



LUNDS
UNIVERSITET

Let's do what's right for everyone..?

En kvalitativ innehållsanalys av Global Health Sector Strategy
on HIV/AIDS 2011-2015

Frida Petersson

Avdelningen för mänskliga rättigheter
Historiska institutionen
Kurskod: MRSK30
Termin: Höstterminen 2014
Handledare: Olof Beckman
Omfång: 14445 ord



Abstract

In 2011, the World Health Organization published their Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015. This was a global exhortation to within the given time period try to reclaim control of the international HIV/AIDS epidemic. The purpose of this thesis is to interpret this document through the perspective of the human rights theorist Susan James. The issue being addressed is what understanding of everyone's human right to the highest attainable standard of health is expressed in WHO's Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015. Through a qualitative content analysis with focus on discourse, this thesis concludes that some community groups are viewed as strong right holders, while others are excluded from the very same discourse. The methods of intervention proposed in the Strategy are often drawn up and inspired by western standards, which could result in difficulties when these are being implemented in states that do not have the same opportunities. Through the Strategy, the willingness to do *something* has escalated to unattainable heights, without the means to realize the targets within the specified time frame. According to James, the Strategy takes the shape of a wish list, an empty rhetoric and a bitter mockery to the needy, as it diminishes and excludes economic, social and cultural factors that effect the enforcing of the Strategy negatively.

Keywords: #HIV/AIDS #strategy #World Health Organization #health #strategy implementation #human rights #health sector

Abstract

År 2011 släppte World Health Organization sin Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015, en global uppmaning att under den angivna tidsperioden återigen försöka få den internationella HIV/AIDS- epidemin under kontroll. Syftet med denna uppsats är att tolka detta dokument ur mänskliga rättighetsteoretikern Susan James perspektiv kring *rights as enforceable claims*. Med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med fokus på diskurs ämnar denna uppsats ge svar på vilken förståelse av allas mänskliga rätt till högsta uppnåeliga hälsa som kommer till uttryck i WHO's Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015. Undersökningen drar slutsatsen att strategin är av mycket bred och diffus karaktär där vissa sociala samhällsgrupper ges status som rättighetsbärare medan andra exkluderas ur samma diskurs. Föreslagna interventionsåtgärder är i många fall utformade och inspirerade utefter västerländska normer vilket riskerar att resultera i implementeringssvårigheter i stater som saknar samma förutsättningar. Den gemensamma viljan att göra *något* har i strategin eskalerat till ouppnåbara höjder där det inte finns möjlighet att realisera strategin inom den angivna tidsramen. Strategin tar ur James perspektiv formen av en önskelista, en tom retorik och ett bittert hån mot den behövande då den förminskar samt exkluderar ekonomiska, sociala- och kulturella faktorer som påverkar dess effektiva genomförande negativt.

Nyckelord: #HIV/AIDS #strategi #World Health Organization #hälsa #strategiimplementering #mänskliga rättigheter #hälsosektorn

Förkortningar

AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
ART	Antiretroviral therapy (behandling)
ARV	Antiretroviral (medicin)
FN	Förenta Nationerna
HIV	Human immunodeficiency virus
ICESCR	Int. Covenant on Economic, Social and Culture Rights
ICRC	Int. Convention on the Rights of the Child
MDG	Millennium Development Goal
MSM	Män som har sex med män
MTCT	Mother-to-child Transmission
NCD	Noncommunicable Diseases
NCPI	National Composite Policy Index
TRIPS	Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
UDHR	Universal Declaration of Human Rights
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VMMC	Voluntary Medical Male Circumcision
WHO	World Health Organization
WTO	World Trade Organization

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Syfte och frågeställning	2
1.2	Material	3
1.3	Primärmaterial	3
1.4	Sekundärmaterial	4
2	Teori och metod	5
2.1	Teoretiskt perspektiv	5
2.2	Rights as enforceable claims	5
2.3	En kvalitativ innehållsanalys med fokus på diskurs	9
3	Litteraturoversikt och tidigare forskning	11
3.1	Internationaliseringen av HIV/AIDS	11
3.2	Användandet av Global Health Sector Strategy 2011-2015	12
3.3	Tre perspektiv inom ramen för mänskliga rättigheter	14
4	Undersökning och analys	17
4.1	Viljan att hjälpa alla, eller?	17
4.1.1	HIV- statusens treenighet: positiv, negativ eller ovetande	19
4.1.2	Kvinnan och barnet ur den sårbara riskgruppen	21
4.1.3	Den exkluderade heterosexuella mannen	23
4.2	Tre nivåer av skyldighetsbärare	25
4.2.1	Medmänniskan	25
4.2.2	Hälsosektorn	28

4.2.3	Uppdelningen mellan den nationella statens och det internationella samfundets ansvar	30
4.3	Den moraliska plikten kontra den konkreta förmågan att hjälpa	31
4.3.1	Det internationella utvecklingsbehovet	32
4.3.2	Condoms for you and pills for me	35
4.3.3	Den HIV- positiva individen, en resurs eller inte?	37
5	Slutsats	40
6	Diskussion	41
	Referenser	43

1 Inledning

”En uttråkad eftermiddag år 1987 satt jag ensam hemma och bläddrade i en hipp gratis-tidning. Texter om krogliv, skivrecensioner, tråkigt, tråkigt. Några rysliga bilder fångade min uppmärksamhet. De tillhörde en jättelång, allvarlig artikel om en sjukdom som hette aids och ett virus som nyligen fått namnet hiv. Jag var bara nio år gammal men jag förstod att det var viktigt.”¹, precis såhär inleder Johanna Koljonen sitt förord till boken *Ett positivt liv*. Mer än 30 år har nu passerat sedan världen började uppmärksammande Acquired immune deficiency syndrome, AIDS. Ett samlingsnamn för de sjukdomar som karakteriserar slutskedet för människor drabbade av Human immunodeficiency virus, mer känt som HIV. Ett globalt folkhälsoproblem, en dödsdom som sedan epidemins start skördat ca 39 miljoner människoliv runt om i världen. År 2013 lever mer än 35 miljoner människor med HIV, och tack vare läkemedelsutvecklingen drabbas allt färre av AIDS och dödsfall.²

Med rätt mediciner, behandling och vård är HIV/AIDS idag inte längre en dödsdom utan en kronisk sjukdom som människor kan leva ett långt och normalt liv med.³ En verklighet för många, fortfarande en dröm för desto fler. 2003 var året som World Health Organization, WHO, släppte sin första Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS, en global uppmaning att under tidsperioden 2003-2007 försöka få den internationella HIV- epidemin under kontroll. Den rådande uppdelningen mellan västvärldens och utvecklingsländers ojämna resurser och kapaciteter skapar fortfarande stora skillnader kring staters möjligheter att minska spridningen av HIV/AIDS i världen samt hantera konsekvenserna av denna globala epidemi.

The Universal Declaration of Human Rights, UDHR, erkänner rätten till hälsa enligt artikel 25,⁴ en mänsklig rättighet som även uttrycks under artikel 12 i Internation-

¹ I. Andersson & M. Ohrlander, *Ett positivt liv: En bok om att leva med hiv*, Gilead, Tryckservice AB, 2013, s. 5

² UNAIDS, ”Fact Sheet 2014”, unaids.org, 2014, s. 1

³ R. Farnan & M. Enriquez, *What nurses know...HIV/AIDS*, Demos Health, New Work, 2012, s. 75

⁴ Universal Declaration of Human Rights, UN Doc. A/RES217 (III), 10 December 1948, art 25

al Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR.⁵ Tillgodoseendet av alla människors lika rätt till hälsa är grundläggande för att vi de facto ska kunna åtnjuta våra andra rättigheter såsom rätten till liv, utbildning, arbete och familj. HIV/AIDS påverkar många människors liv och hälsa negativt, arbetet för att hindra spridningen är viktigt men situationen är också av en mycket komplex karaktär som kräver ett välfungerande samarbete på internationell nivå.

2011 släppte både UNAIDS och WHO varsin global strategi med ambitionen att under åren 2011-2015 återigen försöka få den globala HIV/AIDS- epidemin under kontroll, ett uppdrag som nu börjar lida mot sitt slut.

1.1 Syfte och frågeställningar

Förhoppningarna på globala strategier som ämnar bekämpa HIV/AIDS är höga och vad som uttrycks i dessa har möjlighet att rädda tusentals människor ifrån en förtidig död. Syftet med denna uppsats är att tolka och kartlägga WHO's Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015 utifrån Susan James teoretiska perspektiv inom mänskliga rättigheter. Jag anser att det är viktigt att inta en kritisk position och granska denna globala strategi då många människors livsöden är beroende på huruvida den i praktiken kan betraktas som effektivt genomförbar eller inte.

Med utgångspunkt i denna inställning ämnar uppsatsen att besvara följande frågeställning: Vilken förståelse av allas mänskliga rätt till högsta uppnåeliga hälsa kommer till uttryck i WHO's Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015?

För att kunna besvara denna huvudfrågeställning kommer uppsatsen även att ställa följande delfrågor: Vem uttrycker strategin att den är skapad för? Hur framställs rättighets- och skyldighetsbärare i strategin och finns det parter som tydligt exkluderas ur denna diskurs? Hur ser strategin på institutioners konkreta förmåga att hjälpa?

⁵ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 993 UNTS 3, 16 December 1966, art 12

1.2 Material

Detta kapitel kommer att redogöra för det primär- och sekundärmaterial som uppsatsen bygger på. Först kommer uppsatsens primärmaterial Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015 ifrån WHO att presenteras, i fortsättningen kommer denna kallas för strategin. Vidare kommer detta kapitel också presentera och problematisera den sekundärlitteratur som uppsatsens tidigare forskning bygger på.

1.3 Primärmaterial

Uppsatsens primärmaterial utgörs av Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015.⁶ Strategin publicerades av WHO år 2011 och finns att tillgå via deras hemsida. Materialets omfång utgörs av 40 sidor och är skrivet på engelska, det finns även en kortare och mer informativ version av strategin på åtta sidor under namnet A new health sector agenda for HIV/AIDS: Global health sector strategy on HIV/AIDS, 2011-2015.⁷ Uppsatsens titel "Lets do what's right for everyone..?" är delvis hämtad ifrån WHO's Director-General Dr Margaret Chan's inledande text till denna korta version av strategin men utöver detta kommer uppsatsen endast att förhålla sig till originalversionen.

Strategin bygger till stor del på UNAIDS HIV/AIDS- strategi "Getting to Zero"⁸ som löper under samma tidsram. Från början övervägde jag att göra en jämförande studie av de båda strategierna men bestämde mig för att det var mer givande och intressant att göra en djupgående studie av endast en strategi. För mig är det självklart att UNAIDS, ett FN-organ som skapats för att hantera HIV/AIDS- frågor, ansvarar för framläggandet av globala HIV/AIDS- strategier. Det är också av denna anledning som jag därför valt att istället granska WHO's strategi för att undersöka hur den ser på den globala HIV/AIDS- situationen. Det är inte första gången som WHO publicerar en sådan strategi, den första Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS var verksam 2003-

⁶ WHO, "Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015", France, World Health Organization, 2011.

⁷ WHO, "A new health sector agenda for HIV/AIDS: Global health sector strategy on HIV/AIDS, 2011-2015", France, World Health Organization, 2011.

⁸ UNAIDS, "Getting to Zero: 2011-2015 strategy, Geneva, UNAIDS, December 2010

2007⁹ enligt WHO's hemsida. Eftersom WHO's hälsosektorstrategier har publicerats oregelbundet men återkommande och dessutom är mindre omtalade än UNAIDS strategier anser jag att detta ökar anledningarna för att undersöka denna strategi närmare.

