

HIV/AIDS

Vad rör det mig?

Författare:

Ekström, Mari

Wedelin, Carina

Handledare:

Liedgren Dobronravoff, Pernilla

Abstract

Over 40 million people in the world suffer from hiv/aids today. Africa is the continent that is worst affected by hiv/aids but how is the situation in Sweden? Why is it so quiet concerning hiv/aids in Sweden? Our aim with this work was to find out about the hiv/aids situation in Sweden and particularly in Malmö. The result of our research was that hiv/aids have increased since the year 2000 and most of the people had caught the infection in other countries than Sweden. This raised our curiosity concerning how immigrants/ refugees are being treated when they arrive in Malmö and what are being done to stop hiv/aids from spreading further. We became very disappointed when we realised how little that is actually being done and how poorly the collaboration between the institutions are working. Even though they are well aware of the increase of hiv/aids in Malmö it seems like not much are being done. We are aware of the delicacy of this matter but want to underline the seriousness of the disease and remind people how important it is to work together and “Stop Hiv Now!”

Innehållsförteckning

Lunds Universitet	1
HIV/AIDS	1
Förord	5
1 Inledning och problemformulering	6
1.1 Syfte	7
1.2 Frågeställningar	7
1.3 Val av metod	7
1.4 Fortsatt framställning	8
1.5 Avgränsningar och urval	8
1.6 Etiska övervägande	8
1.7 Förkortningar och Ordförklaringar	9
1.8 Källkritik	10
2 Kunskapsöversikt översikt över hiv/aids och dess spridning	11
2.1 Hiv/aids i världen	11
2.2 Hiv/aids i Sverige	12
2.3 Vad är hiv/aids?	13
2.4 Symtom, komplikationer och behandling	14
2.5 Åtgärder vid inträffade fall och /eller utbrott	14
2.6 Förebyggande åtgärder	15
3 Den offentliga hanteringen av hiv/aids i Sverige	17
3.1 SOU:s utredning om hiv/aids	17
3.2 Övergripande mål och målgrupper	19
3.3 Regeringens proposition	20
3.4 Regeringens bedömning	20
3.5 Samhällets insatser	21
3.6 Insatser riktade mot riskutsatta grupper	22
3.7 Insatser för att motverka diskriminering av hiv-infekterade	23
3.8 Nationell samsyn	24
3.9 Malmö kommuns verksamheter	25
3.10 Region Skåne	27
3.11 Hiv/aids problematiken i Malmö	28
3.12 Bemötandet vid ankomst till Malmö	30
4 Teorier	32
4.1 Struktur	32
4.2 Normer och kultur	32
4.2.1 Den svenska linjen	33
4.2.2 Hiv/aids blir en etnisk fråga	33
4.2.3 Föreställningar om smittspridning relaterat till etnicitet och sexualitet	34
4.2.4 Konstruktionen av den sunda svenska sexualiteten	35
4.3 Vi och dom	36
4.3.1 Social exklusion	36

4.3.2	Etablerade och outsiders	37
4.4	Konstruktionen av ”vi och dom” i media	37
5	Analys	39
5.1	”Vi svenskar” och ”ni andra”	39
5.2	Mediepåverkan	40
6	Slutdiskussion	42
6.1	Hur ser hiv-situationen ut idag	42
6.2	Det hiv-preventiva arbetet	44
6.3	Problematiken	45
6.4	Vem har ansvaret	47
7	Källförteckning	49
7.1	Litteratur	49
7.2	Länkar	49
7.3	Artiklar	50

Förord

Denna c-uppsats är skriven av Mari Ekström och Carina Wedelin. Vi vill tacka de personer som varit oss till hjälp under uppsatsskrivandet. Främst vill vi framföra ett tack till dem som har tagit emot oss och berättat hur deras arbete ser ut och till dem som tagit sig tid att svara på våra mail och telefonsamtal. De har genom sina arbetslivserfarenheter gett oss en bild av hur det hiv-preventiva arbetet ser ut i ”verkligheten”. Anledningen till att vi valde att skriva om hiv, var att vi fått uppfattningen att det är väldigt tyst om sjukdomen och var nyfikna på om det fortfarande ansågs som ett problem i Sverige. Vi vill även rikta ett tack till vår handledare Pernilla Liedgren Dobronravoff, som bidragit med synpunkter och goda råd.

Lund 2006-05-03

Mari Ekström & Carina Wedelin

1 Inledning och problemformulering

Statens Offentliga Utredning 2004:13 inleds med:

”Två decennier efter att sjukdomen aids uppmärksammades, och så småningom konstaterades vara betingad av ett smittsamt virus, fortsätter den globala epidemin med oförminskad styrka och visar inte några tecken till att avta. Under 2003 beräknas sjukdomen ha dödat 3 miljoner människor, att 5 miljoner människor infekterades under året samt att uppskattningsvis 40 miljoner människor lever med hiv-infektion.”(SOU 2004:13 s 3).

De första nyheterna om en ny obotlig sjukdom med dödlig utgång kom under tidigt 80-tal: hiv, eller ”bögpest”. Det verkade mest vara sprutnarkomaner och homosexuella som drabbades, vilket blev en räddningsplanka att klamra sig fast vid. Med åren har debatterna och skräcken för hivsmitta avtagit, vilket troligtvis beror på att många fortfarande tror att aids främst drabbar homosexuella män och missbrukare och att det idag finns bromsmediciner och att vara ”hiv-positiv” är inte längre anses vara en dödsdom. Det är säkert många som förknippar hiv/aids-epidemin med länder långt bort, något som inte existerar i Sverige. Faktum är att hiv/aids berör alla, oavsett var man bor. Hiv/aids berör Sverige, våra grannländer, de fattigaste länderna och alla världsdelar. I dag lever fler än 40 miljoner människor med hiv/aids i världen. En majoritet av de smittade, fler än 25 miljoner, finns i södra Afrika. Dock sker en snabb smittspridning i länder som Estland, Ryssland och Ukraina idag. Med detta i beräkning kommer troligtvis en majoritet av nysmittade, under kommande år, att finnas i andra områden än Afrika. Med tanke på att det idag är vanligare att vi flyttar mellan olika länder och att världens gränser blivit mer utsuddade, kan inte hiv/aids ses som ett afrikanskt problem, utan måste ses som en global utmaning. Vi fann det intressant att undersöka om vi i Sverige har en ökning av hiv, vilka som drabbas och hur man från samhällets sida hanterar detta.

1.1 Syfte

Syftet med vår uppsats är att undersöka om hiv/aids ökat eller stagnerat i Sverige idag. Vi avser att ge en samlad kunskapsöversikt över både sjukdomen i sig och hanteringen av denna ur ett statligt och kommunalt perspektiv, där vi valt att lyfta fram Malmö som ett lokalt exempel. Då invandrare är den grupp som idag är värst drabbad har vi valt att belysa innebörden av detta i relation till bemötandet från det offentliga Sverige.

1.2 Frågeställningar

- Vad är hiv/aids för sjukdom och hur många människor är drabbade?
- I vilken grupp finns nydiagnostiseringen av hiv/aids, i Sverige idag?
- Hur hanterar det offentliga Sverige hiv/aids problematiken i relation till den invandrande befolkningen?
- Vilken betydelse får den etniska bakgrunden i relation till arbetet mot hiv/aids?

1.3 Val av metod

Den första delen av uppsatsen består av en litteraturstudie. Vi har valt att göra en kunskapsöversikt för att dels ge en bild av sjukdomen och dess spridning samt presentera hur det offentliga Sverige har hanterat hiv/aids problematiken. Vårt material består av litteratur, artiklar från Internet samt rapporter från olika organisationer. Vi har analyserat Statens Offentliga Utredning; *Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring* samt Regeringens proposition; *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*. Vi har utgått från Statens Offentliga Utredning, Regeringens proposition, vetenskaplig forskning, informationsbroschyrer samt tidningsartiklar inom området och analyserat hur dessa har framställt hiv/aids i Sverige och vad som anses bör göras för att hindra ytterligare smittspridning. Därefter har vi kontaktat Socialstyrelsen, Flyktinghälsan, Migrationsverket samt Folkhälsoenheten i Malmö stad för att se vad som görs på fältet. Fokus ligger på samhällets insatser och det preventiva arbetet gällande hiv/aids. Sedan följer uppsatsens teoretiska avsnitt som avhandlar problematiken kring invandring och hiv/aids. Här har vi utgått från offentligt material samt informantintervjuer med avsikt på att få fram information kring hur det tillämpade arbetet genomförs. Dessa samtal var av en upplysande

karaktär och inte sedvanliga kvalitativa intervjuer. I vår avslutande analys sammanför vi vår kunskapsöversikt med den teoretiska delen där vi försöker uppnå en sammantagen förståelse hur hiv/aids betraktas i relation till invandring och potentiell smittspridning. Vi är medvetna om att våra tolkningar är grundade på egna referensramar och därmed inte allmängiltiga.

1.4 Fortsatt framställning

I kapitel 2 och 3 presenteras uppsatsens litteraturstudie i form av två olika kunskapsöversikter. Först kring sjukdomen i sig och därefter den offentliga hanteringen av den. Regeringen beslutade den 16 maj 2002 att tillkalla en utredning över samhällets insatser mot hiv/aids, vilken vi kommer att redogöra för i den offentliga hanteringen och går sedan vidare till att studera regeringens proposition: 2005/06:60, *nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*, som lades i december 2005. Vi analyserar skrivna artiklar och broschyrer i ämnet. Fokus i vår analys blir på hur Malmö stad uppfattar problematiken och hur det preventiva arbetet ser ut. I kapitel 4 tar vi upp de olika teoretiska begrepp vi valt att arbeta med. Sedan avslutar vi kapitel 5 och 6 med analys och en slutdiskussion där vi tar upp våra egna tankar och funderingar på hur vi har uppfattat situationen utifrån material och information vi fått.

1.5 Avgränsningar och urval

När vi började vår undersökning av de faktiska förhållandena och omfattningen visade sig hiv/aids vara ett stort globalt problem. Vi valde då att begränsa undersökningen till Sverige för att därefter fokusera på Malmö området. I statistiken framkom att den största ökningen i Malmö sker via invandring. Vi har därför valt att enbart koncentrera oss på denna grupp. Vi går inte närmare in på homosexuella, missbrukare, män som har sex med män (MSM), heterosexuella utan ser invandrare/flyktingar som en homogen grupp oavsett var dessa kommer ifrån eller hur de fått smittan. Till vår litteraturstudie valde vi att lyfta fram de mest centrala offentliga dokument som har publicerats under senare år.

1.6 Etiska övervägande

Vi har valt att göra denna undersökning på grund av en nyfikenhet på hur hiv-situationen verkligen ser ut i Sverige i dag. Hiv/aids har varit närvarande i våra liv på många sätt. Under

80-talet i San Fransisco, där en av oss då bodde, var det ett rent skräckscenario, då alla pratade om ”bögpesten”. Rykten om hur hiv/aids smittade var många och folk vågade knappt gå ut på restaurang eller ut i naturen. På senare år har våra resor till Afrika gjort att hiv/aids frågan känns mycket aktuell och närvarande igen. Praktikplatsen blev därför en frivilligorganisation som arbetar med hiv/aids problematiken. Det blev många möten med människor som lever i en mycket känslig och svår situation. Fördomar, rasism och utanförskap är stora tunga frågor i vardagen som en hiv/aids positiv person måste konfrontera förutom att leva med sin sjukdomsbild. Många känner skam över sin sjukdom och vill inte berätta för sin omgivning att de bär på viruset. Vi har därför valt att inte utgå från intervjuer av personer som lever med hiv/aids utan har använt befintligt material i vår studie. Vi undviker då att peka ut någon enskild person och minimerar då risken för ytterligare utanförskap. Vi har valt med hänsyn till de tjänstemän vi samtalat med vid olika tillfällen att inte nämna dem vid namn utan benämner deras arbetsplats. Detta på grund av att vi inte gjorde några intervjuer utan vi förde ett personligt samtal.

1.7 Förkortningar och Ordförklaringar

Förkortningar

Aids	Acquired Immunodeficiency Syndrome/förvärvat immunbristtillstånd
Hiris	Den Afrikanska Referensgruppen i Malmö
Hiv	Humant immunbristvirus
MSM	Män som har sex med män
SMI	Smittskyddsinstitutet
STI	Sexuellt överförbara infektioner
LVM	Lagen om vård av missbrukare

Ordförklaringar

Endemi	Smittsam sjukdom som finns ständigt närvarande i en befolkning
Epidemi	Smittsam sjukdom som drabbar befolkningen i ett land eller område
Invandrare	Människor som inte är födda i Sverige

Nydiagnostisering	De som upptäcks ha hiv viruset, vilket inte innebär att de är nysmittade. De kan ha levt med viruset i många år utan att utveckla några symptom.
Pandemi	En epidemi som drabbar flera eller många länder
Region Skåne	Landstinget i Skåne
UMAS	Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus

1.8 Källkritik

Vi har inte haft möjlighet att kontrollera huruvida statistiken delar in invandrare i homosexuella och missbrukare eller om dessa är medräknade inom bägge grupperna. Vi är medvetna om att använda sig av material och statistik från Internet innebär en viss begränsning, då vi inte kunnat gå igenom all statistik som finns tillgänglig. Vi har i princip enbart analyserat information inom den gruppen vi valt att undersöka, dvs. invandrare. Vi har inte heller analyserat material från t ex kriminalvården eller missbruksvården. För att få en viss evidens i vår undersökning jämförde vi statistik från, Röda Korset och Smittskyddsinstitutet och dessa visade sig samstämmig. Vi är också medvetna om att det finns en risk att vi utifrån våra tolkningar och frågor fått vinklad information från de vi har träffat och pratat med. Information kan även ha utelämnats av respondenterna på grund av det känsliga ämnet eller tystnadsplikt. Det kan vara betydligt fler människor i Sverige som lever med hiv/aids, inom de olika grupperna, än vad som visas i statistiken gå grund av att det kan finnas ett stort mörkertal som aldrig blivit testade. Vi är medvetna om att våra tolkningar är baserade på statistik från föregående år.

