

# Regeringens proposition

1985/86:171

om särskilda medel för bekämpningen av AIDS



Prop.  
1985/86:171

---

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 10 april 1986 för de åtgärder och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

*Ingvar Carlsson*

*G. Sigurdson*

## Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att särskilda medel anvisas för bekämpningen av AIDS.

I propositionen redovisas ett samlat åtgärdsprogram mot AIDS som omfattar insatser för information och psykosocialt stöd till berörda riskgrupper m. fl., insatser för att begränsa smittspridningen bland homo- och bisexuella män samt insatser för vård och behandling av narkotikamissbrukare. I propositionen anmäls också en skyndsam utredning om ökade insatser för att intensifiera forskningen om AIDS.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 10 april 1986

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Lundkvist, Sigurdson, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Andersson, Bodström, Göransson, Gradin, Dahl, Holmberg, Hellström, Wickbom, Johansson, Hultström

Föredragande: statsrådet Sigurdson

---

## Proposition om särskilda medel för bekämpningen av AIDS

### 1 Inledning

Sjukdomen AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) förvärvat immunbrist utgör ett nytt och allvarligt hot mot folkhälsan. AIDS kan utvecklas hos den som smittas med ett virus som vanligtvis benämns HTLV-III. Bland dem som smittats med detta virus har ca 20 % utvecklat sjukdomen AIDS inom 5 år. Dödligheten hos de smittade som utvecklat AIDS är mycket hög. Enligt vad man hittills erfarit har ca 80 % avlidit inom två år och i stort sett alla inom fem år.

Efter det att sjukdomen AIDS blev känd i vårt land har en rad åtgärder snabbt vidtagits av de ansvariga myndigheterna för att begränsa spridningen av det virus HTLV-III som framkallar sjukdomen. Regeringen har inrättat en särskild delegation, AIDS-delegationen, för att samordna arbetet inom alla samhällets områden med att begränsa spridningen av HTLV-III.

Regeringens beslut – efter förslag av AIDS-delegationen – att hänföra infektion av HTLV-III till de veneriska sjukdomarna genom ändring i smittskyddskungörelsen (1968:234) bör ses som ett led i kampen mot AIDS. Det huvudsakliga ansvaret för det praktiska arbetet med att begränsa spridningen av HTLV-III vilar på landsting och kommuner. Smittan har hittills fått sin största spridning i storstadsområdena. Särskilda insatser krävs därför i storstadsområdena. Kraftfulla insatser i dessa områden behövs också för att förhindra spridning till övriga delar i landet. Det svenska samhället har i jämförelse med 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.

I budgetpropositionen för 1986/87 har regeringen föreslagit riksdagen att särskilda medel, 5 milj. kr., anvisas under anslaget E 17. Epidemiberedskap m. m. för angelägna forskningsändamål för att snabbt få fram ett vaccin eller botemedel mot sjukdomen samt för särskilda insatser för information till berörda målgrupper. Den fortsatta snabba spridningen av sjukdomen inom vissa grupper har uppmärksammat AIDS-delegationen och regeringen på behovet av ytterligare skyndsamma åtgärder för att förhindra att smittan får fäste i de stora befolkningslagren. Tidsfaktorn är av avgörande betydelse

när det gäller att begränsa antalet smittade. Kraftfulla insatser som sätts in i ett skede när smittspridningen ännu är relativt begränsad bör kunna förhindra uppkomsten av en annars mycket allvarlig situation.

Jag kommer i det följande att föreslå ett samlat åtgärdsprogram mot AIDS som omfattar insatser för information och psykosocialt stöd till berörda riskutsatta grupper samt särskilda insatser för vård och behandling av narkotikamissbrukare. Vidare anmäls en skyndsam utredning om ytterligare insatser för att främja forskningen på detta område. Det är angeläget att alla ansträngningar görs för att snabbt få fram ett vaccin och botemedel mot sjukdomen. De föreslagna åtgärderna står i god överensstämmelse med socialutskottets uttalande i betänkande (1985/86:15) om anslag till Epidemiberedskap m. m. Jag föreslår att en medelsram anvisas för genomförande av åtgärdsprogrammet. Jag har beräknat denna till 75 milj. kr. för vartdera av budgetåren 1986/87 och 1987/88. Härutöver föreslår jag att ett extra bidrag utgår till landsting och kommuner för år 1987 med 50 milj. kr. Fördelningen av bidraget framgår av det följande.

Jag avser att senare föreslå regeringen att i särskild proposition förelägga riksdagen vissa lagstiftningsförslag rörande sekretess m. m. för att underlätta genomförandet av smittskyddslagens skyddsåtgärder. Också detta bör ses som ett led i det samlade åtgärdsprogrammet.

## 2 Allmänna utgångspunkter

### 2.1 Sjukdomen och dess spridning

AIDS, förvärvad immunbrist, är ett tillstånd som utgör slutstadiet i en sjukdomsutveckling, som i regel har börjat flera år tidigare genom virusinfektion. Viruset benämns HTLV-III (Humant T-lymfotropt virus typ III) eller LAV (Lymfadenopati-Associerat virus). I det följande används beteckningen HTLV-III. Det är ett s. k. retrovirus, som utmärks av att det bygger in sig i lymfocyternas och cellernas arvs massa och stannar kvar där livet ut. Det angriper bl. a. T-lymfocyterna, som är av särskild betydelse för kroppens infektionsförsvar.

Tidigast en månad efter smittotillfället men oftast många månader eller t. o. m. år senare kan hos en del personer uppträda lymfkörtelsvullnad i ljumskar, axelhålor och på halsen. I de fall att lymfkörtelsvullnaden kvarstår talar man om lymfadenopatisyndromet, LAS.

Symtomen vid fullt utvecklad AIDS är starkt varierande. Trötthet, diarré, avmagring och feberperioder är vanligt förekommande. I slutstadiet inträffar ofta en speciell lunginflammation, *Pneumocystis carinii*, eller en speciell tumörsjukdom, Kaposi sarkom. Viruset kan också angripa centrala nervsystemet.

Hittills vunna erfarenheter tyder på att endast en del av dem som har smittats med HTLV-III kommer att utveckla sjukdomen AIDS. Bland dem som smittats har ca 20 % utvecklat sjukdomen inom fem år. Det är för tidigt att säga hur många av de smittade som på sikt kommer att utveckla AIDS. Dödligheten i sjukdomen är mycket hög. Enligt vad man hittills erfarit har ca

80 % av dem som drabbats av sjukdomen avlidit inom två år och i stort sett alla inom fem år.

HTLV-III-virus finns i blodet hos de smittade och förekommer i hjärnvävnad och i kroppsvätskor, såsom sädesvätska, slidvätska, saliv, tårvätska, bröstmjolk och ryggmärgsvätska. Smittan sprids främst vid sexuellt umgänge och genom blodkontakt. Förekomsten av HTLV-III i blod, sädesvätska och slidvätska har stor betydelse för smittspridningen. Förekomsten av viruset i andra kroppsvätskor kan under speciella omständigheter ha betydelse för smittspridningen. HTLV-III-virus överförs inte vid vanliga sociala eller familjekontakter. Detta har bl. a. visats i flera vetenskapliga studier.