Att använda diverse dokument som empiri är vanligt för kvalitativa undersökningar inom samhällsvetenskapliga ämnen. Det finns enligt Scott en uppdelning mellan personliga och offentliga dokument där WHO's strategi bör kategoriseras inom ramen för det sistnämnda. Han menar också att det är viktigt att forskare undersöker dokumentets kvalitet och presenterar fyra bedömningskriterier för detta. Forskaren bör därmed bedöma dokumentets autenticitet, trovärdighet, representativitet och meningsfullhet.¹⁰ Utefter dessa kriterier har jag inte funnit några hinder för att använda WHO's strategi som primärmaterial. Det bör dock tilläggas att det inte går att hitta några listor eller dokument som klargör vilka stater som använder sig av strategin i praktiken. Uppsatsen har därför också valt att begränsa studien till att inte koppla strategins implementering till en specifik stat utan kommer snarare att belysa den ur ett mer teoretiskt perspektiv.

1.4 Sekundärmaterial

Strategin publicerades 2011 men det har varit svårt att hitta litteratur med direkt koppling till uppsatsens primärmaterial. Flera av de artiklar som valts ut att representera det existerande forskningsfältet har publicerats betydligt tidigare, från 2003 och framåt. Trots att vissa av dessa artiklar har ett par år på nacken ser jag inga större problem med att inkludera dem i min tidigare forskning. Det har således varit ett val mellan att använda något äldre artiklar eller använda sådana som inte alls behandlar strategi i relation till HIV/AIDS. De sökord som jag främst använt mig utav har varit: HIV, AIDS, strateg*, global, health sector, World Health Organization, human right* m.fl. och i diverse kombinationer, även E-media via Universitets biblioteket har försökt bidra med hjälp för att utöka träffsökningssantalet.

⁹ WHO, "Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2003-2007: Providing a framework for Partnership and action". Geneva, World Health Organization, 2003.

¹⁰ Scott, 1990, ur A. Bryman, *Samhällsvetenskapliga metoder*, 2., (rev.) uppl., Liber, Malmö, 2011, s. 489

2 Teori och metod

2.1 Teoretiskt perspektiv

I denna uppsats kommer jag att använda mig av Susan James teori kring rättigheter som *enforceable claims*. Hon representerar ett minimalistiskt och institutionellt synsätt på mänskliga rättigheter som bidrar med ett intressant perspektiv i tolkningen av WHO's strategi. I sin artikel "Rights as enforceable claims"¹¹ ställer James upp tre villkor samt fyra omständigheter som enligt henne måste uppfyllas för att rättigheter ska kunna vara effektivt genomförbara och därmed också existera.

2.2 Rights as enforceable claims

James inleder sitt teoretiska resonemang med att uppmärksamma hur vi idag lever i en värld där kravet på rättigheter ekar konstant. Möjligheten att göra anspråk på rättigheter kan ses som ett viktigt verktyg för förändring. Å andra sidan kan det också leda till motsatt effekt där anspråket endast blir retoriska gester om användandet missbrukas.¹² James uttrycker ett agg mot sådan tom "välgörenhet" vilka dessa retoriska gester resulterar i samt hävdar att detta endast är ett bittert hån mot den svage i nöd och en förolämpning mot missgynnade individer och samhällen.¹³ Hon anser att rättigheter inte kan vara grundade på moral utan att de måste vara effektivt genomförbara. På detta sätt skiljer James således också rättigheter från moraliska övertygelser.¹⁴

¹¹ S. James. "Rights as Enforceable Claims". *Proceedings of the Aristotelian Society*, vol. 103, pp. 134-147, London, 2003.

¹² Ibid, s. 133

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid, s. 137-138, 147

Hon betonar vidare vikten av att rättigheter ska förstås som praktiska, att de i slutändan ska göra en faktisk skillnad hos de som besitter dem och inte bara i den moraliska teorin. Det viktiga steget för att undvika att rättigheter blir tomma hån ligger i det faktum att rättigheter måste vara *claimable* hävdar James, det vill säga att individer eller deras representanter kan göra rimliga anspråk på dem.¹⁵ När det gäller möjligheterna att göra anspråk på rättigheter vill James tydliggöra att individers förmågor att göra detta varierar beroende på kontext.¹⁶ Där regeringar och andra institutioner är bankrutta, instabila, korrupta eller på annat sätt inte fungerar som de bör, försvårar detta individers möjligheter att kräva sina rättigheter.¹⁷

Men vad krävs för att rättigheter ska vara just *claimable* och finns det verkligen inga rättigheter när det inte går att göra anspråk på dem? Med dessa frågor som drivkraft försöker James föra oss närmre sin tes om att rättigheter måste vara effektivt genomförbara och alltså också uppfylla hennes tre villkor och fyra omständigheter för att bli detta. För att nå dit bygger hon sin argumentation på bland annat Onora O’neills artikel ”Towards Justice and Virtue. A Constructive Account of Practical Reasoning”.¹⁸

Kortfattat menar O’Neill att det måste finnas en identifierad agent som har skyldigheter att säkerställa rättigheter för att någon ska kunna ha möjlighet att ens göra anspråk på dem överhuvudtaget.¹⁹ Här måste det sedan göras en distinktion mellan *claiming* och *enforcing rights* menar James. Det går nämligen här att ha ett anspråk, och därmed också en rättighet men utan att den går att genomdriva, något som återigen resulterar i ett tomt och bittert hån.²⁰ I sin artikel ”History and Illusion in Politics”²¹ menar Raymond Geuss å sin sida att ”rights depend on the existens of specifiable mechanisms for enforcing them, backed up by effective methods of implementation”²². Med detta i bagaget presenterar sedan Susan James sina tre villkor för att rättighetsanspråk, och således också rättigheter, ska kunna ses som effektivt genomförbara. För att detta

¹⁵ Ibid, s. 133

¹⁶ Ibid, s. 134

¹⁷ Ibid, s. 134, 136

¹⁸ O. O’Neill. ”Towards Justice and Virtue. A Constructive Account of Practical Reasoning”. Cambrigde: Cambrigde University Press, 1996. Ur James, 2003.

¹⁹ James, 2003, s. 134

²⁰ Ibid, s. 134-136

²¹ R. Geuss. ”History and Illusion in Politics”. Cambrigde: Cambrigde University Press, 2001, ur James, 2003.

²² James, 2003, s. 136, 139

ska uppnås måste alla tre elementen samverka i mer eller mindre harmoni med varandra, det räcker alltså inte med att uppfylla utvalda delar.²³

Det första villkoret enligt James modell är att det måste finnas *institutioner*. Hon menar att ”the obligations from which rights flow only emerge within elaborate and interlocking sets of institutions”²⁴. James ger aldrig någon tydlig definition av institution men talar om dem i en bredd som sträcker sig från familjen och upp till hela statsregeringar.²⁵ Istället ger hon rätten till sjukvård som exempel och menar att för att rätten ska existera överhuvudtaget krävs det sjukhus, försäkringar, sjukvårdspersonal, sjukvårdsutbildningar, utrustning och mediciner men också ett politiskt ansvar. James hävdar att institutioner besitter praktiska förmågor att både sprida kunskap om rättigheter men också för att realisera dem, hon uttrycker härmed ett stort fokus på olika institutioner och hur dessa i många fall måste samverka.²⁶

Skyldighetsbärare är det andra villkoret som James sätter upp. För att institutioner ska fungera och ”komma till liv” måste det finnas individuella agenter vilka tar på sig skyldigheter för att bidra till att rättigheter skapas.²⁷ Även här är James vag när det gäller definitionen av skyldighetsbärare, hon understryker dock nödvändigheten i att agenterna måste förstå *vilka* deras skyldigheter är och förstå *hur* dessa ska utföras. James menar att det är en fråga om att anta effektiva tillvägagångssätt och- eller sanktioner, något som kan sträcka sig både inom eller utanför olika institutioner. Vidare spelar agenternas attityder till deras skyldigheter en stor roll för hur väl dem väljer att sköta sina plikter och ansvar på ett effektivt sätt.²⁸

Det sista villkoret som ska uppfyllas är kravet på en *rättighetsbärare*. James efterfrågar här någon form av balans kring rättighetsbärarens förmåga att göra anspråk i relation till existerande skyldigheter. För att rättighetsbäraren rimligen ska ha en chans att få sina rättigheter uppfyllda måste hen besitta vissa resurser menar hon, resurser som vanligtvis är kopplade till olika institutioner.²⁹ Här kan kunskap kring rättigheter, tvistemål och domstolsprocedurer anses vara nödvändiga men hon hävdar också att

²³ Ibid, s. 141

²⁴ Ibid, s. 139

²⁵ Ibid, s. 139, 144

²⁶ Ibid, s. 139

²⁷ Ibid, s. 139-140

²⁸ Ibid, s. 140

²⁹ Ibid, s. 141, 144

resurser i form av självförtroende, solidaritet, kämpaglöd och ekonomiska medel har viktiga funktioner för att kunna genomdriva sina rättigheter.³⁰

För att rättigheter ska kunna vara effektivt genomförbara krävs det inte bara att dessa tre villkor är uppfyllda måste man också ta hänsyn till ett bredare synsätt och därmed även uppfylla James fyra omständigheter. Först måste det finnas en ”*effective source of political authority, or a hierarchy of authorities with well-define and accepted jurisdiction*”³¹. James menar att institutioner inte fungerar effektivt där detta kriterium inte uppfylls och att stridande myndigheter försvårar att rättigheter kan uppfyllas. Vidare måste alltså *makten vara någorlunda jämt fördelad* så att olika grupper möter samma förutsättningar att få sina rättigheter tillgodosedda. Detta begränsas enligt James i kontexter där vissa grupper är exkluderade i samhället.³² Den tredje omständigheten grundar sig i att det måste finnas *relevanta resurser* för de tre villkoren att uttrycka och distribuera sina plikter i praktiken. Återigen talar James här inte endast om ekonomiska medel.³³ Slutligen, och kanske viktigast, är att det måste finnas en *gemensam moral eller vilja* hos agenter att realisera rättigheter. Hon menar att rättigheter enklast kan åtnjuta i ett klimat där majoriteten ser dess värde och därmed också uttrycker ett större stöd för dess implementering.³⁴

Susan James teoretiska perspektiv visar på att rättigheter utifrån effektivt genomförbara anspråk inte alltid är enkla att nå och att vi i grund och botten kanske har färre rättigheter än vad vi vill tro. När det gäller globala strategier kan det därför också finnas anledning att anamma hennes synsätt i en kamp att garantera att dessa inte skapar bittra hån mot den som behöver sina rättigheter som mest. James avslutar med att uppmärksamma hur västerländska demokratier ofta porträtterar sig som ”right-creators par excellence”³⁵, samhällen där rättigheter har förutsättningar att åtnjutas.³⁶ Något som kan få praktiska konsekvenser när organisationer eller stater försöker applicera samma idé i en annan kontext.

³⁰ Ibid, s. 141

³¹ Ibid, s. 142

³² Ibid.

³³ Ibid, s. 143

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid, s. 146

³⁶ Ibid.

2.3 En kvalitativ innehållsanalys med fokus på diskurs

I denna uppsats har jag valt att använda mig av en kvalitativ innehållsanalys, en metod som enligt Alan Bryman anses vara ett av de vanligaste tillvägagångssätten i studier som använder dokument som studieobjekt.³⁷ Martyn Denscombe hävdar att innehållsanalysen i allmänhet följer en logisk och relativt enkel procedur där forskaren utgår ifrån en text som sedan bryts ner till mindre enheter. Därefter utarbetas relevanta kategorier för dataanalysen, här påpekar Denscombe hur forskaren måste ha en föreställning om vilka typer av kategorier som är av hans intresse och hur detta kan ha formen av nyckelord som är kopplade till ett tema.³⁸

Denna uppsats kommer genomgående att bygga på Susan James teoretiska resonemang i hennes artikel ”Rights as Enforcable Claims”³⁹ och strukturen för innehållsanalysen likaså. Kvalitativa forskare måste acceptera att det inte går att presentera all sin data, istället måste man vara selektiva i denna process och sedan prioritera de centrala delar man identifierat.⁴⁰ Med detta i baktanke har jag skapat mina övergripande analyskategorier utefter James tre villkor som utgörs av *institutioner*, *skyldighetsbärare* och *rättighetsbärare*. För att enklare koppla samman dessa huvudkategorier med mitt primärmaterial har jag valt att tvärtom James börja med rättighetsbäraren och arbeta mig framåt genom hennes teoretiska utgångspunkter. För tydlighetens skull och för att analysen inte ska framstå som splittrad kommer jag även att dela in varje huvudkategori i mer specifika underkategorier.