2 Kunskapsöversikt översikt över hiv/aids och dess spridning

I detta kapitel presenterar vi en kort förklaring om hiv/aids sjukdomsförlopp samt behandlingar. Vidare skriver vi om hur hiv/aids situationen ser ut i världen och Sverige.

2.1 Hiv/aids i världen

Enligt UNAIDS/WHO: s rapport, AIDS Epidemic Update 2005, ökar hiv/aids mest i Östeuropa, Centralasien och Östasien. Men södra Afrika fortsätter att vara den mest drabbade regionen i världen, där smittades cirka tre miljoner människor under 2005. Tillgången till bromsmediciner har ökat de två senaste åren vilket medför att mer än en miljon människor i låg- och medelinkomstländer lever längre och bättre liv tack vare medicinerna. I fattiga länder som t.ex. Zambia, Zimbabwe och Kenya finns ingen tillgång till mediciner. Vilket medför att många väljer att inte testa sig för hiv i dessa länder. Idag lever cirka 40 miljoner människor med hiv/aids och en tydlig global trend är att allt fler kvinnor smittas med hiv. Färska siffror från FN: s aidsorgan UNAIDS visar att under 1997 utgjorde kvinnor 41 % av alla hivsmittade och idag uppgår den siffran till 50 %. Orsaken till spridningen bland kvinnor är bland annat att kvinnor i många delar av världen inte har möjlighet att skydda sig mot sexuell överföring av hiv/aids på grund av maktstrukturer. Ofta har de inte makten att säga nej till samlag eller att förhandla om kondomanvändning. Det handlar också om ekonomi och tillgång till kondomer. De som lever utanför städerna har ingen tillgång till kondomer men om du bor i en stad som t.ex. Gaborone i Botswana finns det kondomer att köpa till ungefär samma priser som i Sverige. Kunskaperna kring säker sex är dåliga i många länder, i södra Afrika saknade två tredjedelar av unga kvinnor (15-24 år) kunskap om hur hiv/aids smittas. En konsekvens av detta är att allt fler barn blir smittade av sina mödrar, antingen under graviditeten, under förlossningen eller via amning. Andelen hivsmittade ungdomar mellan 15 och 24 år har också

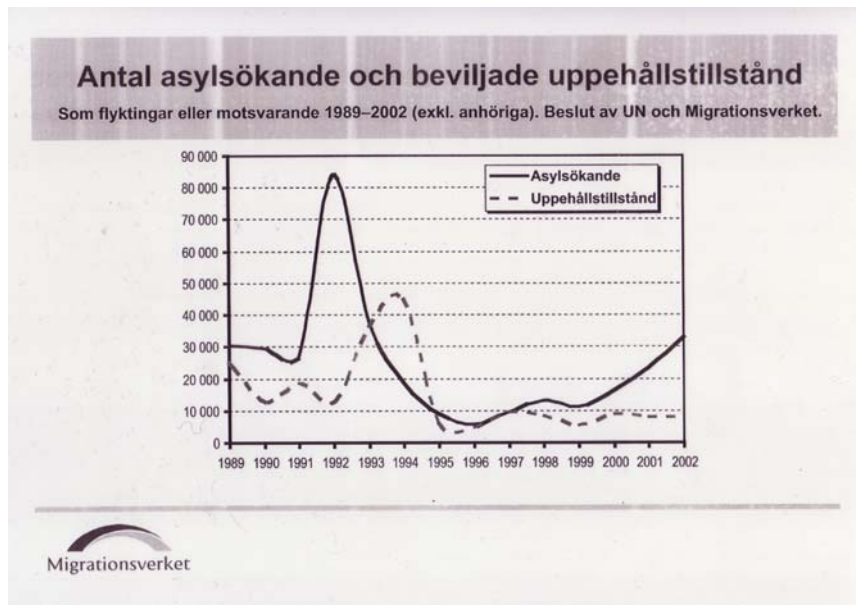
stigit på senare år och utgjorde förra året närmare hälften av alla nya hiv-fall (3. www.noaksark.redcross.se/hiv aids).

2.2 Hiv/aids i Sverige

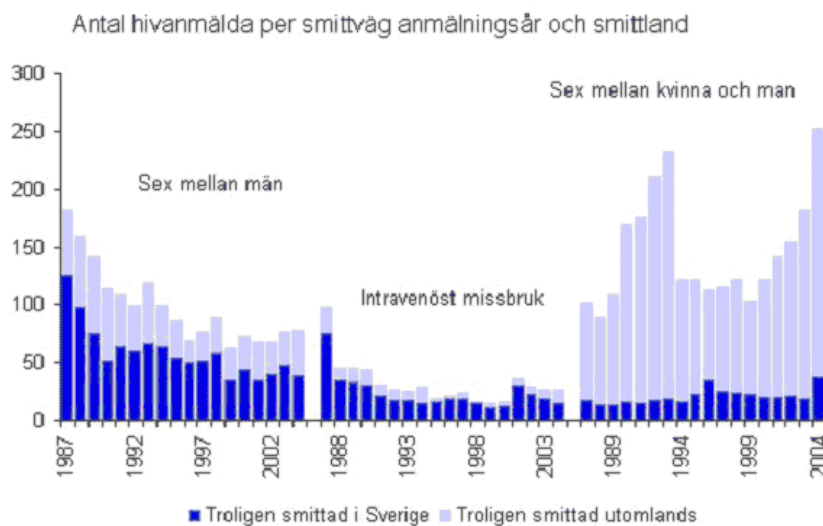
Omkring 3 600 personer lever idag med hiv/aids, i Sverige, vilket är fler än någonsin tidigare och detta beror på att dödligheten har minskat sedan nya behandlingsmetoder kom 1995. I Sverige har 2 476 rapporterade fall varit där män smittats av en annan man och hälften uppger att de smittats i Sverige, av de utlandssmittade har majoriteten smittats i Europa och USA. (3. www.noaksark.redcross.se/hiv aids). I Sverige har smittspridningen, de senaste åren, präglats av invandring från högendemiska områden, medan den inhemska smittspridningen har varit konstant låg. Majoriteten av de nyupptäckta fallen var personer som smittats före ankomsten till Sverige (4. www.noaksark.redcross.se/nyheter). Under 2004 anmäldes 425 personer med hiv-infektion. Det är det högsta antalet anmälda fall under ett år sedan 1985-86, då rapporteringen startade. Ökningen är störst bland personer som smittats i sina hemländer, före ankomst till Sverige. Av de nydiagnostiserade personerna uppger 30 att de smittats i Sverige, 32 att de smittats utomlands på resa och övriga har smittats innan ankomst till Sverige. För 55 personer som under 2004 upptäckts bära på hiv/aids saknas uppgift om smittväg (ibid.).

Den svenska hiv/aids-epidemin präglas av den globala situationen. Antalet rapporterade hiv-fall per år varierar med antalet nyinvandrade och varifrån dessa kommer. Nästan hela den årliga ökningen av rapporterade hiv-fall under 2000-talet, i Sverige, kommer från invandringen av smittade personer från högendemiska områden. Samtidigt ser man en långsamt nedåtgående trend bland antalet fall där personer smittats i Sverige. Sedan 1985 har man upptäckt totalt 7 030 hiv-fall i Sverige. Enligt statistik från Noaks Ark för 1987-2004 ses en relativt stor ökning av hiv/aids åren 1992-1993 och 2004. I statistiken är grupperna indelade i MSM, missbruk och heterosexuella och den största ökningen finns bland heterosexuella. Det framgår av statistiken om smittotillfället har skett i Sverige eller utomlands. Under 2004 anmäldes 255 med hiv-infektion inom gruppen heterosexuella, varav ca 45 var smittade i Sverige och ca 210 var smittade utomlands. Vilket pekar på att den största källan till hiv/aids-ökningen, i Sverige kommer av invandringen. Jämför vi med Migrationsverkets statistik över invandring 1974-2002 ses en topp av asylsökande och beviljade uppehållsillstånd år 1992 -1993 samt en uppåtgående ökning från år 2000. Detta

skulle kunna betyda att det finns ett samband mellan ökningen av invandringen och ökningen av hiv/aids i Sverige.



(Migrationsverket, intervju)



(3. www.noakark.redcross.se/hiv/aids/statistik.htm)

2.3 Vad är hiv/aids?

De första aidsfallen diagnostiserades i Sverige år 1982, men antikroppar mot hiv/aids har i efterhand påvisats i sparad blod från 1979-80. Det var först år 1985 det blev möjligt att

analysera förekomst av antikroppar mot hiv/aids (då kallat HTLV-111) i blodprov, och anmälningsplikt för hiv-infektion infördes i smittskyddslagstiftningen. Hiv/aids orsakas av Humant Immunbrist Virus, ett så kallat retrovirus som lagras i kroppens arvs massa och den smittade bär på viruset resten av livet. Blod och andra kroppsvätskor är smittsamma för andra. Smittan kan överföras vid samlag, från en infekterad kvinna till hennes barn eller om man får i sig blod eller annan vävnad från en smittad person, till exempel om man delar spruta eller får blodtransfusion. Viktigt att veta är att hiv/aids inte smittar vid sociala kontakter. Som smittad behöver man alltså inte vara rädd för att smitta vänner, släktingar eller barn i sin omgivning i vardagslivet. Det är vid sex och samlag, om man blöder eller ska hantera blod eller blodspill på något sätt som man ska vara försiktig. Symptomfri hiv-infektion leder nästan aldrig till någon begränsning i yrkeslivet (1. www.smittskyddsinstitutet.se).

2.4 Symtom, komplikationer och behandling

En del nysmittade får en lindrig och snabbt övergående period med feber, ont i halsen, svullna lymfkörtlar och utslag några veckor efter att de smittats, en så kallad primärinfektion. Andra märker ingenting utan det kan dröja flera år från smittillfället tills man blir sjuk. Sjukdomsbilden i den senare fasen kan delvis hänföras till viruset, men framför allt beror symtomen på andra infektionssjukdomar vilka föranleds av nedsatt immunförsvar. Det är dessa sekundära infektioner som ligger bakom det sjukdomstillstånd som kallas aids, och det första man noterade som något nytt och tidigare okänt, långt innan själva viruset identifierats. Att man är smittad med hiv betyder inte att aids är nära förestående, men om inte bromsmedicin sätts in insjuknar de smittade oftast inom tio år. Någon specifik behandling, som botar infektionen finns inte. Däremot är bromsmedicinerna som finns idag ganska effektiva och minskar mängden cirkulerande virus och fördröjer sjukdomsutvecklingen. Det finns dock vissa personer som bär på virus som är resistent mot bromsmedicinerna. Diagnos ställs genom att antikroppar mot hiv/aids påvisas i patientens blod (1. www.smittskyddsinstitutet.se).

2.5 Åtgärder vid inträffade fall och /eller utbrott

Hiv-infektion klassas enligt smittskyddslagen som allmänfarlig sjukdom, och nyupptäckta hiv-fall ska anmälas till SMI med s.k. rikskod, dvs. de första två och de sista fyra siffrorna i

personnumret. Denna kod döljer personens identitet, men anger födelseår och kön, och detta borde vara tillräckliga uppgifter för att följa det epidemiologiska läget. Det finns dock ett problem med att många av patienterna saknar personnummer när de anmäls och de anmäls då med en tillfällig kod. Om de sedan flyttar till en annan bostadsort och även där observeras som hiv-positiva kan de bli anmälda igen, med en annan tillfällig kod. Detta innebär att en person kan anmälas som hiv/aids positiv två gånger. Totalt anmäls över 700 hiv-fall årligen till SMI och det är ett omfattande arbete att rensa bort alla dubbelanmälningar. Nackdelen med rikskoden är att den omöjliggör uppföljning om de anmälda patienterna dött eller flyttat ur Sverige. Om patienten utvecklar aids har de ofta hunnit få ett personnummer, och anmäls då med ytterligare ny kod, vilket försvårar uppföljningen av aids-utvecklingen bland de hiv-anmälda. Hiv/aids är en smittspåringspliktig sjukdom, vilket innebär att anmälan bör innehålla epidemiologiska uppgifter om kön, trolig smittväg och smittort. Av de anmälda hiv-fallen har många haft sin infektion länge när de första gången testas positiva. I några fall känner den behandlande läkaren till tidigare negativa test, men för flertalet är smittotidpunkten helt oklar. En smittad måste följa de förhållningsregler den behandlande läkaren meddelar med stöd av smittskyddslagen, för att undvika att andra smittas. Sex till tolv månader efter hiv-anmälan får den diagnostiserande kliniken ett kompletterande frågeformulär specifikt för hiv/aids. Den samlade epidemiologiska informationen blir därför inte klar förrän tidigast ett år efter att anmälan skett (2. www.smittskyddsinstitutet.se).

