

HIV/aids-strategin omvärderas ständigt

Brith Christenson och medarbetare slår in öppna dörrar i sin artikel i Läkartidningen 47/98. Deras uppfattning att felaktig information kostar både kraft och pengar delas helt av Folkhälsoinstitutet, som sedan 1992 har det nationella samordningsansvaret för de preventiva insatserna mot HIV/aids.

Det förebyggande HIV/aids-arbetet bedrivs sedan början av 1990-talet utifrån ett brett folkhälsoperspektiv med basen i skolorna och ungdomsmottagningarnas sex- och samlevnadsarbete, men också inom primärvården och på specialistklinikerna bedrivs ett förebyggande arbete med samma breda perspektiv. (Det breda perspektivet utgår ifrån att alla som bor i Sverige skall ha en god kunskap om hur HIV och övriga sexuellt överförda sjukdomar smittar och hur man skyddar sig.) När informationen ges bör det finnas möjlighet till eftertanke om den egna sexualiteten, men också vilka risker vissa situationer innebär. Eftersom klamydia, kondylom och herpes är vanligt bland unga människor så bedrivs det generella arbetet utan »riskgruppstänkande».

Det är också så att många personer har svårt att definiera sig som tillhörande en riskgrupp. Det gäller inte minst unga homosexuella som kanske inte har hittat sin identitet utan »provar sig fram». Stora rikstäckande kampanjer har inte genomförts sedan 1995.

Samarbetar med Smittskyddsinstitutet

När det gäller de riktade insatserna har Folkhälsoinstitutet ett nära samarbete med Smittskyddsinstitutet för att hela tiden ha aktuell kunskap om spridningen av hiv och övriga sexuellt överförda sjukdomar när det förebyggande arbetet planeras. Det är viktigt att ha svar på frågor som: När, var och hur smittas människor idag? En ständig förändring och anpassning till verkligheten när det gäller de riktade insatserna görs tack vare dessa kunskaper.

En av de senaste informationsinsatserna riktade sig till »besökare» på nattklubbar och barer, eftersom alkohol och osäker sex har ett samband. En annan informationsinsats vänder sig till resande och sker i samarbete med vaccinationscentraler och turistnäringen.

Personer, främst från länder där HIV är vanligt, nås genom riktat projektstöd via olika invandrarorganisationer.

Män som har sex med män är mer riskutsatta än andra, och därför bedrivs en del av de riktade insatserna till den gruppen i samarbete med RFSL. Folkhälsoinstitutet arbetar också sekundärpreventivt, bl a ges stöd till frivilligorganisationer vilka arbetar med att ge psykosocialt stöd till de HIV-infekterade och med att motverka diskriminering.

Sammanfattningsvis måste det allmänt HIV/aids-preventiva arbetet ingå i ett brett folkhälsoarbete inom området hälsa och sexualitet. De riktade insatserna förändras allteftersom epidemiologin ändras. Ytterligare kunskap och

forskning behövs inom området, och Folkhälsoinstitutet har därför knutit flera expertgrupper till sig där bland annat smittskyddsläkarna är en viktig grupp.

Gemensam nationell handlingsplan

På Folkhälsoinstitutets initiativ tas nu en gemensam nationell handlingsplan fram i samarbete mellan berörda myndigheter och organisationer. Den beräknas bli klar 1999 och gälla tiden fram till 2005.

Annika Strandell
medicinalråd
tf generaldirektör,
Kristina Ramstedt
programchef,
Folkhälsoinstitutet

Replik:

Ny HIV-strategi för Sverige

Annika Strandell och Kristina Ramstedt hävdar i en kommentar till vår artikel i Läkartidningen 47/98 [1] att vi slår in öppna dörrar när de senare i sin kommentar ansluter sig till de uppfattningar som vi framfört. Det är viktigt att vara medveten om både vilken riskgrupp man tillhör och naturligtvis även vilket beteende man utövar. Tillhör man en grupp med hög HIV-prevalens behöver man inte ha något speciellt riskbeteende för att bli smittad. Vi har kännedom om unga kvinnor som blivit smittade vid sin sexuella debut beroende på att de tillhör en grupp med hög HIV-förekomst. Unga män bör upplysas om att cirka 10 procent av de homosexuella männen i Stockholm är HIV-positiva och att risken att bli HIV-smittad som den passiva parten i ett oskyddat analt samlag med HIV-positiv person kan vara ända upp till 25 procent. Ett besök på bastuklubb/videoklubb per vecka med oskyddad sexaktivitet ger således sannolikt HIV inom ett år.

Likartad utveckling i de nordiska länderna

Medianåldern för de 213 heterosexuellt HIV-smittade svenskar som dia-

gnostiserats i Stockholms län är 35 år. Sedan epidemins början har endast 63 angett Sverige som smittland. Är orsaken till att så få personer blivit smittade i Sverige kampanjer initierade av Folkhälsoinstitutet, landstingskommunala organ och frivilligorganisationer eller är det helt enkelt en följd av att HIV-virus inte har introducerats i den allra största befolkningsgruppen, dvs heterosexuella personer som inte har sex med missbrukare, bisexuella eller invandrare från högendemiska områden? Sverige har använt tre gånger så mycket pengar för HIV-information som Norge och Danmark [2].

Trots detta har HIV-utvecklingen varit likartad i de nordiska länderna [3, 4], framför allt om man tar hänsyn till den stora invandringen till Sverige av redan HIV-smittade personer från Afrika under tidigt 1990-tal. Danmark har haft fler homosexuellt smittade, kanske på grund av att HIV-viruset först nådde Köpenhamn och att danska homosexuella män har varit mindre benägna att testa sig än svenska [4, 5].