Denscombe menar att innehållsanalysen som metod har möjlighet att avslöja ”dolda” sidor av materialet och genom att exempelvis undersöka hur ofta något förekommer i en text kan prioriteringar i materialet också skildras.⁴¹ Tanken är att texten kan innehålla vissa ledtrådar eller oavsiktliga budskap vilka kommuniceras utan att detta varit författarens avsiktliga mening.⁴² Vidare synliggör Denscombe dock att inne-

³⁷ Bryman, 2011, s. 505

³⁸ M. Denscombe. – *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. 2. Uppl., Studentlitteratur, Lund, 2009, s. 307

³⁹ James, 2003

⁴⁰ Denscombe, 2009, s. 387

⁴¹ Ibid, s. 308

⁴² Ibid.

hållsanalys som metod har svårt att hantera textens underförstådda meningar.⁴³ För att utvidga uppsatsens analys och försöka nå ett annat djup i min undersökning kommer jag att inom den kvalitativa innehållsanalysen fokusera på den underliggande diskurs som finns i primärmaterialen.

Diskursanalysen, i kontrast till innehållsanalysen, riktar snarare in sig på textens implicita betydelse än dess faktiska innehåll.⁴⁴ Utgångspunkten för diskursanalysen är att aldrig svälja en text med hull och hår eller ta den för det den verkar vara. Forskaren bör således driva ett dekonstruktionsarbete av det undersökta materialet i jakt på att avslöja faktorer som reflekterar, genererar och- eller förstärker kulturella eller dolda budskap i texten⁴⁵. När jag kodar mina analysenheter i överensstämmelse med mina kategorier samt underkategorier kommer jag att fokusera på det strategin explicit uttrycker och framhäver. Parallellt med detta arbete kommer jag utefter diskursanalytiska principer även att fokusera på det som strategin exkluderar.⁴⁶

När James talar om rättighetsbärare, skyldighetsbärare samt institutioner ställer hon även upp och problematiserar vissa förutsättningar som måste uppfyllas i relation till dessa kategorier. Jag kommer löpande i analysen att använda mig utav dessa förutsättningar samt hennes fyra omständigheter som nyckelfraser när jag kategoriserar min empiri utefter det riktlinjer som Denscombe ställer upp för det innehållsanalytiska tillvägagångssättet.⁴⁷ Göran Bergström & Kristina Boréus påpekar å sin sida hur diskursanalysen är ett studium av samhällsfenomen där språket står i fokus.⁴⁸ I min undersökning och analys har jag därför valt att inta en lingvistisk utgångspunkt och som en del ur diskursanalysen även leta efter citat som kan spegla underliggande motsättningar vilka konkurrerar med den bild som strategin uttrycker.

⁴³ Ibid, s. 309

⁴⁴ Ibid, s. 395

⁴⁵ Ibid, s. 394

⁴⁶ Ibid, s. 395

⁴⁷ Ibid, s. 307-308

⁴⁸ G Bergström & K Boréus (red.), *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. 3., (utök.) uppl., Studentlitteratur, Lund, 2012, s. 354

3 Litteraturöversikt och tidigare forskning

I detta kapitel kommer jag genom en litteraturöversikt redogöra för den tidigare forskning som gjorts i anslutning till uppsatsämnet. Då forskningsfältet varierar är detta kapitel också indelat i tre underkategorier; *Internationaliseringen av HIV/AIDS, användandet av Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015* samt *tre perspektiv inom ramen för mänskliga rättigheter*. Det första avsnittet är en kritisk och historisk tillbakablick från uppkomsten av strategiska och policyära initiativ fram till nutid. Vidare uppmärksammas två studier som explicit använt strategin i sitt arbete. Kapitlet avslutas med en presentation av tre olika artiklar vars innehåll alla befinner sig inom ramen för mänskliga rättigheter i relation till strategiska och policyära initiativ.

3.1 Internationaliseringen av HIV/AIDS

Hakan Seckinelgin, lektor i International Social Policy vid London School of Economics and Political Science konstaterar i sin bok ”International politics of HIV/AIDS: Global Disease – Local Pain”⁴⁹ att: “HIV/AIDS is a complex disease both in its causes and in its consequences. The disease tend to highlight existing social, economic and cultural exclusion patterns in societies. It also creates new patterns of inequalities and injustices”⁵⁰. Sedan att HIV/AIDS började uppmärksammas på 1980-talet har flera globala strategiska och policyära initiativ sett dagens ljus men Seckinelgin menar att dessa måste förstås i relation till hur sjukdomen historiskt sett internationaliseras.⁵¹

I början ansågs HIV/AIDS vara ett västerländskt problem som endast drabbade homosexuella män. Då den homosexuella identiteten i många fall inte erkän-

⁴⁹ H. Seckinelgin, *International politics of HIV/AIDS: Global Disease – Local Pain*, Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York, 2008.

⁵⁰ Ibid, s. 146

⁵¹ Ibid, s. 22-30

des runt om i Afrika resulterade detta enligt Seckinelgin att regionala insatser inte sattes in i tid, något som bidragit till att Afrika idag är hårt drabbat av HIV/AIDS.⁵² Vid den första internationella AIDS konferensen 1985 fanns det inga afrikanska representanter närvarande och Seckinelgin tydliggör hur skillnaden mellan människors olika reaktioner har påverkat internationaliseringsprocessen. Även då afrikanska ledare tvingats uppmärksamma frågan artikulerades den vanligtvis av andra än de som levde med sjukdomen.⁵³

Uppkomsten av ART-behandling tog internationaliseringen till en ny nivå men Seckinelgin menar att resurserna för att stoppa spridningen av HIV/AIDS fortfarande sker utifrån ett välgörenhetsramverk.⁵⁴ Epidemin i utvecklingsländer ses och artikuleras således ofta utifrån ett västerländskt perspektiv skapat av deras intressen och prioriter.⁵⁵ I sitt kritiska arbete hävdar Seckinelgin att det finns ett glapp mellan de strategiska och policyära initiativ som uttrycker vad internationella aktörer *vill göra* och uppnå i relation till de tekniska och ekonomiska resurser som finns till förfogande för att *kunna göra* det i praktiken.⁵⁶ Globala strategier och policyarbete ska påverka individer men han påpekar att: ”good intentions do not guarantee good outcomes”⁵⁷.

3.2 Användandet av Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015

Få studier refererar tillbaka till WHO's Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015. ”Comparison of Smallpox vs. HIV/AIDS Eradication Strategies”⁵⁸ av An-nise Chung och Murray R Berkowits samt ”Global Responses to HIV/AIDS and Non-

⁵² Ibid, s. 22-23

⁵³ Ibid, s. 23

⁵⁴ Ibid, s. 26-30

⁵⁵ Ibid, s. 30

⁵⁶ Ibid, s. 148

⁵⁷ Ibid, s. 146

⁵⁸ A. Chung & MR Berkowitz. ”Comparison of Smallpox vs. HIV/AIDS Eradication Strategies”. J AIDS Clinic Res S6:003. Doi:10.4172/2155-6113. S6-003, 2013

communicable Diseases: Analysis of Similarities and Differences⁵⁹ av Tilahun Nigatu et al är två studier som trots allt gör detta, gemensamt för de båda är att deras studier jämför HIV/AIDS- strategier med något annat.

Nigatu et als kvalitativa innehållsanalys jämför HIV/AIDS- strategier med strategier för icke-smittsamma sjukdomar, NCDs, för att kartlägga grundläggande likheter och skillnader.⁶⁰ Studien är av mindre intresse för denna uppsats och deras huvudpoäng utgörs av att båda strategikategorierna generellt liknar varandra. Nigatu et al menar att den stora skillnaden mellan dessa globala initiativ är att HIV/AIDS- strategier fokuserar på att förbättra sin effektivitet. Strategier för NCDs befinner sig å andra sidan i ett relativt nystartat stadiet och det är därför också svårt att dra slutsatser hur dessa fungerar i praktiken.⁶¹

Chung & Berkowitz inleder sin artikel med att uppmärksamma hur det tog 18 år att utrota smittkoppor i världen, ett lyckat projekt trots att utrotningen krävde mer tid och resurser än förväntat.⁶² Efter 30 år har utrotningen av HIV/AIDS däremot inte mött samma positiva utveckling. De stora framgångarna med att utrota smittkoppor grundar sig i två viktiga aspekter enligt Chung & Berkowitz, för det första så fanns det ett vaccin mot smittkoppor och för det andra så var smittkoppor en synlig sjukdom vilket underlättade smittövervakningen.⁶³ Eftersom det idag fortfarande inte finns något vaccin eller botemedel mot HIV/AIDS har dessa strategier istället tvingats fokusera på prevention och behandling.⁶⁴ Chung & Berkowitz uppmärksammar hur bekämpningen av HIV/AIDS i flera fall begränsas då både smittövervakning, behandling och vård är nära anknuten till laboratoriemiljöer, något som kräver både medicin-teknisk kompetens och god infrastruktur.⁶⁵ I dagsläget har HIV/AIDS generellt sätt övergått till att vara en kronisk sjukdom istället för en dödsdom där ART-behandling ses som en nödvändighet.

Chung & Berkowitz ser globala förbättringar där strategier fokuserat på Voluntary Medical Male Circumcision, VMMC, samt hindra spridningen av Mother-to-child Transmission, MTCT. Båda initiativen lämpar sig bra där smittan är driven

⁵⁹ TN. Haregu, B. Oldenburg, J. Elliott & G. Setswe. "Global Responses to HIV and Noncommunicable Diseases: Analysis of Similarities and Differences". *British Journal of Medicine & Medical Research* 3(2): pp. 442-465, 2013.

⁶⁰ Ibid, s. 445-461

⁶¹ Ibid, s. 442, 461-462

⁶² Chung & Berkowitz, 2013, s. 1

⁶³ Ibid, s. 1-2

⁶⁴ Ibid, s. 2

⁶⁵ Ibid.

heterosexuellt, VMMC är ett kostnadseffektivt ingångsinslag med livslånga fördelar medan de MTCT- projekt där alla mödrar ges ART obegränsat av CD4-celltal kan minska behovet av laboratoriemiljöer.⁶⁶ Chung & Berkowitz menar att utrotningen av HIV/AIDS är möjlig men det krävs ett större politiskt åtagande än vad som tidigare funnits.⁶⁷

3.3 Tre perspektiv inom ramen för mänskliga rättigheter

Michel Carael et al har i sin artikel ”Is There a Gender Gap in the HIV response? Evaluating National HIV responses From the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS Country Reports”⁶⁸ använt sig av the National Composite Policy Index, NCPI, och summerat data på policys och strategier som påverkar kvinnor och mäns jämlika tillgång till b.la. ART-behandling.⁶⁹ Studien hävdar att kvinnor i större utsträckning än män söker vård och att färre kvinnor än tidigare beräknat diskrimineras sin rätt till ART-behandling.⁷⁰ Samtidigt ses kvinnor som en sårbar grupp vilka inte har sociala och ekonomiska förutsättningar att kontrollera sina liv och därför har allt fler stater gett större utrymme för kvinnofokuserade program i sina nationella strategier och policydokument.⁷¹

Studien erkänner att användandet av NCPI inte kan mäta om strategier och policydokument levererar positiva resultat, kvalitets mäta eventuella framsteg eller svara på frågan hur delaktiga kvinnor egentligen är i praktiken. Trots att flera stater uttryckligen satsar på kvinnofrämjande arbete har hälften av staterna inte budgeterat ekonomiska medel till detta.⁷² Avsaknaden av sådant budgetstöd bör enligt Carael et al ses som ett indikationsexempel på att flera nationella strategier och policydokument möter

⁶⁶ Ibid, s. 2-3

⁶⁷ Ibid, s. 3

⁶⁸ M. Carael, H. Marais, J. Polsky & A. Mendoza. ”Is There a Gender Gap in the HIV response? Evaluating National HIV responses From the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS Country Reports”. *J Acquir Immune Defic Syndr*. Vol. 52, Supplement 2, Dec 1, 2009, pp. 111-118.