2.6 Förebyggande åtgärder

Det finns hittills inget vaccin mot hiv-infektion utan skyddet måste baseras på att man undviker att utsättas eller att utsätta andra för viruset. Kondom ger ett bra skydd mot hiv/aids och även andra sexuellt överförbara sjukdomar, såvida den är hel och används under hela samlaget. Personer som hjälper till med att lägga om sår eller på annat sätt kommer i blodkontakt ska använda plasthandskar eller motsvarande. I smittskyddslagen finns vissa förhållningsregler som bland annat innebär: att den smittade ska hålla regelbunden kontakt med den behandlande läkaren och komma på återbesöken denne bestämmer. Den smittade måste före samlag eller annan sexuell aktivitet, som innebär risk för smittspridning, informera sin sexualpartner om sin hiv-smitta, hon/han får inte ha samlag med icke hiv-smittad person utan att kondom används under hela samlaget, hon/han får inte ge blod, donera organ eller vävnad för transplantation eller donera sperma. Den smittade måste berätta om sin blodsmitta

för läkare, tandläkare eller annan person, som kan komma i kontakt med blodet. De får inte heller dela sprutor eller nålar med andra, inte prostituera sig eller köpa tjänster av prostituerade och heller inte låna/låna ut rakhyvel eller andra toalettartiklar. En hiv-smittad mamma bör inte amma sitt barn, en hiv-smittad kvinna ska vid menstruation vara försiktig med hanteringen av bindor och tamponger, förband ska läggas på alla sår, och det är viktigt med god handhygien (2. www.smittskyddsinstitutet.se).

3 Den offentliga hanteringen av hiv/aids i Sverige

Vi kommer i detta kapitel att sammanställa hur statens offentliga utredning, regeringen samt olika statliga och kommunala myndigheter framställer problematiken kring hiv/aids situationen och det preventiva arbetets uppdelning.

3.1 SOU:s utredning om hiv/aids

Den globala spridningen av hiv/aids är ett växande socialt och ekonomiskt problem. Den svenska hiv-epidemin har på senare år kommit att likna situationen i övriga delar av världen. Idag är det heterosexuell smittväg som dominerar bland de nyupptäckta fallen. Huvuduppgiften för Statens Offentliga Utredning 2004:13 var att göra en samlad översyn av det svenska samhällets insatser mot hiv/aids. I uppdraget har bl. a ingått att:

- Göra en genomgång av spridningen av hiv/aids och de insatser som vidtas av statliga myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer, för att förebygga smittspridning och för att stödja smittade,
- Uppmärksamma utsatta gruppers situation och behov av förebyggande insatser och stöd,
- Belysa hur kunskaperna om och attityderna till hiv/aids har förändrats hos befolkningen och vilka effekter det har medfört på människors beteende.

Utredningen gör bedömningen att risken för spridning av hiv-infektion i det svenska samhället är stor. Det som styrker denna bedömning är den successiva ökning av nya hiv-fall som noterats under de första åren av 2000-talet. Ökningen av andra STI-sjukdomar visar på ett ökat riskbeteende vilket i sin tur ökar risken för spridning även av hiv-infektion. Den snabba spridningen av hiv-infektion i vår närmaste omvärld, särskilt i Baltikum och Ryssland är också en oroande faktor (SOU 2004:13).

Det framkom i utredningen att det behövs en bättre statlig struktur för planering och uppföljning av insatser mot hiv/aids. Utredningen har sammanfattat ett förslag till nationell handlingsplan för samhällets insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförbara infektioner (STI). Målet är att skapa en stabil struktur på nationell nivå för målstyrda insatser mot hiv/STI där handlingsplanen är det första steget. Det föreslås en tydligare planerings- och uppföljningsstruktur, förbättrade förutsättningar för kunskapsförmedling och en förbättrad hantering av det statliga hiv/aids-stödet. Planen kan i sina huvuddrag verkställas av regeringen genom vissa ändringar i myndigheternas instruktioner och uppdrag utan förändringar i lagstiftningen (SOU 2004:13). Utredningen menade att hälso- och sjukvårdens resurser måste mobiliseras i det preventiva arbetet. Kvaliteten på de preventiva insatserna och det hälsofrämjande arbetet måste stärkas och förbättras. Tillgängligheten till diagnostik, behandling och uppföljning måste förbättras och individer som tillhör en riskutsatt grupp måste i större utsträckning erbjudas hiv-testning och sakkunnig rådgivning. Utredningen ansåg att den nationella planerings- och uppföljningsstrukturen borde implementeras i två led, nämligen:

- Att regeringen fastställer övergripande mål samt de övergripande strukturella förutsättningarna för nationell styrning, planering, implementering och uppföljning av samhällets insatser mot hiv/STI samt fastställer ansvarsfördelningen mellan de olika statliga myndigheterna, samt
- Att den myndighet som anförtros ansvaret för nationell planering och uppföljning – i förslaget Socialstyrelsen – i nära samarbete med berörda aktörer, utarbetar och fastställer verksamhetsplaner för de samlade nationella insatserna mot hiv/STI

Utredningen gjorde bedömningen att uppgifter som åläggs de statliga myndigheterna till stor del kan utföras inom ramen för myndigheternas nuvarande uppdrag. Vissa förändringar och förtydligande är nödvändiga när det gäller vissa myndigheters nuvarande uppdrag. Bland annat borde Socialstyrelsen få uppdraget att utvärdera erbjudande om och genomförande av hälsoundersökning av asylsökande. Skolverket borde få i uppdrag att följa upp frågorna kring skolans sex- och samlevnadsundervisning. Socialstyrelsen föreslås få uppdraget att undersöka och analysera situationen för hiv-infekterade, med tyngdpunkt på diskriminering och utanförskap. Socialstyrelsen borde också undersöka allmänhetens attityder och beteenden mot hiv positiva, för att ytterligare kunna fördjupa arbetet mot diskriminering och stigmatisering (SOU 2004:13).

3.2 Övergripande mål och målgrupper

Utredningen menar att det övergripande målet med samhällets insatser skall vara att begränsa spridningen av hiv/STI och att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner både för samhället och för den enskilde. Hela befolkningen bör engageras i arbetet mot hiv/STI genom information och kunskapsförmedling. För närvarande finns särskilt riskutsatta individer inom följande grupper vilka behöver nås av riktade preventionsinsatser:

- Män som har sex med män
- Intravenösa missbrukare
- Personer av utländsk härkomst
- Ungdomar och unga vuxna
- Utlandsresenärer
- Gravida kvinnor (SOU 2004:13).

Spridningen av hiv-infektion bland män som har sex med män (MSM) och bland intravenösa missbrukare, vilka tidigare identifierades som en riskutsatt grupp, har varit begränsad under senare år. Det fanns heller inga tecken på att det förekommit någon påtaglig spridning av hiv-infektion bland heterosexuella personer i vårt land. Utredningen anser dock att det finns omständigheter som pekar på att risken för spridning av hiv-infektion i det svenska samhället är stor om inte åtgärder vidtas. Trots att Sverige satsar mer på prevention mot andra sexuellt överförbara sjukdomar, än vad som görs i de flesta jämförbara länder, har inte spridningen av dessa infektioner minskat i Sverige. Mellan 1997 och 2003 har antalet anmälda fall av klamydiainfektion och gonorré ökat i alla åldersgrupper och syfilis har återkommit i form av en global epidemi och visar inte några tecken på att avklinga, vilket visar på ett ökat riskbeteende hos befolkningen. Andra faktorer som ses med oro är bland annat den snabba spridningen av hiv-infektion i vår närmaste omvärld och ökningen av personer med hiv-infektion, huvudsakligen heterosexuellt smittade, som beror på invandring och att allt fler människor, tack vare framgångsrik behandling, lever med hiv-infektion i samhället (SOU 2004:13).

3.3 Regeringens proposition

När Statens Offentliga utredning, SOU 2004:13, var klar lade regeringen i december 2005, prop. 2005/06:60; *nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*. Propositionen är framtagen i samarbete med Vänsterpartiet och Miljöpartiet de Gröna. Syftet med regeringens förslag är att begränsa spridningen av hiv-infektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för både samhället och den enskilde. Insatserna inriktas på att begränsa den inhemska spridningen av hiv/aids, upptäckten av hiv-infektioner som uppkommit före människors ankomst till Sverige samt förbättring av samhällets kunskaper om hiv/aids och om hur det är att leva med hiv/aids. I propositionen föreslås en lag som reglerar sprututbytesveksamheten för intravenösa narkotikamissbrukare. Lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2006 och innebär att landstingen, efter tillstånd från Socialstyrelsen, får bedriva verksamhet att personer med injektionsmissbruk får byta begagnade sprutor och kanyler mot rena. Syftet är att förebygga spridning av hiv-infektion och andra blodburna infektioner bland personer med injektionsmissbruk (5. www.regeringen.se).

3.4 Regeringens bedömning

Regeringens bedömning är att den inhemska spridningen av hiv-infektion är relativt liten i Sverige, men i våra grannländer är hiv/aids ett problem och skulle vi få in smittan i exempelvis ungdomsgrupper finns det stor risk att spridningen även kommer att öka här i Sverige. Därför anses det viktigt att samhället skärper de förebyggande insatserna genom att den epidemiologiska övervakningen fördjupas, för att bättre kunna identifiera risksituationer och spridningsvägar för hiv-infektion bland personer med utländsk bakgrund och kunna bestämma lämpliga preventiva åtgärder. Större satsningar på insatser till personer med utländsk bakgrund, till ungdomar, och män som har sex med män bör göras. En metodutveckling för att bättre kunna nå ut till riskgrupper bland personer med utländsk bakgrund bör utarbetas. En utredning med uppdrag att följa upp genomförandet av hälsoundersökningar som erbjuds asylsökande, nyanlända anhöriginvandrare med flera, bör tillsättas och överväga behovet av ytterligare insatser för att säkerställa att dessa grupper verkligen erbjuds hälsoundersökningar, samt att även andra grupper som bedöms vara riskutsatta erbjuds hälsoundersökning vid ankomsten till Sverige. Vid remissbehandlingen har ett antal instanser efterlyst utökande insatser riktade mot denna grupp. Regeringens

bedömning är att på grund av gruppens omfattning och heterogenitet är det svårt att ange hela gruppen som mål för åtgärden, på grund av risken att utpeka och generalisera i strävan att förhindra smittspridning. Detta skulle kunna få konsekvenser för invandrargrupper från högendemiska områden. Hälsundersökningar har stor betydelse i det hiv-preventiva arbetet. Ett antal av dem som smittats före invandring till Sverige upptäcks via den hälsounderökning som asylsökande erbjuds efter ankomst till Sverige. Hälsounderökningen är inte bara ett sätt att upptäcka hiv-infektion och remittera patienten till vård och behandling utan ger även ett tillfälle att förmedla ett individuellt anpassat preventivt budskap även om patienten är hiv-inficerad eller inte. Dock har uppföljningar från Socialstyrelsen och Landstingsförbundet visat att systemet inte fungerar tillfredsställande. För år 2002 fick endast 37 % en hälsounderökning kort tid efter ankomst till Sverige. Det finns inte heller någon rutin för erbjudande om hälsounderökning för anhöriginvandrare, övriga invandrare, gäststudenter eller arbetskraftinvandrare (5. www.regeringen.se).

3.5 Samhällets insatser

Grunden för samhällets förmåga att förhindra spridning av hiv-infektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar utgörs av insatser som utförs i kommuner och landsting. Riksdag och regering arbetar via normering i form av lagar och förordningar och i form av myndigheternas föreskrifter och allmänna råd omfattas även den epidemiologiska övervakningen. Detta gäller såväl direkta statliga preventionssatsningar som statligt stöd till frivilligorganisationer, kommuner och landsting i arbetet mot hiv/aids. Det görs även stora satsningar på forskning och utveckling (5. www.regeringen.se). Förutom direkta statliga preventionssatsningar i myndigheternas egen regi, t ex i form av informationsinsatser, bidrar staten även med ekonomiskt stöd till andra offentliga aktörer och frivilligorganisationer för prevention och vissa vårdinsatser. Omfånget av och kostnaden för den statliga insatsen för hiv/STI är svår att beräkna men enbart det särskilda statliga hiv/aids-stödet uppgick år 2004 till 148 miljoner kronor. Även kommunernas och landstingens insatser inom området är omfattande. Det rör sig främst om prevention, vård och behandling inom hälso- och sjukvårdens ram men också insatser i skolan, socialtjänsten och i missbrukarvården. Utredningen menar att det är nödvändigt att hiv/STI – preventionen inordnas i ett större sammanhang av det hälsofrämjande arbetet där bl.a. kunskap, förändring av normer/värderingar, stärkande av individens förmåga (empowerment) och stödjande miljöer

är viktiga nyckelord (SOU 2004:13). Då ansvaret för insatserna är uppdelade på många olika aktörer och huvudmän och att dessa har ett självständigt ansvar krävs det utvecklad samverkan och ett omfattande samarbete. För att förbättra förutsättningarna för samordning föreslog regeringen att Socialstyrelsen skall ha det övergripande ansvaret för att ge befolkningen ett bra skydd mot smittsamma sjukdomar och en övergripande och samordnande funktion för samhällets insatser bör inrättas vid Socialstyrelsen (5. www.regeringen.se).