Viruset är ännu så länge i huvudsak spritt till vissa grupper i befolkningen. Smittan har hittills fått sin största utbredning bland homo- och bisexuella män som har sexuellt umgänge med många partners. En annan grupp som drabbats är intravenösa narkotikamissbrukare. Smittspridningen inom denna grupp sker huvudsakligen genom blodkontakt när samma spruta används av flera personer.

En tredje grupp som drabbats av smittan är mottagare av blodprodukter, främst de blödersjuka. Risker för smittspridning genom blod och blodprodukter i samband med behandling inom hälso- och sjukvården är numera starkt begränsad. Fr. o. m. hösten 1985 testas samtliga blodgivare i vårt land. Numera framställs blodprodukter endast från testat blod. Ytterligare åtgärder kommer att vidtas av socialstyrelsen för att eliminera smittspridningen genom blod och blodprodukter.

## 2.2 Geografisk utbredning

Viruset har sannolikt sitt ursprung i de centrala delarna av Afrika, varifrån det har spritt sig till USA.

Sjukdomen beskrevs första gången år 1981 hos homosexuella män i San Francisco och New York. Viruset har sedan dess fått en snabb spridning, främst i USA men också i Europa.

I slutet av mars 1986 hade ca 22 000 fall av AIDS rapporterats till WHO, varav ca 19 700 från Nord- och Sydamerika, ca 2 000 från Europa, 183 från Oceanien, 46 från Asien och endast 31 fall från Afrika. Från Afrika finns ännu inget säkert officiellt underlag. Alla uppgifter pekar dock på en kraftig ökning under de senaste åren i de centralafrikanska länderna.

I Sverige diagnosticerades det första sjukdomsfallet år 1982. Antalet upptäckta smittbärare i landet var i slutet av mars i år ca 1 000. Det totala antalet uppskattas till 3 000-5 000. Det fanns vid samma tidpunkt 50 rapporterade fall av AIDS. Av dessa hade 29 avlidit. Man beräknar att antalet AIDS-fall fördubblas f. n. omkring var åttonde månad – tionde månad.

När det gäller kartläggning av sjukdomen och smittan ligger Sverige långt framme vid en internationell jämförelse. Vårt system med obligatorisk rapportering av HTLV-III-infektioner är av stort intresse för andra länder. Statens bakteriologiska laboratorium har av WHO utsetts till "collaborating center" för AIDS.

Efter det att sjukdomen blev känd i vårt land har en rad åtgärder vidtagits av de ansvariga myndigheterna, främst socialstyrelsen och statens bakteriologiska laboratorium (SBL), för att begränsa smittspridningen. I prop. 1985/86:13 om ändring i smittskyddslagen lämnade jag en översiktlig beskrivning av de åtgärder som då vidtagits av de berörda myndigheterna och sjukvårdshuvudmännen. En ingående redogörelse för de olika berörda myndigheternas åtgärder har nyligen också lämnats i socialutskottets betänkande (SoU 1985/86:15) om anslag till Epidemiberedskap m. m. Jag kommer därför inte att här närmare uppehålla mig vid detta.

Jag vill endast helt kort erinra om de föreskrifter socialstyrelsen beslutat under våren 1986. Socialstyrelsen har nyligen meddelat föreskrifter (SOS FS 1986:1) om användning och värmebehandling av bröstmjölk samt föreskrifter (SOS FS 1986:6) om smittförebyggande åtgärder vid ögonundersökning inom sjukvården och vid kontaktlinssprövning. Det kan vidare nämnas att socialstyrelsen f. n. förbereder ett s. k. meddelandeblad med rekommendationer om hur smitta skall kunna förebyggas i samband med fotvård, akupunktur, tatueringar och på frisersalonger. En ny utförligare informationsbroschyr om AIDS avsedd för allmänheten beräknar styrelsen ge ut i maj i år.

Statens bakteriologiska laboratorium har under år 1985 och våren 1986 ägnat mycket tid åt informationsinsatser till olika grupper. Material som kan användas för direkt information har tagits fram. I samarbete med socialstyrelsen och skolöverstyrelsen pågår också arbete med ett videomaterial om AIDS för sexualundervisningen i skolan. Det beräknas vara klart senare i vår.

Som jag tidigare nämnt inrättade regeringen i maj 1985 under mitt ordförandeskap en särskild delegation, AIDS-delegationen, med uppgift att samordna arbetet inom alla samhällets områden för att begränsa spridningen av HTLV-III. I delegationen ingår företrädare för samtliga riksdagspartier, berörda myndigheter och huvudmän samt för forskningen. Till delegationen har knutits 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.

AIDS-delegationen fick av regeringen – förutom den övergripande uppgiften att samordna arbetet inom alla samhällets områden för att begränsa spridningen av HTLV-III – 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

- bedöma angelägna resursbehov.

En av de första uppgifterna för delegationen var att ta ställning till frågan om smittskyddslagens tillämpning på infektion av HTLV-III.

AIDS-delegationen har under hösten 1985 ägnat särskild uppmärksamhet åt situationen med den snabba smittspridningen bland narkotikamissbrukare. Delegationen har därvid haft överläggningar med företrädare för socialtjänsten samt hälso- och sjukvården i de tre storstadsregionerna om behovet av insatser inom narkomanvården. Vidare har AIDS-situationen inom kriminalvården behandlats.

Delegationen har också diskuterat behovet av ökade insatser för forskningen om AIDS. Ett intensifierat samarbete med berörda organisationer har inletts. Organisationerna har en viktig uppgift i arbetet med att bekämpa smittspridningen genom informationsinsatser och kamratstödande verksamhet.

Efter det att narkotikafrågan behandlades i delegationen har såväl kommun- som landstingsförbundet uppmanat sina medlemmar att vidta särskilda åtgärder inom narkotikaområdet. De båda förbunden har tillsammans med socialstyrelsen genomfört olika utbildningsinsatser. Såväl socialstyrelsen som kriminalvårdsstyrelsen har också genomfört olika utbildningsseminarier.

I syfte att effektivisera smittskyddsarbetet och begränsa den alltjämt snabba smittspridningen har behovet av ytterligare åtgärder på bred front övervägts. Ett förslag till samlat åtgärdsprogram för bekämpningen av AIDS har utarbetats och behandlats av AIDS-delegationen vid dess sammanträde den 2 april 1986. Förslaget redovisas i det följande.

### 3 Intensifierade informationsinsatser

**Min bedömning:** En samordning av informationsinsatserna om AIDS inom olika samhällssektorer bör ske och ett program utarbetas för en långsiktig informationsstrategi. Frivillig- och intresseorganisationernas roll i informationsarbetet bör uppmärksammas. AIDS-delegationen bör ha ansvaret för detta arbete.

