vid färjelägen, järnvägsstationer och i ett stort antal butiker. En särskild broschyr har framställts och delats ut vid tullstationer. Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) och Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) har fått bidrag till att genomföra särskilda uppsökande aktiviteter vid allmänna badplatser och diskotek m.m.

AIDS-delegationen framställer också en särskild tidning, "Kampen mot AIDS", som skickas ut till ca 75 000 s.k. vidareinformatörer. I tidningen redovisas nya fakta kring HIV/AIDS och aktiviteter från informationskampanjer i kommuner, landsting och organisationer m.m. En särskild faktaguide om HIV har framställts och delats ut gratis till särskilt intresserade. Två korta videofilmer har framställts och visats vid hamburgerbarer samt på färjor och hotell m.m. Under våren genomfördes fyra olika presseminarier.

Under hösten 1987 genomfördes en särskild kampanj som riktade sig till olika målgrupper, bl.a. homo- och bisexuella män, personer med många sexpartner, unga flickor som har kontakt med narkotikamissbrukare, personer som vistats utomlands ochstitutionskunder m.fl. Denna delkampanjs syfte har särskilt varit att motivera personer med riskbeteenden att kontakta hälso- och sjukvården för rådgivning och HIV-testning. En särskild enkätstudie har genomförts vid vissa kliniker för att bl.a. utreda orsaken till att människor HIV-testar sig.

Informationen på gymnasieskolor och högstadieskolor har förbättrats. De videofilmer som SBL utarbetat i samarbete med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen rörer fortfarande stor efterfrågan. En av dessa videofilmer, "Steget före virus", har nyligen setts över och bl.a. kompletterats med faktainformation och en särskild elevfolder. Information om materialet inkl. lärarhandledning m.m. har direktdistribuerats till samtliga rektorer och skol-

sköterskor i landet samt marknadsförts genom annonser i landets fyra största lärtidningar. Videokassetter finns sedan år 1986 att låna på landets AV- och läromedelscentraler. SBL har vidare tillsammans med socialstyrelsen producerat en bioreklamfilm om AIDS och sexuellt överförbara sjukdomar. SBL har producerat två trycksaker, nämligen "Kramar smittar inte" (800 000 ex.) och en ytterligare informationsbroschyr som använts bl.a. på skolorna. Socialstyrelsen har utfört olika informationsinsatser. Bl.a. har socialstyrelsen framställt många broschyrer, såsom "Vad alla bör veta om AIDS" (1985) och "Vad vi vet om AIDS" (1986). Dessa broschyrer har översatts till olika invandrarspråk. Vidare har socialstyrelsen tagit fram broschyrer med råd inför utlandsresor: "AIDS och din utlandsresa" och "Pass upp". Styrelsen har också utarbetat förslag till skriftlig information att överlämnas av läkare i samband med HIV-testning och meddelandet av resultatet av testen till patienten. Styrelsen har även tagit fram en särskild informationsskrift, som på ett lättfattligt sätt behandlar rättigheter i samband med HIV-test och smitta ("Så här säger lagen om HIV och AIDS").

Vidare har socialstyrelsen utarbetat särskilt informationsmaterial till syn- och hörselskadade och andra handikappgrupper.

Informationsaktiviteterna i landstingen har utvecklats väsentligt under senare år. Vissa landsting har gjort särskilda informationssatsningar om HIV och AIDS för ungdomar. Örebro läns landsting har producerat videofilmen "Det gäller också dig" för högstudier och gymnasier. Norrbottens läns landsting har skickat personligt adresserad information till ungdomar i åldern 17–20 år. Bl.a. i Gävleborgs läns landsting har ungdomar som köpt s.k. interrailkort fått en särskild, personligt överlämnad information.

RFSU har under hösten 1986 fått bidrag till en kondomkampanj riktad till samtliga ungdomar mellan 18 och 24 år i de tre storstadsområdena.

RFSL har fått bidrag bl.a. till uppsökande verksamhet och utarbetande av informationsfoldrar m.m. Ett särskilt bidrag har givits för att iordningställa och utrusta en samlingslokal för RFSL i centrala Stockholm.

Andra organisationer som fått bidrag till sina informationsinsatser är bl.a. Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), Föräldraföreningen mot narkotika (FMN), Läkare mot AIDS, Noaks Ark, Röda Korset, Föreningen för blödarsjuka i Sverige (FBIS), Ekumeniska gruppen för kristna homosexuella (EKHO), Homosexuella socialister, Convictus, Kamratföreningen NU, De dövas riksförbund, ABF, Verdandi, Unga Örnar, SACO/SR, TCO och LO.

4.2.2 Effekten av informationen

Våren 1986 genomfördes på socialstyrelsens uppdrag en enkätundersökning om allmänhetens kunskaper m.m. om HIV-virus och AIDS. Ett år senare, våren 1987, gjordes en ny liknande undersökning. Den förstnämnda undersökningen gjordes på ett slumpmässigt urval av befolkningen omfattande 4 000 individer i åldrarna 18–44 år. Enkäten våren 1987 riktade sig till åldersgruppen 16–44 år. I maj 1987 genomfördes en undersökning riktad till 1 000 individer mellan 18 och 44 år. Fältarbetet gjordes i maj månad, ca 1,5 månad efter att den stora informationskampanjen startat.

En jämförelse mellan undersökningarna från år 1986 och våren 1987 visar att kunskaperna hos allmänheten om hur HIV sprids och inte sprids har ökat. Oron för att HIV skall spridas i samband med besök på toaletter eller användande av simbassänger samt vid s.k. sociala kyssar eller i andra vardagssituationer finns fortfarande, men har minskat sedan år 1986. Trots denna kunskap sade sig fortfarande i maj 1987 45 % av de tillfrågade vilja undvika nära kontakt med en smittad arbetskamrat. Allmänhetens insikt om HIV-epidemins allvar har ökat väsentligt. Av de tillfrågade anser 52 % år 1987 att epidemin i lika hög grad kan drabba andra grupper än de tidigare s.k. riskutsatta grupperna, narkomaner som injicerar och homosexuella män. Medvetenheten om att HIV även kan smitta vid heterosexuella kontakter har ökat avsevärt. I allt mindre utsträckning tror allmänheten att ett vaccin kommer att bli klart inom fem år. En stor och växande andel av befolkningen bedömer att människor som en följd av HIV-epidemin har ändrat sina sexualvanor. En växande andel av befolkningen anger också att man själv förändrat sina sexualvanor.

Enkätundersökningen från maj 1987 visar att informationskampanjens första inledande skede har varit framgångsrikt. På kort sikt har kunskaperna om hur HIV smittar eller inte smittar förändrats. Medvetenheten om att HIV kan drabba alla har också ökat snabbt. På kort tid har HIV-epidemin enligt allmänhetens uppfattning också blivit den allra viktigaste av samhällets frågor. 84 % av de tillfrågade i en enkätundersökning från maj-juni 1987 anser AIDS vara en mycket viktig samhällsfråga.

Under informationskampanjens första månader ökade antalet HIV-testningar avsevärt. I februari månad registrerade SBL drygt 10 000 HIV-testningar. Efter informationskampanjens start ökade antalet HIV-testningar till ca 30 000 per månad. Även den viktiga gruppen homo- eller bisexuella män ökade sin testbenägenhet under denna period. Under mars och april månad ökade antalet HIV-testningar bland homo- eller bisexuella män med ca 30-35 %.

De undersökningar som utförts om allmänhetens kunskaper m.m. om HIV/AIDS visar att det är möjligt att påverka kunskaper och attityder med hjälp av särskilda informationsinsatser. Jag anser dock att man måste vara medveten om att informationsinsatser om HIV/AIDS till allmänheten och s.k. riskutsatta grupper måste pågå under mycket lång tid. Sexuella beteenden och vanor är svåra att påverka. Det har också visat sig från de undersökningar som hittills har gjorts att påtagliga förändringar i människors sexuella beteenden inte har kunnat iakttas under den korta tid som informationen om HIV/AIDS har spritts aktivt i samhället. Den strategi och planering som legat till grund för informationskampanjen har emellertid i allt väsentligt visat sig vara framgångsrik. Kunskapen om hur HIV sprids och inte sprids börjar bli mycket god. De flesta människor känner till att HIV/AIDS sprids genom sexuella kontakter eller närmare bestämt samlag. Trots detta finns fortfarande en stark oro och rädsla för att HIV smittar vid sociala kontakter. Det är mycket viktigt att komma till rätta med denna oro och rädsla.

HIV-testning är en viktig del av AIDS-bekämpningen. HIV-testning började genomföras i stor skala redan under år 1985, när metoder för detta blev tillgängliga.

Blodprovsundersökning för påvisande av antikroppar mot HIV inleddes vid SBL hösten 1984.

Under våren 1985 blev s.k. testkits för kommersiellt bruk allmänt tillgängliga. Under år 1985 utfördes minst 36 000 HIV-testningar. Blodgivartestningar var genomförda i hela landet under år 1985.

Under år 1986 rapporterades ca 80 000 HIV-testningar utförda för diagnostik eller epidemiologisk kartläggning.

Vid slutet av år 1987 beräknades att mer än 1,5 milj. HIV-testningar har utförts i Sverige. Antalet personer som HIV-testats och som inte är blodgivare beräknas till mellan 200 000 och 300 000. Blodgivare testas vid varje givartillfälle. Ca 1,3 milj. blodenheter har HIV-testats sedan 1985. 18 HIV-positiva blodgivare har upptäckts i samband med blodgivning, varav 3 HIV-positiva under år 1987.

HIV-test utförs numera också vid rättsläkarstationerna före obduktion av samtliga avlidna under 60 år. Ca 1 500 tester har utförts. Sammanlagt 42 har befunnits vara HIV-positiva. Numera testas alla avlidna som förts till rättsläkarstationen i Stockholm.

Den HIV-testning som riktats till gravida kvinnor har resulterat i mycket få upptäckta HIV-positiva prov. Vid Huddinge sjukhus har hittills 3 kvinnor med HIV-positivt prov upptäckts vid drygt 7 000 testade. Vid Allmänna sjukhuset i Malmö har hittills ingen gravid kvinna upptäckts vara HIV-positiv. Under september-oktober 1987 utfördes 9 760 HIV-tester av gravida kvinnor. Inget av dessa HIV- prov gav positivt testresultat.

HIV-tester utförs även genom s.k. aidentifierade laboratorieprov. Denna provtagning har genomförts vid Huddinge sjukhus och Danderyds sjukhus i Stockholmsregionen samt Allmänna sjukhuset i Malmö. Proven utförs med s.k. poolade tester, vilket innebär att man sammanför flera prov till ett prov. Vid Huddinge sjukhus har 1 500 prov analyserats vid 2 tillfällen. Hösten 1985 befanns 3 av proven vara positiva. Ett år senare utfördes HIV-test på 1 500 nya prov. Inget av dessa var HIV- positivt.

Fortsatta undersökningar har visat att frekvensen av HIV-positiva prov är mycket låg. Vid Danderyds sjukhus har man inte funnit något HIV-positivt prov. I Malmö, som har en mer omfattande provtagning, började man redan år 1985 analysera pooler som omfattade 50 icke riskmärkta, slumpvis utvalda prov. Nu görs tre sådana poolanalyser prov varje dag. Till mitten av augusti 1987 hade 916 pooler analyserats, varvid sammanlagt sex HIV-positiva pooler hade identifierats.

I april 1987 beslutade AIDS-delegationen att rekommendera ett program för utvidgad HIV-testning. Denna utvidgade HIV-testning skulle genomföras stegvis. AIDS-delegationen rekommenderade att sjukvårdshuvudmännen omedelbart i ett första steg skulle införa erbjudande om HIV-test vid samtliga mottagningar för veneriska sjukdomar, infektionskliniker, neurologi- och psykiatrimottagningar samt gynekologmottagningar. Vidare rekom-

menderades att HIV-test skulle erbjudas till samtliga gravida kvinnor i hela landet. Även HIV-testning med s.k. avidentifierade kemiska laboratorieprov förordades. SBL har utrett metoder och former för denna utökade HIV-testning. SBL gavs vidare i uppdrag att ytterligare undersöka problematiken när det gäller HIV-testning av mönstrande värnpliktiga eller värnpliktiga som kallats in till grundutbildning. Socialstyrelsen har vidare fått i uppdrag att utreda former och metoder för en HIV-testning av personer som fått blodtransfusioner, t.ex. i samband med operationer, under åren 1979–1985.

Genomförandet av programmet för utökad HIV-testning pågår. Inom de allra flesta landsting erbjuds patienterna vid mottagningar för veneriska sjukdomar rutinmässigt HIV-test. Vid samtliga landsting erbjuds test vid klinisk indikation.

Erbjudande om HIV-test till gravida kvinnor är under uppbyggnad och omfattar nu hälften av antalet gravida kvinnor. Vidare erbjuder ungefär en tredjedel av landstingen rutinmässigt HIV-test vid infektionsklinikerna.

Vid gynekologmottagningar samt neurologi- och psykiatrimottagningar har man ännu inte i samma utsträckning infört rutinmässiga erbjudanden om HIV-test. Test erbjuds dock ofta av klinisk anledning.

Enligt min bedömning har landstingen snabbt utökat testverksamheten enligt AIDS-delegationens rekommendationer. Jag anser dock att ytterligare insatser bör göras för att programmet skall kunna genomföras fullt ut.

Jag avser att återkomma i det följande med en redovisning av vilka åtgärder som bör vidtas för att bygga ut den epidemiologiska kartläggningen, och då bl.a. genom en utökad HIV-testning.

4.3 Narkomanvården

4.3.1 En offensiv narkotikapolitik

De intravenösa missbrukarna är en från smittskyddssynpunkt mycket strategisk grupp. De löper stor risk att smittas av HIV. Internationella erfarenheter tyder dessutom på att de intravenösa missbrukarna är en grupp som i högre grad än andra kan befaras sprida HIV-smittan till heterosexuella.

I regeringens proposition (1985/86:171) om särskilda medel för bekämpningen av AIDS fastslogs bl.a. att målet måste vara att nå alla intravenösa missbrukare med provtagning, avgiftning och behandling och att vård till alla injektionsmissbrukare är den effektivaste smittskyddsåtgärden. AIDS-delegationen har även antagit dessa mål som riktlinjer för AIDS-bekämpningen inom narkomanvården. Riksdagen har därefter vid flera olika tillfällen bekräftat denna inriktning. Målet för samhällets insatser – som är att skapa ett narkotikafritt samhälle – står således fast.

Spridningen av HIV bland narkotikamissbrukare har lett till en intensifiering av kampen mot missbruket. Det senaste året har stora satsningar gjorts på att utveckla en offensiv narkomanvård. Jag återkommer senare med en beskrivning av detta arbete. Dessa insatser är dock inte tillräckliga för att nå det uppsatta målet. Narkotikapolitiken i sin helhet måste stärkas. Ett narkotikafritt samhälle kan aldrig uppnås om man inte får ett brett och massivt

folkligt engagemang i narkotikafrågan som innebär att människor tar avstånd från narkotikamissbruket och samtidigt tar en aktiv del i kampen mot missbruket. Regeringens utökade stöd till organisationslivet har utgjort en viktig del i arbetet att stärka narkotikapolitiken.