⁶⁹ Ibid, s. 111, 113-116

⁷⁰ Ibid, s. 115

⁷¹ Ibid, s. 111

⁷² Ibid, s. 117

svårigheter att genomföras i praktiken.⁷³ Ett resonemang som väcker ytterligare frågor kring hur mycket av sådant som skriftligen lovas faktiskt har reella möjligheter att förverkligas eller inte?

”Universal Access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and strategic plans”⁷⁴ är en kvalitativ studie av Sofia Gruskin och Daniel Tarantola. Tillsammans har dem undersökt om och- eller hur vanligt förekommande uttryck för mänskliga rättigheter i relation till *universal access* är i strategiska planer på internationell och nationell nivå.⁷⁵

Gruskin & Tarantola konstaterar att det finns en stark närvaro av mänskliga rättigheter i deras primärmaterial men hävdar också att mänskliga rättigheter sällan eller aldrig lyckas översättas till angripbara termer i dessa dokument.⁷⁶ Studien visar på ett glapp mellan retoriska och operativa förpliktelser vilket försvårar genomförandet av vissa strategiska planer. För att försöka förbättra strategiers genomslagskraft efterlyser Gruskin & Tarantola fler studier som innebär djupgående analyser av diverse strategiska planer och dokument.⁷⁷

I artikeln ”Poverty, Equity, human rights and health”⁷⁸ undersöker Paula Braveman och Sofia Gruskin kopplingarna mellan fattigdom, jämlikhet, mänskliga rättigheter och hälsa. Fattigdom och ohälsa är två begrepp som är nära sammankopplade och ett åtagande för att stärka hälsosituationen i en stat kräver vanligtvis också ökade insatser för fattigdomsbekämpning menar Braveman & Gruskin.⁷⁹

Mänskliga rättigheter och högre krav på jämlikhet till- och inom sjukvården placerar större skyldigheter på stater som ratificerat diverse konventioner.⁸⁰ Studien hävdar att hälsosektorn getts en viktig roll att mobilisera public opinion kring denna diskurs eftersom majoriteten av samhällen uttryckligen inte tolererar att vissa sociala grupper exkluderas sin rätt till hälsa.⁸¹ Samtidigt önskar Braveman & Gruskin uppmärksamma

⁷³ Ibid, s. 111, 117

⁷⁴ S. Gruskin & D. Tarantola. ”Universal Access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans”, *AIDS*. August; 22(suppl 2): pp. 123-132. Doi: 10.1097/01.aids.0000327444.51408.21, 2008.

⁷⁵ Ibid, s. 1-2, 7-8

⁷⁶ Ibid, s. 1, 4-8

⁷⁷ Ibid, s. 1, 3, 7-8

⁷⁸ P. Braveman & S. Gruskin. ”Poverty, equity, human rights and health”, *Bulletin of the World Health Organization*, 2003;81, pp. 539-545.

⁷⁹ Ibid, s. 539

⁸⁰ Ibid, s. 540

⁸¹ Ibid, s. 542

hälsosektorns bristande kapacitet att leva upp till denna roll och menar att hälsosektorn sällan, eller aldrig, har förutsättningar att kontrollera de underliggande villkor som krävs för att förbättra den allmänna hälsan.⁸²

Fattigdomsbekämpning, förbättrad infrastruktur, utbildning, ökad jämlikhet mellan könen och det effektiva införlivandet av mänskliga rättigheter ligger vanligtvis utanför hälsosektorn område. Braveman & Gruskin menar att hälsosektorn försök att förflytta sig bortom retorik till mer operativa förhållningssätt har marginaliserats ekonomiskt och indikerar på att arbetet över sektionsgränserna fortfarande möter svårigheter att realiseras i praktiken.⁸³

⁸² Ibid, s. 539, 541-542

⁸³ Ibid, s. 541-543

4 Undersökning och analys

Denna uppsats har valt att slå samman undersökning och analys i detta kapitel och strukturen har starka kopplingar till Susan James teoretiska resonemang utefter hennes artikel ”Rights as enforceable claims”⁸⁴. Det första kapitlet ”Viljan att hjälpa alla, eller?” kommer att utgå ifrån strategins huvudsakliga mål samt hur den ser på rättighetsbäraren. Kapitlet ”Tre nivåer skyldighetsbärare” fokuserar på hur strategin uttrycker olika nivåer av skyldighetsbärare utifrån ett mikro, meso- och makroperspektiv. Avslutningsvis undersöker denna uppsats hur strategin ser på institutioners roll och behov i kapitlet ”Den moraliska plikten kontra den konkreta förmågan att hjälpa”. För att underlätta för läsaren är alla dessa kapitel sedan uppdelade i underkategorier som presenteras i varje delkapitel.

4.1 Viljan att hjälpa alla, eller?

Detta kapitel kommer att presentera strategins övergripande mål men också undersöka åt vem strategin riktar sig till. Som tidigare nämnt har strategin tydliga kopplingar till UNAIDS strategi ”Getting to Zero” för samma tidsperiod. Detta blir synligt då strategin i Executive summary samt i sin inledning hävdar att strategins mål är ”to achieve universal access to HIV prevention, diagnosis, treatment and care interventions for all in need”⁸⁵ samt ”to contribute to achieving health-related Millennium Development Goals and their associated targets by 2015”⁸⁶. Inledningen önskar sedan poängtera hur det geografiska området söder om Sahara, vilket står för 68 % av den globala HIV-prevalensen, bör riktas större uppmärksamhet om HIV/AIDS- situationen ska kunna komma under kontroll. Detta behov kompletteras vidare med att efterfråga ett större

⁸⁴ James, 2003

⁸⁵ WHO, 2011, s. 1

⁸⁶ Ibid.

fokus på behövande kvinnor, flickor samt riskgrupper.⁸⁷ Redan här går det att urskilja en svag paradox med att uttrycka en vilja att strategiskt rikta sig till *alla i behov* samtidigt som geografiska och sociala faktorer förespråkar särbehandling.

I strategins andra kapitel ”Global vision, goals, targets and strategic directions”⁸⁸ presenteras strategins två mål ytterligare en gång. Den stora skillnaden här är främst hur strategin tagit bort ”for all in need” i deras övergripande målsättning vilken nu lyder: ”to achieve universal access to comprehensive HIV prevention, treatment and care”⁸⁹, men även hur diagnostikinriktade interventioner har exkluderats ur strategins huvudmål.⁹⁰

En förtydning av strategins andra mål blir synlig när denna istället uttrycks som: ”to contribute to achieving Millennium Development Goal 6 (Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases) and other health-related Goals (3, 4, 5 and 8) and associated targets”⁹¹. I strategin ges det ingen vidare information kring vad Millenniemålen, som vidare kommer att benämnas MDG, 3, 4, 5 och 8 står för. Enligt FNs hemsida www.millenniemaalen.nu står MGD3 för ”Öka jämställdheten mellan män och kvinnor”, MGD4 för ”Minska barnadödligheten”, MGD5 för ”Förbättra mödrhälsan” och slutligen ”Öka samarbetet kring bistånd och handel” vilket går under MGD8.⁹² Många av dessa mål har direkta kopplingar till den globala HIV/AIDS- epidemin men det blir således också tydligt att strategin, som i grund och botten är en HIV/AIDS- strategi önskar påverka mer än att bara stoppa spridningen av HIV/AIDS i världen.

Skillnaderna i strategins mål kan vid första anblick te sig små men för den praktiska implementeringen riskerar dem orsaka tolkningssvårigheter. Strategins första och övergripande mål uttrycker vilka rättigheter som strategin syftar till att införliva men genom att plocka bort avslutningsfrasen ”for all in need” finns det inte längre någon uttryckt rättighetsbärare. För att rättigheter ska kunna existera menar James som bekant att de också måste vara effektivt genomförbara.⁹³ Ett av hennes villkor för att rättigheter ska kunna bli detta förutsätter att det finns en rättighetsbärare, därav har detta

⁸⁷ Ibid, s. 4

⁸⁸ Ibid, s. 7

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Ibid.

⁹² FN. <http://www.millenniemaalen.nu/malen-2/>; senast hämtad 2015/01/05

⁹³ James, 2003, s. 133

kapitel delats upp i tre underkapitel som alla problematiserar vem strategin målar upp som en rättighetsbärare eller inte.

4.1.1 HIV- statusens treenighet: positiv, negativ eller ovetande

Strategins huvudsakliga mål gör det tydligt att dess skapare förutsätter att det finns en *rätt till hälsa* och att strategin är en väg för att nå dit.⁹⁴ Samma mål måste dock också problematiseras djupare för att vidare se om det finns någon tydlig rättighetsbärare i anslutning kring detta. Det uppstår nämligen en intressant situation då strategin strävar efter att garantera både prevention *och* behandling/vård, eftersom detta uttalande riktar sig till två, nästan helt olika grupper, indelade efter HIV- status.

För att ses som rättighetsbärare till behandling och vård krävs det naturligtvis att individen är HIV- positiv. Strategin förespråkar att ART ska sättas in för alla HIV- positiva med ett CD4+ cellantal under 350/mm³.⁹⁵ Ett sådant uttalande kan enligt James tyda på att det finns en stark vilja och gemensam moral att upphöja den HIV- positiva individen till en tydligare nivå av rättighetsbärare genom att bistå med behandling tidigare än förut.⁹⁶

Att stärka den HIV- positiva rättighetsbäraren i verkligheten, och inte bara genom ett löfte om tidigare behandling, måste problematiseras i linje med James övriga omständigheter för att få positiva effekter. Om en beslutsfattande makt är oförmögen eller ovillig att se HIV- positiva som erkända rättighetsbärare kan detta löfte snarare liknas ett tomt hån. I praktiken har nationella insatser mot HIV mött stora problem och anses ofta vara av dålig kvalitet.⁹⁷ Samtidigt bör kontentan av alla strategiska och policyära initiativ mot HIV/AIDS räcka för att hävda att HIV- positiva individer i denna

⁹⁴ WHO, 2011, s. 7

⁹⁵ Ibid, s. 13

⁹⁶ De tidigare rekommendationerna var att ART skulle sättas in när patientens CD4+ cellantal var under 250/mm³ uppger Läke medelsverket. Det bör uppmärksammas att denna källinformation är specifikt för Sverige men flera länder följer liknande riktlinjer. Läke medelsverkets hemsida:

http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/110518_Antiretroviral%20behandling%20av%20HIV-infektion%20-%20uppdaterad%20rekommendation_bokmarken.pdf. Senast hämtad: 2015/01/05.