3.6 Insatser riktade mot riskutsatta grupper

SOU 2004:13 utredningen menar att redan tidigt pekades vissa grupper i samhället ut som särskilt utsatta för hiv-infektion, det var män som har sex med män (MSM) och intravenösa missbrukare. Senare noterades även en ökning av hiv-infekterade i vissa grupper av immigranter, de som kom från områden med hög förekomst av hiv-infektion, men även hos vissa utlandsresenärer. Beräkningar visar att spridningen av hiv-infektion bland MSM i Sverige var som störst under första delen av 1980-talet med en topp 1984-1985, för att sedan snabbt minska och stabilisera sig på en nivå under 100 nya fall om året. Personer som smittas utomlands står för över två tredjedelar av de rapporterade fallen av hiv-infektion under senare år. Huvudparten av dem har smittats före immigration till Sverige, men ett ökande antal individer som är bosatta i Sverige smittas också under utlandsresor. Antalet personer som smittats före immigration har ökat under senare år, och heterosexuell smitta dominerar globalt. Studier visar att MSM radikalt ändrade sitt sexuella beteende på 1980-talet då hiv-infektionen blev allmänt känd. Utredningen ansåg att kunskaperna om MSM från kulturer med mindre tolerant syn på homosexualitet eller där homosexualitet är tabubelagt och straffbart är bristfälliga. Denna grupp lever ofta inte öppet med sin sexualitet och är extra utsatt och svår att nå genom vanliga informationskanaler och här behövs särskilda informationssatsningar (SOU 2004:13).

Ur smittspridningssynpunkt är det av stor vikt att eventuell hiv-infektion identifieras tidigt, då en tidig diagnos innebär ett mer gynnsamt medicinskt utgångsläge för den enskilde individen. I Socialstyrelsens allmänna råd om hälso- och sjukvård för asylsökande/flyktingar skall samtliga snarast efter ankomst till Sverige erbjudas hälsosamtal och vid behov en hälsoundersökning. Hälsoundersökningen är frivillig vilket innebär att den asylsökande skall vara så välinformerad om de moment som ingår i undersökningen att denne har möjlighet att

avstå. I januari 2003 tog Europeiska unionens råd ett direktiv som ger medlemsstaterna *möjlighet* att begära att asylsökande skall hälsoundersökas av folkhälsoskäl. Regeringen i Sverige tillsatte en utredning om miniminormer för mottagandevillkor av asylsökande skall genomföras, vilket inkluderade att pröva behovet av obligatoriska hälsoundersökningar. Bedömningen blev att det saknas tillräckligt starka skäl för att göra hälsoundersökningarna obligatoriska. Utredningen föreslår dock att skyldigheten för landstingen att erbjuda hälsoundersökning till asylsökande skall lagregleras (SOU 2004:13).

3.7 Insatser för att motverka diskriminering av hiv-infekterade

En viktig fråga har varit att minska den stigmatisering, diskriminering och det utanförskap som många personer med hiv/aids utsätts för. Diskriminering och social utstötning av hiv-infekterade personer är ett problem i stora delar av världen, vilket riskerar att bidra till att smittade undviker att testa sig. I FN-deklarationen om hiv/aids slås fast att diskriminering och förnekande skadar arbetet med förebyggande insatser, vård och behandling. Befolkningens okunskap om hiv/aids och dess smittvägar orsakar fördomar och intolerans mot hiv-infekterade, vilket leder till utanförskap och diskriminering i arbetslivet och övriga samhället. Hiv-infektion drabbar i stor utsträckning människor som tillhör grupper eller människor som redan är utsatta för intolerans eller diskriminering på grund av missbruk, sexuell läggning eller etnicitet. Regeringens bedömning är att ett framgångsrikt hiv-preventivt arbete förutsätter åtgärder riktade mot diskriminering och stigmatisering av hiv-infekterade personer. Det bör genomföras en undersökning av situationen för hiv-infekterade och allmänhetens attityder och beteenden mot hiv-infekterade, där hiv-infekterade personers kunskaper och erfarenheter bör utnyttjas. Behovet av insatser inom t.ex. skolan för att öka kunskapen om sex- och samlevnad, förebyggandet av oönskade tonårsaborter och att upptäcka hiv/aids bland nyanlända människor är viktiga områden för att förebygga spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar. Socialstyrelsens uppdrag blir att ta fram ett kunskapsunderlag och tydliga riktlinjer för hur ungdomsmottagningar och liknande verksamheter ska bedriva ett kunskapsbaserat preventionsarbete riktat mot ungdomar och unga vuxna (5. www.regeringen.se).

3.8 Nationell samsyn

Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige är ett samarbete mellan Integrationsverket, Karolinska institutet, Migrationsverket, Statens folkhälsoinstitut, Institutet för Psykosocial Medicin, Landstingsförbundet, Myndigheten för skolutveckling, Socialstyrelsen och Svenska kommunförbundet. Gruppen arbetar för utveckling avseende främjande, förebyggande och behandlande insatser under första tiden i Sverige, vilket innebär bland annat:

- Att utarbeta bättre samverkan mellan hälso- och sjukvård och introduktionsverksamhet för att identifiera och åtgärda fysiska, psykologiska och sociala orsaker för ohälsa.
- Att förbättra information till asylsökande och andra nyanlända om rätten till hälso- och sjukvård samt att säkerställa att hälsoinformation erbjuds samtliga personer som en naturlig del av introduktionen.
- Att säkerställa att alla som har erbjudits hälsoundersökning har uppfattat den som en möjlighet och att resultatet av hälsoundersökningen leder till adekvata åtgärder.

Integrationsverket och Migrationsverket inbjöd 2003 till ett möte i syfte att nå en överenskommelse för integration och hälsa. Överenskommelsen skulle bland annat tydliggöra vem som har ansvar för vad. Samverkan mellan hälso- och sjukvård, kommun, arbetsmarknad, skola och försäkringskassa ska kunna skapa bättre förutsättningar för integration genom ett hälsofrämjande perspektiv. De menade att ohälsa och sjukdom är bidragande faktorer som kan innebära att en nyanländ person blir socialt exkluderad. Social marginalisering och ohälsa handlar ofta om samverkande faktorer, t ex traumatiska händelser före ankomsten eller brister i mottagandet. De pekar på risken att introduktionen endast kommer att fungera för fullt friska och att personer som är sjuka kommer att uteslutas från svenskt samhällsliv. I integrationspolitiken för 2000-talet inleds avsnittet om folkhälsa med:

”Integrationsperspektivet kommer att få en mer framträdande plats i det folkhälsopolitiska arbetet. Som ett led i detta bör insatserna som syftar till att förbättra hälsan hos invandrare öka. Lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund är ett av integrationspolitikens mål som även inkluderar hälso och socialpolitikens område” (8. www.integrationsverket.se, s. 11).

Statens Folkhälsoinstitutets undersökningar har visat att personer som invandrat till Sverige har sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen. Det är därför viktigt att nå ut till nyanlända i Sverige. Förslag till särskilt angelägna utvecklingsområden är; kontinuerlig uppföljning av stödstrukturer, utnyttjande/nyttan av hälsoundersökning, personalens behov av kompetens och handledning i bemötande och hälsofrågor. En utveckling av hälsokonsekvens analyser som tydliggör hur olika beslut och lagar påverkar hälsan hos berörda. Hälsa och hälsorelaterade problem beror på flera olika samverkande faktorer mellan individ och miljö och troligen är ohälsa det största problemet för en framgångsrik introduktion (8. www.integrationsverket.se).

3.9 Malmö kommuns verksamheter

En arbetsgrupp under ledning av Statskontoret, Vårhjälp- och Folkhälsoenheten har arbetat fram ett projekt – *Sexuell hälsa – Program för Malmö stad* och riktar sig till de kommunala verksamheterna inom skolektorn, fritiden och socialtjänsten, programmet är antaget av kommunfullmäktige 1999-04-29. Arbetet har utgått från lokala, nationella, internationella lagar, författningar, riktlinjer samt vetenskaplig litteratur. Dokumentet beskriver övergripande mål för att främja den sexuella hälsan och därigenom förebygga hiv/aids i befolkningen. Arbetsgruppen pekar på att antalet personer som dör av aids är färre än antalet nytilkomna fall av hiv/aids per år, vilket innebär att antalet hivsmittade personer som lever i samhället ökar. Sedan 1987 har ett statligt bidrag funnits för hiv/aids förebyggande arbete. I framtiden förutsätts regionala och lokala verksamheter ta större ansvar för finansieringen av hiv-förebyggande insatser inom sjukvården och andra samhällsorgan. Vilket kräver samverkan av resurserna som finns. Hiv-förebyggande arbete genomförs sedan 1994 enligt *Riktlinjer för förebyggande insatser mot HIV/AIDS i Malmö* enligt olika metoder inom fyra områden: epidemiologisk kartläggning och uppföljning; information och kunskapsförmedling; intensifierad narkomanvård samt utveckling av psykosocialt stöd. Epidemiologisk bevakning för Malmö sköts genom Smittskyddsenhetens försorg och genom datainsamling vid kvinnokliniken, STI-mottagningen och ungdomsmottagningarna. Klinisk kemiskt laboratorium vid UMAS gör stickprover för hiv-analys på anonyma blodprover, för att övervaka förekomsten av hiv-infektion bland allmänheten. Folkhälsorapporten *Hur mår barn och ungdomar i Malmö?* (1998) redovisar hälsoläget för ungdomar. Invandrare/flyktingar har varit en definierad målgrupp för hiv-förebyggande arbete och särskilt hälsofrämjande arbete riktat till invandrare/flyktingar består bland annat av hiv/aids och sexuellt överförbara

infektioner (STI) information utifrån manligt-kvinnligt perspektiv. Detta sker t ex genom svenska för invandrare (Sfi)-undervisning. Infektionskliniken vänder sig till allmänheten och erbjuder hiv-testning med rådgivning. STI-mottagningen på UMAS har en drop-in-mottagning en kväll i veckan för undersökning och behandling. Vid påvisad infektion ges kulturanpassad rådgivning och kontaktspårning utförs.

Arbetsgruppen menar att utmaningen i det hiv-förebyggande arbetet och främjandet av sexuell hälsa är att kärlek, lust och sex sällan är baserade på rationellt tänkande. Förmågan till kommunikation om sexualitet och sexuell identitet är grundläggande för arbetet med sexuell hälsa och det sexuella välbefinnandet. Syftet med det hälsofrämjande arbetet är att stärka befolkningens deltagande i hälsoarbetet och kontroll över sin miljö och hälsa. Det finns ett stort antal vetenskapligt beprövade teorier och metoder som är användbara inom hiv-prevention och för att främja sexuell hälsa. Ett syfte med teorierna är att förstå vad som avgör vad människor gör – istället för vad de säger att de gör - för att främja sin hälsa. Det är viktigt att man tar tillvara denna kunskap och använder de metoder som anses mest effektivt enskilt eller i kombination. Teorier om social inlärning är grundläggande, empowerment är begrepp som ingår i metoder som skapar förutsättningar för individen att bli beslutsfattare om sitt eget liv och att kunna/få sätta gränser. Ett viktigt verktyg är att kunna *förhandla* t ex om kondomanvändning, för att kunna påverka sin situation.

Hälsa är ett omtvistat begrepp. Folkhälsan brukar beskrivas utifrån – *att förebygga sjukdom och att främja hälsa*, med skillnad mellan sjukdom/icke sjukdom och hälsa/ohälsa. Den upplevda hälsan kan alltså variera mellan frisk och sjuk respektive bra och dålig hälsa. Beroende på var man befinner sig kan man uppleva olika grader av välbefinnande. Ökningen av klamydia- och gonorréfall kan tydas som varningstecken för fler nya fall av hiv/aids än förväntat, eftersom STI incidensen är en slags ”vägvisare” för sexuellt riskbeteende i samhället. Lokalt i Malmöområdet rapporterades 30-40 hiv-fall per år, antalet fall av heterosexuell smitta ökar, främst på grund av smitta utomlands. Antalet nyrapporterade fall av hiv/aids bland män som har sex med män har minskat. Arbetsgruppen menar att Malmö är en segregerad stad både ekonomiskt och kulturellt. 150 olika födelseländer representeras i Malmö och här möts människor med olika bakgrund när det gäller kultur, normer, värderingar och kvinnosyn. Denna verklighet gör sig påmind i skolan, där en del flickor med muslimsk bakgrund, inte tillåts av familjen, att delta i sex- och samlevnads- och gymnastikundervisning.