**Skälen för min bedömning:** Spridningen av HTLV-III är i vårt land i huvudsak begränsad till vissa grupper i befolkningen. För närvarande sker en snabb smittspridning bland injektionsmissbrukare. Det är en grupp som mer än andra kan befaras sprida smittan vidare ut i samhället. Skyndsamma åtgärder är nödvändiga för att förhindra en sådan utveckling och för att hejda spridningen av smittan inom de riskutsatta grupperna. Allmänheten bör ges förstärkt information om sjukdomens spridning och om riskerna att drabbas av sjukdomen. Tidsfaktorn är av avgörande betydelse när det gäller att begränsa antalet smittade i vårt land.

I brist på vaccin och botemedel mot sjukdomen är kunskapsförmedling och information våra viktigaste instrument för att förebygga en fortsatt

smittspridning. Informationsaktiviteter om AIDS pågår inom olika samhällssektorer. Samordningen av insatserna behöver dock förbättras. Allmänheten här ibland delgivits olika budskap om sjukdomens orsak och spridning. Kunskaperna om AIDS är starkt varierande inom befolkningen.

Myndigheter och organisationer har en grannliga och svår uppgift i informationsarbetet. Informationen om AIDS berör centrala och emotionellt laddade frågor för varje människa, frågor om sexualiteten och dess olika yttningar, om missbruk och asocialt beteende samt ytterst frågor om livets mening, sjuklighet och död.

Det är enligt min mening nu nödvändigt att en närmare kartläggning av det framtida behovet av information sker. Underlagen för besluten om informationsinsatser kan förbättras genom undersökningar av allmänhetens kunskaper och attityder på för smittbekämpningen relevanta områden. De erfarenheter som kan finnas av information om AIDS i andra länder bör tas till vara, liksom erfarenheter av tidigare informationskampanjer av liknande slag. En fortlöpande uppföljning och utvärdering av informationsinsatserna är nödvändig.

Massmedia spelar en betydande roll i opinionsbildningen. Bättre förutsättningar måste skapas för en ansvarsfull och korrekt informationsförmedling från massmedia. Detta kan ske genom återkommande journalistseminarer eller annan specialanpassad utbildning för journalister. Berörda myndigheter, AIDS-delegationen m. fl. bör bidra med insatser för detta.

AIDS-delegationen bör enligt min mening ha det samordnande ansvaret för att initiera informations- och utbildningsinsatser om AIDS på grundval av en långsiktig, genomtänkt informationsstrategi med särskild inriktning på insatser för nyckelmålgrupperna homo- och bisexuella män, injektionsmissbrukare m. fl. Allmänhetens behov av information bör dock också uppmärksammas vid planeringen av detta arbete.

### 3.1 Bidrag till informationsinsatser

**Mitt förslag:** Särskilda medel skall anvisas under budgetåren 1986/87 och 1987/88 för utarbetande av den långsiktiga informationsstrategin beträffande AIDS samt för vissa inledande insatser bl. a. till utbildning av informatörer inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra samhällssektorer. Bidrag skall vidare utgå till frivillig- och intresseorganisationer för deras medverkan i informationsarbetet.

**Skälen för mitt förslag:** Informationsinsatserna från myndigheter och andra samhällsorgan behöver effektiviseras och intensifieras. Utbildning av informatörer genom bl. a. vidareutbildning av berörda personalkategorier pågår inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården och polisen. Detta arbete behöver utvecklas och ges fastare former. Återkommande utbildning som behandlar aktuella frågor om AIDS behöver tillskapas. För allt detta behövs ytterligare medel.

Frivillig- och intresseorganisationernas medverkan i informationsarbetet

om AIDS är enligt min mening ett viktigt led i smittbekämpningen. De fackliga organisationernas kamrattstödande arbete och informationsinsatser är av stor betydelse och bör understödjas. RFSL, RFHL och RFMN är exempel på organisationer som gör viktiga insatser för homosexuella respektive narkotikamissbrukare och deras anhöriga. RFSU har en viktig uppgift i informationsarbetet. Förbundet planerar en kampanj till ungdomar om "säkrare sex" som kan få stor betydelse för smittbekämpningen. Jag föreslår att särskilda bidrag utgår under de två kommande budgetåren till berörda intresse- och frivilligorganisationer för deras medverkan i informationsarbetet. En kartläggning av organisationernas möjligheter att medverka i informationsarbetet pågår inom AIDS-delegationen.

Det behövs informationsinsatser av skilda slag. Allmänheten bör ges ökade kunskaper om AIDS och information om smittrisker. De riskutsatta grupperna, homo/bisexuella män och narkomaner, måste nås med riktade informationsinsatser. Vissa av dessa är svåra att nå med konventionella metoder. Det finns också andra grupper som behöver särskilt utformad information genom speciella kanaler, såsom ungdomar, värnpliktiga m. fl. Den viktigaste och svåraste delen i informationsarbetet är att långsiktigt påverka attityder och beteenden, t. ex. sexualvanor. Informationen bör utformas så att den motverkar diskriminering och fördomar mot utsatta grupper. Den bör också förebygga ogrundad oro och rädsla. En viktig förutsättning för att detta skall lyckas är, enligt min mening, att informationen anpassas för olika målgrupper.

## 4 Behovet av psykosocialt stöd

### 4.1 Sjukvårdshuvudmännens ansvar

**Min bedömning:** Ett gott psykosocialt stöd i vården bör erbjudas de AIDS-sjuka och HTLV-III-smittade. Att ombesörja detta är ett ansvar för sjukvårdshuvudmännen enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

**Skälen för min bedömning:** Sjukvårdshuvudmännen har ett ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen att ge alla patienter en god vård. Till en god vård räknas, förutom det rent medicinska omhändertagandet, ett gott psykosocialt omhändertagande. Det psykosociala stödet har stor betydelse i många vårdsituationer. Hälso- och sjukvården har ett stort ansvar när det gäller att ge stöd och vård till de AIDS-sjuka och till dem som smittats med HTLV-III. Ännu saknas möjligheter att bota sjukdomen. Detta, liksom att prognosen är dålig för den som utvecklat AIDS, gör att särskilt stor vikt måste läggas vid det psykosociala omhändertagandet av de drabbade. Den som har smittats med HTLV-III kommer sannolikt att bära smittämnet under återstoden av sitt liv och utgör således under hela denna tid en potentiell smittkälla. För att patienten skall ha styrka och tillräcklig motivation att ändra sin livsstil krävs ett starkt stöd där hälso- och sjukvården kan spela en bety-



delsefull roll. Jag finner det också angeläget att de anhörigas och sjukvårdspersonalens behov av psykosocialt stöd uppmärksammas av sjukvårdshuvudmännen.

De psykosociala vårdresurserna bör enligt min mening finnas tillgängliga inom den befintliga sjukvårdsorganisationen vid t. ex. sjukhus, öppenvårds-mottagningar och vårdcentraler. Den närmare organisationen bör självklart anpassas till de olika behov och förhållanden som råder inom varje enskilt landstingsområde. Det är också viktigt att den kommunala socialtjänsten uppmärksammar behovet av psykosocialt stöd inom missbrukarvården.

Socialstyrelsen har utfärdat råd om psykologiskt omhändertagande av HTLV-III-smittade inom hälso- och sjukvården (Meddelandeblad nr 35/85). Råden har distribuerats också till läkare inom narkomanvården och kriminalvården samt till intresse- och frivilligorganisationer.