En effektiv och konsekvent kontrollpolitik är en central del av narkotikapolitiken. Såväl lagstiftning som praxis för att bekämpa narkotikabrott är mycket sträng. Allt innehav av narkotika som uppdagas beivras. Regeringen överlämnade i december 1987 till riksdagen propositionen 1987/88:71 om ändringar i narkotikastrafflagen (1968:64) med förslag om att utvidga det straffbara området till att gälla all befattning med narkotika, inklusive bruk av den.

En viktig del av kontrollpolitiken är polisens arbete med att bekämpa gatulangningen. Som ett led i att stärka narkotikapolitiken har regeringen föreskrivit att polisen i de tre storstadsregionerna skall ha särskilda grupper som bekämpar gatulangningen.

Det internationella samarbetet är ytterligare en betydelsefull del av den svenska narkotikapolitiken. Samarbete med andra länder är viktigt för att kunna utveckla de nationella insatserna. Samarbetet behövs för att utbyta idéer och erfarenheter. Detta har blivit särskilt viktigt när det gäller erfarenheter av att bekämpa spridningen av HIV bland narkotikamissbrukare. Samarbetet har intensifierats mellan de nordiska länderna, i Europarådet och i WHO.

Internationellt finns en allmän medvetenhet om vikten av att stoppa spridningen av HIV bland missbrukare. Graden av engagemang i och politisk prioritering av denna uppgift är dock i många länder betydligt lägre än i Sverige. Inriktningen på arbetet att begränsa en fortsatt smittspridning utgår i de flesta fall från att smittskyddsaspekter skall överordnas narkotikapolitiken. Endast undantagsvis har mer omfattande insatser att utveckla narkomanvården genomförts.

I ett internationellt perspektiv har Sverige en relativt gynnsam situation när det gäller möjligheterna att begränsa spridningen av HIV-smitta bland missbrukare. Jag har tidigare berört den omfattande HIV-testningen. Inget annat land har utvecklat provtagningen i samma utsträckning som Sverige. Kommunernas, landstingens och inte minst kriminalvårdens snabba utbyggnad av provtagningsmöjligheterna har lett till att testningen blivit ett värdefullt instrument i smittskyddsarbetet. Sverige har också vid en internationell jämförelse en väl utvecklad narkomanvård. Av betydelse är också att Sverige har en hälso- och sjukvård som omfattar alla.

För att bl.a. påskynda utvecklingen inom narkomanvården föreslog regeringen i propositionen 1985/86:171 om särskilda medel för bekämpningen av AIDS att ett särskilt åtgärdsprogram skulle genomföras. Som jag inledningsvis berört anvisades genom riksdagens beslut 150 milj. kr. till ändamålet. Av medlen har ungefär hälften använts för insatser inom narkomanvården.

Under budgetåret 1986/87 inriktades ansträngningarna dels på att bygga ut den specialiserade narkomanvården, dels på att förstärka samordningen mellan kommunerna i olika regioner och mellan socialtjänst, sjukvård, polis och kriminalvård. Vidare prioriterades stöd till frivilliga organisationer för utveckling av alternativa behandlingsformer.

I det fortsatta arbetet är det viktigt att befästa den verksamhet som har kommit igång. Institutionsvården bör utvecklas och arbetet för att stärka samordningen mellan kommunerna och mellan olika myndigheter bör fullföljas. Utvärderingsinsatser är angelägna.

I det följande ämnar jag närmare ta upp några områden där insatserna har varit omfattande och konkreta.

4.3.2 En specialiserad öppenvård för narkotikamissbrukare

För att samhället skall kunna nå samtliga injektionsmissbrukare krävs i första hand en öppenvård som är dimensionerad med hänsyn till denna målsättning och som är specialiserad på att hjälpa narkotikamissbrukare. Därför har stora satsningar gjorts för att utveckla den öppna narkomanvården.

Hösten 1986 inledde kommunförbunden, i samarbete med socialdepartementet och socialstyrelsen, den landsomfattande konferensserien "Offensiv narkomanvård". I varje län samlades under två dagar representanter för socialtjänsten i samtliga kommuner samt för sjukvård, polis, kriminalvård och i vissa fall frivilliga organisationer för att diskutera hur man skulle nå samtliga injektionsmissbrukare. Metoder för arbetet diskuterades liksom hur gemensamma projekt kunde genomföras.

En direkt följd av konferenserna är att en rad öppenvårdsenheter inrättats och att olika regionala samordningsprojekt initierats.

Av de 28 kommuner som redan tidigare hade en specialiserad öppenvård har 15 förstärkt den med ytterligare tjänster. Vidare har 20 kommuner, som tidigare inte hade särskilda narkomanvårdsenheter, inrättat sådana. Kompetens och resurser för narkomanvård byggs nu också upp i mindre och medelstora kommuner genom s.k. länsprojekt. Dessa innebär att kommuner i en region samordnar sina insatser med varandra eller med en specialiserad enhet i en större kommun i regionen. Sammanlagt har 22 sådana projekt initierats. Den största utbyggnaden har dock skett i de tre storstadsområdena. I Stockholms stad inrättas nu nya narkomanvårdsenheter i samtliga 18 socialdistrikt. Också i Göteborg och Malmö har öppenvården utökats väsentligt.

4.3.3 Vården av unga narkotikamissbrukare

Det finns endast några få fall av HIV-positiva missbrukare under 20 år. En förklaring till detta kan emellertid vara att det intravenösa missbruket bland unga är begränsat.

Allmänt sett är såväl resurser som metoder för vården av unga missbrukare mer utvecklade än för vuxenvården. Stockholms stad och län har utvecklat sina resurser kraftigt. Bl.a. har en ny ungdomsklinik inrättats. Stockholms stad har varit ledande i arbetet att utveckla offensiva insatser för att nå missbrukande ungdomar. Bl.a. har en åtgärdsplan utarbetats med inriktning på att fånga upp de ungdomar under 20 år som löper risk att bli smittade av HIV-virus. I Göteborgs kommun har en särskild ungdomsenhet bildats. I Malmö finns planer på att inrätta en sådan enhet. I ett tiotal län pågår olika typer av samordningsprojekt som är inriktade på att effektivisera vården av unga missbrukare.

Ett särskilt problem i detta sammanhang utgör injektionsmissbrukarna i åldersgruppen 20–25 år. De är inte lika socialt isolerade som de äldre, mer utslagna missbrukarna och har därför ofta både sociala och sexuella kontakter med icke-missbrukare. Från behandlingssynpunkt kompliceras situationen av att de oftast befinner sig i ett skede då de sociala, fysiska och psykiska skadeverkningarna av missbruket inte blivit så påtagliga att de själva söker hjälp för sitt missbruk. De är också svåra att motivera till frivillig behandling. Lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) är ofta inte tillämplig. Initiativ har tagits för att ge huvudmännen stöd till en betydligt större och mer medveten satsning på denna målgrupp.

4.3.4 Omhändertagande av prostituerade narkotikamissbrukare

Erfarenheterna från såväl Stockholm som Malmö visar att det går att nå och motivera många av de prostituerade missbrukarna för vård genom samordnade insatser från polisens och socialtjänstens sida. Förutsättningar för vård med stöd av LVM föreligger ofta i de fall vårderna inte kan ges med samtycke.

Antalet prostituerade missbrukare i Stockholm har minskat något under det senaste året. Socialtjänsten har kontakt med i stort sett samtliga prostituerade missbrukare. För att dessa kontakter skall leda till bestående resultat krävs dock ytterligare utvecklingsinsatser. Behovet av mer lättillgängliga vårdenheter för att kunna erbjuda ett snabbt omhändertagande är stort. Det krävs också en utveckling av den långsiktiga vården för kvinnliga missbrukare liksom av LVM- vårderna. Vidare krävs insatser för att effektivare nå kunderna till prostituerade.

Såväl Stockholms stad som Malmö kommun har fått resurser för att utveckla arbetet med prostituerade missbrukare. Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL) har fått stöd till ett prostitutionsprojekt i Stockholm. RFHL har också startat ett s.k. motivationshem som i huvudsak skall inriktas på att nå de prostituerade kvinnliga missbrukarna.

4.3.5 Insatser för narkotikamissbrukare inom kriminalvården

En mycket stor andel av de tunga narkotikamissbrukarna återfinns inom kriminalvården. Under budgetåret 1986/87 togs 32 974 personer in på de allmänna häktena. Enligt 1983 års häktesundersökning (SOU 1985:27) var ca hälften av de häktade missbrukare. Under budgetåret fanns 3 375 narkotikamissbrukare på lokal- och rixanstalter. Av dessa var 2 077 personer med tungt narkotikamissbruk. Av det totala antalet intagna som var dömda till mer än två månaders fängelse var 45 % narkotikamissbrukare.

Genom ett närmare samarbete mellan narkomanvård och kriminalvård kan narkomanvården nå en avsevärt större andel av de tunga missbrukarna. En viktig del i regeringens åtgärdsprogram har därför varit att utöka och effektivisera detta samarbete. En särskild beredningsgrupp har i uppdrag att utarbeta förslag till insatser. Sammanlagt har ett hundratal projekt initierats.

På de allmänna häktena i Stockholm och Göteborg samt i Malmöregionen har i projektform bedrivits ett arbete med särskild inriktning på identifiering av narkotikamissbrukare och insatser för provtagning och motivation. Arbe-

tet förutsätter ett nära samarbete mellan berörda samhällsorgan. I dessa projekt samverkar därför kriminalvården, den kommunala narkomanvården och det s.k. missionärsprojektet, vilket är ett projekt där f.d. missbrukare bedriver uppsökande och motiverande verksamhet på anstalter. Här spelar RFHL och Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) en betydelsefull roll. På allmänna häktet i Stockholm genomförs också en vetenskaplig epidemiologisk studie parallellt med häktesprojektet.

För att följa upp och utveckla de insatser som görs på häktena har satsningar även gjorts för att stärka såväl lokalanstalternas som riksanstalternas motivationsarbete. Medel har utgått för att utöka antalet sjukskötersketjänster. Såväl lokal- som riksanstalter har också fått särskilt stöd för att utveckla ett nära samarbete med behandlingshem, familjevård och den specialiserade öppenvården.

Inom frivården bedrivs i dag ett värdefullt motivationsarbete inom övervakningens ram. För att kunna följa upp motivationsinsatserna på häkten, lokal- och riksanstalter samt inom frivårdsorganisationer har kriminalvårdsregionerna tillförts medel för tjänster som metodutvecklare. En viktig del av metodutvecklarnas arbete är att effektivisera samarbetet mellan kriminalvårdens frivård och den specialiserade öppenvården. I såväl Göteborg som Malmö liksom i ett 20-tal andra orter har samarbetet kunnat intensifieras påtagligt. I Stockholm planläggs ett större samordningsprogram i en särskild samrådsgrupp.

Missionärsprojektet har fått bidrag till en omfattande kampanj på de större riksanstalterna om HIV och narkotikamissbruk.

4.3.6 Förbättrade möjligheter till avgiftning och behandling av narkotikamissbrukare

Sjukvårdens avgiftningskliniker utgör en viktig del av narkomanvården. Under det senaste året har avgiftningsvården utvecklats i första hand i Stockholmsregionen. Malmö kommun har under det senaste året inrättat en särskild avgiftningsenhet. Särskilda avgiftningsresurser som är avsedda enbart för narkotikamissbrukare saknas däremot utanför storstadsregionerna.

De missbrukare som kommer till behandlingshemmen har ofta genomgått en längre motivationsfas. För att förkorta denna fas och för att avgiftningsvården lättare skall kunna placera missbrukare på behandlingshem har stöd lämnats för att inrätta fler s.k. motivationshem. Motivationshem finns i första hand i Stockholm. Stockholms kommun har också planer på att inrätta fler sådana hem. I Malmö kommun finns en motsvarande enhet och i Göteborg skall en enhet av detta slag inrättas inom kort. Vidare har RFHL startat ett motivationshem i Stockholmsregionen och planerar att starta ytterligare hem i andra delar av landet.

4.3.7 Uthygnaden av behandlingshemsplatser för narkotikamiss brukare

Det finns för närvarande ca 1 000 platser i landet på behandlingshem som i huvudsak är inriktade på vård av vuxna narkotikamissbrukare. Dessutom

finns 260 platser för vård av unga narkotikamissbrukare. Huvuddelen av hemmen drivs av stiftelser med organisationer som stiftelsebildare. I de flesta stiftelserna finns representation från någon offentlig huvudman. Efterfrågan på behandlingshemsplatser är för närvarande mycket stor. Med den ökade satsningen på uppsökande och motiverande verksamhet har behovet av behandlingshemsplatser ökat.

Olika initiativ har därför tagits för att stimulera huvudmännen till att inrätta fler behandlingshem. Socialstyrelsen har bl.a. bildat en särskild arbetsgrupp med personer verksamma inom narkomanvården. Gruppens uppgift är att ge huvudmännen stöd att samordna arbetet med att inrätta nya hem och till metodutvecklingen på behandlingshemmen.

4.3.8 Utvecklad LVM-vård av narkotikamissbrukare

Även med en utökad och mer offensiv narkomanvård finns det en grupp missbrukare som inte kan motiveras för frivillig vård. Det är därför nödvändigt att också tvångsvården för missbrukare utvecklas. När LVM trädde i kraft den 1 januari 1982 fanns inga hem som särskilt anpassats för tvångsvård av narkotikamissbrukare. Fram till år 1986 svarade vissa av de f.d. nykterhetsvårdsanstalterna för denna uppgift.

Den 1 februari 1986 öppnades i Stockholm landets första LVM-hem som var särskilt anpassat för narkotikamissbrukare. Hemmet har 20 platser. I Malmö öppnades hösten 1986 ett sådant hem med fyra platser. Under hösten 1987 inrättade Stockholms stad ytterligare två hem för tvångsvård av narkotikamissbrukare med sammanlagt 20 platser. Dessa platser svarar dock inte mot de behov som finns och som kan beräknas uppkomma. Socialberedningen har i sitt betänkande (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget påtalat behovet av en utbyggnad av LVM-vården för narkotikamissbrukare. Jag återkommer senare med förslag hur en sådan utbyggnad kan stödjas.

5 Förslag om fortsatta insatser mot HIV/AIDS

5.1 Allmänt

Som framhållits i det föregående finns det inte något verksamt vaccin eller botemedel mot HIV-infektionen. Denna infektion kan ge upphov till ett sjukdomstillstånd som definieras som AIDS. Forskarna bedömer att det kommer att dröja länge innan något vaccin eller botemedel kan tas i bruk, även om sjukdomsförloppet kan fördröjas av de läkemedel som utvecklats. HIV kommer sannolikt att finnas inom vårt samhälle under lång tid framåt.

I avvaktan på motmedel mot HIV-infektionen kan en fortsatt spridning hejdas bl.a. genom att människor ändrar sina sexuella beteenden, iakttar försiktighet vid val av sexpartner och använder kondom. Förutsättningen för detta är i sin tur att människor är medvetna om risken för smitta vid sexuella kontakter.