3.10 Region Skåne

Region Skåne har arbetat med ”strategi för sexuell och reproduktiv hälsa”. Anette Agardh, programansvarig för folkhälsoområdet sexuell och reproduktiv hälsa, har på uppdrag av hälso- och sjukvårdsledningen lett utvecklingen av denna strategi, som antogs i Hälso- och sjukvårdsnämnden 24 oktober, 2005 (9. www.skane.se).

Strategin börjar med övergripande mål, prioriteringar och huvudaktiviteter. Strategin fastslår de huvudaktiviteter som bör genomföras och vilka de prioriterade grupperna är: ungdomar, unga vuxna, flyktingar och invandrare; homosexuella, bisexuella, transpersoner, män som har sex med män, kvinnor som har sex med kvinnor; personer med risk för/är utsatta för sexuellt våld, narkotika missbrukare samt hiv-positiva. Förverkligandet av dessa aktiviteter kommer att kräva nära samarbete mellan olika konstellationer av aktörer i Skånes kommuner, frivilligorganisationer, hälso – och sjukvård m fl. Vi kommer här att lägga fokus på strategin som utgörs för flyktingar och invandrare. De övergripande målsättningarna är:

- att inom detta område arbeta för en adekvat och jämlik tillgång till förebyggande insatser och information samt vård/ behandling oberoende av ålder, kön, klasstillhörighet, sexuell läggning, etnisk eller kulturell bakgrund samt hälsostatus (mentalt och fysiskt).
- att bidra till en positiv syn på sexualiteten och jämlikhet mellan kvinnor och män; detta
- gäller oberoende av klasstillhörighet, sociokulturell bakgrund och sexuell läggning.

Den offentliga hälso- och sjukvården kan inte ensam uppnå denna målsättning utan det krävs ett systematiskt samarbete mellan en rad olika aktörer, på olika arenor mot olika prioriterade grupper. Målgruppen flyktingar och invandrare har arenorna i studentprojekt, Invandrarföreningar, studentkårer, kommunala verksamheter, migrationsverket, kyrkan, infektionskliniken samt kriminalvården. Aktörerna är följande: Skånes kommuner; skola, fritid och socialtjänst, Infektions- och kvinnokliniker, MVC, barn och ungdomskliniker, smittskyddet, frivilligorganisationer, vårdcentraler och ungdomsmottagningar, representanter för målgrupperna, kriminalvården, migrationsverket och socialmedicinska enheten. Prioriterade huvudaktiviteter för målgruppen flyktingar och invandrare under de närmaste 5 åren är att: I samarbetet med kommunerna och frivillig organisationerna öka samrådet med de

största invandrargrupperna. Genom dessa konsultationer verka för information, rådgivning och preventivmedels och hiv/STI mottagningar utvecklas och behovsanpassas för dessa grupper inom hälso- och sjukvården. Stärka och utveckla förebyggande insatser riktat mot invandrardomar samt stärka och utveckla målgruppens delaktighet i det förebyggande arbetet (9. www.skane.se).

3.11 Hiv/aids problematiken i Malmö

Malmö har en betydande andel befolkning av utomeuropeiskt ursprung, därför är denna problematik av stor vikt här. Just därför såg vi det som extra angeläget att belysa situationen i Malmö. Det finns starka skäl, enligt epidemilogiska undersökningar och hiv/aids utredningens betänkande, att ge extra prioritet till de målgrupper som denna strategi anger. Fokuseringen på utbildning och rådgivning bör läggas på dem som behöver större insatser och nya befolkningsgrupper såsom invandrare och flyktingar behöver mer uppmärksamhet. Vad gör man då i Malmö för att förhindra spridningen/ökningen av hiv/aids? Vid ett besök hos projektansvarig för folkhälsan i Malmö fick vi följande information: Malmö kommun är ute på skolorna och informerar ungdomar som går i högstadiet om sexuellt överförbara sjukdomar. De vänder sig till 15-16 åringar och föreläser samt samtalar i grupper med ungdomarna. De håller tre gruppsamtal varav ett är enbart med flickor, ett med pojkar och ett där man har både pojkar och flickor. Han säger att detta görs för att ge dem en chans att ta upp eventuella problem som kan vara pinsamma inför det motsatta könet. I dag har antalet sexuella partners bland ungdomar ökat och samtidigt så används kondom av ca: 80 %. Det finns en ökning av klamydia, gonorré och syfilis bland ungdomarna men ännu är inte hiv/aids vanligt hos denna grupp. De anser att hiv/aids känns avlägset och är inget som drabbar mig utan ”andra borta i Afrika eller homosexuella”. Han förklarade också att hiv/aids ses som en svårsmittad sjukdom om du är frisk för övrigt. Finns det däremot klamydia, gonorré och ett allmänt dåligt hälsotillstånd är risken större att du blir smittad. Risken att en fullt frisk svensk skulle få hiv/aids är alltså väldigt liten. Invandrarna, framförallt från fattiga länder, är den stora gruppen som bär på smittan eller är i riskgruppen. Det framgick under samtalet att det inte förs någon statistik över antalet hälsokontroller och hiv-tester som utförs vid ankomst till Sverige. Detta innebär att det kan finnas ett mörkertal med människor som lever med hiv/aids. Det har dock genomförts anonyma hiv-tester på personer som av olika anledningar varit på sjukhus och lämnat blodprover. Vi kunde tyvärr inte få någon statistik från undersökningen

men informerades, av projektansvarig för folkhälsan, att mörkertalet inte var stort. Vi anser att den största risken för att vara hivsmittad men inte ”upptäckt” finns hos invandrare som har kommit hit som anhörig eller illegalt, då de ej kommer i kontakt med Migrationsverket eller blir erbjudna hälsoundersökning. Chansen att en illegal flykting skulle komma till sjukhuset för vård är ganska liten, så vi undrar vem det egentligen var som testats? Kan det ha varit genomsnitts ”svensken” och i så fall hur stor är trovärdigheten av resultatet i denna undersökning på hur situationen ser ut i Malmö? Det borde kanske göras en mer omfattande och genomtänkt undersökning för att få fram ett svar som speglar situationen.

I övrigt fick vi också veta att Malmö kommun får, av regeringen, 13,2 miljoner så kallade ”hiv märkta” pengar som fördelas bl. a. mellan skolan, socialtjänsten och frivilliga organisationer t.ex. den Afrikanska Referensgruppen i Malmö (Hiris) och Noaks Ark, Malmöhus. Organisationerna får ansöka om dessa pengar varje år. Även Region Skåne får av regeringen 12,5 miljoner att använda till olika arbeten med hiv/aids. Vi uppfattade att inställningen var att hiv/aids inte är något större problem just nu och att man inte upplever det som något större hot i samhället. Samarbetet mellan migrationsverket, sjukvård och kommunen behöver utredas för att få en bättre information om vad som verkligen händer.

Malmö Stad, Region Skåne, Arbetsförmedlingen och Migrationsverket har utarbetat en lokal överenskommelsen för samverkan i introduktionen av asylsökande, flyktingar och andra invandrare i Malmö stad. Syftet med överenskommelsen är att nå en bättre effektivitet av tillgängliga resurser och bättre kvalitet i verksamheterna. De vill utveckla gemensamma metoder för kartläggning, uppföljning, information och fortbildning. Migrationsverket ska bl.a. i samverkan med Region Skåne informera samtliga asylsökande om möjligheten till och vikten av hälsosamtal och rättigheten till akut sjuk- och tandvård. Malmö stad ska bl.a. i samverkan med Migrationsverket och Region Skåne utveckla insatser för nyanlända med hälsoproblem så att introduktionen och integrationen i det svenska samhället underlättas, utifrån principdokumentet *Nationell samsyn kring hälsa och den första tiden i Sverige*. Region Skåne, Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt skall bl.a. ge information till asylsökande och nyanlända om hälsofrågor i förebyggande syfte och ansvara för utveckling av hälsosamtal i ett tidigt skede, de ska även etablera en särskild familjeläkarmottagning för asylsökande och nyanlända med permanent uppehållstillstånd (10. www.temaasyl.se).

3.12 Bemötandet vid ankomst till Malmö

Vi undersökte vad Migrationsverket, Flyktinghälsan och Malmö stad gör för att fånga upp redan smittade och förhindra ytterlig spridning? Det var först i slutet av 1980-talet som olika invandrargrupper och flyktingar identifierades som en målgrupp i sig och år 1989 anställde aidsdelegationen en handläggare för att arbeta specifikt med invandrargrupper. Rutinerna för mottagandet och erbjudande om hälsoundersökning skiljer sig åt om du kommer till Sverige som asylsökande/flykting eller som anhöriginvandrare. En asylsökande saknar uppehållstillstånd vid ankomst till Sverige och det är Migrationsverket som ansvarar för mottagandet och erbjudandet om hälsoundersökning. Om du däremot är anhöriginvandrare kommer du inte i kontakt med Migrationsverket och blir då heller inte erbjuden hälsoundersökning. I SOU framkom att i Malmö hälsoundersöks uppskattningsvis 90 % av de asylsökande, då de utarbetat ett fungerande kallelsesystem, vilket även möjliggör uppföljning. Vi ifrågasätter var denna siffra kommer ifrån då det i våra intervjuer har framkommit att det inte förs någon statistik vare sig på Migrationsverket eller på Flyktinghälsan angående hälsoundersökningar. I beaktning bör tas att anhöriginvandrarna inte kommer i kontakt med Migrationsverket då dessa har uppehållstillstånd vid ankomst. Sedan finns det säkert en del som uppehåller sig i Sverige illegalt. Dessa grupper blir inte erbjudna någon hälsoundersökning. Barn som ska börja skolan i Sverige hälsoundersöks innan skolstart. Om det vid läkarundersökningen framgår att barnen har hiv/aids krävs det enligt smittskyddslagen en smittspårning och därmed finns en möjlighet att fånga upp även familjerna.

Utifrån samtalet med projektansvarig för folkhälsan visade det sig att i Malmö har klamydia ökat från 356 till 468 fall, även gonorré och syfilis har ökat från att i princip varit utrotade. Detta tyder på ett ökat riskbeteende och kan medföra fler nya fall av hiv/aids än förväntat. Malmö stad anser att utmaningen i det hiv/aids förebyggande arbetet och främjandet av sexuell hälsa baseras på kärlek, lust och sex.

Anders Ljungberg skriver den 4 maj 2006 i Sydsvenskan att Malmö, i juni 2006, får landets första vårdcentral för asylsökande. Här ska man genomföra hälsoundersökningar av asylsökande. Dessa är frivilliga men Malmö stad kräver att asylsökande barn som ska börja skolan ska genomgå hälsoundersökning på flyktinghälsan. När det gällt sjukvård har de asylsökande varit hänvisade till vårdcentralerna i området där de bor, men då vissa flyttar runt mellan olika bostäder har de varit hänvisade till ett flertal vårdcentraler. Den nya

vårdcentralen kommer att bemannas med en heltidsanställd distriktsläkare, tre distriktssköterskor och en barnsjuksköterska, en kurator och en barnpsykolog som är anställda på timmar samt en verksamhetschef (Sydsvenskan, 060504, C-adel, s 11). Under vårt telefonsamtal med Flyktinghälsan framkom att de inte förde någon statistik över hur många som avböjde hälsosamtalen respektive tackade ja. Han menade vidare att en del av de nyupptäckta hivpositiva fick dom kontakt med när barnen hälsoundersöks inför sin skolstart. Problemen han såg idag var att komma i kontakt med de unga killar som kom till Sverige och inte blir erbjudna eller som avböjer hälsosamtalet, detta är personer som Flyktinghälsan inte får någon vetskap om.

4 Teorier

Då den största ökningen i Sverige sker via invandring kommer vi här att analysera struktur, kultur och normer samt media för att kunna förstå och förklara problematiken i arbetet med hiv/aids både för de som kommer till Sverige och för de som redan är smittade och befinner sig i landet.

4.1 Struktur

Strukturbegreppet framställs på många olika sätt. Vi har valt att analysera hiv/aids problematiken utifrån struktur (samhället) och aktör (individ). Struktur innebär detsamma som begreppen regler och mönster. Strukturbegreppet inriktar sig på att förklara samhälleliga förhållanden till skillnad från individuella som till exempel könsroller och kulturella normer. Det är enligt det strukturella perspektivet viktigt att söka orsaker till sociala problem utanför den enskilda individen och istället se hur samhället fungerar i helhet. Genom att se till de strukturella faktorerna kan man få förståelse för sociala problem. Struktur kontra aktörspektivet kompliceras ofta av att det inte klargörs vad som menas med respektive begrepp (Meeuwisse & Swärd, 2002). Hur är det till exempel med aktörer och strukturer i hiv/aids debatten? Om man förutsätter att aktören har en viss handlingsfrihet så gäller detta individen men gäller det också socialbyrå, lagstiftare osv.?