De särskilda behoven av psykosocial stödverksamhet till de AIDS- sjuka och HTLV-III-smittade har också uppmärksamats av sjukvårdshuvudmännen. Så har t. ex. i Stockholms läns landsting särskild psykiatrisk expertis knutits till Roslagstulls sjukhus och Södersjukhuset.

## 4.2 Bidrag till frivillig- och intresseorganisationer

**Mitt förslag:** Bidrag skall utgå till intresse- och frivilligorganisationer till insatser för psykosocialt stöd till riskutsatta grupper.

**Skälen för mitt förslag:** Det psykosociala arbete som bedrivs av frivillig- och intresseorganisationer genom särskilda kontaktgrupper, stödsamtal och kamratstödande aktiviteter av skilda slag är ett viktigt komplement till den omvårdnad som sker inom den offentliga vården. Inom organisationer träffas personer med gemensamma intressen och livsvillkor. Den gemensamma bakgrunden gör det lättare att diskutera och förstå varandras problem. En ideellt baserad verksamhet har också lätt att nå ut till många. Det kan t. ex. nämnas att i San Francisco, där staden starkt stött frivilliga organisationer, har vårdtiderna minskat och livskvaliteten ökat hos de sjuka vid en jämförelse med förhållandena i t. ex. New York.

AIDS-delegationen har genom den särskilda referensgruppen för organisationer ett fortlöpande samarbete med organisationerna om deras medverkan i smittskyddsarbetet. En kartläggning av organisationernas behov av resurser för psykosocialt stöd pågår.

Av de medel som jag i det följande kommer att föreslå riksdagen att anvisa för bekämpningen av AIDS under de kommande två budgetåren bör bidrag utgå till berörda organisationer för insatser för psykosocial stödverksamhet.

## 5 Insatser för att begränsa smittspridningen bland homo- och bisexuella män

HTLV-III-smittan har hittills fått sin största utbredning bland homo- och bisexuella män. I såväl Amerika som Europa utgör de ca 70 % av antalet

AIDS-fall. Av 50 hittills i Sverige rapporterade fall av AIDS är 44 homo- eller bisexuella män. En uppskattning är att det kan finnas mellan 100 000-200 000 homo- och bisexuella män i Sverige. Av de homosexuella männen som sökt till venereologiska mottagningar har 10 % uppgett sig vara bisexuella. Av de hittills rapporterade fallen av HTLV-III-smitta hos homosexuella män är 25 % rapporterade som bisexuella.

## 5.1 Anonymt HTLV-III-test

Homo- och bisexuella män är enligt de erfarenheter man hittills har den största riskgruppen för att smittas med HTLV-III. Bisexualitet utgör också en allvarlig smittrisk för heterosexuella kontakter. Skyndsamma åtgärder behöver därför vidtas för att nå gruppen homo- och bisexuella män. Många homo- och bisexuella män misstror samhället och vågar inte söka sjukvård på grund av rädslan för registrering. Ett väl etablerat förtroende mellan de homosexuella och hälso- och sjukvården är en förutsättning för ett effektivt smittskyddsarbete. Målet bör vara att nå alla smittade med råd för hälsan och den fortsatta livsföringen för undvikande av en vidare spridning av smittan. Det har rapporterats från bl. a. Venhälsan i Stockholm att besöksfrekvensen för provtagning avseende HTLV-III väsentligt minskat under hösten 1985. Man är osäker på om de sjunkande talen betyder att de flesta med högriskbeteende tidigare nåtts och testats eller om minskningen av deras andel beror på att de inte längre vågar söka för provtagning på grund av rädslan för registrering mot bakgrund av den nya patientjournalagen (1985:562). Riksdagen har därför nyligen beslutat (SoU 1985/86:15, rskr. 154) om en ändring i patientjournalagen som innebär att möjligheter öppnas till anonym provtagning avseende HTLV-III. Beslutet bör ses som ett led i smittskyddsarbetet. Det kan väntas få betydelse för att förmå homo- och bisexuella män till undersökning och provtagning.

## 5.2 Psykosocialt stöd m. m.

Jag har i det föregående behandlat intresse- och frivilligorganisationernas medverkan i informationsarbetet och deras betydelse för det psykosociala stödet. De homo- och bisexuella männen utgör den största riskgruppen för HTLV-III-smitta. Många homosexuella lever i en ständig ångest för att bli smittade. De som smittats utsätts för svåra psykologiska påfrestningar. Ett föredömligt arbete har initierats av Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) genom de särskilda kontaktgrupper som bildats för stöd och rådgivning till smittade och sjuka. Även andra grupper har bildats för att möta detta behov. Detta arbete bidrar till att göra mångas livssituation drägligare, men också till att förebygga fortsatt smittspridning. Jag anser att sådana aktiviteter bör stödjas av samhället.

Viktiga kanaler för att påverka sexualbeteendet utgör den information som RFSL ger ut i form av broschyrer, informationsbulletiner m. m. Här ges bl. a. råd om metoder för sexualteknik som minskar risken för smittspridning.

Det finns ett stort behov av lokaler där homosexuella kan träffas för sociala och kulturella aktiviteter av olika slag. Lokaler behövs också för den psykosociala kontaktverksamhet som bedrivs av de homosexuellas organisationer. Många homosexuella behöver stöd och kontakter för att komma ifrån ensamhet och social isolering. Organisationer och grupper som arbetar med denna typ av ny verksamhet finns. Lämpliga lokaler för de homosexuellas organisationer i t. ex. Stockholm finns att tillgå. Ekonomiska resurser för nödvändig ombyggnad och upprustning saknas. Jag anser att de homosexuellas organisationer gör värdefulla insatser i smittbekämpningen och förordar statligt stöd till samlingslokaler för olika slag av sociala aktiviteter.

I betänkandet (SOU 1984:63) Homosexuella och samhället behandlas flera förslag som rör de homosexuellas ställning i samhället. Betänkandet bereds för närvarande inom regeringskansliet. Avsikten är att under hösten förelägga riksdagen ett förslag.

## 6 Insatser inom narkomanvården

**Mitt förslag:** Hotet att AIDS snabbt skall spridas bland intravenösa narkotikamissbrukare gör att utvecklingsarbetet inom narkomanvården måste påskyndas väsentligt. Statligt stöd skall utgå dels för att utveckla en offensiv öppenvård, dels till utveckling av ett mer differentierat utbud av behandlingshem som är inriktade på vård av eftersatta målgrupper t. ex. prostituerade missbrukare och andra, tungt belastade missbrukare.

**Skälen för mitt förslag:** De intravenösa missbrukarna är en för smittskyddet mycket strategisk grupp. De löper stor risk att smittas av HTLV-III. Erfarenheterna, bl. a. från USA, tyder dessutom på att sprutnarkomanerna är en grupp som, mer än andra riskgrupper, kan befaras komma att sprida AIDS-epidemin till personer utanför de nuvarande riskgrupperna.