⁹⁷ WHO, 2011, s. 4

diskurs, och speciellt i strategin, erkänns som rättighetsbärare trots att flera länder fortfarande har lagar som utgör hinder för HIV-positiva.⁹⁸

Det preventiva arbete som strategins mål syftar till kan sägas ha större betydelse för den HIV-negativa individen än den som redan bär på viruset. Det är också detta tydliga fokus på prevention som även gör den HIV-negativa individen till en rättighetsbärare. Hen äger en rätt att skyddas mot smitta, en rättighet som går parallellt med den HIV-positivas skyldighet att inte smitta andra. Strategin placerar samtidigt ett ansvar hos den HIV-negativa rättighetsbäraren att vara eftertänksam i sina handlingar och inte utsätta sig för risker.⁹⁹

Vad strategin endast skrapar på ytan av handlar i sin tur om vilka förutsättningar HIV-negativa individer har för att göra detta. De ojämlika förhållandena som råder i bestämmandet kring när och hur par ska ha sex samt huruvida kondom ska användas eller inte uttrycker att det finns stora hinder för HIV-negativa individers förmåga att skydda sig mot smitta.¹⁰⁰ De resurser som James efterfrågar för att rättighetsbärare ska kunna göra anspråk på sin rätt att skyddas mot HIV är i relation till detta få eller obefintliga. Återigen kan detta resonemang användas för att hävda att även fast HIV-negativa individer porträtteras som en tydlig rättighetsbärare möter hen stora svårigheter i praktiken med att få sin roll erkänd av andra i sin samtida kontext.

Att känna till sin HIV-status kan således sägas vara grundläggande för att överhuvudtaget få ut något av strategin. Detta måste i sin tur problematiseras med att strategin poängterar hur mindre än 40 % av alla HIV-smittade är medvetna om sin positiva status.¹⁰¹ Genom att strategin i sitt övergripande mål exkluderat det fokus på diagnostikinriktade interventioner uppstår också en situation där den ovetande individen inte direkt erkänns status som rättighetsbärare. I kontrast till detta hävdar strategin att ”Testing and counselling must be voluntary, confidential and ensure that the human rights of clients are protected and promoted, regardless of setting or testing modality”¹⁰² vilket resulterar i en intressant rättighetskonflikt mellan rätten till hälsa och rätten till privat- och familjeliv. Strategin placerar alltså inget tvång på att ovetande individer ska testa sig trots att detta är en grundläggande förutsättning för att kunna uppnå sitt syfte

⁹⁸ Ibid, s. 27

⁹⁹ Ibid, s. 11

¹⁰⁰ Ibid, s. 28

¹⁰¹ Ibid, s. 11

¹⁰² Ibid, s. 11, fotnot 8

och mål.¹⁰³ Den ovetande individen kan därmed sägas vara en stark rättighetsbärare när det kommer till att inte behöva testa sig mot sin vilja även fast testningen i sig kan vara vital för att säkerställa individens rätt till hälsa i längden.

Stigmatisering av HIV/AIDS uttrycks i strategin som ett annat hinder för att människor ska HIV- testa sig, något som James skulle hävda bör ses som ett tecken på att individer inte besitter nödvändiga resurser för att göra sig till välfungerande rättighetsbärare.¹⁰⁴ Den okunskap och rädsla för, men också kring, sjukdomen kan därav ses som en topp av ett större isberg då människor som misstänker att dem bär på smitta inte kan eller vill göra något åt det.

4.1.2 Kvinnan och barnet ur den sårbara riskgruppen

Den grupp som är mest påverkad av HIV/AIDS i världen är kvinnor. Den globala HIV-prevalensen hos kvinnogruppen är enligt strategin 52 % medan siffran beräknad till området söder om Sahara uppmäter 60 %.¹⁰⁵ Av denna anledning har strategin ett genomgående fokus på kvinnor som rättighetsbärare och försöker kontinuerligt förespråka interventioner för att öka jämställdhet mellan könen men också för att stärka kvinnans position i den globala HIV- diskursen.¹⁰⁶ Strategin målar därmed upp en bild av kvinnan som en svag och sårbar individ som måste skyddas. Inte bara i egenskap för att hon är kvinna men också för att strategin i flera fall antyder på att kvinnogruppen ofta är kopplad till stigmatiserande beteenden som sexarbete och missbruk, beteenden som är anslutna till specifika riskgrupper.¹⁰⁷

Strategin är tydlig med att nationella HIV- bekämpningsinterventioner kan reducera kvinnors sårbarhet och minska riskerna för HIV- smitta om samhällen arbetar för att minska bland annat våld i nära relationer, skadliga könsnormer och ojämlik tillgång till sjukvård.¹⁰⁸ Makten måste således omfördelas så att kvinnan får större möjligheter att göra anspråk på sina rättigheter i kraft av den rättighetsbärare strategin erkän-

¹⁰³ Ibid, s. 13

¹⁰⁴ Ibid, s. 27-28

¹⁰⁵ Ibid, s. 4

¹⁰⁶ Ibid, s. 4, 19-20, 27-28

¹⁰⁷ Ibid, s. 5, 15-17

¹⁰⁸ Ibid, s. 27

ner att hon är. Empowerment av kvinnor får här en viktig betydelse för att stärka kvinnors roll i samhället och förutsättningarna för detta ser olika ut beroende på vilken global kontext man utgår ifrån.

Det fokus som strategin har på *vad* som måste göras för att styrka kvinnans position saknar förklaring om *hur* detta ska ske rent praktiskt. Mindre än hälften av alla länder har en budget för HIV- relaterade program som riktar sig specifikt till kvinnor och flickor.¹⁰⁹ Strategin förutsätter också att kvinnan själv är medveten om när hon utsätts för mänskliga rättighetskränkningar och att hon i en sådan situation försöker göra anspråk på sina rättigheter. Denna fixering av att öka empowerment av kvinnor saknar förståelse för den kontext där hon befinner sig vilket riskerar att möta svårigheter när strategin ska realiseras i praktiken.¹¹⁰ Olika kulturer delar inte alltid samma värdegrund och kvinnor söder om Sahara kan besitta alla de kunskaper och resurser som James argumenterar för men ändå välja att göra tvärtemot, inget alls eller skapa förändring.¹¹¹

Den gemensamma viljan att försöka förbättra kvinnors position och utsatthet för HIV/AIDS som strategin utstrålar har också gett positiva resultat. År 2011 har 53 % av gravida kvinnor med HIV tillgång till ART för att förebygga smitta till det ofödda barnet, jämfört med 45 % under 2008.¹¹² På detta sätt vill strategin också visa på de tydliga kopplingar som finns mellan kvinnan och barnet och hur positiv utveckling på det ena området även kan påverka det andra.

Barnet får stor uppmärksamhet genom att strategins ena delmål strävar efter att reducera smitta hos barn och unga.¹¹³ De flesta stater har ratificerat Barnkonventionen, ICRC, och genom detta åtar sig stater också skyldigheter att tillgodose barns rättigheter. Som barn räknas vanligtvis alla individer under 18 år, något som strategin däremot avviker ifrån. Istället talar strategin om spädbarn/barn utan åldershänvisning¹¹⁴ och benämner åldersgruppen 15-24 år som unga vuxna.¹¹⁵ Genom att klassificera unga vuxna i en grupp mellan 15 och 24 år skapar strategin en otydlighet kring hur stater ska förhålla sig och sina skyldigheter till denna grupp av rättighetsbärare. Det uppstår därmed också en slags paradox som visar på en eventuell ovilja att enhetligt ta ansvar för

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ Ibid, s. 28

¹¹¹ James, 2003, s. 145

¹¹² WHO, 2011, s. 4

¹¹³ Ibid, s. 7

¹¹⁴ Se exempelvis Ibid, s. 7, 12

¹¹⁵ Se exempelvis Ibid, s. 7, 15, 24

vissa individer som bör skyddas enligt ICRC men som istället riskerar att falla mellan stolarna i en sådan ansvarsfråga.¹¹⁶

En tydlig och accepterad jurisdiktion är grundläggande för att dessa individer ska kunna ses som erkända rättighetsbärare. Bristen på en sådan jurisdiktion kan enligt James resultera att flera makthavande parter blir oense i ansvarsfrågan och på så vis även försvårar situationen för att unga vuxna kan åtnjuta sina rättigheter. Huruvida unga generellt besitter resurser för att kunna vara effektiva rättighetsbärare beror återigen på kontexten menar strategin.¹¹⁷ Många unga har i praktiken fortfarande inte möjlighet att utbilda sig och upplever även svårigheter att komma i kontakt med rådgivning eller hjälp kring frågor som rör bland annat HIV/AIDS, sex, sexualitet och reproduktion.¹¹⁸

4.1.3 Den exkluderade heterosexuella mannen

Strategin har, som denna studie ovan observerat, ett övergripande fokus på den utsatta kvinnan som rättighetsbärare. Män som har sex med män¹¹⁹, transpersoner, intravenösa missbrukare, sexarbetare och fångar benämns i strategin som prioriterande riskgrupper för HIV/AIDS.¹²⁰ Flera av dessa grupper har direkta kopplingar till det manliga könet men också till homosexualitet, ett ofta känsligt ämne i den afrikanska kontexten. Vid sidan av dessa utpekade grupper står den heterosexuella mannen, en kategori som strategin inte ägnar någon större uppmärksamhet. Varför den heterosexuella mannens funktion i den globala HIV/AIDS-diskursen inte synliggörs ger strategin ingen kommentar till.

Ett antagande är att strategin har en förutfattad mening att han inte upplever samma svaghet inför sjukdomens komplexa problematik som kvinnor anses göra och av den anledningen inte heller ser någon vits med att framhäva honom som rättig-

¹¹⁶ Det bör påpekas att individer under 18 år i vissa fall kan ses som myndiga beroende på den nationella lagstiftningen, något som även uttrycks artikel 1 i ICRC, men denna uppsats följer den allmänna definitionen av barn som varje människa under 18 år. Convention on the Rights of the Child, 1577 UNTS3, 20 November 1989

¹¹⁷ WHO, 2011, s. 4

¹¹⁸ Ibid, s. 4, 19

¹¹⁹ Vidare benämnt som MSM

¹²⁰ WHO, 2011, s. 5, fotnot 5

hetsbärare. Ett annat antagande, som kan kopplas vidare till den afrikanska kontexten söder om Sahara men även till James, ifrågasätter vilken påverkan högt uppsatta män har på globala strategiska och policyära initiativ? Ur James perspektiv kring den gemensamma viljan att framhäva en rättighetsbärare kommer dessa män till en situation där de tvingas välja huruvida dem vill stå innanför eller utanför diskursen.¹²¹ Strategins frånvarande fokus på den heterosexuella mannen tyder på att det rimligen finns en risk att män fortfarande inte vill bli förknippade med HIV/AIDS i det offentliga rummet.

Trots att det inte finns några tecken på att strategin erkänner den heterosexuella mannen som en rättighetsbärare i relation till HIV/AIDS så är han inte heller totalt exkluderad. Citatet "Gender-based differential access to health interventions, such as antiretroviral therapy, should be addressed in HIV programming, and boys and men included in behavioural and structural interventions aimed at reducing gender inequality"¹²² visar på hur mannen och pojken bitvis inkluderas i strategin. Inte som rättighetsbärare i James mening utan snarare i sammanhang där den manliga identiteten indirekt kopplas samman med en syndabocksmentalitet vilken utgör grunden för kvinnans orättvisa position. Att strategin mer eller mindre ser män som en bidragande faktor till att HIV-smitta förs vidare bör här ses som en indikator på att han, i form av att vara man, är påtagligt påverkad av HIV/AIDS-problematiken. Som Chung & Berkowitz tidigare påpekat drivs HIV-smitta främst heterosexuellt,¹²³ ännu ett bevisat faktum som strategin valt att inte framhäva.