4.2 Normer och kultur

I sin artikel ”*Sexualitet*” tar Anna Bredström, (Linköpings Universitet, Sweden) (Sverige), upp hur rykten om risk, säkerhet och kön, sexualitet och ras är centrala i hiv/aids problematiken. Vi har valt att efter bästa förmåga tolka och översätta hennes vetenskapliga artikel.

4.2.1 Den svenska linjen

Bredström beskriver hur svenska staten initialt hanterar frågan om smittspridning. I diskussioner angående hur utvecklingen av hiv/aids frågan skulle hanteras i Sverige noterades, enligt Bredström, att Sverige utmärkte sig genom att föra en restriktivare och mer disciplinerad linje än övriga Europa. De första åren koncentrerade man sig på att sprida rädsla och lägga skulden på individen. Man fokuserade på att ändra det svenska folkets sexliv och stoppa all promiskuitet. Sverige var också ett av de få länder som inkluderade hiv/aids i smittskyddslagen. Detta innebar att alla fall skulle anmälas till smittskyddsinstitutionen. Här fick man bibehålla sin anonymitet men var tvungen att uppge tänkbara smittkällor dvs. sexuella partners. Badhus, som var mötesplats för homosexuella, stängdes för att stoppa spridningen, men detta upphävdes 2004. Bredström ansåg att det verkar ganska konstigt att sociala, demokratiska Sverige antog så restriktiva lagar och strategier för att skydda marginaliserade grupper från konservativa ideologier. På samma nedlåtande sätt angrepps också drogmissbrukarna som ansågs vara farliga inte bara för sig själva utan även för andra. Majoriteten av tvångsintagna, enligt LVM, har varit drogmissbrukare. Den svenska staten var samtidigt mycket motvillig till att införa sprututbytesprogram för missbrukarna (7. www.sagepub.com).

4.2.2 Hiv/aids blir en etnisk fråga

I takt med att den inhemska smittspridningen minskade samtidigt som den ökade bland den invandrade befolkningen så gled problematiken alltmer över till att bli en etnisk fråga. Och eftersom flyktingar och invandrare i dag är utpekade som den största källan till hiv/aids i dagens Sverige vill Bredström noggrant undersöka representationen, identiteten och skillnader i den svenska hiv/aids diskursen. Hon har använt material om sexuell utbildning som riktar sig till invandrare/flyktingar som kommer till Sverige. Det finns i dag bl. a två böcker som är framställda av Folkhälsoinstitutionen och Stockholms AIDS förebyggande Center (LAFA): *"Kärlek i ett annat land - om sexualitet och samlevnad i Sverige"* och *"Mellan människor – tankar om sexualitet och samlevnad i Sverige och världen"*. Böckerna gavs ut för att användas i introduktionskursen för invandrare/flyktingar. De skulle förutom svenska språket också innehålla information om det svenska samhället och den svenska kulturen. I svensk media, 2004, rapporterades enligt Bredström, att personer som lever med hiv/aids fortsätter att öka i

Sverige. Det framgick också att ökningen av hiv/aids berodde på den ”globala situationen”. Hon skriver också att SMI förklarade ökningen med att fler och fler människor från hiv/aids aktuella områden flyttade hit, medan ökning bland människor som redan levde i Sverige var mer eller mindre obefintlig (7. www.sagepub.com).

4.2.3 Föreställningar om smittspridning relaterat till etnicitet och sexualitet

Bredström skriver vidare att den första grupp som utpekades som den stora riskgruppen var homosexuella män. Detta ledde till en uppdelning mellan människor och en stor stigmatisering för homosexuella män. Det visade sig att även män som har sex med män, men inte är homosexuella utan bisexuella, också blev klassificerade som homosexuella. De blev ”vi heterosexuella” friska människor och ”de homosexuella ” sjuka människor. Heterosexuella trodde att de gick helt säkert från smittan och tog avstånd från homosexuella. Hon säger att när det visade att ”bögpesten” förvandlades till ett ”Afrikanskt virus” som smittade även homosexuella blev det helt plötsligt en rasfråga mellan ”svarta” och ”vita”. Många menade då att hiv/aids enbart kunde smitta ”svarta” heterosexuella människor inte ”vita” heterosexuella människor, det var färgen på huden som avgjorde om man var mottaglig eller ej. Detta sätt att dela in människor i olika grupper och med kulturella skillnader har diskuterats och kritiserats i många vetenskapliga undersökningar som gjorts angående ras och etnicitet. Stefan Jonsson (2004) framhäver i sin essä *Rasism och nyrasism i Sverige 1993-2003*, enligt Bredström, att Sverige har gått från en biologisk rasism till en kulturell rasism där vi använder de kulturella skillnaderna som anledningar till skillnader istället för historiska fält. Den svenska ”rasismen” är svår att påvisa för svenskarna men märks tydligt på arbetsmarknaden och bostadsmarknaden där invandrare/flyktingar har svårt att komma in. Vi delar idag in människor i ”svenskar” och ”invandrare” i stället för ”svarta” och ”vita” som man gjorde förr. Bredström menar att när man diskuterar denna förändring mot en ny typ av rasism så är det viktigt att understryka att den stora skillnaden mellan den gamla biologiska rasismen och den nya kulturella rasismen inte alltid är så lätt att urskilja. Tvärtom har de biologiska skillnaderna alltid burit med sig en stark kultur och omvänt, i den kulturella rasismens diskurs, är kulturen ofta använd i den biologiska tanken om arv och miljö. En annan likhet mellan den äldre och den nyare formen av rasism är att det finns vissa kulturer som är mer acceptabla än andra, som bygger på vissa idéer angående normalitet och värderingar (7. www.sagepub.com).

4.2.4 Konstruktionen av den sunda svenska sexualiteten

Vid en analys av de två böckerna som ges ut till invandrare/flyktingar i Sverige menar, Anna Bredström, att de fokuserar på att dela upp den ”svenska identiteten” kontra ”de andra” både i text och i illustration. Där finns också en tyst och underförstådd konstruktion av ”oss” som vänder sig till ”dom”. I böckerna jämförs svenska normer och värderingar med invandrarnas/flyktingarnas genom att utgå från att svenskar är öppna, oberoende och jämlika medan invandrarna/flyktingarna är representerade på ett negativt sätt. Dessa två böcker presenterar inte bara en stor skillnad mellan ”vår” och ”deras” sexualitet utan förstärker både den rasistiska åsikten och rädslan som redan finns i den svenska debatten (ibid).

Det finns, enligt Bredström, en attityd bland flyktingar och invandrare att Sverige har en attityd av ”nationalistisk välfärdsstat” som anser att Sverige har den bästa välfärden och jämlikheten i världen. Detta har lett till en omfattande underordning av invandrare och flyktingar. Genom att peka ut denna grupp som annorlunda och i behov av fostran för att kunna anpassa sig i det svenska samhället väljer man att bibehålla synen av att ”de” är underlägsna. Hon påpekar också att dagens globalisering har lett till en viss förföljelse av vissa flyktingar och invandrare som kommer från länder med en hög riskfaktor. Bredström menar att när man upptäckte hiv/aids bland ”oskyldiga apor” i Afrika övergav man idén om hiv/aids som en homosexuell sjukdom och la över ”skulden” på Afrikanernas vilda sexliv. I dag ser man på flyktingar och invandrare som en hög riskgrupp när det gäller hiv/aids i Sverige. Det kom upp på förslag att man skulle ge alla flyktingar/invandrare sexualundervisning eftersom många av dessa saknar utbildning på detta område. Bredström anser att det är oroväckande att en sådan generalisering av invandrare/flyktingar får göras eftersom de kommer från olika delar av världen och har olika bakgrunder. Det har också kommit fram under utredning av National Action Program på hiv/aids att gruppinformation aldrig har fungerat av olika anledningar (ibid).

I den första boken, *”Kärlek i ett annat land: om sexualitet och samlevnad i Sverige”*, uppger Bredström att inledningen är ”I denna bok kan du som är flykting/invandrare läsa om hur svenskarna lever och vad dom anser om kärlek och sexualitet”. I introduktionen påpekas det att ”svenskar” är olika och lever på olika sätt samtidigt som det sägs att det finns ”ett speciellt

svenskt sätt” att leva på och att vissa sexuella attityder är typiskt svenska. Man förklarar att upplägget av boken är gjort på följande sätt: varje avsnitt inleds av en flykting/invandrarens åsikt om hur de anser att svenskarna förhåller sig till kärlek och sex och därefter försöker man förklara hur svenskarna ser på saken. Hon anser vidare att pedagogiken verkar ligga på att ge flyktingar/invandrare en stereotyp bild av att alla svenskar har samma åsikter angående kärlek och sexualitet samtidigt som man lär dem om den svenska kulturen. I den andra boken, ”*Mellan människor; tankar om sexualitet och samlevnad i Sverige och världen*”, fortsätter Bredström är pedagogiken densamma men man har inledande citat både från svenskar och flyktingar/invandrare och de avslutas med några frågor för att kunna föra en vidare diskussion. Hon anser att böckerna har en ganska nedlåtande attityd gentemot sina tänkta läsare och det får en att undra varför böckerna inte innehåller mer fakta och information om hur man skyddar sig bäst. Normer och värderingar kring sexualitet benämns ofta som kultur och man skriver om ”kulturella skillnader”. Denna indelning mellan flyktingar/invandrare och svenskar förstärker känslan av ”Vi och Dom”. Det framgår dessutom inte vem det är som definieras som svensk eller vem det är som är flykting/invandrare (7. www.sagepub.com/ Bredström Anna; (2005), *Sexualities*).

4.3 Vi och dom

Vi har valt att studera hiv/aids problematiken ur ett större perspektiv så kallad social exklusion samt etablerade och outsiders.

4.3.1 Social exklusion

Utanförskapet har formulerats som social exklusion i dagens samhälle. Istället för att ta upp problem som fattigdom, deprivation och marginalisering ser man nu på utanförskapet som en process (Meeuwisse, Sunesson & Swärd, 2000). Det innebär att man nekas möjligheten till bostad, medborgarskap, arbete och en skälig levnadsstandard försvåras. Social exklusion kan beskrivas som en mångdimensionell negativ diskriminering vilket kan ses som ett resultat av otillräckliga personliga, sociala, politiska och ekonomiska möjligheter. Social exklusion är ett starkare ord för marginalisering samt segregering och är nästan alltid ofrivillig för den som utestängs. I förhållande till marginalisering uppfattas social exkludering som ett mer varaktigt tillstånd. Som term att studera socialt arbete innehåller social exkludering dimensioner som

livskvalité, värdighet, egendom och självständighet, något som kommer i skymundan när man bara talar om till exempel stigmatisering. Social exkludering kan komma från två olika håll och innebär då en så kallad dubbelexkludering. Den kan också vara både passiv och aktiv. Den exkluderade vill etablera relationer till majoritetssamhällets men släpps inte in beroende på processer som kan verka uteslutande både aktivt och passivt (Barry & Hallet, 1998).

4.3.2 Etablerade och outsiders

Inom alla grupper finns en moralisk hierarki, där ena gruppen anser att de beter sig mer moralisk rätt och följer normer, lagar och regler i större utsträckning. Uppdelningen spelar en viktig roll för att upprätthålla och etablera maktskillnader. En liten del av gruppen får representera hela gruppen och representanter hämtas från de ”bästa” i den etablerade gruppen respektive den ”värsta” från outsiders gruppen. Det uppstår då ett maktförhållande mellan etablerade och outsiders i uppsättningen av och samspelet mellan grupperna. Den växer fram när tidigare oberoende grupper blir allt mer beroende av varandra (Elias & Scotson, (2004).

4.4 Konstruktionen av ”vi och dom” i media

En annan teori vi arbetat med är medias inverkan på individens attityder och värderingar till exempelvis synen på invandrare. Massmedier har fått ett allt större inflytande och är idag en integrerad del av det moderna samhället. Enligt Anthony Giddens (2003) förser media oss med mycket av den information som vi använder oss av i vår vardag och inverkar på individens attityder och värderingar. Eftersom individen inte har möjlighet eller är förmögen att ta till sig allt som händer runt omkring, förlitar hon/han sig gärna på massmediers bild av omvärlden, exempelvis kring problematiken kring hiv/aids. Individen ger sin tillit till att massmedier ska fylla i de oklarheter hon/han inte själv kan få svar på. Massmedier har stor makt i den aspekt att de kan skapa en bild av samhället och dess medborgare (Giddens, 2003). Sverige har länge varit ett land som tagit emot invandrare, vilket kan ses i diverse massmedier. I utgångspunkt från en magisteruppsats i ämnet sociologi, av Tatjana Palangetic och Selma Pekgöz (2003) diskuteras massmediers påverkan av synen på människor med utländsk bakgrund. Även då invandrare inte är en bestämd grupp delar en del medier in människor i två fack, invandrare och svenskar. Medier kan många gånger framställa invandrare antingen som offer för orättvisor som behöver hjälp från det svenska samhället

eller som ett hot i form av en invasion. Då människan ser massmedier som ett hjälpmedel att orientera sig i samhället skapas en ogrundad uppfattning om invandrare. Media är en bidragande faktor för förståelsen kring det utanförskap personer med utländsk härkomst kan känna i samhället. De kan framkalla fördomar och ett stereotypt tänkande hos människor gentemot invandrare. Det är därför av vikt att invandrare lyfts fram som fristående individer och inte klumpas ihop till en grupp (Palangetic & Pekköz, 2003).