Hittills har ca 5 600 tester gjorts på narkotikamissbrukare. Inom denna grupp är 307 personer HTLV-III-positiva. Smittan har fått en allvarlig spridning bland heroinmissbrukare i Stockholmsområdet men inte i Skåne-regionen. Heroinmissbruk förekommer mycket begränsat utanför dessa två regioner. Smittspridningen bland centralstimulantiemissbrukare tycks, utifrån tillgängliga testresultat, ännu vara begränsad. Det kan dock vara en tidsfråga innan HTLV-III-viruset kommer att ha spridits till en stor del av de intravenösa missbrukarna.

Det finns inte några enkla och snabba åtgärder som i ett slag kan stoppa den vidare smittspridningen bland narkotikamissbrukarna. Det krävs omfattande insatser för att begränsa spridningen av AIDS/HTLV-III bland dessa. Eftersom missbrukarnas riskbeteenden är starkt knutna till missbruket är den effektivaste smittskyddsåtgärden en väl fungerande narkomanvård. Alla andra åtgärder kan isolerade endast få marginella effekter. Socialtjänsten måste i samverkan med hälso- och sjukvården och andra myndigheter utöka

och utveckla sina insatser så att samtliga intravenösa missbrukare nås för provtagning, avgiftning och behandling.

Vi har – till skillnad från de flesta andra länder i världen – en relativt väl-organiserad och väl utbyggd narkomanvård. Samtidigt är det uppenbart att narkomanvården har allvarliga brister. Många tunga narkotikamissbrukare saknar kontakt med narkomanvården. Vården är inte utformad så att alla de som själva söker – eller kan förmås att söka vård – kan tas om hand omedelbart. Tvångsvården för narkotikamissbrukare fungerar inte tillfredsställande.

Åtgärder inom narkomanvården måste vidtas omedelbart. Det råder bred enighet, särskilt bland politiker i kommuner och landsting i storstadsregionerna, om att AIDS-hotet motiverar resursförstärkningar inom narkomanvården.

Huvudansvaret för insatser inom narkomanvården och för arbetet att förhindra en vidare spridning av HTLV-III-viruset bland missbrukare åvilar kommuner och landsting. Statsbidrag utgår till huvudmännen som bidrag till missbrukarvården. Statsbidraget för år 1986 är 810 milj. kr. Som jag tidigare föreslagit bör ett extra bidrag för år 1987 om 50 milj. kr. anslås till huvudmännens insatser mot AIDS. Dessa ytterligare medel skall användas bl. a. för insatser inom narkomanvården.

Enbart resursförstärkningar löser dock inte problemen. Det krävs också förändringar inom narkomanvården. En betydligt större del av narkomanvårdens resurser måste avdelas för uppsökande verksamhet. Vården måste bli mer lättillgänglig för de missbrukare som söker eller kan motiveras att söka behandling. Flera behandlingshem bör inrättas som är inriktade på särskilda gruppers vårdbehov. 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.

Det krävs nu kraftfulla initiativ för att påskynda utvecklingen. Statliga medel bör därför sättas in på de områden inom narkomanvården där de får största möjliga effekt från smittskyddssynpunkt samt användas för att möjliggöra en snabb utveckling av vårdresurser för eftersatta målgrupper.

Stöd bör utgå till kommuner, landsting och frivilliga organisationer. Frivilliga organisationer har också svarat för värdefulla pionjärinsatser inom missbrukarvården genom att utveckla nya och okonventionella metoder och vårdformer. Organisationernas engagemang och kunskaper bör tas tillvara. Genom insatser inom strategiskt viktiga områden bör de kunna stimulera framväxten av offensiva och okonventionella arbetsmetoder inom den offentliga narkomanvården.

De föreslagna medlen bör lämnas till utvecklingsinsatser inom de områden jag anger i det följande.

## 6.1 Mobilisering av personal inom narkomanvårdens frontlinje

Personalen inom narkomanvårdens öppenvårdsenheter utgör, jämte personalen vid sjukvårdens avgiftningsenheter, narkomanvårdens frontlinje. De har ansvaret för kartläggning av missbruket, uppsökande arbete, motivationsarbete, bedömning av missbrukarnas vårdbehov samt utgör basen/kon-

tinuiteten i behandlingen även då klienter överförs till familjevård, behandlingshem etc.

Särskilda öppenvårdsenheter för narkotikamissbrukare finns i många kommuner. Utbyggnaden är dock ojämn. Det finns hela landsdelar som saknar denna resurs. Samtidigt finns kommuner med stora resurser men där vårdbasorganisationen fungerar otillfredsställande.

Kommuner med specialiserad narkomanvård kan känna till flertalet missbrukare samt ha behandlingskontakt med en stor del av denna grupp. I andra kommuner som saknar denna resurs är det inte ovanligt att socialtjänsten känner till endast en minoritet av missbrukarna. Den uppkomna situationen med en växande AIDS-epidemi innebär att målet för narkomanvården måste vara att snabbt nå samtliga missbrukare.

Verksamhetens metoder måste omprövas. Den specialiserade öppna narkomanvården måste i hög grad omprioritera sitt arbete. Ofta får narkomanvårdsbaserna arbeta lång tid i öppenvård med missbrukare som egentligen har andra vårdbehov som familjevård, behandlingshem, psykoterapi etc. Detta genom att kringresurserna saknas eller fungerar mindre väl.

De kringresurser som bör finnas för att narkomanvården skall fungera är följande:

- avgiftningskliniker för narkotikamissbrukare
- motivationshem för bedömning/behandlingsplanering
- behandlingshem/behandlingskollektiv m. m.
- organiserad familjevård för vuxna
- specialenheter för terapi i öppenvård

Öppenvården kan dock aldrig nå alla narkotikamissbrukare utan ett nära samarbete med andra samhällsorgan. Samarbetet med hälso- och sjukvården, polisen och kriminalvården är därför centralt. Detta samarbete måste organiseras så att det blir en naturlig del av arbetet.

Många kommuner måste nu utveckla sitt öppenvårdsarbete för narkotikamissbrukarna. Medel bör ställas till förfogande för att snabbt få igång utvecklings- och utbildningsprojekt som omfattar alla delar av landet. Medel bör kunna utgå till planeringsarbete, projektering av nya öppenvårdsenheter, utbildnings- och handledningsinsatser, praktiktjänstgöring, m. m.

## 6.2 Åtgärder för att förebygga spridning av HTLV-III bland unga missbrukare

Ännu finns det inga tecken på att någon missbrukare under 20 år smittats med HTLV-III. Det är dock en tidsfråga innan smittan är spridd också bland de yngre missbrukarna. Denna grupp är mycket strategisk ur smittskyddssynpunkt. De är ofta sexuellt mycket aktiva och har flera sexuella kontakter utanför missbrukargruppen än de äldre missbrukarna. Riskerna för att HTLV-III-viruset skall spridas bland ungdomar via de yngre missbrukarna är därför stor. Insatser för att nå och rehabilitera yngre missbrukare är därför centrala.