Under de tre första kvartalen 1998 diagnostiserades 80 personer med HIV i Stockholms län, varav 40 procent inte

Dags att läkarkåren agerar kraftfullt för mer idrott i skolan

påverkats av svensk HIV-strategi, då de har utländsk bakgrund och smittats innan de kom till Sverige. Under samma period diagnostiserades nästan 3 000 klamydiafall i Stockholms län. Mot denna bakgrund är det förvånansvärt att folkhälsoprogrammet riktat mot spridning av sexuellt överförda sjukdomar, STD, ändrats till HIV/aids/STD mot att tidigare i 1995 års folkhälsoprogram haft ordningen STD/HIV. Det kan förefalla som en nedprioritering av STD i förhållande till HIV.

Vi anser att det är viktigt att unga människor skyddar sig med kondom mot risken att smittas av t ex klamydia, kondylom och herpes. Vår uppfattning är att om man vill att människor skall skydda sig mot dessa sjukdomar skall man informera om risken för, och konsekvenser av, framför allt klamydia, kondylom och herpes. Vill man att de skall skydda sig mot HIV informerar man på motsvarande sätt om risken för HIV. Vi gläder oss åt att Folkhälsoinstitutet delar vår uppfattning att åtgärder mot HIV måste vara grundade på aktuell epidemiologisk kunskap.

Avslutningsvis tycker vi det är utmärkt att HIV/aids-strategin ständigt omvärderas, och vi ser med spänning fram mot den nationella handlingsplan som är under utarbetning.

Brith Christenson

docent, överläkare,

Per Lundbergh

docent,

chefsöverläkare,

Per Arne Parment

överläkare,

Staffan Sylvan

överläkare,

Smittskyddsenheten,

Karolinska sjukhuset, Stockholm

Referenser

1. Christenson B, Lundbergh P, Parment PA, Sylvan S. Det behövs en ny strategi för att bekämpa HIV/aids i Sverige. *Läkartidningen* 1998; 95: 5300.
2. Amundsen EJ. HIV/aids-epidemiene i Norge, Danmark og Sverige blant menn som har sex med menn. Tre ulike fortellinger. Oslo Statensinstitutt for folkehelse, 1997: 22.
3. Smith E, HIV/aids-udviklingen i Danmark og Sverige. Er der forskelle? *Ugeskr Læger* 1997; 159: 1429-33.
4. Christenson B, Parment PA. HIV/aids-udviklingen i Sverige og i Danmark. Der er forskelle! *Ugeskr Læger* 1997; 159: 4868-9.

Den utmärkta artikelserien »Människan i rörelse» i *Läkartidningen* har visat på övertygande vetenskaplig dokumentation om den fysiska aktivitets betydelse för hälsan.

Att träna och belasta kroppen är aldrig för sent, men det är i skolan de största insatserna bör göras. Idrott och hälsa, som ämnet numera heter, har unika möjligheter att träna kroppen och påverka barns och ungdomars kunskaper, attityder och värderingar ... om skolämnet och lärarna bara fick chansen...!! Med nuvarande 50 minuter/vecka i gymnasiet och 75 minuter/vecka i grundskolan är det inte lätt.

I kursplanen för grund-/gymnasieskolan står bl a att

eleven bör »få förståelse och ett bestående intresse för regelbunden fysisk aktivitet och att man grundlägger goda vanor som kan leda till hälsa och välbefinnande»;

»idrott, friluftsliv och olika former av motion och rekreation har stor betydelse för folkhälsan».

Målen är bra men den begränsade tiden gör det omöjligt för oss som pedagoger att uppnå målen. Bland Europas länder är det bara Irland som ägnar mindre tid än vi åt fysisk aktivitet i skolan.

F d skolminister Ylva Johansson fick efter många påtryckningar till en »kosmetisk» förbättring då idrott och hälsa samt slöjd fick en 10-procentig ökning i grundskolan från och med ht-98. I realiteten innebar detta en ökning med 6-7 minuter idrott/vecka. Idrottsämnet hade dock minskats med ca 25-35 procent i grund-/gymnasieskolan sedan 1994.

Skolläkarföreningen samt fysiologiprofessorerna Björn Ekblom och PO Åstrand (på Folkhälsoinstitutets uppdrag) förespråkar att idrott och hälsoundervisning stärks till minst tre tillfällen/vecka.

För många unga rör sig för lite

I mina båda professioner som idrottslärare/sjukgymnast ser jag ett ökande antal ungdomar som har så dålig fysisk

status att de kommer att få svårt att klara ett ordinarie jobb från belastningssynpunkt. Övriga negativa konsekvenser av dålig fysisk aktivitet är obesitas, osteoporos, diabetes och kardiovaskulära sjukdomar.

Om detta har jag uppvaktat ministrarna i de tre senaste regeringarna på 1990-talet, men den politiska handlingsförklaringen verkar vara av allvarlig natur. Politiker och andra beslutsfattare: Börja reagera och agera skyndsamt...!! Minskat personligt lidande och miljöer i minskade sjukvårdskostnader står att vinna.

Läkarkåren har också en stor politisk makt, men har sällan höjt rösten när det gäller fysisk aktivitet. Förutom enstaka aktioner av idrottsmedicinare, fysiologer, skolläkare, barnläkare och kanske någon distriktsläkare har läkarna varit väldigt tystlåtna. Detta trots att de dagligen träffar patienter som (mest av allt) behöver ordinerar fysisk aktivitet och vettiga kostvanor. Det är dags att även läkarkåren agerar kraftfullt!

Björn Hällgren

idrottslärare/sjukgymnast,

Sunnansjö, Umeå

Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmänlighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfälskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red