5 Analys

I detta kapitel vill vi föra samman litteraturstudien och teoristyckena. Vi kommer att analysera strukturen runt hiv/aids problematiken ur olika perspektiv. Vi undersöker hur den sociala strukturen i samhället ser ut samt hur normer och kultur kan påverka individens situation. Vi analyserar också den information angående den ”svenska livsstilen” som invandrare får vid ankomsten till Sverige. Hur massmedia framställer hiv-situationen och hur detta kan påverka allmänheten är också ett perspektiv vi tar upp.

5.1 ”Vi svenskar” och ”ni andra”

I analysen av SOU:s utredning och regeringens proposition framkommer att den största problematiken för det hiv/aids preventiva arbetet ligger i strukturen. Utifrån den strukturella teorin har vi valt att beskriva samhället som struktur och individen som aktör. Då det framgår att det är invandrare som står för den största ökningen av hiv/aids i dagens Sverige arbetar man för att hitta olika strukturella lösningar. Det som Migrationsverket ska erbjuda asylsökande vid ankomst till Sverige är en hälsoundersökning, som även inkluderar hiv/aids test, vilket idag är frivilligt. Samtidigt finns det ingen uppföljning på hur många som tackar ja eller nej till detta, vilket gör det omöjligt att veta med säkerhet hur många som lever med hiv/aids i Sverige idag. Det finns inget samarbete mellan de ansvariga myndigheterna.

Som invandrare i dagens Sverige tillhör man oftast en redan utpekad grupp. Du kommer till ett land där du förväntas leva efter svenska normer och värderingar och anses vara i behov att ”fostras” in i det svenska samhället. Här blir det en indelning mellan ”vi” svenskar och ”dom” invandrare. Där ”vi” svenskar är den etablerade gruppen och ser på ”dom” invandrarna som något främmande och outsiders och därmed oönskade i samhället. Enligt Elias (2004) lyfts det ”bästa” fram hos de etablerade och det ”sämsta” hos outsiders. Det kan finnas en risk att öka denna klyfta genom att peka ut denna grupp som potentiella smittspridare i samhället då det kan leda till social exklusion. Med tanke på problem som ökad arbetslöshet, bostadsbrist,

språksvårigheter, kulturella skillnader och ökad stigmatisering finns även en risk för dubbelexkludering. En hiv/aids positiv kan bli utesluten både av svenska samhället och den egna gruppen. De som kommer från högendemiska områden kan uppleva att de blir kränkta av till exempel sjukvården då de kan bli bemötta som hiv/aids positiva vid ”vanliga” sjukdomstillstånd. Det kan vara en av anledningarna till att media väljer att inte belysa att hiv/aids ökningen finns bland invandrare. Då detta är en stor heterogen grupp är det viktigt att poängtera skillnaden mellan invandrare som redan bor i Sverige och de som kommer idag. Hos de invandrare som bor i Sverige och har tagit del av informationskampanjer finns ingen större ökning av hiv/aids, utan nytillkomna fall registreras nästan enbart hos invandrare som kommer idag. Det finns även en grupp som blir ”bortglömd” och det är anhörginvandrare, övriga invandrare, gäststudenter och arbetskraftinvandrare. Dessa kommer inte i kontakt med Migrationsverket och blir därmed inte heller erbjudna hälsoundersökning,

Böckerna som används vid introduktionskursen för invandrare ska förutom svenska språket också innehålla information om det svenska samhället och den svenska kulturen. Enligt Bredström (2005) skriver man att det finns ett speciellt svensk sätt att leva på och att vissa sexuella attityder är typiskt svenska. Detta ger en stereotyp bild på svenskarnas sexualitet som kan uppfattas som den enda rätta, vilket är missvisande då svenskarnas sexualitet skiljer sig åt. Detta kan förstärka ”vi och dom” – känslan, då vi anses leva ”rätt” och ”dom andra” ska föga sig.

5.2 Mediepåverkan

Mediekommunikationens utveckling i Sverige har ökat explosionsartat sedan 1980-talet. Folkhälsobudskap trängs på en marknad med ständigt ökande konkurrens om uppmärksamheten och mer svårfångade och skiftande målgrupper än någonsin förr. Ett antal samhällstrender kan sägas ha dominerande betydelse ur ett kommunikationsperspektiv: en första sådan trend utgörs av *risk*. Offentliga informationskampanjer använder samma kanaler som reklamkampanjer. Människor möts av motstridiga budskap, t ex då experter inte är överens om samband och slutsats. Hiv/aids utgör en s.k. potentiell risk för allmänheten och risken bygger på någon form av prognos, statistik eller uppskattning. Med kunskapen om att hiv/aids ökningen i Sverige idag är ett folkhälsoproblem bör detta belysas mer i media. I takt med globaliseringens intåg i vårt svenska samhälle har massmedia fått en framskjuten plats.

Enligt Giddens (2003) verkar massmedier inte enbart som underhållare, utan förmedlar även kunskap och har stor betydelse för medborgarnas värderingar och världsbild. Massmediers möjligheter att skapa attityder, ändra och grundlägga värderingar bör bedömas vara av hög grad. Då media har fått en alltmer framträdande plats i dagens Sverige och de har makten att framkalla fördomar och ett stereotypt tänkande gentemot invandrare har de en viktig roll i det hiv/aids preventiva arbetet. De har makten att kunna öka förståelsen kring det utanförskap personer med utländsk härkomst kan känna i samhället då människan ser massmedier som ett hjälpmedel att orientera sig i samhället.

6 Slutdiskussion

Vi kommer här att diskutera våra resultat i förhållande till våra teorier och vårt syfte. Vårt syfte var att ge en kunskapsöversikt över sjukdomen och hanteringen av den ur ett statligt och kommunalt perspektiv, där vi lyfte fram Malmö som ett lokalt exempel. Vi kommer även att belysa innebörden av att vara invandrare i relation till bemötandet från det offentliga Sverige, då den största ökningen av hiv/aids förekommer hos invandrare. Vi kommer vidare att diskutera vad som görs i preventivt syfte för att fånga upp och hindra smittspridning i gruppen där nydiagnostiseringen av hiv/aids finns idag? Vi belyser problematiken kring det preventiva arbetet och vidare ifrågasätter vi vem som egentligen har ansvaret.

6.1 Hur ser hiv-situationen ut idag

I krönikan ”*Är det sant att aids inte längre finns i Sverige*”? skriver Lars Olof Kallings att ”Medieskuggan över hiv/aids ruvar tungt i Sverige. Många tror inte längre att aids är ett problem som man behöver bry sig om – fortfarande dröjer sig uppfattningen envist kvar att det är något som bara rör en del homosexuella ”som har sig själva att skylla”, och afrikaner. Kallings menar då majoriteten av nyrapporterade fall smittats utomlands är det viktigt att det internationella sammanhanget uppmärksammas och att de förebyggande åtgärderna behövs lyftas fram, inte bara behandling. Hiv/aids fick tid att spridas i världen utan att någon över huvud taget visste om det. Den ”sexuella revolutionen” i västvärlden, framför allt den homosexuella i USA och Europa, medförde att hiv/aids på förhållandevis kort tid fick stor spridning bland män som hade sex med andra män. Det internationella resandet ökade betydligt under denna period, vilket bidrog till att epidemin blev global. Hiv-epidemin finns i hela världen, en så kallad pandemi. På många nivåer finns en motvilja att ta hiv/aids på det allvar som situationen kräver. Många väljer fortfarande att låta sitt förnekande hindra adekvat handling och engagemang. En förklaring till detta är hiv/aids koppling till sexualitet och till homosexualitet, och homosexuell livsstil i synnerhet. Det drabbar ju inte ”vanliga” människor

så varför ska man bry sig över huvudtaget? Hiv/aids lyfter fram andra sociala problem såsom prostitution, missbruk, mäns makt över kvinnor samt olika kulturers oskrivna regler och detta är något som ingen vill ta tag i. 40 miljoner människor lever med hiv/aids idag och det sprider sig med en oförminskad styrka över hela världen. Med detta i åtanke så borde något drastiskt göras och det nu. På 80-talet bedrevs det en skrämmande hiv/aids kampanj, både via tv, radio och tidningar men idag hör vi nästan ingenting om hiv/aids. I media pratar/skriver man mer om fågelinfluensan och Carolas kärleksliv än om hiv/aids. Det känns lite otäckt med tanke på hur många som är drabbade av hiv-viruset. Vi ser en jämförelse med en stor gryta med kokande vatten och valet är att lägga på locket tills det inte längre går att hålla det kvar. Detta fick oss att undra hur situationen ser ut i dagens Sverige. Hiv/aids berör allmänmänskliga frågor som väcker starka känslor hos människor. Vi är medvetna om att detta är ett känsligt ämne och det är inte vår mening med uppsatsen att skuldbelägga eller utpeka någon viss grupp. Det visade sig att hiv/aids har ökat de senaste åren, framförallt via heterosexuella flyktingar/invandrare. Detta faktum gjorde att vi skaffade oss information om vad som görs för att fånga upp de som bär på det smittsamma viruset och stoppa spridningen för just denna grupp. Vi skaffades oss först information om vad hiv/aids är, hur ökningen ser ut och gick sedan vidare till att undersöka vad som görs på Migrationsverket och inom Malmö kommun. Det skrivs mycket om vikten av samarbete mellan Migrationsverket, Hälso- och sjukvård och Folkhälsoinstitutet men i verkligheten verkar det finnas en stor brist på samarbete. De koncentrerar sig enbart på "sina områden" och brister i kommunikationen sinsemellan, vilket vi anser kan påverka det preventiva arbetet negativt. Från år 1997 har antalet klamydiafall ökat både nationellt och lokalt. I Malmö har ökningen varit från 356 till 468 fall. Även gonorré och syfilis har ökat från att i princip varit utrotade som inhemsk smitta. Detta är oroväckande siffror med tanke på att ungdomarna idag inte alltid använder kondom. Vad händer om hiv/aids får sitt fäste i ungdomsgrupper i Malmö? Trots att folkhälsan är ute och informerar på Malmö skolor ökar spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar bland ungdomarna. Informationen är tydligen bristfällig och lyckas inte få fram sitt budskap om vikten av att använda kondom vid samlag. En tonåring i Malmö säger: "Jag hade inte brytt mig ens om jag läst i tidningen om en aidsepidemi i Skåne" (Sydsvenskan, s. 9, A-del, 060515).

Är det så att media undviker att ta upp frågan hiv/aids av rädsla för en ökad stigmatisering för flykting/invandring? Som Bredström menade så finns det i Sverige idag en ny typ av rasism

där vi delar in människor i ”svenskar” och ”invandrare” istället för ”svarta” och ”vita”. Är det för att undvika ytterligare stigmatisering av dessa grupper som man väljer att inte medvetandegöra fakta om hiv-ökningen i Malmö? På grund av bristande information angående hiv/aids, så finns en risk att vi missar en generation. Idag ökar könssjukdomar bland ungdomar, i Malmö ses en ökning av klamydiafall från 1997. Denna ökning bör ses som en påtaglig risk att även hiv/aids etableras i ungdomskulturer. Lokalt i Malmö rapporteras 30-40 nya hiv-fall per år, ökningen sker bland heterosexuella samtidigt som den minskar bland MSM. Kan det motiveras att det undanhålls information för att skydda en grupp människor på bekostnad av en annan grupp? Eller är det så att informationen undanhålls då hiv/aids har representerats av homosexuella, prostituerade och missbrukare och är förknippat med skam?