Socialtjänsten har stora möjligheter att nå samtliga unga narkotikamissbrukare. Detta kan ske genom ett medvetet ungdomsarbete där den kommunala socialtjänsten via fältgrupper/ungdomsgrupper samordnar de

kunskaper som finns inom polis, fritidsförvaltning, skola och inom den övriga socialtjänsten. I propositionen (1984/85:19) om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik (bilaga 2 s. 30-38 och s. 59-61) har jag närmare berört hur denna samordning bör ske. Jag vill också i detta sammanhang framhålla det önskvärda i att kommunerna utvecklar drogpolitiska handlingsprogram.

Det finns flera kommuner som har en utvecklad behandlingskedja för unga missbrukare och som planerar förstärkta insatser. Jag vill särskilt peka på det offensiva arbete som pågår i Stockholm och dess kranskommuner. Det finns mycket som tyder på att detta arbete har bidragit till att injektionsmissbruket bland unga har minskat i Stockholmsregionen.

Offensiva insatser mot ungdomsmissbruket måste nu utvecklas i andra delar av landet. Staten bör medverka till en sådan utveckling genom att ställa medel till förfogande för att kommunerna skall utveckla metoder i socialt behandlingsarbete bland ungdomar i riskzonen och unga missbrukare samt för att utveckla en organisation som möjliggör samordnade insatser mot ungdomsmissbruk på det lokala planet.

### 6.3 Åtgärder för prostituerade missbrukare

De prostituerade missbrukarna utgör en speciellt viktig målgrupp ur smittskyddssynpunkt.

Det finns inga enkla lösningar när det gäller att få de prostituerade missbrukarna i behandling eller att mera generellt angripa prostitutionen. Gruppen utgörs av kvinnor med omfattande problem. För att komma åt dessa problem behövs förebyggande, uppsökande och behandlande insatser på bred front.

Ur smittskyddssynpunkt kan prostitutionen motverkas genom insatser på följande områden:

- information till allmänheten om riskerna för HTLV-III-smitta via prostituerade,
- aktiva fältinsatser från socialtjänsten,
- fortsatta aktiva insatser från polisens sida riktade mot koppleri, narkotikabrott, m. m.

Det finns många positiva exempel på framgångsrik verksamhet. I t. ex. Stockholm och Malmö har projekt genomförts för att nå de prostituerade missbrukarna. Erfarenheterna visar att det genom intensivt motivationsarbete går att nå många prostituerade för vård. Detta kan ske genom samordnade och offensiva insatser från polisens och socialtjänstens sida. Det visar sig också att förutsättningar för vård enligt LVM ofta föreligger i de fall inte vården kan ske i frivilliga former. Erfarenheterna visar dock att vården måste byggas ut och göras mer differentierad för att anpassas till de prostituerade missbrukarnas behov.

Det uppsökande arbetet bland prostituerade missbrukare i främst storstäderna måste förstärkas kraftigt. Detta kan ske genom förstärkning av socialtjänstens resurser men också genom att medel ställs till förfogande för olika organisationer – såsom klient- och kvinnoorganisationer – för att nå dessa grupper.

Vidare är det nödvändigt att olika former av mer långsiktig behandling utvecklas som tar fasta på de prostituerade missbrukarnas behandlingsbehov. Staten bör lämna stöd till sådana utvecklingsinsatser.

## 6.4 Samordnade insatser för narkotikamissbrukare inom kriminalvården

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. Det är därför väsentligt att socialtjänsten i ökad utsträckning samarbetar med kriminalvården för att kunna nå de narkotikamissbrukare som finns på anstalter, i häkten och i frivårdsorganisationen.

Genom ett nära samarbete med kriminalvården har narkomanvården unika möjligheter att nå en mycket stor andel av de grava narkotikamissbrukarna. Projekt bör stödjas som innebär att narkomanvården i samverkan med kriminalvården försöker nå missbrukare på häkten, anstalter och inom frivården för olika motivations- och behandlingsinsatser.

Samarbetet mellan socialtjänst och kriminalvård har varit ett område för de utvecklingsinsatser som initierats av socialdepartementet sedan budgetåret 1983/84 och som givit goda resultat. Det är angeläget att detta arbete intensifieras och sprids vidare.

En förutsättning för att socialtjänstens insatser skall ge resultat är att det finns kompetens och resurser för motivationsarbete inom kriminalvården. Samtliga regioner och riksanstalter har därför utarbetat särskilda åtgärdsplaner med avseende på HTLV-III-positiva kriminalvårdsklienter och övriga narkotikamissbrukare. Med planerna som grund har kriminalvårdsstyrelsen utarbetat ett förslag till åtgärdsprogram mot AIDS.

Det är angeläget att kriminalvården utvecklar sin verksamhet inom främst tre områden: den uppsökande verksamheten, motivationsarbetet samt omhändertagandet av smittbärare/AIDS-sjuka i såväl anstalt och häkte som inom frivården.

Varje narkotikamissbrukare bör utsättas för en intensiv påverkan att upphöra med sitt missbruk. Missbrukarna bör också motiveras att lämna prov för HTLV-III-analys.

Häktena är bland de viktigaste platserna där det går att nå de grava missbrukarna. Det är därför viktigt att häktningstiden tas till vara på ett effektivt 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 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 aktivt delta i motivationsarbetet.

Det motivationsskapande arbetet måste också intensifieras på såväl de slutna lokalanstalterna som de slutna riksanstalterna. Enligt kriminalvårds-

styrelsens statistik är inslaget narkotikamissbrukare bland de intagna särskilt stort på vissa slutna rixanstalter. Särskilda satsningar bör göras på dessa anstalter för att nå och motivera missbrukare till behandling. Särskilda program för utbildning och handledning i motivationsarbete bör också genomföras för anstaltspersonal i hela landet. Vidare bör en satsning göras för att öka antalet § 34-placeringar på behandlingshem och i familjevård.

Kriminalvården måste också utveckla sina resurser för att kunna ge det stöd och den vård HTLV-III-positiva intagna är i behov av. Vidare bör kriminalvården förbereda hur intagna AIDS-sjuka skall beredas vård.

Även frivårdens personal kommer i kontakt med ett ökat antal HTLV-III-positiva missbrukare och har en viktig uppgift att motivera missbrukare till behandling. Därför bör också denna del av kriminalvården få tillgång till utbildning och handledning i motivationsarbete.

Av den föreslagna ramen bör särskilda resurser avsättas för insatser för narkotikamissbrukare inom kriminalvården. Utvecklings- och utbildningsprojekt bör stödjas som utgår dels från socialtjänstens samverkan med kriminalvården dels från att kriminalvården skall utveckla sin egen verksamhet. För att en effektiv samordning av utvecklingsinsatserna skall komma till stånd avser jag att uppdraga åt regeringens samordningsorgan för narkotikafrågor att inrätta en särskild beredningsgrupp med uppgift att föreslå regeringen konkreta insatser.