I situationer där sexarbete belyses i strategin saknas kopplingar till en annan viktig aktör, nämligen sexarbetarnas klienter som generellt utgörs av heterosexuella män.¹²⁴ Kvinnan står som utgångspunkt för familjen medan mannen aldrig nämns explicit i relation till barn, något som förstärker strategins indirekta synsätt på mannen som en syndabock och oengagerad fader.¹²⁵ Det finns stora problem med att den heterosexuella mannen inte ges plats i strategin och det påverkar hans roll som rättighetsbärare negativt. Strategin målar upp en bild av den heterosexuella mannen som våldsam, frånvarande och att han ställer sina egna behov framför andras.¹²⁶ Huruvida en sådan bild

¹²¹ James, 2003, s. 143-144

¹²² WHO, 2011, s. 27

¹²³ Chung & Berkowitz, 2013, s. 2-3

¹²⁴ WHO, 2011, s. 16, 17

¹²⁵ Ibid, s. 12

¹²⁶ Ibid, s. 12, 27-28

bör ses som representativ för alla män påverkade av HIV/AIDS går inte att utläsa ur strategin men den bör ifrågasättas.

Strategin uttrycker en genomgående ovilja att se den heterosexuella mannen som en rättighetsbärare. Allt tydligt fokus som läggs på kvinnan tycker ut mannen till periferin och detta påverkar hans resurser att hävda sina rättigheter.¹²⁷ Att endast tala om mannen där han ska förändras riskerar stöta bort hans engagemang att *vilja* förändras. I stater där män fortfarande har majoriteten av inflytande för jurisdiktion och maktfördelning bör strategiska och policyära initiativ också ta hänsyn till mannen som mer än en skyldighetsbärare om förändring ska uppstå i praktiken.

4.2 Tre nivåer av skyldighetsbärare

Detta analyskapitel ämnar undersöka och problematisera vilka olika parter strategin pekar ut som skyldighetsbärare samt vilka praktiska skyldigheter som sedan tas upp. Skyldighetsbäraren har en viktig funktion i James argumentation kring vad som gör rättigheter effektivt genomförbara eller inte. Skyldighetsbärare kan vara en diffus aktör som finns i flera olika skepnader och av denna anledning kommer detta analyskapitel därav att delas upp i tre underkategorier. Varje underkategori speglar strategins identifierade skyldighetsbärare utifrån en specifik samhällsnivå och inleds med medmänniskan på mikronivå. Vidare representerar hälsosektorn huvudaktören på mesonivå och avslutningsvis synliggörs skyldighetsbäraren på makronivå.

4.2.1 Medmänniskan

Rättigheter på mikronivå utgår ifrån att varje enskild individ har både rättigheter och skyldigheter mot varandra. De skyldigheter som följer en smittsam sjukdom som HIV, uttrycks vanligtvis i diverse smittskyddsregleringar samt förhållningsregler i form av informationsplikt och kondomkrav för HIV-positiva individer. Dessa regleringar och förhållningssätt varierar brett i närvaro och intensitet beroende på i vilken stat en person

¹²⁷ Ibid, s. 12

befinner sig i. Strategin belyser aldrig dessa juridiska skyldigheter trots att deras existens är allmänt vedertagen i den globala HIV/AIDS- diskursen. Att det inte ges några globala riktlinjer för hur stater ska förhålla sig till detta blir i James ögon problematiskt eftersom det ökar riskerna att olika jurisdiktioner inte delar samma uppfattning i frågan.¹²⁸

Den distribuering av manliga och kvinnliga kondomer som strategin vid flera tillfällen förespråkar indikerar på att det trots allt erkänns någon form av skyldighet att skydda sig på mikronivå.¹²⁹ Preventionsarbete är grundläggande för att kunna hindra vidare HIV-smitta, ett arbete som går hand i hand med att individer på mikronivå känner en skyldighet att skydda sig i sexuella relationer. James menar att agenter måste förstå vilka skyldigheter man har jämt emot andra men också förstå hur dessa ska utföras, något som riskerar att försvåras när en global strategi inte framhäver den enskilda individens skyldigheter.¹³⁰ I relation till detta måste strategins uttryckta vilja att bistå med preventionsmedel ses som en knuff i rätt riktning och en indikator på att det finns resurser till den som genom aktiva val också erkänner sig själv som skyldighetsbärare.¹³¹

Attityd och inställning till sina plikter har enligt James också en viktig funktion för hur väl en skyldighetsbärare sedan kommer att förhålla sig till dessa eller inte.¹³² Unga står för 40 % av HIV- smitta hos nyligen infekterade vuxna,¹³³ en hög siffra som antyder att denna kategori upplever svårigheter i att förstå sina skyldigheter samt att dem inte kan eller vill utföra sina plikter. Ur James perspektiv måste ökad tillgång till utbildning garanteras för att unga ska ges möjlighet att både kunna och vilja agera som skyldighetsbärare. Strategin ställer sig bakom detta behov och erkänner öppet att unga inte har den tillgång till kunskap som de förtjänar.¹³⁴ Ett sådant läge på mikronivå påverkar skyldighetsbäraren negativt då hen antagligen inte besitter de resurser som krävs för att påverka att rättigheter säkerställs.

Individens attityd kring vilka skyldigheter de förväntas ha mot andra måste vidare problematiseras med den höga grad av stigmatisering som HIV/AIDS är förknip-

¹²⁸ James, 2003, s. 142

¹²⁹ WHO, 2011, s. 11, 17

¹³⁰ James, 2003, s.139

¹³¹ WHO, 2011, s. 11

¹³² James, 2003, s. 143

¹³³ WHO, 2011, s. 15

¹³⁴ Ibid, s. 19

pad med.¹³⁵ När det gäller kravet på att arbeta för att få bort stigma och diskriminering kring HIV/AIDS är strategin tydlig med att se den individuella medmänniskan som en erkänd skyldighetsbärare. Tydligheten ligger i hur strategin ser beteendeförändrande interventioner som förutsättningar för att uppnå ett bättre samhällsklimat där rätten till hälsa kan realiseras.¹³⁶ Strategin uttrycker således en självklarhet i att den enskilda individen aktivt måste arbeta för att förbättra sin attityd mot HIV och människorna påverkade av HIV. Att individer ska gå i beteendeändrande terapiformer, använda kondom, frivilligt omskära sig samt inte diskriminera någon är vad strategin hävdar att människor bör göra, men det finns inga möjligheter att föreslå huruvida dessa interventioner kan förbättra det globala HIV-läget i praktiken.¹³⁷ Stoppa diskrimineringen av HIV-positiva är en högt prioriterad fråga vilket synliggörs i hur den inkluderas i strategins globala vision: ”Zero new HIV infections, zero AIDS-related deaths and zero discrimination in a world where people living with HIV are able to live long, healthy lives”¹³⁸. Den globala visionen klargör hur strategin på en mikronivå försöker ålägga skyldigheter till varje enskild individ för att skapa en bättre värld.

Något som strategin inte tar upp är hur privata individer, så som den vardagliga medmänniskan, sällan kan ställas till svars för diskriminering av andra. De juridiska skyldigheter som finns mot diskriminering av särskilda grupper är sällan applicerbara på den enskilda individen och de skyldigheter som strategin vill peka på bör därför ses som skyldigheter på en moralisk nivå. I James mening finns det få saker som talar för att det finns en välfungerande skyldighetsbärare på mikronivå men detta måste även problematiseras av att hon själv är mycket diffus i sin definition.¹³⁹ Kriterierna för att vara skyldighetsbärare på mikronivå bör istället sättas i relation till medmänniskans aktiva val att se sig själv som en skyldighetsbärare, något som strategin i praktiken har svårt att ställa som krav eller i värsta fall ens påverka.

¹³⁵ Ibid, s. 27

¹³⁶ Ibid, s. 7, 11

¹³⁷ Ibid, s. 11

¹³⁸ Ibid, s. 7

¹³⁹ James, 2003, s. 139-140

4.2.2 Hälsosektorn

Då strategin är en hälsosektorstrategi blir det även tydligt hur hälsosektorn i egenskap av aktörskap också får rollen som skyldighetsbärare på mesonivå. Det finns flera komponenter inom hälsosektorn och strategin menar att den utgörs av ”organized public and private health services, health ministries, nongovernmental organizations, community groups and professional associations, as well as insitutions that directly input into the health-care system”¹⁴⁰. För flera parter kan det kännas som en självklarhet att hälsosektorn bör beläggas med stort ansvar för HIV- bekämpningen eftersom HIV/AIDS är ett globalt folkhälsoproblem, en bild som strategin genomgående också försöker att framhäva.

Uttryck som: ”the health sector has a central role in achieving success in the global response to HIV”¹⁴¹ och ”The health sector has a unique role to play in ensuring that policies, laws and regulations in other sectors support national HIV responses”¹⁴² målar upp hälsosektorn som en viktig och central aktör i kampen för att bekämpa HIV/AIDS. Två viktiga aspekter som strategin dock aldrig synliggör i relation till denna bild är *vad* det är som placerar hälsosektorn i denna viktiga roll och *hur* den kan påverka andra sektioner i praktiken. Parallellt med strategins beskrivning av hälsosektorn som en effektiv skyldighetsbärare med både resurser och ambitioner finns det också allvarliga brister som inte hänger ihop med den bild av hälsosektorn som strategin målar upp.

En stor andel av dem som lever med HIV upplever grova fall av fysiska och verbala övergrepp enligt The People Living with HIV Stigma Index, bland dessa nekades från 12 % till 88 % tillgång till sjukvård.¹⁴³ Detta bör i James mening ses som att det finns brister inom hälsosektorns övergripande jurisdiktion men också som en indikation på att hälsosektorn, i egenskap av skyldighetsbärare, inte kan garantera att alla som söker sig till sjukvården får den hjälp dem behöver.

Strategin uttrycker också att det finns stigma och diskriminering av speciellt MSM, sexarbetare och transsexuella som måste försvinna.¹⁴⁴ En sådan problematik tydliggör hur aktörer inom sektorn inte är medvetna om sina skyldigheter och hur detta lett

¹⁴⁰ WHO, 2011, s. 3

¹⁴¹ Ibid, s. 6

¹⁴² Ibid, s. 29

¹⁴³ Ibid, s. 27

¹⁴⁴ Ibid, s. 16

till negativa konsekvenser. Strategins efterfrågan av interventioner för att ändra sjukvårdspersonalens diskriminerande attityder mot HIV tyder i sin tur på att det finns en medvetenhet för problematiken och en gemensam vilja att förbättra situationen.¹⁴⁵ Strategin kräver att sjukvårdspersonal ges HIV- inriktad kunskap både före och under utbildning för att öka deras kompetens kring HIV.¹⁴⁶ Samtidigt påpekar strategin hur det fortfarande finns svårigheter att hålla personalens motivation vid liv,¹⁴⁷ något som visar på hur sjukvårdspersonal ges resurser för att utföra sina skyldigheter men av någon anledning inte alltid följer dem i praktiken.

Hälsosektorns förmåga att leva upp till den positiva bild som strategin vill framhäva bör således ses som begränsad. Som ett helhetsmaskineri, beläggs hälsosektorn med stora visioner och tunga skyldigheter men som strategin synliggör så ligger bristerna vanligtvis i maskineriets individuella aktörskuggar. För att förbättra hälsosektorns möjligheter att fungera som en effektiv skyldighetsbärare krävs det en beteendeändring på mikronivå, något som denna uppsats redan tidigare hävdade att strategin i praktiken möter svårigheter att kontrollera. Strategins essens grundar sig i den komplexitet som HIV/AIDS- diskursen genomgående utstrålar; ”Ensuring synergy and coherence between the HIV response, other health programmes and the multisectoral plan for HIV is crucial”¹⁴⁸ uttrycker tanken kring nödvändigheten att olika sektorer måste samverka för att uppnå förändring. Hälsosektorns förmåga att förflytta sig bortom retorik till mer operativa förhållningssätt har problematiserats tidigare i denna uppsats och de praktiska svårigheterna har lyfts fram.¹⁴⁹

Det tomrum kring *hur* hälsosektorn har praktiska möjligheter att påverka andra sektioner måste i James mening ses som ett problem för strategins effektiva genomförande. Frågan är inte vad som måste göras eller vilka skyldigheter hälsosektorn har utan snarare att det saknas konkreta tillvägagångssätt.