Denna kunskap och medvetenhet måste ständigt underhållas och förnyas.

Samhället får inte mattas av i sina ansträngningar att påminna människor om smittrisen. Det får dock inte ske på ett sådant sätt att det väcker skräck och ångest som får människor att vilja avskärma sig från denna vetenskap. Informationen måste vara mycket saklig. Den bör bl.a. klart och korrekt redovisa hur HIV smittar och samtidigt understryka att smittrisen är så gott som obefintlig i andra situationer. Smittöverföringen sker vid sexuellt umgänge, genom blod till blod-kontakt – t.ex. när intravenösa narkotikamissbrukare delar orena sprutor – och under fosterstadiet från mor till barn.

Det är synnerligen angeläget att informationen utformas så att den påverkar människors beteende inom denna ytterst personliga och privata sfär. Den mest betydelsefulla påverkan sker människor emellan, såsom när föräldrar talar med sina barn eller en arbetskamrat talar med en annan. Men påverkan från massmedierna har också stor betydelse. Människor har ett behov av kunskap som ges sakligt och som med fördel kan lämnas genom t.ex. televisionen eller annonser och broschyrer. Framför allt får inte samhällets allmänna information tystna. Det kan då lätt bli så att människor invaggas i en falsk tro att faran är över, när det inte längre talas om den från de officiella kanalerna.

Jag vill med det sagda understryka vikten av att samhället fullföljer sitt ansvar genom att information alltjämt ges till den breda allmänheten och särskilt till grupper med riskbeteende.

Jag lägger i det följande fram olika förslag om fortsatta insatser i form av ett handlingsprogram för kampen mot HIV/AIDS för i första hand budgetåret 1988/89. Förslagen anger emellertid även inriktningen på längre sikt. Liksom hittills omfattar åtgärderna – förutom den information jag inledningsvis berört – insatser för att begränsa smittspridningen bland narkotikamissbrukare, psykosocialt stöd till de smittade och deras anhöriga samt insatser för att begränsa smittspridningen inom grupper med riskbeteende.

Härutöver framstår emellertid en utvidgad kartläggning av smittspridningen som alltmer angelägen. Jag anser att starka skäl talar för att ställa det epidemiologiska arbetet i förgrunden i förslaget till handlingsprogram. Kunskaper om den smittspridning som nu pågår bland olika grupper är av stor strategisk betydelse för smittbekämpningen.

Det är vidare viktigt att ett kvalificerat omhändertagande finns att tillgå då vård behövs. Garantier för detta måste skapas.

HIV-epidemin har gjort de stora vårdbehoven bland narkotikamissbrukare alltmer uppenbara. Jag har i det föregående beskrivit hur stöd har lämnats till åtgärder för att hejda HIV-epidemin bland unga narkotikamissbrukare, till insatser för prostituerade missbrukare och missbrukare inom kriminalvården, till åtgärder för att förbättra möjligheterna till avgiftning och behandlingsplanering samt till en utbyggnad av vården vid behandlingshem m.m.

Arbetet för bekämpning av HIV/AIDS bland narkotikamissbrukare bör också fortsättningsvis inriktas på att utveckla narkomanvården. I dag saknas i stor utsträckning adekvata resurser inom institutionsvården för att ta hand om bl.a. missbrukare i åldern 20–25 år, prostituerade missbrukare, missbrukare från kriminalvården samt missbrukare med grava psykiska störningar. HIV-infektionen kan i vissa fall ge sådana psykiska störningar. Jag kommer

som en viktig del av förslaget till handlingsprogram att föreslå att ett särskilt bidrag skall utgå till utveckling av vårdresurser och vårdmetoder vid tvångsvård av vuxna narkotikamissbrukare på hem för särskilt noggrann tillsyn enligt 18 § LVM.

Det är viktigt att den medicinska forskningen stimuleras i sitt arbete att få fram vaccin och botemedel mot HIV. Jag kommer att under avsnittet 7. Vissa frågor närmare beröra det säkerhetslaboratorium vid SBL, som regeringen beslutat uppföra och som har till syfte att ge en sådan stimulans. Men även annan forskning än den rent medicinska behövs. Socialdepartementet har i december 1987 lämnat bidrag till olika samhällsvetenskapliga forskningsprojekt som är relaterade till HIV/AIDS. Bl.a. har institutionen för tillämpad psykologi vid universitetet i Lund erhållit 600 000 kr. till ett projekt, där en utvärdering skall göras av åtgärderna inom Malmöregionen för injicerande narkotikamissbrukare, som är intagna i kriminalvården. Den samhällsvetenskapliga forskningen kring HIV/AIDS-frågorna har stor betydelse för samhällets insatser i fråga om bekämpningen av AIDS och ger även konkreta underlag för beslut om direkta åtgärder.

Jag kommer i det följande att föreslå fortsatta informationsåtgärder och i det sammanhanget också ta upp behovet av epidemiologiskt arbete. Därför kommer jag att lägga fram en rad förslag till fortsatta insatser inom narkomanvården, vilka är ägnade att hindra spridningen av HIV/AIDS.

Jag kommer också att lämna vissa förslag om psykosocialt stöd m.m. och om forskningsinsatser.

Jag kommer att senare i avsnittet 8. Anslagsfrågan behandla det anslag till insatser mot AIDS som bör anvisas för budgetåret 1988/89.

5.2 Fortsatta informationsinsatser

Min bedömning: Satsningen på omfattande informationsåtgärder bör fortsätta. Utöver en allmän information bör information särskilt riktas till grupper med riskbeteenden, såsom intravenösa narkotikamissbrukare, homo- och bisexuella män, kunder till prostituerade, personer med många sexualpartner och unga flickor som har nära kontakt med narkotikamissbrukare m.fl. Vidare bör en omfattande information om HIV/AIDS ske inom arbetslivet.

Skälen för min bedömning: HIV/AIDS utgör ett ytterst allvarligt hot mot folkhälsan. Virus sprider sig fortfarande inom s.k. riskutsatta grupper t.ex. bland homo/bisexuella män och narkotikamissbrukare som använder sprutor. Tillgängliga data visar att den heterosexuella smittspridningen – även om den inte hunnit bli särskilt omfattande – är lika vanlig i övriga landet som i storstadsregionerna. Epidemins globala spridning har också på olika sätt en direkt inverkan på situationen i Sverige. HIV sprids till exempel i Sverige som en följd av riskfyllda sexuella kontakter utomlands.

Som jag har anfört i det föregående är information en mycket viktig del av samhällets arbete med att hindra eller motverka en vidare smittspridning

av HIV. Förebyggande informationsinsatser som ger ökade kunskaper, förändrade attityder och ändrade sexuella beteenden är den bästa åtgärden att förhindra en vidare smittspridning i samhället.

5.2.1 Strategin

Den strategi som utarbetades för informationsinsatserna kring HIV/AIDS har i allt väsentligt visat sig framgångsrik. Utvärderingar har visat att syftet med det första skedet i informationskampanjen har uppnåtts. Den framtida strategin bör enligt min mening i än högre grad inriktas på att ändra attityder och förändra sexuella beteenden. En förändring av sexuella beteenden är en process som sannolikt tar lång tid. Några påtagliga förändringar i individers sexuella beteenden har heller inte kunnat iakttas i de mätningar som hittills har gjorts. Sexuella beteenden utmärks av att de berör människors innersta känslor och blir därmed också svåra att förändra.

Erfarenheterna från kampen mot tidigare farsoter i mänsklighetens historia har visat att ändrade sociala beteenden varit det effektivaste medlet att hindra smittspridning. Information och upplysning är av vital betydelse för att grundlägga en djupgående insikt hos befolkningen om smittvägarna och beteendemönstrens betydelse för smittspridningen. Informationskampanjens framtida strategi bör därför än mer bygga på att åstadkomma en personlig påverkan. En uppdatering av nya kunskaper om HIV och AIDS måste också ske fortlöpande, t.ex. genom skriftligt förmedlad information. Resurser bör även läggas på insatser som ger fördjupade kunskaper och utbildning kring sex- och samlevnadsfrågor. Utbildning av olika slags lokala informatorer blir därför en väsentlig del av informationsinsatserna de närmaste åren. Samhället bör på olika sätt stimulera en utveckling av fler lokala informatorer och se till att dessa ges en god utbildning i attitydpåverkan och metoder att förändra sexuella beteenden.

5.2.2 Allmän information

Kunskaper om HIV/AIDS måste ges fortlöpande till alla människor i samhället. AIDS är en angelägenhet för alla.

Centrala informationsinsatser är således fortfarande nödvändiga. Trots intensifierade ansträngningar att få fram ett vaccin eller ett verksamt läkemedel kommer HIV/AIDS att finnas i samhället under åtskilliga årtionden. Information om HIV/AIDS kommer sannolikt att utgöra ett permanent inslag i samhället under lång tid framöver. Till följd av den mycket snabba medicinska och vetenskapliga utvecklingen tillförs ständigt ny kunskap. Den breda allmänheten måste få information om den nya kunskap som erhålls genom den medicinska, vetenskapliga och epidemiologiska forskningen. Samhället har ett särskilt ansvar för att ge alla medborgare denna grundläggande information och kunskap.

Centrala myndigheters informationsinsatser och budskap måste också samordnas för att få största möjliga effekt och så att risken för motstridig information minimeras.

För att smittspridningen skall kunna hejdas bör individer med s.k. riskbeteenden ges sådan information och kunskap att de ändrar sitt beteende. Till de s.k. särskilt riskutsatta grupperna hör fortfarande intravenösa narkotikamissbrukare, homo/bisexuella män, prostitutionskunder, personer med många sexualpartners samt unga flickor i nära kontakt med narkotikamissbrukare.

Fortsatta långsiktiga program som är ägnade att fortlöpande informera och varna allmänheten utanför de riskutsatta grupperna är vidare nödvändiga.

Ungdomen är givetvis en mycket viktig målgrupp för olika informationsinsatser. Varje ny ungdomsgeneration måste bl.a. i skolundervisningen ges en tillräcklig information om HIV och AIDS så att den kan lära sig att hantera denna risk i framtiden utifrån en positiv syn på sex och samlevnad. Skolan har där ett särskilt ansvar, men information och attitydskapande aktiviteter måste också genomföras i föreningslivet och i den kommunalt drivna fritidsverksamheten.

Informations- och utbildningsinsatserna som riktats till särskilda yrkesgrupper bör förbättras. Inom många yrkesgrupper tycks finnas en stark oro för risken att bli smittad av HIV i sin yrkesutövning. En tilltagande oro hos personal som arbetar i nära kontakt med grupper som är eller kan misstänkas vara HIV-smittade har sålunda kunnat iakttas. Hälso- och sjukvårdspersonal, polis m.fl. behöver intensifierad information och upplysning. Särskilda informationsinsatser bör utarbetas i nära samråd med arbetsgivare och fackliga organisationer.

För att nå den från smittskyddssynpunkt angelägna gruppen intravenösa narkotikamissbrukare tycks skriftligt förmedlad information vara mindre verksam. Här krävs i stället en personligt förmedlad information genom den uppsökande verksamhet som sker inom socialtjänst och kriminalvård. Särskilt måste den uppsökande verksamheten riktad till unga flickor som har nära kontakt med narkotikamissbrukare intensifieras.

Den globala epidemins utbredning hotar på ett direkt sätt situationen i Sverige. Det internationella resandet är omfattande. Affärsmän, turister och utlandsarbetande svenskar bör upplysas om risken att smittas av HIV vid vistelse utomlands. I framtiden bör specifika informationsinsatser riktas till grupper som efter sexuella kontakter utomlands kan sprida smitta vidare inom vårt land. Särskilda insatser kan behövas för att informera våra invandrare, och då särskilt sådana som kommer från områden där HIV-smittan är utbredd.

5.2.4 Information inom arbetslivet

Risken att smittas i arbetslivet är försvinnande liten. Trots detta finns en utbredd oro hos arbetstagare att kunna bli smittade av HIV i sin yrkesutövning. Informations- och utbildningsinsatser om HIV i arbetslivet är därför angelägna. Oron får ingalunda negligeras. Den måste tas på stort allvar.

Arbetsmarknadens parter har ett eget ansvar att bedriva informationsin-

satser om HIV/AIDS i arbetslivet. Informationen bör bl.a. syfta till att förbereda arbetstagare inför den situationen att man har en HIV-smittad arbetskamrat på den egna arbetsplatsen. Den HIV-smittade arbetstagaren behöver ett starkt psykosocialt stöd ifrån sina anhöriga, vänner och arbetskamrater. Arbetsplatserna är enligt min mening ett av de viktigaste områdena för informationsaktiviteter om HIV/AIDS. Informationsinsatserna bör samordnas effektivt och bedrivas med största intensitet. Den särskilda referensgrupp till AIDS-delegationen som tillsatts om HIV i arbetslivet bör ägna frågan om informations- och utbildningsinsatser särskild uppmärksamhet. I referens-gruppen finns företrädare för både statliga, privata och kommunala arbetsgivare samt arbetstagarorganisationerna. Särskilda informationsinsatser har redan initierats från t.ex. arbetarskyddsnämnden och statens arbetsmiljönämnd. Många fackliga organisationer och enskilda privata företag har påbörjat viktiga informationsinsatser.

5.2.5 Information för att motverka vissa tendenser

AIDS-epidemin kommer oundvikligt att starkt påverka det sociala och politiska skeendet i samhället. Redan nu finns på sina håll tendenser till utstötning och diskriminering av HIV-smittade och riskutsatta grupper. De reaktioner som HIV-epidemin föder är i vissa avseenden lika allvarliga som HIV-epidemin i sig. Samhället har en mycket viktig uppgift att möta dessa reaktioner på ett balanserat och förnuftigt sätt.

5.2.6 Ansvaret för att ge information

Centrala myndigheter har ett ansvar för information om HIV/AIDS inom sina respektive områden. Så har t.ex. skolöverstyrelsen ett ansvar att utveckla HIV/AIDS-informationen som ett led i den ordinarie sex- och samlevnadsundervisningen. Socialstyrelsen har i sin egenskap av tillsynsmyndighet över smittskyddet, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ett brett informationsansvar gentemot olika målgrupper. Vidare har SBI. ett ansvar att som expertmyndighet redovisa aktuella epidemiologiska och medicinska forskningsresultat.

Landstingen och kommunerna har såsom ansvariga för hälso- och sjukvården, smittskyddet och socialtjänsten ett särskilt ansvar att utveckla informationsinsatserna lokalt. Många viktiga informationsaktiviteter utförs redan i dag inom kommuner och landsting. För att utveckla dessa insatser bör landsting och kommuner utarbeta särskilda planer för en systematiskt genomförd information. Kommuner och landsting har en klar fördel av att kunna arbeta nära de målgrupper som är aktuella för informationsinsatserna. Om attityder skall kunna påverkas och beteenden kunna på sikt förändras måste informationen ges den enskilde individen i så personlig form som möjligt. Genom sådana informationsåtgärder kan förebyggas att människor drabbas av HIV-smittan med allt det lidande som detta för med sig. En satsning på förebyggande informationsinsatser är dessutom i det primär- och landstingskommunala perspektivet mycket lönsamt.