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

## 6.5 Åtgärder för att förbättra möjligheterna till avgiftning och behandlingsplanering

Avgiftningsklinikerna utgör en central och viktig del av narkomanvården. De kan också spela en avgörande roll för ett effektivt smittskyddsarbete bland narkotikamissbrukarna. Klinikerna kan samordna provverksamheten och vid behov erbjuda inläggning av klient vid t. ex. positivt provsvar. Det är därför otillfredsställande att antalet avgiftningsplatser i landet är så begränsat. Särskilda avgiftningskliniker finns i princip bara i Stockholmsområdet. Det är f. n. dock brist på platser där. Stockholms läns landsting har beslutat om en utbyggnad av avgiftningsvården liksom Malmö kommun.

F. n. sker flertalet inläggningar på avgiftningsklinikerna endast då det finns en konkret behandlingsplan och i allmänhet i direkt anslutning till en placering på ett behandlingshem.

Klienter som kommer spontant till klinikerna avvisas ofta. Öppenvården har inga möjligheter att använda avgiftningen som ett terapeutiskt instrument i behandlingsplanering, utredning och i det motivationsskapande arbetet.

Avgiftningsvården måste därför utökas så att alla missbrukare som kan motiveras till avgiftning omedelbart kan få vård. Metoderna för den delen av vårdkedjan måste också utvecklas.

En förutsättning för att avgiftningsvården skall fungera effektivt är att missbrukare kan erbjudas lämplig långsiktig behandling direkt efter avgift-



ningen. Bristen på behandlingshemsplatser bromsar upp genomströmningen på avgiftningsklinikerna. Därför bör narkomanvården få tillgång till fler s. k. motivationsenheter. Det finns ett antal sådana enheter som kan karaktäriseras som lågtröskelenheter. Målsättningen med placeringen är att missbrukaren skall motiveras till fortsatt vård i öppen-, institutions- eller familjevård. Statligt stöd bör utgå för att utveckla fler motivationshem som kan kopplas direkt till avgiftningsvården.

## 6.6 Åtgärder för att stimulera utbyggnaden av olika behandlingshem

F. n. finns omkring 900 platser på behandlingshem för narkotikamissbrukare. Efterfrågan på behandlingshemsplatser är mycket stor. Med en ökad satsning på uppsökande och motiverande verksamhet kommer behovet av fler behandlingshemsplatser att öka. Det finns också behov av att utveckla behandlingshem som är inriktade på särskilda grupper av missbrukare.

Statligt stöd bör därför kunna användas för att snabbt få igång nya behandlingshem främst inriktade på eftersatta målgrupper. Härmed avses prostituerade missbrukare, andra tungt belastade och omotiverade missbrukare, missbrukare som är HITLV-III-positiva samt 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.

## 6.7 LVM-vård av narkotikamissbrukare

När lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, trädde i kraft den 1 januari 1982 fanns inga hem som särskilt anpassats för tvångsvård av vuxna narkotikamissbrukare. Uppgiften kom därför att läggas på de f. d. nykterhetsvårdsanstalterna vilka saknade erfarenhet av narkomanvård. Det är fortfarande brist på institutioner som är beredda att ta emot narkotikamissbrukare. Endast en institution har inrättat en speciell avdelning för narkotikamissbrukare. Institutionerna har haft betydande svårigheter att tillgodose narkotikamissbrukarnas vårdbehov. Först i februari 1986 inrättades det första LVM-hemmet för narkotikamissbrukare – i Stockholm.

Som jag tidigare framhållit motiverar risken för en mer omfattande AIDS-epidemi bland narkotikamissbrukarna en utbyggnad av narkomanvården. I första hand rör det sig självfallet om en utbyggnad av den frivilliga narkomanvården. Det är emellertid ett realistiskt antagande att många narkotikamissbrukare inte direkt kommer att kunna motiveras för frivillig behandling. Det är därför enligt min mening ofrånkomligt att överväga en utvidgad användning av tvångsvård för denna grupp. Det är därför viktigt att antalet LVM-platser snabbt ökar samt att vardinnehållet anpassas till narkotikamissbrukarnas behov.

Socialberedningen ägnar sig nu helt åt att göra en översyn av LVM. Denna översyn beräknas vara avslutad under första halvåret 1987.

**Mitt förslag:** En medelsram skall ställas till förfogande för genomförande av det i det föregående redovisade samlade åtgärdsprogrammet för bekämpningen av sjukdomen AIDS. Jag beräknar medelsbehovet till 75 milj. kr. för vardera av budgetåren 1986/87 och 1987/88. Jag föreslår att 75 milj. kr. anvisas för budgetåret 1986/87 under ett nytt reservationsanslag Särskilda medel för bekämpningen av AIDS.

**Skälen för mitt förslag:** Jag har i det föregående redovisat ett samlat åtgärdsprogram mot AIDS som omfattar insatser för information och psykosocialt stöd till berörda riskgrupper m. fl., insatser för att begränsa smittspridningen bland homo- och bisexuella män samt insatser för vård och behandling av narkotikamissbrukare. Under budgetåret 1986/87 behövs för ändamålet 75 milj. kr. som bör anvisas under ett nytt reservationsanslag Särskilda medel för bekämpningen av AIDS. Socialdepartementet bör besluta om den närmare fördelningen av medlen.

## 8 Extra bidrag till landsting och kommuner

**Mitt förslag:** För att stödja smittskyddsarbetet inom landsting och kommuner skall ett extra bidrag för år 1987 utgå till de landsting och kommuner där HTLV-III-smittan är särskilt utbredd. Bidraget har beräknats till 50 milj. kr. och föreslås fördelas med 25 milj. kr. till Stockholms läns landsting, med 10 milj. kr. till Stockholms kommun och med 5 milj. kr. till vardera Göteborgs kommun, Malmö kommun och Malmöhus läns landsting. Bidraget utbetalas med halva beloppet för ett vart av budgetåren 1986/87 och 1987/88. Kostnaderna bör belastas femte huvudtitelns anslag E 19. Bidrag till allmän sjukvård m. m.

**Skälen för mitt förslag:** Det huvudsakliga ansvaret för det praktiska arbetet med att begränsa spridningen av HTLV-III vilar på landsting och kommuner. Varje landsting skall således enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingskommunen. Sjukvårdshuvudmännen bär huvudansvaret för provtagning och för att erbjuda smittade och sjuka medicinsk vård och psykosocialt stöd. Det åligger kommunerna enligt smittskyddslagen (1968:231) att vidta erforderliga åtgärder till skydd mot smittsamma sjukdomar. Det huvudsakliga arbetet med att bekämpa de veneriska sjukdomarna sker dock inom hälso- och sjukvården. Här har smittskyddsläkaren tillagts betydande befogenheter i smittskyddslagen. Socialstyrelsen har den högsta tillsynen över bekämpandet av smittsamma sjukdomar i riket. Socialstyrelsen skall meddela föreskrifter och allmänna råd till ledning för smittskyddsarbetet.

Under anslaget E 17. Epidemiberedskap m. m. disponerar socialstyrelsen särskilda medel för information och rådgivning. SBL är regeringens expertorgan i smittskyddsfrågor och biträder socialstyrelsen såsom fackorgan i epidemiologiska frågor. Även SBL disponerar medel från nämnda anslag för bevakning av epidemiläget och för särskilda insatser för att bekämpa smittsamma sjukdomar, m. m.