6.2 Det hiv-preventiva arbetet

De vi har pratat med är överens om att den viktigaste åtgärden för att förhindra spridning av hiv/aids är det preventiva arbetet. Med tanke på den förvärrade situationen beträffande hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar samt det ökande resandet i många grupper, finns det all anledning att befara att antalet utlandsförvärvade infektioner kommer att öka. Så sent som år 2002 saknades riktade insatser till utlandsresenärer och förebyggande insatser riktade till utlandsresenärer behöver förstärkas. Under den senaste femårsperioden har 20 % av de rapporterade fall utgjorts av personer bosatta i Sverige men som smittats av hiv-infektion under utomlandsvistelse. Det gäller personer som invandrat till Sverige och som smittats på besök i sitt tidigare hemland, utlandsturister eller personer som varit utomlands under en längre tid i samband med t ex arbete eller studier. I dag står ungdomarna för en stor del av resandet och det finns en risk att de kommer till länder med en större risk för hiv/aids än vad som finns i Sverige. Eftersom det är så tyst om hiv/aids i Sverige och att informationen på skolorna brister måste denna grupp upplysas på ett relevant sätt. Under hösten 2003 genomfördes en så kallad flygplatskampanj där tryckt material med förebyggande budskap och kondomer delades ut till utlandsresenärer. En viktig del av samhällets insatser mot hiv/aids är att motverka diskriminering och social exkludering av hiv-infekterade. Det är viktigt för den enskilde, men det är också en förutsättning för ett framgångsrikt hiv-preventivt arbete. Att hiv-infektionen har drabbat människor som redan är utsatta för social exklusion och diskriminering p.g.a. t ex etnicitet gör frågan om diskriminering och utanförskap än mer komplex. Diskriminering motverkas av korrekt information och öppen diskussion kring dessa

frågor. En fördjupad analys behöver dessutom göras om de hiv-infekterades upplevelser av diskriminering och utanförskap, samt allmänhetens attityder till och beteenden mot dessa. Vi har insett att förekommer en viss kulturell rasism i Sverige och en rädsla för det som är annorlunda och främmande. Det är inte bra för det svenska samhället om vi delar in oss i ”vi och dom”. Risken finns att vi då får en liknande stigmatisering mellan ”svenskar” och ”invandrare” som fanns mellan ”svarta” och ”vita”. Vi anser att detta är något som bör framhävas i media men som det är väldigt tyst om. I Sydsvenskan måndagen den 15 maj skrivs det att hiv-viruset spridits främst bland injektionsmissbrukare och homosexuella män i Sverige. Det står ingenting om ökningen bland flyktingar/invandrare. Är detta på grund av rädsla eller på grund av okunskap som det inte tas upp i artikeln?

6.3 Problematiken

Vi konstaterar att på grund av bristande rutiner och dåliga uppföljningssystem är det endast en begränsad del av de nyanlända som erbjuds och tar emot en hälsoundersökning. För att förhindra ytterligare stigmatisering och utanförskap för denna grupp, måste det i det preventiva arbetet tas i beaktning att detta är en stor heterogen grupp. Det är viktigt att tänka på att majoriteten av personer med utländsk bakgrund som lever i Sverige i dag inte kommer från så kallade högendemiska områden. Dominansen av hiv-infektion är därför större i vissa invandrargrupper än i andra. Detta i kombination med att sociala och även sexuella kontakter ofta tas inom den egna etniska gruppen, gör att vissa grupper är mer riskutsatta, och att det preventiva budskapet behöver utformas därefter. Vid introduktionen för invandrare finns det bland annat två böcker som riktar sig till de nyanlända: *”Kärlek i ett annat land”* och *”Mellan människor”*. Det som framgår i böckerna är att ge invandraren en syn på hur svenskarna ser på sex och kärlek. Här generaliserar man svenskarnas sexliv och ger en stereotyp bild av att alla svenskar har samma syn på kärlek, vilket i sig är missvisande, då det finns en mängd olika sexuella läggningar bland befolkningen. Böckerna har också en nedlåtande ton mot sina tänkta läsare och delar upp individerna i samhället i ”vi och dom”. Böckerna kan lätt uppfattas som ett försök till att fostra invandraren inom ”svensk” livsstil istället för att ge ut fakta och information om t ex hur de bäst skyddar sig från sexuellt överförbara sjukdomar. Då vi kommer från olika kulturer innebär det att vi har olika syn på sexualitet. Vi har även olika normer och värderingar vad det gäller t ex sex före giftermål, samboende och kvinnors rättighet att bestämma över sin kropp. Kunskap och information om vilka rättigheter och

skyldigheter som gäller i Sverige skulle vara obligatorisk för alla vid ankomst till Sverige. I böckerna borde det finnas information om t ex smittskyddslagen eftersom en okunskap om denna kan leda till en onödig spridning av hiv/aids.

Det framkommer från Statens Offentliga Utredning att de största bristerna mot hiv/STI ligger i de strukturella frågorna. Vad är då strukturen? Är det arbetet som Migrationsverket, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutionen o Integrationsverket utför? I Socialstyrelsens allmänna råd ska samtliga asylsökande och flyktingar erbjudas hälsosamtal snarast efter ankomst till Sverige och vid behov en hälsoundersökning. Från intervjun från Migrationsverket framkom att de erbjuder ett hälsosamtal vid något av de första mötena men om individen tackar nej så händer inget. Vad händer om det ligger i deras kultur att inte gå till läkare för undersökning? Finns det då en risk att vi misslyckas med att fånga upp en grupp hiv/aids smittade på grund av deras kultur? Vi kan även se brister i att det inte förs någon statistik på hur många som tackar ja respektive nej till hälsokontrollerna. Det bör ligga i samhällets intresse att ta reda på fakta om hur många som kommer hit och hur många som verkligen tackar ja till hälsoundersökning för att få en rättvisare grund att utgå från i det hiv/aids preventiva arbetet.

Ur det strukturella perspektivet menade utredningen att kvaliteten på de preventiva insatserna och det hälsofrämjande arbetet måste stärkas och förbättras. Tillgängligheten till diagnostik, behandling och uppföljning måste förbättras och individer som tillhör en riskutsatt grupp måste i större utsträckning erbjudas hiv-testning och sakkunnig rådgivning. Regeringen i Sverige gjorde bedömningen att det saknas tillräckligt starka skäl för att göra hälsoundersökning för invandrare obligatorisk, då detta skulle vara kränkande och kunna medföra en ökad risk för stigmatisering. Samtidigt menar arbetsgruppen nationell samsyn på att samarbetet mellan hälso- o sjukvård och introduktionsverksamheten måste bli bättre för att identifiera och åtgärda fysiska, psykologiska och sociala status för ohälsa. Arbetsgruppen menade även på risken för att en nyanländ person med ohälsa har en ökad risk att bli socialt exkluderad om de inte fångas upp tidigt. Undersökningar pekar på att invandrare har sämre hälsa än befolkningen i Sverige och att det är viktigt att fånga upp dem tidigt för att undvika social marginalisering och stigmatisering. Därför ifrågasätter vi regeringens motivering till att inte göra hälsoundersökningarna obligatoriska då vi anser att detta är motsägelsefullt. Vi menar att om hälsoundersökningen varit obligatorisk för alla som kommer till Sverige så pekas inte någon grupp ut, då det blir lika för alla. Det största problemet för en framgångsrik

introduktion är troligen ohälsa och bör därför åtgärdas. Som vi ser det skulle en obligatorisk hälsoundersökning fylla flera funktioner och inte bara för att kontrollera om individen är hivsmittad, utan även fånga upp andra hälsotillstånd.

Det pratas mycket om stigmatisering och social exkludering som problem för invandrare i dagens Sverige, men skulle dessa påverkas av en obligatorisk hälsoundersökning? Vi tror inte att invandrare/flyktingar skulle bli mer stigmatiserade och socialt exkluderade för att man gjorde ett hiv/aids test vid ankomsten till Sverige. Provsvaren skulle inte bli offentliga utan sekretessbelagda som dom är i dag. Det är enbart vid tillfällena när man ska ha sex som man måste upplysa någon att man bär på hiv/aids, inte när man söker jobb eller bostad. De borde i praktiken vara möjligt att genomföra hiv/aids test på alla asylsökande/flyktingar vid första mötet om det fanns en läkarmottagning på migrationen, vilket det inte finns i dag. Problematiken ligger i att nå anhörigflyktingar som inte kommer i kontakt med Migrationen samt svenskar som blir smittade utomlands och invandrare som blir smittade i sitt forna hemland vid besök. Ska man då införa tester på alla som kommer till Sveriges gränser? Om jag väljer att åka till Danmark eller Polen en helg ska jag då testa mig? Var ska gränserna sättas? Dessutom måste man bära på viruset i 8 veckor innan ett test kan genomföras vilket försvårar situationen ytterligare. Vi kan förstå problematiken med tanke på hur vi idag rör oss fritt över gränserna samt att det finns illegala flyktingar i Sverige som rör sig utanför vårt sociala skyddsnät. Regeringens motivation för avslag att det var för liten risk är däremot något som vi starkt ifrågasätter. Kan det vara så att det handlar om ekonomi? Vill man dölja problemet med hiv/aids för att det kan komma att kosta otroliga summor både med tester och med mediciner. Regeringen sa även att det var kränkande för individen och kunde leda till större stigmatisering av invandrare. Stigmatiseringen har vi redan tagit upp och vi anser att det är minst lika kränkande att lämna sitt fingeravtryck vilket man måste göra vid ankomst i dag.

6.4 Vem har ansvaret

I hivaktuellt (060504) om *Aids i Sverige under 24 år*, skriver de att under år 2006 har Socialstyrelsen fått huvudansvaret för samordning, utvärdering och uppföljning av hiv/sti-preventionen i landet. Detta innebär att folkhälsoinstitutets projekt Samverkan mot hiv/aids kommer att avvecklas och att en ny organisation inrättas vid Socialstyrelsen. Efter överenskommelser mellan regering och Sveriges kommuner och landsting beslutar regeringen

om det ekonomiska stödet för hiv-preventiva insatser och Socialstyrelsen ska ansvara för underlag och uppföljning. I en *epok är slut, en ny tar vid* menar man att motståndet mot att staten via myndigheter ska bedriva informationsinsatserna har varit stora och att detta inte är en uppgift för staten utan för landsting, kommuner och frivilligorganisationer. Andra har däremot tyckt att det är viktigt att myndigheterna tar ansvar för att föra ut hälsoinformationen och att det blir mer effektivt om det sker samordnat på ett nationellt plan.

Under arbetets gång har många tankar väckts angående alla yttre faktorer som påverkar samhället och därmed personerna som lever där. Vi kom fram till att genom att medvetet och välinformerat ta ställning till ett preventivt arbete kan vi styra utvecklingen. Om vi däremot väljer att blunda och "låta gå" överlåter vi åt hiv-epidemins vidare utveckling att styra oss. Valet är vårt. Att inte välja medvetet, är också ett val. Individen gör sin riskbedömning utifrån mediaframställningen och i en risksituation balanserar hon sig mellan att skydda sig eller utgå från att "det händer inte mig". Hiv/aids är något som inte enbart påverkar bäraren av viruset utan också familjen, arbetskamrater, anhöriga och vänner. Virusets påverkan påverkar också små byar där barn blir lämnade utan några vuxna som kan ta hand om dem, en generation som kan komma att försvinna utan att hinna dela med sig av sina kunskaper för den yngre generationen. I små samhällen där man umgås intimt med varandra sprids hiv/aids så otroligt fort och det kan resultera i att vi förlorar vissa grupper som t.ex. Masaierna i Tanzania. 40 miljoner människor lever i dag med en sjukdom som det inte finns något botemedel mot. Vi kan väl ändå inte välja att bara stå och titta på och fortsätta låtsas som om det inte rör oss? Det är alla människors ansvar att hjälpa åt att stoppa spridningen av hiv/aids nu.

7 Källförteckning

7.1 Litteratur

Barry, Monika & Hallet, Christine (1998) *Social excklusion and Social work: issues of Theory, Policy and Practice*. Hobbs the printers Ltd, Totton, Hampshire SO40 3WX.

Giddens, Anthony (2003) sociologi. Lund: Studentlitteratur.

Norbert, Elias (2004) *Etablerade och outsiders*: Arkiv, Lund

Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (2002) red: Perspektiv på sociala problem. Stockholm: Natur och Kultur

Palangetic, Tatjana & Pekgöz, Selma (2003) Sociala markörer i stämpningsprocessen – en studie av stigmatisering och stereotypisering av människor med utländsk bakgrund. Lund: Studentlitteratur.

SOU 2004:13, Samhällets insatser mot hiv/STI- att möta förändring, (2004) Stockholm

7.2 Länkar

1. <http://www.smittskyddsinstitutet.se/SMItemplates/Article.aspx?id=2266>, (060419)

2. <http://www.smittskyddsinstitutet.se/SMItemplates/Article.aspx?id=2834>, (060409).

3. <http://www.noakark.redcross.se/hiv aids/statistik.htm>, (060404).

4. http://www.noakark.redcross.se/nyheter/2006/nyhetsbrev_1-06.htm, (060424).

5. <http://www.regeringen.se/sb/d/6126/a/55208>, (060414)

6. <http://www.migrationsverket.se/pdf/filer/asylarend/samsyn.pdf>, (060413)

7. <http://sex.sagepub.com/Bredström>, Anna/sexualities (060420)

8. http://www.integrationsverket.se/upload/ublikationer/nationell_samsyn_web.pdf, (060428)

9. <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/UMAS/VERKSAMHETER%20UMAS/Socialmedicin/Arkiv%20SOC.Med/SexHalsa-Strategi.pdf>, (060503)

10.[http://www.temaasyl.se/upload/REVIDERAD%20VERSION%20ÖVERENSKOMMELS
EN%2020040103.pdf](http://www.temaasyl.se/upload/REVIDERAD%20VERSION%20ÖVERENSKOMMELS%2020040103.pdf), (060506)

7.3 Artiklar

Sydsvenskan 060504, s. 11 C-delen

Sydsvenskan 060516, s. 9 A-delen