Den muntliga informationen måste förstärkas. Frivilligorganisationer har fortfarande en mycket viktig uppgift i informationsarbetet om HIV/AIDS. Förutom de insatser som gjorts av organisationer som Noaks Ark, RFSL, RFSU, RFHL, FMN m.fl. har ytterligare andra organisationer engagerats i kampen mot AIDS. Organisationerna kan genom sin demokratiska uppbyggnad och genom sina speciella informationskanaler nå ut på ett effektivt och snabbt sätt med information till stora delar av allmänheten. Sverige har genom sina folkrörelseorganisationer en närmast unik möjlighet att uppnå det folkliga engagemang som är nödvändigt i kampen mot AIDS.

5.2.7 AIDS-delegationens roll i informationsarbetet

AIDS-delegationen bör enligt min mening alltså ha det samordnande ansvaret för att initiera informations- och utbildningsinsatser om AIDS på grundval av en långsiktig informationsstrategi med särskild inriktning mot grupper med s.k. riskbeteende. Allmänhetens behov av information bör också liksom hittills uppmärksammas vid planeringen av detta arbete.

De erfarenheter av information om AIDS som kan finnas i andra länder bör tas till vara, liksom erfarenheter av tidigare informationskampanjer av liknande slag och av den samordnade informationssatsning som pågår sedan i mars 1987. En fortlöpande uppföljning och utvärdering av informationsinsatserna är nödvändig.

Massmedier spelar en betydande roll för opinionsbildningen. Bättre förutsättningar måste skapas för en ansvarsfull och korrekt informationsförmedling från massmedier. Detta kan ske genom återkommande journalistseminarier eller annan specialanpassad utbildning för journalister. AIDS-delegationen bör särskilt bidra med insatser för detta.

5.2.8 Behovet av epidemiologiskt underlag för beslut om fortsatta informationsåtgärder

Det yttersta målet för de förebyggande informationsinsatserna är att hindra vidare smittspridning av HIV. Insatserna måste i hög grad styras av den kunskap som finns i samhället när det gäller inom vilka grupper smittspridningen sker och i vilken utsträckning HIV-smittan riskerar att spridas vidare till andra grupper. Kunskapen om smittspridningen bland homo- och bisexuella män samt intravenösa narkotikamissbrukare är av central betydelse. Smittspridningen av HIV utanför de s.k. riskutsatta grupperna är självklart också viktigt att kartlägga för att det skall bli möjligt att genom kraftfulla informationsinsatser motverka en ytterligare spridning.

Jag vill med det sagda understryka behovet av ett förbättrat epidemiologiskt underlag för beslut om fortsatta informationsåtgärder.

Kunskaper om beteendepåverkan och samhällsbeteendevetenskaplig forskning blir alltmer nödvändiga. Utvärderingar och mätningar av effekten av informationsinsatser som riktas till olika målgrupper blir ett viktigt underlag för planeringen av fortsatta inslag i det förebyggande arbetet. Kunskap om effekten av olika informationsinsatser kan ge oss möjlighet att förbättra planeringen och strategin. Undersökningar om sexualvanor och sexuella beteenden är t.ex. angelägna.

Jag anser att medel bör utnyttjas för utvärderingar av informationsinsatsernas effekt. Jag avser att i det följande särskilt ta upp vissa förslag, som avser det epidemiologiska arbetet.

Prop. 1987/88:79

5.2.9 Sammanfattning

Mot bakgrund av vad jag anfört anser jag att den statligt samordnade informationskampanjen bör fortsätta och utvidgas. I en samordnad informationsplan bör redovisas vilka informationsinsatser som AIDS-delegationen och de centrala myndigheterna kommer att svara för under de närmaste åren. Denna informationsplan kan sedan vara ett underlag för kommuner, landsting, organisationer m.fl. när de planerar sina egna insatser. Särskilda medel bör anvisas under budgetåret 1988/89 för utarbetande av planen för de centrala informationsinsatserna. Jag återkommer till anslagsfrågan. Bidrag bör vidare kunna ges till frivillig- och intresseorganisationer för deras medverkan i informationsarbetet.

5.3 Det epidemiologiska arbetet

Min bedömning: HIV-testningen i Sverige bör utökas, och tillgängliga epidemiologiska data, som framkommer genom inrapporteringen av HIV-smittade fall, bör bearbetas och analyseras bättre. Epidemiologisk övervakning och kartläggning bör kompletteras genom epidemiologisk forskning. Smittspårning bör bedrivas mer effektivt.

Skälen för min bedömning: Det framstår som alltmer angeläget att spridningen av HIV-smittan kartläggs och analyseras på ett mer effektivt sätt. Det epidemiologiska arbetet bör ställas i förgrunden.

5.3.1 HIV-testningen i Sverige

Sverige har det kanske mest utbyggda systemet för HIV-testning i världen. Detta i kombination med den obligatoriska rapporteringen av HIV-smitta enligt smittskyddslagen ger oss vid en internationell jämförelse en god möjlighet att kartlägga HIV-infektionens utbredning och spridning i samhället. Vi har också goda möjligheter att ta fram information som blir värdefull även för andra länder.

En samlad bedömning av smittsituationen i Sverige visar att HIV-smittan ännu inte är påtagligt utbredd. Fortfarande är HIV/AIDS-situationen i allt väsentligt knuten till de s.k. riskutsatta grupperna, homo- och bisexuella män och intravenösa narkotikamissbrukare. Att HIV också sprids heterosexuellt gör emellertid situationen mycket allvarlig. Smittspridningen inom befolkningen kan utvecklas till en allvarlig epidemi.

Ökade kunskaper om att smittämnet endast sprids under speciella betingelser och om att HIV i allt väsentligt är en sexuellt överförbar sjukdom gör att möjligheterna att hantera denna hotande epidemi ändå måste betraktas

med viss tillförsikt. Jämfört med andra sexuellt överförbara sjukdomar som t.ex. syfilis och gonorré är smittsamheten låg.

Kunskapen om hur HIV-smittan sprider sig bland olika grupper i samhället är av central betydelse för smittbekämpningen. Endast genom HIV-testning och en effektiv smittspårning kan vi skaffa oss denna kunskap. Därför är det mycket angeläget att fortsätta utvidgningen av den HIV-testning som erbjuds strategiskt viktiga grupper. Av flera skäl anser jag emellertid inte att en allmän obligatorisk HIV-testning av hela befolkningen är ett verksamt medel i AIDS-bekämpningen. I denna fråga råder även en total enighet inom AIDS-delegationen.

En utökad frivillig HIV-testning riktad till särskilda grupper har flera syften. Den kan hjälpa oss att kartlägga HIV-smittans förekomst inom speciellt riskutsatta grupper och ge oss ökade möjligheter att följa hur smittan sprider sig i samhället. HIV-testningen ger oss vidare underlag för att planera riktade informationsinsatser till de grupper som bedöms mest utsatta. HIV-testningen erbjuder även ett utmärkt tillfälle till rådgivning samt beteende- och attitydpåverkan. Den personal inom hälso- och sjukvården, som har kontakt med patienter som önskar HIV-testning, skall givetvis utnyttja kontakten till att informera om HIV/AIDS och riskerna för smittspridning. Socialstyrelsen har utarbetat material för sådan information. Särskilt viktigt är det att även nå patienter som fått negativt provsvar och kanske därmed lätt invaggas i en falsk säkerhet och fortsätter med sitt tidigare riskbeteende.

HIV-testning används som jag framhållit inledningsvis i stor utsträckning för att kartlägga smittspridningen i samhället. Ett HIV-test är för många en situation som inrymmer en påtaglig psykisk anspänning. Trots att risken att man blivit HIV-smittad sannolikt är liten finns den kanhända ändå där. Ett besked att man är HIV-smittad kan betyda en dramatisk förändring av ens liv.

HIV-testningen får därför enligt mitt förmenande inte utvecklas till ett mekaniskt blodprovstest. Möjlighet måste alltid ges till rådgivning och beteendepåverkan. Kliniker som erbjuder HIV-testning inom hälso- och sjukvården måste av detta skäl ges tillräckliga resurser för denna uppgift. På flera kliniker behövs särskilda tjänster för smittspårning och psykosocial stödverksamhet.

Enligt min mening bör vi inrikta ansträngningarna på att så snart som möjligt avdramatisera HIV-testningen.

5.3.2 Ett område för en epidemiologisk satsning

Vissa åtgärder bör vidtas för att öka kunskapen om epidemins omfattning och spridning samt om förekomsten av riskbeteende och riskmiljöer m.m. i Sverige.

För att erhålla dessa kunskaper behövs såväl en utökad epidemibevakning genom HIV-testning som direkta epidemiologiska forskningsinsatser.

De myndigheter som har det närmaste ansvaret för epidemibevakningen är – förutom den av varje landsting utsedde smittskyddsläkaren – SBL. Socialstyrelsen har det högsta tillsynsansvaret vilket också omfattar smittskyddsläkarna. Vid SBL är det närmast den epidemiologiska avdelningen

under statsepidemiologen som sammanställer uppgifter om den epidemiologiska situationen på grundval av den inrapportering som sker från laboratorier och behandlande läkare. SBL:s data är i och för sig individrelaterade men de enskilda patienterna kan inte spåras i fråga om identiteten.

Enligt min mening bör den information, som inrapporteringen av antalet HIV-smittade till SBL ger möjlighet till, kunna utnyttjas bättre.

Sedan den 1 november 1985 har ca 1 700 fall av HIV-smitta rapporterats till SBL. Under år 1987 har i genomsnitt 30–35 HIV-smittade personer anmälts varje månad. Den information som kan erhållas från varje HIV-smittad individ om bl.a. smittvägar, sexuella beteenden och riskmiljöer är av stor betydelse i det epidemiologiska kartläggningsarbetet. Det är också mycket värdefullt att utreda om smittan överförts nyligen eller för flera år sedan samt om individen smittats i Sverige eller utomlands. Ett förbättrat epidemiologiskt underlag underlättar bedömningar om vilka förebyggande insatser, som blir effektivast.

5.3.3 Utökad HIV-testning

Det av AIDS-delegationen i april 1987 rekommenderade programmet för utökad HIV-testning bör genomföras.

Av programmets första steg återstår att besluta om HIV-testning riktad till vissa ungdomsgrupper.

Kartläggningen av smittspridningen i ungdomsgruppen sker i dag främst med hjälp av provtagningen på mottagningar för veneriska sjukdomar, s.k. STD (sexually transmitted diseases). Med högsta sannolikhet kommer en eventuell påbörjad allmän smittspridning i ungdomsgruppen att först upptäckas vid dessa STD-mottagningar. Ungdomar som söker dit har haft ett riskbeteende genom att man som regel söker för annan sexuellt överförbar sjukdom, t.ex. gonorré eller klamydia.

Jag anser att kartläggningen av HIV-smittan bland ungdomsgrupper måste ha högsta prioritet. Därför bör olika åtgärder vidtas som medför att vi mycket noga kan följa utvecklingen och snabbt utöka HIV-testningen, om epidemiologiska data skulle ge skäl till detta. Närmast anser jag att man bör överväga att erbjuda HIV-testning till värnpliktiga ungdomar, som ju befinner sig i en sexuellt aktiv ålder. SBL har i uppdrag att närmare utreda för- och nackdelar med att erbjuda HIV-test till denna grupp. Jag utgår ifrån att SBL snarast möjligt ger AIDS-delegationen ett underlag för att ta ställning till denna utökade testverksamhet.

AIDS-delegationen rekommenderade vidare i april 1987 en kraftig utökning av s.k. avidentifierade kemiska laboratorieprov. En arbetsgrupp inom SBL har nyligen utarbetat ett förslag till utökning av antalet avidentifierade kemiska laboratorieprov i Stockholm och Malmö. Urvalet av proven skall göras efter samma kriterier på de olika laboratorierna. Denna försöksverksamhet genomförs fram till den 1 juli 1988. Efter utvärdering får ny ställning tas till metoder och former för fortsatt verksamhet.

Som ett komplement till övrig HIV-testning som skall utföras med den enskilda patientens samtycke och vetskap kan avidentifierade prov vara ett viktigt led i den epidemiologiska kartläggningen. Jag anser därför att AIDS-

delegationen nogå bör följa denna särskilda form av HIV-testning och vid behov initiera en fortsatt utökning.

Personer som fått blodtransfusioner i samband med t.ex. operationer under åren 1979–1985 kan ha blivit smittade. Efter år 1985, då HIV-testning genomförts av allt blod som lämnas av blodgivare, är risken att bli smittad vid transfusion praktiskt taget obefintlig.

Socialstyrelsen utreder för närvarande lämpliga metoder och former för HIV-testning av personer som fått blodtransfusion under åren 1979–85. En rad praktiska och andra frågeställningar blir därvid särskilt angelägna att närmare överväga.

En utökning av den mer generella HIV-testningen är enligt min bedömning ett av de mest centrala inslagen i AIDS-bekämpningen. Testningen bör dock i första hand riktas till grupper med s.k. riskbeteende som kan sprida smittan vidare utan att vara medvetna om detta.

Personal inom hälso- och sjukvård kan i vissa fall behöva erbjudas HIV-test för att stilla sin egen oro.

Inom arbetslivet finns, anser jag, inget generellt behov av HIV-testning. HIV-testning som allmänt krav vid nyanställning måste i princip avvisas. Företagshälsovården bör dock aktivt informera om de möjligheter som erbjuds inom den offentliga hälso- och sjukvården att genomgå HIV-test.

AIDS-delegationen bör ägna frågan om HIV-testning och epidemiologisk kartläggning stor uppmärksamhet. Utvecklingen bör följas noga och en hög handlingsberedskap finnas att snabbt utöka olika program för HIV-testning, om kunskapen om den pågående smittspridningen ger anledning till detta.

5.3.4 Epidemiologisk forskning

Den epidemiologiska övervakningen och kartläggningen genom HIV-testningsprogram riktade till från smittbekämpningssynpunkt särskilt viktiga grupper behöver kompletteras med epidemiologisk forskning samt olika projekt och studier.

I förslaget till handlingsprogram för budgetåret 1988/89 bör ges utrymme att ekonomiskt stödja viktiga epidemiologiska forskningsuppgifter.

De särskilda epidemiologiska projekt som under år 1987 påbörjats vid vissa allmänna häkten har givit oss värdefull kunskap om smittspridningen bland narkotikamissbrukare.

Projekten är i ett internationellt perspektiv närmast unika som metod att kartlägga en smittspridning. Jag anser därför att de s.k. häktesprojekten bör förlängas och ges medel för fortsatta studier under budgetåret 1988/89.

Genom att under längre tid följa en grupp individer kan vi få en god uppfattning om bl.a. effekter av förebyggande åtgärder som information, föreskrifter och olika metoder för motivationspåverkan. En sådan s.k. kohortstudie pågår av homo- och bisexuella män vid Venhälsan i Stockholm. Kohortstudien visar att en fortsatt smittspridning sker i denna grupp trots intensiv information och påverkan från bl.a. behandlande läkare.

Även projekt och studier som angränsar till mer sociologiskt inriktad samhälls- och beteendevetenskaplig forskning bör kunna komma ifråga för ekonomiskt stöd. Bl.a. behövs bättre kunskaper om svenska folkets sexualva-

nor. Flera olika slags studier som riktas till särskilda grupper kan här bli aktuella.