Socialtjänsten har ett ansvar för att genom en effektiv narkomanvård förebygga en vidare spridning av HTLV-III bland narkomaner. Skyndsamma åtgärder för vård och behandling behöver vidtas för att begränsa den snabba spridningen av HTLV-III som för närvarande sker bland injektionsmissbrukare. Sprutnarkomaner är en grupp som, mer än andra riskgrupper, kan befars komma att sprida smittan till personer utanför de nuvarande riskgrupperna.

Den snabba spridningen av HTLV-III-smittan är koncentrerad till i första hand Stockholmsområdet. Risken för en snabb spridning också i Göteborg och Malmö är dock överhängande. Ett särskilt ansvar vilar på huvudmännen i de tre storstadsområdena. Ett effektivt smittskyddsarbete inom de mest utsatta områdena gagnar övriga huvudmän i landet. Tidsfaktorn är av avgörande betydelse när det gäller att begränsa antalet smittade.

Det är enligt min mening angeläget att en förstärkning sker av smittskyddsorganisationen i de berörda områdena. Medlen bör i övrigt stå till huvudmännens disposition för sådana åtgärder som huvudmännen finner bäst gagna smittskyddsarbetet för att begränsa spridningen av HTLV-III inom varje enskilt område. Fördelningen av bidraget har skett med utgångspunkt i antalet kända fall av smitta.

Kostnaderna bör belasta femte huvudtitelns anslag E 19. Bidrag till allmän sjukvård m. m. Jag har tidigare denna dag i min anmälan av proposition om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m. m. redovisat förslag som belastar detta anslag med 5,5 milj. kr. för budgetåret 1986/87. Tillsammans med det förslag jag nu tar upp angående extra bidrag till landsting och kommuner för att stödja smittskyddsarbetet kan merbelastningen av anslaget för budgetåret 1986/87 beräknas till 30,5 milj. kr.

## 9 Behovet av intensifierade forskningsinsatser

**Min bedömning:** Forskningen om sjukdomen AIDS bör intensifieras i syfte att snabbt få fram ett vaccin och botemedel mot sjukdomen.

**Skälen för min bedömning:** Under anslaget E 17. Epidemiberedskap m. m. har för nästa budgetår beräknats 5 milj. kr. för angelägna forskningsändamål samt för särskilda insatser för information om sjukdomen AIDS till berörda målgrupper. Medicinska forskningsrådet har beslutat att anslå 3,3 milj. kr. för forskningsprojekt om AIDS.

Kunskapsutvecklingen om sjukdomen och den fortsatta spridningen har ytterligare understrukt behovet av skyndsamma forskningsinsatser. Unik

kunskap på detta område när det gäller utveckling av vaccin och antivirala medel för behandling av sjukdomen finns i några forskargrupper i vårt land. För att kunskapen bedöms som unik talar bl. a. det faktum att denna forskning i stor utsträckning stöds med bidrag från USA. Den svenska forskningen kan kanske komma att ge ett avgörande bidrag till forskningsresultaten i världen.

Intensifierade forskningsinsatser kan förväntas inge riskgrupperna ett ökat förtroende för hälso- och sjukvården och därigenom förmå flera att söka sig till undersökning och testning. Det skulle få en positiv effekt för smittskyddsarbetet.

Min avsikt är att föreslå regeringen att besluta om en utredning för att närmare analysera förutsättningarna för ett väsentligt utbyggt svenskt forskningsprogram mot AIDS. I uppdraget bör ingå att lämna en redogörelse för kunskapsläget i Sverige inom högskoleforskningen, SBL och läkemedelsindustrin samt en närmare bedömning av svensk forsknings ställning internationellt. Utredningen bör bedrivas skyndsamt. Resultatet av uppdraget bör ligga till grund för ett slutligt ställningstagande till frågan om intensifierade insatser för forskning om AIDS.

## 10 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att

dels till *Särskilda medel för bekämpningen av AIDS* för budgetåret 1986/87 under femte huvudtiteln anvisa ett reservationsanslag av 75 000 000 kr.,

dels med ändring av förslag i prop. 1985/86:100, bil. 7 till *Bidrag till allmän sjukvård m. m.* för budgetåret 1986/87 anvisa ett förslagsanslag av 4 564 182 000 kr.

Vidare hemställer jag att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag har anfört i det föregående om behovet av information, psykosocialt stöd och forskning.

## 11 Beslut

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.

|                                                                                                    | Sid. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Propositionen . . . . .                                                                            | 1    |
| Propositionens huvudsakliga innehåll . . . . .                                                     | 1    |
| Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 10 april 1986 . .                                 | 2    |
| 1 Inledning . . . . .                                                                              | 2    |
| 2 Allmänna utgångspunkter . . . . .                                                                | 3    |
| 2.1 Sjukdomen och dess spridning . . . . .                                                         | 3    |
| 2.2 Geografisk utbredning . . . . .                                                                | 4    |
| 2.3 Hittills vidtagna åtgärder . . . . .                                                           | 5    |
| 3 Intensifierade informationsinsatser . . . . .                                                    | 6    |
| 3.1 Bidrag till informationsinsatser . . . . .                                                     | 7    |
| 4 Behovet av psykosocialt stöd . . . . .                                                           | 8    |
| 4.1 Sjukvårdshuvudmännens ansvar . . . . .                                                         | 8    |
| 4.2 Bidrag till frivillig- och intresseorganisationer . . . . .                                    | 9    |
| 5 Insatser för att begränsa smittspridningen bland homo- och bi-<br>sexuella män . . . . .         | 9    |
| 5.1 Anonymt HTLV-III-test . . . . .                                                                | 10   |
| 5.2 Psykosocialt stöd m. m . . . . .                                                               | 10   |
| 5.3 Lokaler . . . . .                                                                              | 11   |
| 6 Insatser inom narkomanvården . . . . .                                                           | 11   |
| 6.1 Mobilisering av personal inom narkomanvårdens front-<br>linje . . . . .                        | 12   |
| 6.2 Åtgärder för att förebygga spridning av HTLV-III bland<br>unga missbrukare . . . . .           | 13   |
| 6.3 Åtgärder för prostituerade missbrukare . . . . .                                               | 14   |
| 6.4 Samordnade insatser för narkotikamissbrukare inom kri-<br>minalvården . . . . .                | 15   |
| 6.5 Åtgärder för att förbättra möjligheterna till avgiftning<br>och behandlingsplanering . . . . . | 16   |
| 6.6 Åtgärder för att stimulera utbyggnaden av olika behand-<br>lingshem . . . . .                  | 17   |
| 6.7 LVM-vård av narkotikamissbrukare . . . . .                                                     | 17   |
| 7 Särskilda medel för bekämpningen av AIDS . . . . .                                               | 18   |
| 8 Extra bidrag till landsting och kommuner . . . . .                                               | 18   |
| 9 Behovet av intensifierade forskningsinsatser . . . . .                                           | 19   |
| 10 Hemställan . . . . .                                                                            | 20   |
| 11 Beslut . . . . .                                                                                | 20   |