¹⁴⁵ Ibid, s. 29

¹⁴⁶ Ibid, s. 24

¹⁴⁷ Ibid, s. 23

¹⁴⁸ Ibid, s. 25

¹⁴⁹ Braveman & Gruskin, 2003, s. 541-543

4.2.3 Uppdelningen mellan den nationella statens och det internationella samfundets ansvar

Strategin är konstruerad på ett sådant sätt att varje avsnitt avslutas med Recommended Country Action efterföljt av WHO's Contributions som båda definierar roller, skyldigheter och samarbetsorganisationer.¹⁵⁰ Detta leder till identifieringen av två skyldighetsbärare på en övergripande makronivå, först den enskilda nationella staten men också WHO som representant för det internationella samfundet. Enligt strategin har de båda parterna erkänt sina skyldigheter genom antagandet av the United Nations Millennium Declaration, Declaration of Commitment on HIV/AIDS, the Political Declaration on HIV/AIDS¹⁵¹ samtidigt som nationella stater anslutit sig till andra relevanta internationella konventioner.

Som denna uppsats tidigare påpekat saknas det dokument som listar vilka stater som planerar på att implementera strategin, därav går det inte heller att utläsa ur strategin vilka konkreta skyldigheter som finns i stater som berörs av den. Endast ratificerade konventioner är juridiskt bindande men då flertalet stater generellt ratificerar flera internationella konventioner bör det antas att många stater också har juridiska skyldigheter mot sina medborgare så som tillgodoseendet av rätt till liv, hälsa och utbildning. I relation till detta synliggör strategin hur 67 % av alla stater har lagar, regleringar och- eller policys som utgör hinder för en effektiv HIV-bekämpning.¹⁵² I James termer bör detta speglar hur flera stater har en negativ attityd till interventioner vilka riskerar att förminska chanserna för att rättigheter ska erkännas och införlivas. När en stor andel stater fortfarande behåller och- eller skapar nya lagar som förhindrar ett aktivt arbete mot HIV/AIDS äventyrar detta strategins effektiva implementering om inga ändringar görs.

Strategin vill poängtera hur stater har en skyldighet mot sina medborgare att alltid ta hänsyn till hälsorelaterade aspekter av HIV vid granskande, ändrande och- eller skapande av nya lagar eller policys¹⁵³ och uppmuntrar därmed också stater till att anta en mer positiv attityd i reformeringsfrågan om dem ska kunna leva upp till sin roll som skyldighetsbärare. *Hur* detta ska göras lämnas utanför strategin men det grundlägg-

¹⁵⁰ WHO, 2011, s. 2

¹⁵¹ Ibid, s. 4

¹⁵² Ibid, s. 27

¹⁵³ Ibid, s. 29

gande förhållningssättet som förespråkas är att den lagstiftning som antas alltid måste upprätthålla anti-diskriminering inom alla områden.¹⁵⁴

Det finns en baksida med globala strategier och interventioner som strategin inte öppet tar upp, en baksida som grundar sig i att de ska vara anpassningsbara i alla delar av världen. Att förhållandena är olika i världen och att alla stater inte befinner sig i samma situation tydliggörs när strategin efterfrågar ett större engagemang och fokus på söder om Sahara.¹⁵⁵ Här tydliggörs också väsentliga kopplingar till MDG 8 kring att rikare länder förväntas ha skyldigheter mot mindre välfungerade stater för att öka deras chanser att stärka sin utveckling. Det finns en statlig skyldighet att göra så gott man kan med sin kapacitet och sina resurser, *to take necessary steps*, något som strategin inledningsvis uttrycker.¹⁵⁶ Vad strategin inte synliggör är vad som händer när dessa steg inte är tillräckliga, vem bär då ansvaret för en stat när den själv inte klarar av att utföra sina plikter mot det egna folket?

Strategins Recommended Country Action tar ingen hänsyn till i vilket skick en stat i praktiken befinner sig i och ur James perspektiv riskerar detta i vissa fall bara resultera i ett tomt hån mot den svage. Kulturrelativistiskt sätt måste WHO:s retorik ställas i relation till den enskilda statens nationella förmågor som skyldighetsbärare om strategin i praktiken ska kunna bli effektivt genomförbar. WHO som står bakom strategin, har i kontrast till den enskilda nationella staten inga juridiska skyldigheter. I James termer kan både den enskilda nationella staten och WHO ses som två politiska auktoriteter som riskerar att krocka och i en sådan situation också skapa en maktkamp.¹⁵⁷

4.3 Den moraliska plikten kontra den konkreta förmågan att hjälpa

Detta avslutande analyskapitel kommer att utgå ifrån James teoretiska fokus på institutioner som utgör ett av hennes tre villkor för att rättigheter ska kunna existera i praktiken. En av strategins utgångspunkter grundar sig i att globala insatser

¹⁵⁴ Ibid, s. 29

¹⁵⁵ Ibid, s. 4

¹⁵⁶ Ibid, s. 9

¹⁵⁷ James, 2003, s. 142-143

för att bekämpa HIV/AIDS inte tar tillräcklig hänsyn till den nationella epidemin samt att många nationella insatser är av dålig kvalitet.¹⁵⁸ Detta analyskapitel kommer därför att undersöka och problematisera hur strategin framställer och talar om sitt effektiva genomförande i relation till detta dilemma. James är något diffus i sin egna definition av institutionsbegreppet och med anledning av detta har kapitlet delats in i tre underkategorier. Den första underkategorin kommer att synliggöra hur strategin i mer allmänna termer ser på institutioner med kopplingar till utveckling. Vidare kommer underkategorin ”Condoms for you and pills for me” problematisera institutioner i relation till två av strategins huvudpunkter; prevention samt behandling. Avslutningsvis kommer denna uppsats att undersöka huruvida strategin förhåller sig till den HIV- positiva individen som en resurs för strategins effektiva genomförande, eller inte.

4.3.1 Det internationella utvecklingsbehovet

Strategin är tydlig med att det finns ett stort behov att bygga upp och reformera institutioner för att den globala HIV/AIDS- bekämpningen och strategins genomförande ska bli mer effektiv, något som måste ske nationellt utifrån den egna epidemin.¹⁵⁹ Det finns ett stort problem som grundar sig i hur flera stater inte har välfungerande sjukvårdssystem där sjukvårdstjänster kan garanteras genom att hållas ”available, accessible and affordable”¹⁶⁰. Fungerande sjukvårdssystem kan därav sägas vara grundläggande för att insatser, både mot HIV/AIDS men också för personer påverkade av HIV/AIDS, ska fungera och strategins stora fokus på detta poängterar hur behövande institutioner i praktiken inte klarar av att uppfylla sin förväntade funktion.¹⁶¹

Sjukvården ämnar till att hjälpa den som är sjuk men delvis också bidra till att förhindra vidare smitta. 2009 var det endast 48 % av alla bloddonationer i låginkomstländer som screenades efter blodsmitta,¹⁶² en formalitet som i höginkomstländer ses som en självklarhet. Hur strategin uttrycker ett starkt behov att: ”Health services should implement comprehensive infection-control strategies and procedures, including

¹⁵⁸ WHO, 2011, s. 4-5

¹⁵⁹ Ibid, 3-4, 19, 23

¹⁶⁰ Ibid, 23

¹⁶¹ Ibid, 19, 23

¹⁶² Ibid, s. 19

standard precautions, injection and surgical safety, blood safety, safe waste disposal and post-exposure prophylaxis for occupational exposure to HIV”¹⁶³ visar tydligt hur vissa stater inte har tillgängliga resurser att säkra tryggheten inom sjukvårdsinstitutioner. Vid sidan av detta brottas strategin också med det faktum att HIV/AIDS- bekämpning är extremt beroende av välfungerade teknologi för att fungera, detta understryker strategin genom att hävda att: ”Building stronger data collection systems for HIV surveillance and other health information is essential to understand the epidemic and informing national HIV responses”¹⁶⁴. Vidare får teknologin även stor betydelse då tester som tas måste köras i labb för att visa huruvida någon är HIV- smittad eller inte men även i de fall där HIV- smitta konstateras måste laboratorium regelbundet användas för att mäta CD4+ cellantal samt kontrollera eventuell läkemedelsresistens.¹⁶⁵

I dagsläget behöver HIV/AIDS inte vara en dödsdom, strategin är noga med att framhäva de stora framsteg som gjorts inom HIV/AIDS- bekämpningen och hur man idag kan leva ett normalt liv om rätt förutsättningar finns.¹⁶⁶ Om institutioner inte kan leva upp till sitt syfte betyder detta dock att många människor fortfarande riskerar att dö av AIDS. Ur James perspektiv är det främst institutionerna som besitter praktiska förmågor att realisera rättigheter.¹⁶⁷ Detta bör i sin tur problematiseras i relation till att AIDS framfart söder om Sahara genomsnittligen haft negativ påverkan på staters tillväxt men även resulterat i bristande infrastruktur och kompetensbortfall. Strategin påpekar hur det i låginkomstländer även finns kompetensbortfall som inte grundar sig i varken sjukdom eller dödsfall. Eftertraktad sjukvårdspersonal har istället arbetsemigrerat till höginkomstländer men även förflyttat sina tjänster från den offentliga hälsosektorn till den privata.¹⁶⁸ I termer av James argumentation tyder en sådan situation på att det finns flera faktorer som återigen påverkar institutioners förmåga att fungera effektivt. Det finns underliggande sociala, kulturella och ekonomiska aspekter kring globala insatser mot HIV/AIDS som strategin inte väljer att ta upp.

Fattigdom är en sådan komponent som strategin inte uppmärksammar, ett problem som med största sannolikhet påverkar strategins konkreta förmåga att bidra till

¹⁶³ Ibid, s. 12

¹⁶⁴ Ibid, s. 9

¹⁶⁵ Ibid, s. 23-25

¹⁶⁶ Ibid, s. 4

¹⁶⁷ James, 2003, s. 139-140

¹⁶⁸ WHO, 2011, s. 24

förändring. De MDG som nämns i strategins inledning inkluderar inte MDG 1, att halvera jordens fattigdom och hunger.¹⁶⁹ En sådan exkludering visar på hur strategin inte är villig att göra kopplingar kring hur fattigdom påverkar människors hälsa negativt, samtidigt resulterar detta i en problematik då strategin poängterar hur viktigt det är för HIV-positiva att ha tillgång till näringsrik mat, god hygien och vatten.¹⁷⁰

Strategin uttrycker således ett genomgående synsätt att utveckling är en förutsättning för att insatserna mot HIV/AIDS ska bli framgångsrika och därmed också få epidemin under kontroll så att människor inte behöver dö i onödan. För att ett sådant utvecklingsarbete ska bli möjligt måste det också finnas kompetenta mänskliga resurser som i första hand kan hålla existerande institutioner vid liv men samtidigt arbeta för förbättring. Då det ena föresätter det andra och strategin utelämnar några konkreta tillvägagångssätt resulterar detta i en retorisk prioriteringsfråga om vad som bör komma först, en höna eller ett ägg?