Prop. 1987/88:79

Andra områden som kan bli aktuella att stödja är forskning om metoder för att utarbeta prognoser över HIV-smittans framtida utbredning samt om sambandet mellan HIV-smitta och annan sexuellt överförbar sjukdom.

Internationellt har under det senaste året noterats det nära sambandet mellan andra sexuellt överförda sjukdomar (STD) och HIV-smittans utbredning. Många STD ger småskador och sår i slemhinnorna, vilket sannolikt starkt ökar risken för överföring av HIV-smitta. Ingående studier på STD-mottagningar skulle närmare kunna dokumentera övriga STD:s betydelse som bidragande faktor till ökad risk för HIV-smitta.

5.3.5 Epidemiologisk smittspårning

Enligt bestämmelserna i smittskyddslagen (1968:231) och smittskyddskungörelsen (1968:234) är den behandlande läkaren skyldig att bedriva smittspårning. HIV-smittans utbredning kan motverkas om personer som en HIV-smittad patient tidigare haft sexuella kontakter med eller delat nar-kotikasprutor med infinner sig för HIV-testning och rådgivning.

En effektiv smittspårningsverksamhet utgör ett viktigt område inom AIDS-bekämpningen. Den epidemiologiska kunskap som denna verksamhet ger bör tillvaratas effektivt och analyseras. Ett framgångsrikt smittspårningsarbete kräver dock att patienten känner förtroende för sin läkare eller kurator. Smittspårning av sexuellt överförd smitta kräver vidare en gedigen erfarenhet och ett professionellt handlag. På vissa kliniker har inrättats speciella tjänster för smittspårningskuratorer som är särskilt utbildade och tränade för denna uppgift.

Socialstyrelsen har nyligen utarbetat skriften "Kontaktspårning". I denna finns samlad de kunskaper och erfarenheter i ämnet som finns inom landet. Skriften vänder sig till läkare och kuratorer som har ansvar för att kontaktspårning äger rum.

5.3.6 AIDS-delegationens uppgift inom epidemiologin

I det föregående har jag beskrivit huvuddragen i det program för en utökad HIV-testning samt för epidemiologiska projekt och studier som jag anser bör genomföras.

AIDS-delegationen har en viktig uppgift att noggrant följa den epidemiologiska utvecklingen och initiera nya insatser i syfte att följa smittspridningen i samhället. Jag avser att verka för att HIV-epidemiologin blir ett prioriterat område i AIDS-delegationens arbete.

Min bedömning: Statens stöd till en utbyggnad av narkomanvården bör fortsätta. Statligt stöd bör framför allt lämnas till en utveckling av sådan öppenvård och institutionsvård som kan nå de mest utsugna och minst motiverade narkotikamissbrukarna. Bidrag bör vidare utgå till utvärderingsinsatser.

Skälen för min bedömning: Trots att en minskad ökningstakt i spridningen av HIV-virus bland intravenösa missbrukare tycks kunna konstateras, kvarstår risken för en mer omfattande smittspridning inom den gruppen. Risken kvarstår också för fortsatt smittspridning från missbrukare till personer utanför de nuvarande riskgrupperna genom sexuella kontakter.

Under det senaste året har det skett en omfattande utveckling av narkomanvården. För att det uppsatta målet – att nå alla intravenösa missbrukare med provtagning, avgiftning och behandling – skall kunna förverkligas krävs dock fortsatta utvecklingsinsatser. Regeringen har genom anslaget för särskilda insatser för bekämpningen av HIV/AIDS kunnat ge huvudmännen stöd att inrätta nya enheter inom narkomanvården. Detta stöd utgår initialt för att påskynda utbyggnaden. Jag har i det föregående redogjort för utvecklingen av denna offensiva narkomanvård.

Huvudansvaret för insatser inom narkomanvården och för arbetet att förhindra en vidare spridning av HIV bland missbrukare åvilar kommuner och landsting. Ett särskilt statsbidrag utgår till huvudmännen som bidrag till missbrukarvården m.m. Statsbidraget för år 1987 var 810 milj. kr.

Jag kommer att i det följande föreslå att ett extra bidrag för år 1988 och 1989 skall lämnas till huvudmännens insatser mot AIDS i storstadsområdena. Dessa ytterligare medel skall användas bl.a. för insatser inom narkomanvården.

Utbyggnaden har lett till att det inom en snar framtid finns personella förutsättningar att nå i stort sett samtliga intravenösa missbrukare med provtagning och motivationsinsatser. Det krävs nu kraftfulla insatser för att narkomanvårdens utökade kontakter med missbrukarna skall få bestående resultat. Vården måste bli mer lättillgänglig för de missbrukare som söker eller kan motiveras att söka behandling. Flera behandlingshem som är inriktade på särskilda gruppers vårdbehov bör inrättas. Socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens och kriminalvårdens insatser måste i större utsträckning samordnas. Resurser måste tillskapas så att tvångsvårdslagstiftningen kan användas i de fall den är tillämplig. Innehållet i tvångsvården måste utvecklas.

Medlen, som jag kommer att föreslå skall anvisas till fortsatta förebyggande insatser mot AIDS, bör i den del de avser narkomanvården användas till utvecklingsinsatser inom de områden jag anger i det följande.

5.4.1 Utbildning av personal inom narkomanvården

Narkomanvården är en verksamhet som ställer särskilda krav på personalen. Inom få vårdområden är t.ex. debatten om vad som skall göras, vilken be-

handling som är bäst och vilka förebyggande åtgärder som skall vidtas, så livlig som inom narkomanvården. En intensiv bevakning från massmedier av vårdområdet bidrar också till att narkomanvården ofta står i blickpunkten. Sedan HIV började spridas bland missbrukare har narkomanvårdens personal blivit än mer utsatt. Krav ställs på en snabb utveckling till mer offensiva arbetsmetoder och på att de mest utslagna och minst motiverade missbrukarna skall nås. Nya modeller skall utvecklas för samarbetet med andra samhällsorgan, vilket initialt kan vara förenat med en rad problem. Arbetet med de HIV-positiva missbrukarna ställer också högre krav på personalen.

Det ökade trycket på narkomanvården har bl.a. resulterat i svårigheter att rekrytera personal liksom i en ökad s.k. "utbränning" av personal. Många av de nyetablerade narkomanvårdsenheterna har till stor del personal utan långvarig erfarenhet från vård av tunga missbrukare.

För att underlätta personalrekryteringen och för att stödja personalen att utveckla sitt arbete krävs omfattande fortbildnings- och handledningsinsatser. Kommuner och landsting har ansvar för att sådana insatser kommer till stånd. För att hjälpa de kommunala huvudmännen att initiera sådana insatser bör vissa statliga medel övergångsvis ställas till förfogande. Jag avser att föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med kommun- och landstingsförbunden samt kriminalvårdsstyrelsen utveckla ett underlag för huvudmännens insatser i dessa avseenden. Programmet bör anpassas efter olika personalgruppers behov liksom till de olika regionala förutsättningarna och behoven.

5.4.2 Metodutveckling inom den öppna vården

Genom statligt stöd har många kommuner utvecklat sitt öppenvårdsarbete för narkotikamissbrukare. De flesta större kommuner har nu specialiserade öppenvårdsenheter. Ett stort antal mindre kommuner får stöd genom de olika regionala samordningsprojekten. Det finns dock fortfarande områden i landet där man saknar specialiserade enheter. Statligt stöd bör därför även i fortsättningen utgå till planering och projektering av nya öppenvårdsenheter. Fortsatt stöd bör också utgå till de regionala samordningsprojekten och till samordnande insatser mellan mindre kommuner för att utveckla öppenvården.

Resurser bör vidare ställas till förfogande för en utveckling av den öppna vården för narkotikamissbrukare. Även om det skett en förbättring av öppenvårdens arbete finns det behov av fortsatta utvecklingsinsatser. En större del av narkomanvårdens resurser måste avdelas för uppsökande verksamhet. Den specialiserade öppenvården måste i högre utsträckning inrikta sin verksamhet på grupper som är strategiska från smittskyddssynpunkt. Samtidigt är det viktigt att former för en långsiktig behandling i öppenvården utvecklas. Stöd bör utgå till projekt som syftar till att utveckla metoder för att nå särskilt utsatta grupper. Sådana grupper kan vara prostituerade missbrukare, HIV-positiva missbrukare och missbrukare med allvarliga psykiska störningar.

Narkomanvården kan inte nå och rehabilitera alla intravenösa missbrukare utan att ha ett väl fungerande samarbete med sjukvård, kriminalvård, polis, arbetsförmedling och frivilliga organisationer. Särskilt viktigt är ett väl utvecklat samarbete mellan socialtjänst och kriminalvård.

Så gott som alla narkotikamissbrukare som utvecklat ett tungt missbruk aktualiseras förr eller senare – för det mesta återkommande – inom kriminalvården. En stor del av de intagna vid häkten och kriminalvårdsanstalter är narkotikamissbrukare. Många av dessa har ingen behandlingskontakt inom socialtjänsten.

Genom ett utvecklat nära samarbete med kriminalvården har narkomanvården möjligheter att nå en stor andel av de tunga narkotikamissbrukarna. Detta har varit utgångspunkten för de samordningsprojekt som initierats mellan socialtjänst och kriminalvård. Som jag anfört tidigare har ett hundratal projekt startats på häkten, anstalter och inom frivården.

De projekt som nu pågår är till stora delar försöksprojekt. Det är angeläget att erfarenheterna från projekten integreras i såväl socialtjänstens som kriminalvårdens reguljära verksamhet. Socialtjänsten bör ha fortlöpande och väl utbyggda kontakter med kriminalvården i syfte att nå missbrukare på häkten, anstalter och inom frivården för olika motivations- och behandlingsinsatser.

En förutsättning för att socialtjänstens insatser skall ge resultat är att det finns kompetens och resurser för motivationsarbete inom kriminalvården. Kriminalvården har under de senaste åren genomfört en snabb och konsekvent uppbyggnad av insatser för narkotikamissbrukare. Samtliga regioner och riksanstalter har utarbetat särskilda åtgärdsplaner. En omfattande utbildningsverksamhet har genomförts och kontrollinsatserna för att förhindra införsel av narkotika på anstalterna har intensifierats.

Som jag anfört tidigare har kriminalvårdsstyrelsen fått stöd från anslaget Särskilda medel för bekämpningen av AIDS för att stärka motivationsarbetet på häkten, anstalter och inom frivården. Stöd har också utgått för att utöka testverksamheten. Det är angeläget att detta arbete nu intensifieras och sprids vidare inom kriminalvården. Målet bör vara att varje missbrukare utsätts för en intensiv påverkan att upphöra med sitt missbruk och att samtliga intagna också fortsättningsvis erbjuds provtagning.

Det är viktigt att häktningstiden tas till vara på ett effektivare sätt än vad som sker för närvarande. Konkreta behandlingsåtgärder, t.ex. i form av en vistelse utanför anstalt enligt 34 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, bör förberedas redan under denna tid. Man bör sträva efter att, om övriga förutsättningar är uppfyllda, få till stånd sådana placeringar förhållandevis tidigt under straffverkställighetstiden. Detta förutsätter ett närmare samarbete mellan häkte, frivård och socialtjänst liksom att häktespersonalen får ökade möjligheter att delta aktivt i motivationsarbetet. Denna inriktning av arbetet på häktena är också betydelsefull för en tillämpning av den s.k. kontraktsvården som gäller fr.o.m den 1 januari 1988.

Det motivationsskapande arbetet måste utvecklas ytterligare på såväl lokalanstalterna som de slutna riksanstalterna. De särskilda satsningar som

gjorts på ett tiotal av dessa anstalter bör fortsätta och utvidgas till att omfatta även andra anstalter. För att möjliggöra detta bör särskilda program för utbildning och handledning genomföras. Vidare bör kraftfulla satsningar göras för att öka antalet § 34-placeringar. Kriminalvården bör vidare fortsätta att utveckla sina insatser för att kunna ge det stöd och den vård HIV-positiva missbrukare är i behov av.

Även frivården har kontakt med många tunga narkotikamissbrukare, liksom med ett ökat antal HIV-positiva missbrukare. Särskilda metodutvecklingsprojekt har startats i syfte att förstärka samarbetet mellan socialtjänst och frivård. Ett sådant samarbete är nödvändigt för att förhindra dubbelarbete och för att de gemensamma resurserna skall utnyttjas effektivare. Det är därför viktigt att det påbörjade utvecklingsarbetet inom detta område får fortsätta.

Sammanfattningsvis bör särskilda resurser avsättas för insatser för narkotikamissbrukare inom kriminalvården. Medel bör utgå både till förstärkta insatser för narkotikamissbrukarna inom kriminalvården och till projekt inom socialtjänsten, som syftar till en förstärkt samverkan med kriminalvården.

Jag har beträffande förslagen i fråga om kriminalvården samrått med chefen för justitiedepartementet.

Det andra samarbetsområde jag vill peka på gäller narkotikamissbrukare med allvarliga psykiska störningar. En undersökning gjord i Stockholm, liksom annat material, tyder på att denna grupp ökar i omfattning. Det är också en grupp med mycket stora vårdbehov. Missbrukare med allvarliga psykiska störningar faller ofta mellan socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområden. Inom narkomanvården saknas såväl kompetens som resurser för psykiatrisk behandling. Psykiatrin saknar å sin sida i stor utsträckning kompetens för narkomanvård. Konsekvensen är att missbrukare med allvarliga psykiska störningar inte får den behandling som krävs. Sammantaget finns endast ett par behandlingshem som är inriktade på vård av denna grupp. Socialberedningen har i sitt betänkande (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget diskuterat detta allvarliga problem. Senare i vår avser jag att föreslå regeringen att förelägga riksdagen en proposition med anledning av socialberedningens betänkande. Jag får då anledning att återkomma till frågan om de psykiskt störda missbrukarna.

5.4.4 Utveckling av institutionsvården

Det finns omkring 1 000 platser på sådana frivilliga behandlingshem som huvudsakligen är avsedda för vård av vuxna narkotikamissbrukare. Utbyggnaden av den öppna narkomanvården liksom förstärkta motivationsinsatser inom kriminalvården har lett till att efterfrågan på behandlingshemsplatser ökat kraftigt.

Sammantaget har ett hundratal behandlingshemsplatser tillkommit under det senaste året. Samtidigt har emellertid ett antal behandlingshem stängt till följd av personalbrist varför den reella ökningen är begränsad.

Bristen på behandlingshemsplatser är mycket allvarlig. Den innebär bl.a. risker för att öppenvårdens och kriminalvårdens motivationsarbete inte kan följas upp.

Det är stora problem förknippade med etablering av nya behandlingshem. Hemmen skall projekteras, fastigheter skall köpas och personalgrupper rekryteras. Denna process kan ta lång tid. Statligt stöd bör därför kunna användas för att påskynda arbetet att inrätta nya behandlingshem. Stöd bör i första hand utgå till sådana hem som främst är inriktade på eftersatta målgrupper. Härmed avses prostituerade missbrukare, andra tungt belastade och omotiverade missbrukare, missbrukare med allvarliga psykiska störningar och missbrukare som kan placeras enligt 34 § lagen om kriminalvård i anstalt. Bidraget bör vara av engångskaraktär och täcka kostnader för projektering och anordning. Bidrag bör också kunna utgå för utveckling av befintliga behandlingshem för att de skall kunna inrikta sin verksamhet på målgrupper som är viktiga från smittskyddssynpunkt.

Stöd bör också utgå för att utveckla kompetens för narkomanvård på sjukhusenheter på vilka missbrukare har tagits in enligt smittskyddslagen. Hittills har fem missbrukare tagits in på sjukhus enligt smittskyddslagen. För vård enligt dessa bestämmelser behövs det särskilda enheter som har kompetens och resurser för tvångsomhändertagande. Där bör också finnas såväl psykiatrisk kompetens som resurser för att kunna motivera missbrukare till frivillig vård. Ett fast samarbete bör etableras med behandlingshem som är beredda att ta emot sjukhusintagna missbrukare enligt de bestämmelser i smittskyddslagen som trädde i kraft den 1 januari 1987.

HIV/AIDS-epidemin har bidragit till att ställa de tyngsta narkotikamissbrukarna och deras vårdbehov i blickpunkten. I åtskilliga av dessa fall fordras att samhället ingriper med tvång för att försöka stoppa missbruket. I ett sådant läge måste adekvata vårdresurser finnas. Eftersom det gäller människor med svårartade problem måste höga kvalitativa krav ställas på de institutioner som skall ta emot dessa missbrukare. Särskilda krav bör ställas på att dessa institutioner ingår i en planerad vårdkedja.

Som jag anfört tidigare har socialberedningen pekat på behovet av en snabb utbyggnad av resurserna för LVM-vård av narkotikamissbrukare. De tillgängliga vårdresurserna, särskilt när det gäller hemmen för särskilt noggrann tillsyn enligt 18 § LVM, är i dagsläget klart otillräckliga i förhållande till behoven. Bristerna är särskilt markanta i storstadsområdena men finns även i andra delar av landet. En noggrann planering av utbyggnaden fordras vad gäller såväl den fysiska placeringen som innehåll och metodutveckling. Socialstyrelsen har ett särskilt ansvar – i samverkan med de båda kommunförbunden – för dessa planeringsinsatser.

Jag anser att situationen är så allvarlig att det krävs statliga insatser för att påskynda den nödvändiga utbyggnaden av LVM-vården. Särskilda medel bör därför anvisas för bidrag till § 18-institutioner utöver det nu utgående statsbidraget till missbrukarvård m.m. Jag kommer i det följande, under avsnittet 8. Anslagsfrågan, att föreslå att 35 milj. kr. beräknas för ändamålet för budgetåret 1988/89. Jag avser att under våren 1988 återkomma till den närmare inriktningen av bidraget och därmed sammanhängande frågor i förslag till proposition om ändringar av LVM m.m.

Det särskilda statliga stöd, som under innevarande och föregående budgetår har utgått till huvudmännen för att stimulera offensiva insatser inom narkomanvården, har resulterat i en omfattande utbyggnad och utveckling av vårdsektorn. Det är nu viktigt att dokumentera effekterna av denna utveckling. Huvudmännen bör få underlag för beslut om fortsatta insatser. De olika huvudmännen bör också få möjlighet att tillgodogöra sig erfarenheter från andra huvudmän.

Socialstyrelsen planerar ett omfattande dokumentationsprogram. Särskilda skrifter planeras om försöksprojekt inom olika områden. I programmet ingår också produktion av videofilmer om centrala projekt och seminarier för att sprida erfarenheter. Stöd bör utgå för att genomföra detta program.

Stöd bör också utgå till andra dokumentations- och uppföljningsinsatser. För att huvudmännen skall kunna vidta lämpliga åtgärder krävs kontinuerliga mätningar av missbrukets omfattning och karaktär. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har det centrala ansvaret att följa alkohol- och narkotikamissbrukets utveckling. CAN bör få i uppdrag att utarbeta ett program för lokala och regionala studier om missbruksutvecklingen liksom om missbruksmönster bland narkotikamissbrukare.

Stockholms kommun har utvecklat ett rapporteringssystem för hur många och vilken typ av missbrukare olika vårdenheter har kontakt med. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att stödja andra huvudmän att utveckla liknande system.

5.5 Vissa frågor aktuella inom narkomanvården

Jag vill i detta sammanhang beröra ytterligare två frågor som är aktuella inom narkomanvården.

5.5.1 Tillgång till sprutor och kanyler

I debatten har krav ställts på att missbrukare – för att motverka spridningen av HIV-smitta inom gruppen – skall få fri tillgång till sprutor och kanyler.

Grundvalen för svensk narkotikapolitik är att samhället aldrig skall acceptera någon form av narkotikamissbruk. För att denna politik ytterligare skall klargöras har regeringen föreslagit att också bruket av narkotika skall falla inom det straffbara området (prop. 1987/88:71). Om samhället samtidigt tillhandahåller fria sprutor och kanyler måste tilltron till narkotikapolitiken försvagas.

Huruvida ett frisläppande av sprutor och kanyler verkligen skulle medföra långvarigt gynnsamma effekter från smittspridningssynpunkt är i hög grad omvistat. Det bör noteras att antalet HIV-smittade och AIDS-sjuka missbrukare är mycket stort i flera av de länder där det finns fri tillgång till sprutor och kanyler.

En organiserad försöksverksamhet med utdelning av sprutor har emellertid inletts vid S:t Lars sjukhus i Lund. Inom denna verksamhet har antalet

narkotikamissbrukare som får sprutor ökat kraftigt under kort tid. I december 1986 fick 6 personer sprutor och i september 1987 hade antalet ökat till 360 personer.

Socialutskottet behandlade i april 1987 frågan om tillhandahållande av sprutor och kanyler. I utskottets betänkande (SoU 1986/87:19, rskr. 187) uttalades bl.a. följande: "Utskottet kan inte acceptera att verksamheten i Lund utökas eller att liknande verksamheter inleds på andra håll i strid med strävandena inom narkotikapolitiken. Skulle detta bli aktuellt anser utskottet att en författningsreglering måste övervägas. Utskottet förutsätter att regeringen liksom även socialstyrelsen nog kommer att följa utvecklingen och om så erfordras tar initiativ till lagstiftningsåtgärder."

I oktober 1987 diskuterade AIDS-delegationen frågan och beslöt att göra följande uttalande:

"AIDS-delegationen uttalar att en vetenskaplig utvärdering av försöket med utdelning av rena sprutor i Malmöhus läns landsting bör genomföras omgående. I avvaktan på denna utvärdering bör ingen utvidgning av liknande verksamheter ske i övriga landet.

Socialstyrelsen bör snarast tillskriva närmast berörda kliniker i landet och informera om detta ställningstagande. Socialstyrelsen bör i sammanhanget även redovisa riksdagens uttalande i frågan."

Socialstyrelsen har nyligen avgivit en skrivelse med detta syfte.

Den vetenskapliga utvärderingen planeras vara färdig under våren 1988. Utvärderingen kommer att presenteras i AIDS-delegationen. Jag anser att delegationen därefter bör ta ställning till behovet av ytterligare åtgärder.

5.5.2 Förskrivning av metadon

Min bedömning: Den av socialstyrelsen nyligen beslutade utökningen av antalet personer som skall kunna få metadonbehandling innebär inte att narkomanvårdens inriktning förändras. Målet för narkomanvården är drogfrihet och vården skall som hittills i huvudsak vara drogfri.

Skälen för min bedömning: Sedan år 1983 är underhållsbehandling med metadon en etablerad behandlingsmetod. Behandlingen är koncentrerad till Ulleråkers sjukhus. En enhet har inrättats vid S:t Görans sjukhus som tar över behandlingskontakterna med patienter som ställs in på metadon.

Fram till i december 1987 kunde enligt socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1983:2) 150 patienter ingå i programmet. Socialstyrelsen har gjort en granskning av metadonprogrammet (PM 174/87 Granskning av metadonbehandlingsprogrammet).

Efterfrågan på metadonbehandling har växt under de senaste åren. Under år 1987 ökade antalet personer på väntelistan till programmet kraftigt. I december 1987 fanns 140 missbrukare som väntade på besked om metadonbehandling. Under det senaste året har Ulleråkers sjukhus effektiviserat in-

ställningsverksamheten. I början av år 1987 fanns 90 patienter i programmet och i december hade antalet utökats till 142 patienter.

På grundval av ett förslag från en arbetsgrupp i socialstyrelsen diskuterade AIDS-delegationen i december 1987 frågan om en eventuell utvidgning av metadonprogrammet. AIDS-delegationen gjorde då följande uttalande: "AIDS-delegationen anser det befogat att utöka antalet missbrukare som kan få metadonbehandling från 150 till 300 personer. Delegationen anser också att inställning på metadon inte bara skall kunna ske i Uppsala utan också i Stockholms och – i begränsad omfattning – Malmöhus län.

Urvalet av klienter bör ske med stor restriktivitet och följa de kriterier och riktlinjer som utvecklats i Ulleråkersprogrammet och som belyses i socialstyrelsens PM 174/87 Granskning av metadonbehandlingsprogrammet.

I respektive landsting bör i första hand en bestämd narkomanvårdsenhet inom psykiatri sköta inställningen och den uppföljande behandlingen. Detta bör regelmässigt ske i nära samverkan med socialtjänsten i berörda kommuner. Socialstyrelsen bör noga följa verksamheten. Styrelsen bör årligen lämna en redogörelse för metadonprogrammets utveckling."

Efter AIDS-delegationens diskussion har socialstyrelsen beslutat att utfärda föreskrifter i enlighet med delegationens uttalande och med giltighet från den 1 februari 1988.

Jag vill här också understryka att socialstyrelsens beslut inte skall innebära en förändring av narkomanvårdens inriktning. Målet för narkomanvården är drogfrihet och vården skall som hittills i huvudsak vara drogfri.

5.6 Psykosocialt stöd

Min bedömning: HIV-smittade och AIDS-sjuka patienter skall ges ett fullgott medicinskt omhändertagande och ett lika gott psykosocialt stöd. Sjukvårdshuvudmännen har enligt hälso- och sjukvårdslagen ett ansvar för det psykosociala omhändertagandet. Bidrag bör utgå till olika organisationers insatser för psykosocialt stöd.

Skälen för min bedömning: Socialstyrelsen har utfärdat allmänna råd om psykosocialt omhändertagande av HIV-smittade inom hälso- och sjukvården. De särskilda behoven av psykosocial stödverksamhet till AIDS-sjuka och HIV-smittade har också uppmärksammats av sjukvårdshuvudmännen. Inom t.ex. Stockholms läns landsting har inrättats en särskild mottagning för psykosocialt stöd till homo- och bisexuella män.

Inom socialstyrelsen har bedrivits ett särskilt projekt i fråga om psykosocialt stöd till och kartläggning av de HIV-smittade blödarsjukas behov. Erfarenheterna är tillämpliga för psykosocialt stöd även till andra grupper.

De psykosociala vårdresurserna bör förstärkas vid bl.a. infektionskliniker, STD-mottagningar och särskilda andra kliniker som vårdar HIV-smittade och AIDS-sjuka. Den närmare organisationen bör givetvis anpassas till de olika behov och förhållanden som råder inom varje enskilt landstingsom-

råde. Det är också viktigt att socialtjänsten uppmärksammar behovet av psykosocialt stöd inom missbrukarvården.

Förutom det psykosociala stödet till HIV-smittade och AIDS-sjuka bör ett särskilt stöd också ges anhöriga och även sjukvårdspersonal.

Många frivilligorganisationer gör betydande insatser för att stödja HIV-smittade och deras anhöriga. RFSL har sedan lång tid bedrivit en rådgivningsverksamhet. Föreningen Noaks Ark har under senaste året vuxit mycket snabbt och kan nu också erbjuda många drabbade ett kvalificerat stöd. Noaks Ark har utbildat 70 volontärer för särskilda stödinsatser. Man har också kontakt med många kliniker och erbjuder en direktkontakt med patienter som meddelas ett HIV-positivt testresultat.

Det psykosociala stödet till HIV-smittade är viktigt att utveckla också inom arbetslivet. Den kamrattstödjande verksamhet som bedrivs inom fackliga organisationer är enligt min mening en viktig resurs. HIV-smittade måste kunna fortsätta sin yrkesverksamhet och behöver därför ett starkt stöd av sina arbetskamrater.

Ansvaret att erbjuda HIV-smittade och AIDS-sjuka patienter ett kvalificerat psykosocialt omhändertagande åvilar enligt hälso- och sjukvårdslagen de enskilda landstingshuvudmännen. Även kommunerna måste inom socialtjänsten ägna större uppmärksamhet åt psykosocialt stöd riktat till narkotikamissbrukare. Anhörigas situation bör uppmärksammas. Det psykosociala stödarbete som bedrivs av frivilliga och intresseorganisationer genom kontaktgrupper, stödsamtal och olika slags sociala aktiviteter är ett viktigt komplement till den omvårdnad som sker inom hälso- och sjukvården. Inom olika organisationer kan HIV-smittade träffa andra människor som har samma livssituation och erfarenhet. Bidrag bör liksom hittills kunna utgå till intresse- och frivilligorganisationers insatser för psykosocialt stöd. Bidraget skall ses som ett komplement till den stödverksamhet som kommuner och landsting har ett ansvar för. Det professionella psykologiska stödet får aldrig ersättas av enbart en ideellt grundad stödverksamhet. Jag anser att särskilda forskningsinsatser för att utveckla formerna för en väl fungerande stödverksamhet bör stimuleras.

5.7 Forskning och utveckling

Min bedömning: Den medicinska forskningen i Sverige kring HIV/AIDS bör på olika sätt främjas. Bl.a. bör en viss del av medlen under femte huvudtiteln till insatser mot AIDS avsättas för stöd till medicinsk forskning. Vidare bör medel avsättas till samhälls- och beteendevetenskaplig forskning kring HIV/AIDS. Detta är särskilt viktigt när det gäller att få ett underlag för det epidemiologiska arbetet.

Skälen för min bedömning: I regeringens proposition 1985/86:171 om särskilda medel för bekämpningen av AIDS anmälde jag behov av att intensifiera forskningen om sjukdomstillståndet AIDS i syfte att snabbt få fram ett vaccin eller ett botemedel mot sjukdomen. I Sverige finns en hög kompetens

inom den HIV/AIDS-relaterade forskningen som främjas av vårt internationella utbyte med forskargrupper i USA. Den svenska forskningen bör kunna aktivt bidra till att utveckla forskning på området.

I juli 1986 fick en särskilt utredare, professor Hans Wigzell, i uppdrag av regeringen av utreda förutsättningarna för ett svenskt forskningsprogram för bekämpningen av sjukdomen AIDS. I uppdraget ingick att inventera förutsättningarna för ett svenskt forskningsprogram rörande dels vaccin, dels läkemedel för behandling av sjukdomen samt möjligheterna för klinisk prövning. I uppdraget ingick också att kartlägga behovet av utrustning och lokaler samt utbildning m.m. Vidare skulle utredaren redovisa kunskapsläget inom högskoleforskningen, SBL och läkemedelsindustrin samt bedöma den svenska forskningens ställning internationellt på området.

Vid sin redovisning av uppdraget i en rapport den 30 september 1986 tillstyrkte utredaren uppförandet av ett säkerhetslaboratorium för produktion av HIV-antigen i större skala vid SBL.

Utredaren konstaterade vidare att Sverige trots sin ringa befolkning svarar för en icke oväsentlig del av den medicinska forskningen. Vad gäller AIDS-forskningens centrala områden, som vaccinutveckling, immunologi och antivirala läkemedel, har Sverige en hög vetenskaplig kompetens och kunskapsnivå. Svenska forskare inom immunologi och vaccinforskning har i konkurrens med amerikanska sökande fått ett kraftigt stöd från statliga myndigheter i USA för sin AIDS-forskning. Svenska forskare inom virologi och patologi har genomfört forskning av hög internationell standard.

Stödet till den medicinska forskningen i Sverige har ökat väsentligt under budgetåren 1986/87 och 1987/88. Medicinska forskningsrådet (MFR) som sorterar under utbildningsdepartementet ansvarar för det direkta stödet till den medicinska forskningen. Styrelsen för teknisk utveckling (STU) som sorterar under industridepartementet ansvarar för utveckling och forskning, som kan leda till industriella produktioner på lång sikt. Vidare ger Industriefonden lån på olika villkor, bl.a. till läkemedelsbolag för att underlätta risktagande. Därtill har socialdepartementet givit ett ekonomiskt stöd från det särskilda AIDS-anslaget till MFR för att möjliggöra extra insatser inom AIDS-forskningen. Forskning och utveckling bedrivs också inom ramen för SBL:s verksamhet.

MFR har beslutat dela ut 4,3 milj. kr. under budgetåret 1987/88 i ekonomiskt stöd till AIDS-forskning. STU har också lämnat stöd till AIDS-forskningen och beslutat att satsa totalt 12 milj. kr. under budgetåret 1987/88 som sådant stöd. Industriefonden har överläggningar med svenska läkemedelsföretag om stöd till "riskprojekt" i relation till AIDS. Socialdepartementet har hittills stött MFR:s AIDS-forskning med totalt 3 milj. kr. Utöver detta har regeringen beslutat att uppföra ett säkerhetslaboratorium vid SBL. Den totala kostnaden för uppförande och utrustande av detta laboratorium har beräknats till ca 20 milj. kr. Till detta får läggas de driftkostnader som inte kan täckas med intäkter. Dessa uppskattas till ca 2 milj. kr. årligen. Jag återkommer till frågan om säkerhetslaboratoriet. Svensk forskning på området får av finansärer i USA stöd med motsvarande drygt 2 milj. kr. per år. Även läkemedelsindustrin i Sverige har satsat på forskning kring antivirala läkemedel.

Stödet från olika finansiärer till forskningen i Sverige inom området beräknas uppgå till totalt ca 30 milj. kr. under budgetåret 1987/88. Jag räknar med att viss del av socialdepartementets anslag till insatser mot AIDS även fortsättningsvis skall kunna avsättas för stöd till denna medicinska forskning.

Forskning som inriktas på de samhälls- och beteendevetenskapliga aspekterna på HIV/AIDS-epidemin blir alltmer angelägen. Jag har därför tagit initiativ till sådan forskning genom att avsätta medel från de särskilda AIDS-medlen under 1986/87 till samhälls- och beteendevetenskaplig forskning av betydelse för HIV/AIDS-problematiken. Som jag berört tidigare har beslut om att stödja viss sådan forskning fattats i socialdepartementet.

Jag vill i detta sammanhang erinra om hur väsentlig sådan forskning är som underlag för det epidemiologiska arbetet. Jag har tidigare understrukt behovet av en intensifierad kartläggning av smittspridningen. Det är också angeläget att finna metoder för att bedöma förändringar i det sexuella beteendet i riktning mot större ansvarstagande.

Medel till den HIV/AIDS-relaterade samhälls- och beteendevetenskapliga forskningen bör emellertid i framtiden kanaliseras via delegationen för social forskning.

I redovisningen av uppdraget att utreda förutsättningarna för ett svenskt forskningsprogram om AIDS föreslår utredaren att initiativ bör tas för att bilda en riksförening, som arbetar för att stödja forskning mot AIDS. Härigenom kan också åstadkommas ett breddat folkligt engagemang i kampen mot AIDS.

6 Extra bidrag till landsting och kommuner

Mitt förslag: För att stödja smittskyddsarbetet inom landsting och kommuner föreslås att ett extra bidrag för år 1988 skall lämnas till de landsting och kommuner där HIV-smittan är särskilt utbredd. Bidraget skall uppgå till sammanlagt 85 milj. kr. och fördelas med 35 milj. kr. till Stockholms läns landsting, med 20 milj. kr. till Stockholms kommun och med 10 milj. kr. till vardera Göteborgs kommun, Malmö kommun och Malmöhus läns landsting. Det extra bidraget skall användas för vissa specificerade insatser. Bidraget betalas ut i sin helhet i juli 1988. Ett extra bidrag föreslås lämnas för år 1989 med 120 milj. kr.

Skälen för mitt förslag: Spridningen av HIV-smittan är fortfarande i stor utsträckning koncentrerad till Storstockholmsområdet. Spridningen sker även i Malmö och Göteborg. Ett särskilt ansvar vilar på huvudmännen i de tre storstadsområdena. Ett effektivt smittskyddsarbete inom dessa de mest utsatta områdena gagnar övriga huvudmän i landet.

Det är enligt min mening angeläget att staten medverkar till förstärkta smittskyddsåtgärder i de berörda områdena. Ett bidrag för särskilda insatser inom smittbekämpningen under åren 1988 och 1989 bör utgå. Sammanlagt

85 milj. kr. bör fördelas mellan huvudmännen i områdena som sådant extra bidrag för år 1988. För år 1989 bör totalt 120 milj. kr. fördelas som extra bidrag. Efter år 1989 skall enligt min mening resp. huvudman överta finansieringsansvaret för de insatser som planerats och genomförts och för vilka extra statliga medel utgått.

De huvudmän som erhåller det extra bidraget för år 1988 skall före den 1 juli 1988 redovisa en plan för de förebyggande åtgärderna.

I planen som skall inlämnas till socialstyrelsen bör ingå en redovisning av egna informations- och utbildningsinsatser som riktas till allmänheten och till särskilda grupper med riskbeteende. Stödet till frivilligorganisationers informationsarbete och till psykosocial stödverksamhet bör ingå i planen.

Insatserna inom narkomanvården skall specificeras och avse bl.a. förstärkta resurser för den öppna narkomanvården samt åtgärder för förbättrade avgiftnings- och behandlingsinsatser. Ett allmänt krav för att erhålla bidrag skall vara att landstingen följer AIDS-delegationens rekommendationer i vad avser en utbyggd HIV-testning.

Socialstyrelsen har ansvar för prövningen och uppföljningen av de planer som huvudmännen presenterar. Bidraget bör betalas ut i sin helhet under juli 1988.

Kostnaderna för det extra bidraget för år 1988 bör enligt min mening belasta det nya reservationsanslag, benämnt A 5. Insatser mot AIDS, som jag kommer att föreslå under avsnittet Anslagsfrågan.

Förslag om anvisande av medel till det extra bidraget för år 1989 kommer jag att lägga fram i samband med anslagsberäkningen för budgetåret 1989/90.

7 Vissa frågor

7.1 Säkerhetslaboratorium inom statens bakteriologiska laboratoriums område

Sverige har genom sin framstående forskning inom medicin och bioteknik stora möjligheter att bidra till forskningsinsatserna för att utveckla vaccin och läkemedel mot HIV.

Forskningen på området främjas i hög grad om HIV-antigen tillverkas inom landet i tillräckligt stor omfattning. Behovet har påtalats av professor Hans Wigzell i den rapport som lämnats på regeringens uppdrag och som jag berört i det föregående.

Byggnadsstyrelsen har mot denna bakgrund i juni 1987 hemställt om uppdrag att utföra ett säkerhetslaboratorium inom området för SBL för 14,3 milj. kr. i prisläget den 1 januari 1987. Laboratoriet skall användas för att framställa HIV-antigen för forskningen och för den testning beträffande HIV-smitta som bedrivs i Sverige. Inom laboratoriet kan även utprovning av nya läkemedel mot HIV m.m. mot ersättning utföras åt den svenska läkemedelsindustrin. Produktion av HIV-antigen avses också kunna ske för vissa biståndssändamål, t.ex. inom ramen för WHO:s och SIDA:s program för Afrika.

Med hänsyn till det stora behovet av HIV-antigen för såväl diagnostik som forskning bör nämnda säkerhetslaboratorium komma till stånd snarast möjligt. Regeringen har därför den 10 september 1987 lämnat ett uppdrag åt byggnadsstyrelsen att projektera och utföra laboratoriet i huvudsaklig överensstämmelse med redovisat förslag inom en kostnadsram av högst 14,3 milj. kr. i prisläget den 1 januari 1987, inberäknat projekteringskostnaderna för säkerhetslaboratoriet. Projektet inryms i den treårsplan för investeringar, som föreslås i 1988 års budgetproposition (1987/88:100, bil. 9).

7.2 Smittskyddsläkarorganisationen

Jag avser att föreslå regeringen att i en proposition till riksdagen om en ny smittskyddslag förorda att det huvudsakliga ansvaret för smittskyddet läggs på landstingskommunerna. Ansvaret bör omfatta undersökning och behandling av sjuka och andra smittbärare, förebyggande åtgärder, övervakning av smittskyddssituationen, smittspårning samt andra epidemiologiska åtgärder som kräver medicinsk kompetens. Liksom i dag skall det i varje landsting finnas en särskilt utsedd smittskyddsläkare. Kommunernas miljö- och hälso- skyddsnämnder kommer enligt förslaget att liksom nu ha ansvaret för att smittspridning förhindras från livsmedel, vattentäcker, avloppsvatten, ventilationsanläggningar och liknande smittkällor. Jag kommer också att föreslå att regeringen i propositionen lägger fram förslag om en skyldighet för de olika ansvariga instanserna att samverka i arbetet.

I de förslag som jag avser att föreslå regeringen att förelägga riksdagen förstärks smittskyddsläkarens roll. Hans möjligheter att bedriva ett effektivt smittskydd förbättras. En av grundtankarna är att smittskyddsläkaren såväl formellt som reellt skall spela en central roll i smittskyddsarbetet. Utöver mer övergripande uppgifter skall smittskyddsläkaren leda smittskyddsarbetet vid epidemier samt vid behov även i enskilda fall. Han föreslås få rätt att besluta om vissa tvångsåtgärder mot enskilda. Genom sina uppgifter blir smittskyddsläkaren att betrakta som en myndighet. Vidare bör varje verksam läkare liksom för närvarande få uppgifter inom smittskyddet, såsom bl.a. att söka utreda sjukdomens ursprung och smittvägar. Den närmare utformningen av smittskyddsorganisationen ankommer på landstingskommunerna.

Jag har velat redan i detta sammanhang redovisa min avsikt att lägga fram förslag för att stärka smittskyddsläkarorganisationen. Jag återkommer senare till dessa frågor i mina förslag till regeringen om en proposition angående en ny smittskyddslag.

7.3 Organisation och ledning av arbetet med att bekämpa HIV/AIDS

Regeringen inrättade i maj 1985 en delegation, AIDS-delegationen, med uppgift att samordna arbetet inom alla samhällets områden för att begränsa spridningen av HIV. I delegationen i vilken jag är ordförande ingår företrädare för samtliga riksdagspartier, berörda myndigheter och huvudmän samt för forskningen.

AIDS-delegationen fick av regeringen – förutom den övergripande uppgiften att samordna arbetet inom alla samhällets områden för att begränsa spridningen av HIV – särskilt i uppgift att

- följa och initiera angelägen forskning på området samt ta initiativ till de åtgärder som detta kan föranleda
- bedöma behovet av och initiera information till riskgrupper, vårdpersonal, allmänheten m.fl.
- bedöma och påtala behovet av omedelbara åtgärder t.ex. frågor om lagstiftning
- identifiera och bedöma angelägna resursbehov.

Till delegationen knöts tidigt två referensgrupper, en med företrädare för berörda organisationer och en med företrädare för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten i de tre storstadsregionerna. I den förra referensgruppen ingår följande organisationer: Föreningen för blödarsjuka i Sverige (FBIS), Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL), Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), Riksförbundet föräldraföreningen mot narkotika (RFMN), Riksförbundet narkotikafritt samhälle (RNS), Venhälsan, LO, TCO och SACO/SR.

I oktober 1987 tillsatte jag efter samråd med chefen för arbetsmarknadsdepartementet en referensgrupp med företrädare för arbetsmarknadens parter.

Allt fler delar av samhället engageras i HIV/AIDS-bekämpningen.

Jag vill här gå närmare in på myndigheternas och huvudmännens ansvar.

AIDS-delegationens uppgifter har jag redogjort för. Delegationen skall t.ex. påtala behovet av omedelbara åtgärder. Bl.a. detta ger riksdagen och regeringen ett underlag för att bedöma resursbehov och fördela medel. Regeringen har lagt på socialdepartementet att disponera de särskilda medlen för bekämpningen av AIDS.

Socialstyrelsen har enligt smittskyddslagen (1968:231) det övergripande ansvaret för att smittskyddet fungerar tillfredsställande, bl.a. vad gäller smittspårning och informationsinsatser. Verket har också det centrala ansvaret för tillsyn, planering, samordning och uppföljning av AIDS-frågor inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten (inklusive narkomanvården). Vidare skall styrelsen bedriva upplysningsverksamhet om bl.a. sex och samlevnad. I propositionen (1979/80:6) om socialstyrelsens uppgifter och organisation m.m. framhålls bl.a. att socialstyrelsen skall stödja informationsarbetet hos huvudmännen genom att förse dem med informationsunderlag.

Statens bakteriologiska laboratorium (SBL) har enligt sin instruktion bl.a. till uppgift att göra undersökningar inom mikrobiologi och epidemiologi, framställa och tillhandahålla vacciner, immunoglobuliner och diagnostiska reagens, följa det epidemiska läget och vidta eller föreslå erforderliga åtgärder. Vidare skall SBL bedriva vetenskaplig forskning samt undervisning och utbildning. Tilläggas kan att man lämnar information om forskning och epidemiologiska resultat.

De 23 landstingen och de landstingsfria kommunerna Gotland, Göteborg och Malmö arbetar dels med förebyggande insatser (t.ex. information på länsnivå), dels med tester, diagnostik av HIV-infektion, behandling av kom-

plikationer och AIDS och dels med psykologiskt stöd till smittade, sjuka och anhöriga. Landstingsförbundets uppgift är att se till att de 26 medlemmarna får goda förutsättningar för att genomföra detta arbete. Det sker bl.a. genom kontakter med centrala myndigheter, förmedling av information och kunskap, rekommendationer om lämpliga åtgärder i AIDS- bekämpningen och stöd till information och fortbildning i landstingen.

Svenska kommunförbundet är en intresseorganisation för landets primärkommuner. Förbundets uppgift är att tillvarata kommunernas gemensamma intressen, främja samverkan dem emellan samt bistå dem i deras verksamhet. Vad gäller AIDS-problematiken tar det sig uttryck i att förbundet medverkar till att kommunerna nås av adekvat material och att förbundet på olika niåver bistår dem vid utbildningen av kommunalt anställd personal.

Landsting och kommuner ser inom sina resp. ansvarsområden till att informationsinsatser initieras, planeras och genomförs utifrån de regionala och lokala behov som finns. Den ansvarsbilden bör stå fullkomligt klar.

Landsting, kommuner och myndigheter bedriver en bred och omfattande verksamhet kring HIV-smitta och AIDS inom sina områden. Överallt i samhället görs omfattande, i många fall uppoffrande insatser, i syfte att begränsa smittans utbredning. Olika frivilligorganisationer spelar en allt viktigare roll i arbetet.

Genom att samhällets aktiviteter ytterligare behöver intensifieras och allt fler delar av samhället omfattas måste det ske en förbättrad samordning. Rollfördelningen mellan dem som har viktiga uppgifter när det gäller att bekämpa AIDS kan behöva att i vissa delar förtydligas. Uppgifter tillkommer som måste fördelas på myndigheter, kommuner, landsting och organisationer. Uppgifterna bör fördelas på ett klart och tydligt sätt mellan dem som har ansvar för de olika åtgärderna.

Genom att HIV/AIDS-epidemin fått en global spridning blir de internationella frågorna av allt större betydelse. Internationellt samarbete pågår i dag inom en rad olika områden, främst beträffande medicinsk forskning. WHO utvecklar inom ramen för sitt särskilda AIDS-program en rad viktiga verksamheter. Även Europarådet har utökat sitt engagemang i frågan. Kunskaps- och erfarenhetsutbytet med enskilda länder kommer att väsentligt ökas. Ur smittspridningssynpunkt är det också angeläget att Sverige ställer krav på internationella insatser och att vi noga följer utvecklingen epidemiologiskt. Sverige står som värd för den fjärde världskonferensen om AIDS i juni 1988. SBL har fått i uppdrag att arrangera konferensen.

Inom Norden finns en särskild Nordisk arbetsgrupp för AIDS-frågor som sorterar under Nordiska ministerrådet. Sekretariatet i den nordiska AIDS-gruppen har knötits till den svenska AIDS-delegationens sekretariat.

8 Anslagsfrågan

I prop. 1987/88:100 (bil. 7) har regeringen föreslagit riksdagen att, i avvaktan på särskild proposition i ämnet, till Särskilda medel för bekämpningen av AIDS för budgetåret 1988/89 beräkna ett reservationsanslag av 80 000 000 kr. Jag återkommer nu till denna anslagsfråga.

Jag har vidare vid min anmälan av förslagsanslaget Bidrag till missbrukarvård m.m. för budgetåret 1988/89 bl.a. anfört att jag avsåg att i propositionen om särskilda insatser mot AIDS återkomma till frågor om bidrag till utbyggnad av vården enligt 18 § lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Jag återkommer nu även till dessa frågor.

Femte huvudtiteln

A. Socialdepartementet m.m.

A 5. Insatser mot AIDS

1986/87	Utgift	52 968 084 ¹	Reservation	22 031 916 ¹
1987/88	Anslag	80 000 000 ¹		
1988/89	Förslag	230 000 000		

¹ Anslaget Särskilda medel för bekämpningen av AIDS.

Från anslaget – som tidigare benämnts Särskilda medel för bekämpningen av AIDS – utgår bl.a. bidrag till olika insatser för bekämpningen av AIDS.

Insatserna skall avse information, psykosocialt stöd samt vård och behandling av narkotikamissbrukare samt motivationsarbete inom kriminalvården. Vidare skall de avse epidemiologiskt arbete samt åtgärder för att begränsa smittspridningen. Från anslaget betalas ut ett extra bidrag till vissa landsting och kommuner. Stöd till utbyggnaden av viss kvalificerad vård för narkotikamissbrukare lämnas också från detta anslag.

Föredragandens överväganden

8.1 Förebyggande insatser

I den av riksdagen antagna propositionen om särskilda medel för bekämpningen av AIDS (prop. 1985/86:171. SoU 25, rskr. 324) beräknades en medelsram om 75 milj. kr. för vart och ett av budgetåren 1986/87 och 1987/88 för att genomföra ett samlat åtgärdsprogram mot AIDS.

Riksdagen har i överensstämmelse härmed för budgetåret 1987/88 anvisat ett reservationsanslag av 80 milj. kr. – varav 5 milj. kr. till forskning m.m. – till A 5. Särskilda medel för bekämpningen av AIDS. Från anslaget bestrids kostnader för särskilda insatser för bekämpningen av AIDS. Insatserna avser – förutom forskning m.m. – information och psykosocialt stöd till berörda riskgrupper m.fl., insatser för att begränsa smittspridningen bland homo- och bisexuella män, insatser för vård och behandling av narkotikamissbrukare samt motivationsarbete inom kriminalvården.

Åtgärdsprogrammet har hittills genomförts planenligt. AIDS-delegationen har samordnat en allmän informationssatsning om HIV/AIDS. Medel har beviljats till frivillig- och intresseorganisationer för informationsinsatser samt insatser avseende psykosocialt stöd till smittade och sjuka personer.

Vissa kommuner och landsting har erhållit bidrag till aktiviteter, som bedömts vara särskilt angelägna i detta sammanhang. Detta gäller inte minst satsningar inom narkomanvården som syftat till att begränsa smittspridningen inom denna grupp med utpräglat riskbeteende. Betydande satsningar har även skett inom kriminalvården med särskilt sikte på de narkotikamissbrukare som avtjänar straff. Jag har i det föregående redogjort för hur arbetet med bekämpningen av HIV/AIDS bör fortsätta och därvid redogjort för olika intensifierade förebyggande åtgärder som bör komma till stånd.

Jag beräknar medelsbehovet för de fortsatta förebyggande åtgärderna – infattande medel till angelägna forskningsändamål, särskilda insatser för information om HIV/AIDS och visst motivationsarbete inom kriminalvården – till 110 milj. kr. för budgetåret 1988/89.

8.2 Vissa baskostnader vid socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium

Under det under femte huvudtiteln för budgetåret 1987/88 upptagna förslagsanslaget E 16. Epidemiberedskap m.m. räknade jag med en gemensam kostnadsram om 18 milj. kr. för SBL och socialstyrelsen. Ramen avsåg baskostnaderna för myndigheternas insatser för att bekämpa spridningen av HIV/AIDS (prop. 1986/87:100, SoU 19, rskr. 187). Regeringen har därefter i juni 1987 föreskrivit att myndigheterna för sin basorganisation m.m. för bekämpning av AIDS skall från nämnda anslag disponera. SBL högst 14 milj. kr. och socialstyrelsen högst 4 milj. kr. Jag har i budgetpropositionen 1988 för budgetåret 1988/89 under ifrågakvarande anslag beräknat ca 14,5 milj. kr. till SBL samt under förslagsanslaget E 1. Socialstyrelsen beräknat ca 4,2 milj. kr. för ändamålet. Jag anser emellertid att socialstyrelsens resurser för AIDS-bekämpningen bör förstärkas genom att styrelsen även erhåller vissa medel från reservationsanslaget Insatser mot AIDS.

8.3 Extra bidrag till landsting och kommuner

Ett extra bidrag för år 1987 har utgått för att stödja smittskyddsarbetet inom de landsting och kommuner, där HIV-smittan är särskilt utbredd (prop. 1985/86:171). Bidraget har utgått med 50 milj. kr. från det under femte huvudtiteln upptagna förslagsanslaget till Bidrag till allmän sjukvård m.m. Såsom jag anfört i det föregående anser jag att motsvarande bidrag bör utgå för år 1988 med ett till 85 milj. kr. förhöjt belopp. Jag har tidigare föreslagit att bidraget fördelas med 35 milj. kr. till Stockholms läns landsting, med 20 milj. kr. till Stockholms kommun och med 10 milj. kr. till vardera Göteborgs kommun, Malmö kommun och Malmöhus läns landsting. Vid mitt förslag har jag tagit hänsyn till vad som är känt om HIV-smittans utbredning och behovet av förebyggande insatser inom resp. storstadsregion. Det extra bidraget skall uteslutande användas för specificerade förebyggande insatser.

Samtliga huvudmän som skall erhålla detta extra statliga bidrag skall före 1 juli 1988 redovisa en plan för de förebyggande insatserna.

Kostnaderna för det extra bidraget bör enligt min mening belasta reservationsanslaget Insatser mot AIDS.

Jag har också tidigare föreslagit att 120 milj. kr. skall utgå som extra bidrag till vissa landsting och kommuner för år 1989. Anvisning av medel för detta bidrag blir dock inte aktuell förrän i samband med anslagsberäkningen för budgetåret 1989/90.

8.4 Bidrag till institutioner för vård enligt 18 § LVM

Såsom stöd till utbyggnaden av vård enligt 18 § LVM bör i överensstämmelse med mina förslag i det föregående beräknas 35 milj. kr. för budgetåret 1988/89.

8.5 Sammanfattning

Jag föreslår således att en medelsram ställs till regeringens förfogande för genomförandet av det samlade handlingsprogram för den fortsatta kampen mot HIV/AIDS som jag redogjort för i det föregående. Jag beräknar medelsbehovet i denna del till 110 milj. kr. för budgetåret 1988/89 vilket innebär en ökning med 30 milj. kr. i förhållande till budgetåret 1987/88. I beloppet ingår medel till forskning och utveckling inom HIV/AIDS-området. Till extra bidrag till vissa landsting och kommuner beräknar jag i enlighet med vad jag tidigare anfört 85 milj. kr. för år 1988, att betalas ut vid ingången till budgetåret 1988/89. Detta är 35 milj. kr. mer än motsvarande bidrag för år 1987. Jag beräknar vidare att 35 milj. kr. behöver anvisas för budgetåret 1988/89 som stöd till utbyggnaden av vård enligt 18 § LVM i överensstämmelse med mina förslag i det föregående.

Medlen bör anvisas under reservationsanslaget Insatser mot AIDS, som ersätter förutvarande reservationsanslag Särskilda medel för bekämpningen av AIDS. Under anslaget föreslås således bli anvisat totalt 230 milj. kr. Till sammans med 18,7 milj. kr., som beräknats i budgetpropositionen 1988 för den verksamhet mot HIV/AIDS, som bedrivs av socialstyrelsen och SBL, föreslås således 248,7 milj. kr. för bekämpningen av HIV/AIDS för nästa budgetår.

9 Hemställan

Med hänvisning till vad jag har anfört hemställer jag att regeringen

1. föreslår riksdagen att till *Insatser mot AIDS* för budgetåret 1988/89 under femte huvudtiteln anvisa ett reservationsanslag av 230 000 000 kr.,

2. bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag har anfört i det föregående om behovet av fortsatta åtgärder mot HIV/AIDS, avseende förebyggande åtgärder, insatser inom narkomanvården, psykosocialt stöd, forskning och motivationsarbete inom kriminalvården samt om ett säkerhetslaboratorium vid statens bakteriologiska laboratorium.

10 Beslut

Prop. 1987/88:79

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för de åtgärder och det ändamål som föredraganden har hemställt om.

Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 4 januari 1988 .	2
1 Inledning	2
2 Allmänna utgångspunkter	3
2.1 HIV-infektionen	3
2.2 Utbredningen av HIV och AIDS	5
2.2.1 Allmänt	5
2.2.2 HIV/AIDS bland homo- och bisexuella	5
2.2.3 HIV/AIDS bland heterosexuella	6
2.2.4 HIV/AIDS bland narkotikamissbrukare	6
3 Samhällets reaktion på hotet från HIV/AIDS	8
4 Hittillsvarande insatser mot HIV/AIDS	10
4.1 Vissa ansvarsförhållanden	10
4.2 Åtgärder inom informationsområdet m.m.	11
4.2.1 Informationen	11
4.2.2 Effekten av informationen	13
4.2.3 HIV-testning	15
4.3 Narkomanvården	16
4.3.1 En offensiv narkotikapolitik	16
4.3.2 En specialiserad öppenvård för narkotikamissbrukare	18
4.3.3 Vården av unga narkotikamissbrukare	18
4.3.4 Omhändertagande av prostituerade narkotikamissbrukare	19
4.3.5 Insatser för narkotikamissbrukare inom kriminalvården	19
4.3.6 Förbättrade möjligheter till avgiftning och behandling av narkotikamissbrukare	20
4.3.7 Utbyggnaden av behandlingshemsplatser för narkotikamissbrukare	20
4.3.8 Utvecklad LVM-vård av narkotikamissbrukare	21
5 Förslag om fortsatta insatser mot HIV/AIDS	21
5.1 Allmänt	21
5.2 Fortsatta informationsinsatser	23
5.2.1 Strategin	24
5.2.2 Allmän information	24
5.2.3 Information till särskilda grupper	25
5.2.4 Information inom arbetslivet	25
5.2.5 Information för att motverka vissa tendenser	26
5.2.6 Ansvar för att ge information	26
5.2.7 AIDS-delegationens roll i informationsarbetet	27
5.2.8 Behovet av epidemiologiskt underlag för beslut om fortsatta informationsåtgärder	27
5.2.9 Sammanfattning	28
5.3 Det epidemiologiska arbetet	28
5.3.1 HIV-testningen i Sverige	28
5.3.2 Ett område för en epidemiologisk satsning	29
5.3.3 Utökad HIV-testning	30

5.3.4	Epidemiologisk forskning	31
5.3.5	Epidemiologisk smittspårning	32
5.3.6	AIDS-delegationens uppgift inom epidemiologi	32
5.4	Fortsatta insatser inom missbrukarvården	33
5.4.1	Utbildning av personal inom narkomanvården	33
5.4.2	Metodutveckling inom den öppna vården	34
5.4.3	Intensifierad samverkan	35
5.4.4	Utveckling av institutionsvården	36
5.4.5	Uppföljning och dokumentation	38
5.5	Vissa frågor aktuella inom narkomanvården	38
5.5.1	Tillgång till sprutor och kanyler	38
5.5.2	Förskrivning av metadon	39
5.6	Psykosocialt stöd	40
5.7	Forskning och utveckling	41
6	Extra bidrag till landsting och kommuner	43
7	Vissa frågor	44
7.1	Säkerhetslaboratorium inom statens bakteriologiska laboratoriums område	44
7.2	Smittskyddsläkarorganisationen	45
7.3	Organisation och ledning av arbetet med att bekämpa HIV/AIDS	45
8	Anslagsfrågan	47
	Föredragandens överväganden	48
8.1	Förebyggande insatser	48
8.2	Vissa baskostnader vid socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium	49
8.3	Extra bidrag till landsting och kommuner	49
8.4	Bidrag till institutioner för vård enligt 18 § LVM	50
8.5	Sammanfattning	50
9	Hemställan	50
10	Beslut	51