Vidare påpekar strategin undantagslöst *vad* som saknas och *vad* som måste göras men är alltid sparsam med *hur* detta ska ske. Att unga måste ha tillgång till undervisning kring sex, sexualitet och HIV är viktigt för den globala HIV-bekämpningen och ur en generell västerländsk mening, inte speciellt svårt att tillgodose.¹⁷¹ Trots detta är den globala förekomsten låg, under WHO's Contribution hävdar strategin att WHO ska: "advocate evidence-based education on sex and sexuality for adolescents and their access to sexual and reproductive health services"¹⁷². *Hur* detta ska genomföras tydliggörs inte i strategin mer än att ett samarbete mellan WHO, UNESCO, UNICEF och UNFPA ska startas.¹⁷³ I ett sådant representativt exempel blir det också tydligt hur strategin bitvis utgår ifrån västerländska premisser och synsätt som inte tar hänsyn till den ekonomiska, sociala eller kulturella aspekten hos utvecklingsländer. Om det inte är lagligt att prata öppet om sexualitet i skolor eller om endast pojkar erkänns rätten till utbildning riskerar det att skapas ett vakuum där strategin stannar tills förändring ändrar förutsättningarna.

Stor vikt läggs således av strategin på institutioner som exempelvis statsmakten, utbildningsväsendet och familjen. I de fall där dessa inte fungerar som de i väs-

¹⁶⁹ Ibid, s. 7

¹⁷⁰ Ibid, s. 20

¹⁷¹ Ibid, s. 19

¹⁷² Ibid, s. 16

¹⁷³ Ibid.

terländska termer antas göra, äventyras individens förmåga att göra rättighetsanspråk. En situation, som ur ett kritiskt perspektiv likt James, synliggör hur strategin bitvis kan förstås som tom retorik även fast det finns en stark närvaro av en gemensam vilja att den trots allt ska bli verklighet.

4.3.2 Condoms for you and pills for me

Strategin förespråkar distribution av både manliga och kvinnliga kondomer som preventionsåtgärd men är otydlig hur den förhåller sig till själva kondomanvändandet.¹⁷⁴ Som denna undersökning tidigare tagit upp bör initiativet att fokusera på kondomdistribution även förutsätta en tanke kring att dem i praktiken också ska användas. Det är främst familjeinstitutionen som i grund och botten avgör huruvida ett utökat kondomanvändande är möjligt eller inte. James perspektiv efterfrågar en tillvaro där makt måste vara någorlunda jämt fördelad för att olika grupper ska kunna sägas ha samma förutsättningar att få sina rättigheter tillgodosedda.¹⁷⁵ Denna förutsättning problematiserar strategin indirekt genom att tydliggöra hur alla par inte har jämbördig påverkan i valet kring kondomanvändande.¹⁷⁶ Samtidigt saknas det en kulturell förståelse i strategin för hur familjeinstitutionen i många utvecklingsländer vanligtvis är beroende av flera familjemedlemmar som ett sorts socialt och ekonomiskt skyddsnät. ”Mobilizing adequate financing from domestic and foreign donors for health, social protection and community systems will be the key to countinuing the expansion of HIV services and keeping pace with increased demand”¹⁷⁷ uttrycker hur strategin synliggör att det krävs flera förbättringar för att institutioner ska få resurser att skydda individen genom livet.

Användandet av ART som en preventionsåtgärd förespråkas generellt i den globala HIV/AIDS- diskursen, något som strategin också ställt sig bakom.¹⁷⁸ Endast en tredjedel av alla världens barn under 15 år som är i behov av behandling har tillgång till det även fast många institutioner har skyldigheter mot barn via ICRC.¹⁷⁹ Barnens bristande tillgång till ART speglar en situation där inte heller vuxna har tillgång till be-

¹⁷⁴ Ibid, s. 11

¹⁷⁵ James, 2003, s. 142

¹⁷⁶ WHO, 2011, s. 28

¹⁷⁷ Ibid, s. 24

¹⁷⁸ Ibid, s. 12

¹⁷⁹ Ibid, s. 19

handling och hur brister inom diverse institutioner påverkar läget negativt. Inom hälso-sektorn upplevde 38 % av alla låg- och medelinkomstländer stock-outs av livsavgörande ARV- mediciner minst en gång under 2009¹⁸⁰, detta bör ses som ett tecken på att flera institutioner inte har förmåga att klara sig själva. En sådan situation som strategin uttrycker riskerar, enligt James synsätt, att resultera i en negativ dominoeffekt som försvårar skyldighetsbäraren att utföra sina skyldigheter jämt emot den aktuella rättighetsbäraren.

Brister i behandlingstillgång synliggör också hur det inom den globala HIV/AIDS- bekämpningen finns nödvändiga mediciner men hur dessa mediciner inte hålls tillgängliga för alla. Strategin lägger inte stor vikt vid att problematisera den långvariga och uppmärksammade rättskonflikt som finns mellan rätten till hälsa och immaterialrättens patentskydd av nödvändiga mediciner, men förnekar inte heller att den finns.¹⁸¹ Under Recommended Country Action delegerar strategin ut att enskilda stater måste arbeta för en konkurrenskraftig marknad för läkemedel samt strida för att få använda de inbyggda flexibiliteter som finns i World Trade Organizations, WTO, internationella överenskommelse *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*, TRIPS.¹⁸² Vidare förespråkar strategin att stater på eget initiativ bör använda sig av patentpooler samt voluntary licence-avtal mellan patentinnehavare och generiska läkemedelstillverkare för att pressa läkemedelspriserna och därmed göra dem tillgängliga för fler.¹⁸³

Den allmänrådande åsikten och erfarenheten av utnyttjandet av TRIPS inbyggda flexibiliteter¹⁸⁴ inom HIV/AIDS- diskursen är att få stater har lyckats åstadkomma detta i praktiken. Ännu en gång poängterar strategin inte *hur* stater ska gå tillväga för att pressa läkemedelsindustrin på det sätt som förespråkas. Strategin som genomgående visar på hur WHO önskar samarbeta med andra representanter ifrån det internationella samfundet efter olika tematiska arbetsområden lyser i denna fråga med sin

¹⁸⁰ Ibid, s. 23

¹⁸¹ Ibid, s. 24-25

¹⁸² Ibid, s. 25

¹⁸³ Ibid.

¹⁸⁴ Denna uppsats kommer inte att förklara innebörden av TRIPS, dess inbyggda flexibiliteter eller redogöra vidare för konflikten mellan immaterialrätt och rätten till hälsa då det inte finns utrymme att göra detta här. För den som önskar fördjupa sig i dessa ämnen rekommenderas: Helfer, Laurence R.. - *Human rights and intellectual property : mapping the global interface* / Graeme W. Austin, Laurence R. Helfer.. - 2011. - ISBN: 9780521884372 samt Hestermeyer, Holger. - *Human rights and the WTO : the case of patents and access to medicines* / Holger Hestermeyer. - 2007. - ISBN: 978-0-19-921520-1

frånvaro. Under WHO's Contributions, i samma tematik som efterfrågade staters skyldigheter i relation till TRIPS, finns det ingenting som tyder på att WHO tänker engagera sig ett ökat samarbete med WTO.¹⁸⁵ TRIPS-avtalet försvårar att läkemedel hålls tillgängliga för alla och att WHO inte är drivande att skapa ett samarbete med WTO i enlighet med strategin ifrågasätter dess effektiva genomförbarande.¹⁸⁶ Det är främst välutvecklade och rika länder i västvärlden som tjänar på läkemedelspatent, ett arbete för att underlätta generisk tillverkning kommer därav endast att innebära negativa konsekvenser för dessa stater. Strategin, och WHO, överger därmed enskilda stater, lämnar dem åt sina egna kapaciteter i en orättvis match mot en internationell jätte som WTO. Detta speglar i sin tur hur västvärlden och det internationella samfundet i gestalt av strategin, tar på sig en moralisk roll att hjälpa behövande stater men också hur detta arbete endast eftersträvas så länge man själv inte förlorar något på det. Ur ett minimalistiskt och kritiskt perspektiv likt det James uttrycker i sin argumentation för hur rättigheter ska existera, måste strategin i detta fall essentialiseras till ett bittert hån mot den behövande.

4.3.3 Den HIV- positiva individen, en resurs eller inte?

Strategin och WHO tydliggör hur situationen kring HIV/AIDS är mycket komplext och sträcker sig över flera olika arbetsområden genom att hävda att: "It is (the WHO strategy¹⁸⁷) closely aligned with other global health strategies and plans, including those for tuberculosis, reproductive health, sexually transmitted infections, maternal, newborn and child health, and public health and innovation"¹⁸⁸. På detta sätt legitimerar strategin också att mycket av dess fokus och innehåll automatiskt kommer att ha flera tydliga kopplingar till övriga MDGs samt deras behov av att samverka för att kunna skapa ett bättre klimat för den global HIV/AIDS- bekämpningen.

Strategin uttrycker genomgående en underliggande och stark gemensam vilja att göra *något* för att förbättra den globala HIV/AIDS- situationen men hur detta

¹⁸⁵ WHO, 2011, s. 25-26

¹⁸⁶ Ibid, s. 23

¹⁸⁷ Mitt syftningstillägg

¹⁸⁸ WHO, 2011, s. 5

hela tiden ställs emot ekonomiska svårigheter.¹⁸⁹ Strategin blir således mycket beroende av andra institutioner så som Världsbanken, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, FN, statsregeringar och privata donationsgivare och måste därav också välja hur strategins arbete ska prioriteras.¹⁹⁰ Att strategin ger större utrymme till vissa grupper framför andra har denna uppsats tidigare tydliggjort men det är inte upp till denna studie att hävda huruvida ett sådant prioriteringsarbete är önskvärt eller ej.

Det som däremot blir synligt utefter strategin är hur vissa individer faller mellan stolarna när de inte tillhör någon av de uppmärksammande grupperna. En median på 57 % av MSM-grupper i 21 rapporterade länder hade 2009 tillgång till fungerande preventionsprogram för HIV, för sexarbetare ligger medianen från 31 rapporterade länder på 58 % tillgänglighet.¹⁹¹ Strategin vill härmed visa på hur specifikt inriktade interventionen samt inkluderandet av särskilda institutioner för dessa åtgärder möter positiv respons. Avsaknaden för statistik i strategin kring hur väl heterosexuella män och kvinnor utan direkt relation till barnrelaterade områden tydliggör hur den allmänna HIV-positiva individen inte ges mycket uppmärksamhet.

Strategin poängterar dock att HIV-positiva individer spelar en vital roll i träning av sjukvårdspersonal och hur deras praktiska kunskaper som grundar sig i att leva med sjukdomen bör användas för att förbättra sjukvårdsinstitutionen.¹⁹² Vid ett annat tillfälle pekar strategin ut HIV-positiva kvinnor som en resurs och hävdar att: ”WHO will include women (including women living with HIV) and community carers in in developing policies and normative guidance aimed at ensuring that HIV services meet the needs of women”¹⁹³. James hävdar att institutioner fyller en funktion som kunskapspridare för rättigheter men dessa två exemplen är de enda genom hela strategin där HIV-positiva individer ses som en resurs för att stärka institutioners arbete.¹⁹⁴

Genomgående talar strategin *om* HIV men sällan *med* de som är drabbade och deras upplevelser. James upplyser om konsekvenserna med att västvärlden målar upp en bild av sig själva som ”right-creators par excellence”; det sätt som strategin exkluderar den HIV-positiva som en resurs i detta arbete skapar en distans till verklighet-

¹⁸⁹ Ibid, s. 13

¹⁹⁰ Ibid, s. 13, 31

¹⁹¹ Ibid, s. 15

¹⁹² Ibid, s. 24

¹⁹³ Ibid, s. 28

¹⁹⁴ James, 2003, s. 139

en. Den vi-och-dem-känsla som uttrycks speglar hur västvärlden upplever en moralisk pliktkänsla att göra *något*.¹⁹⁵ Denna gemensamma vilja uttrycks med värme samtidigt som tyngdpunkten hela tiden ligger på att göra *något* framför behovet att undersöka huruvida strategins förslag är applicerbara i den globala kontext den ämnar till.

¹⁹⁵ Ibid, s. 146-147

5 Slutsats

Vid första anblick framstår WHO's the Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015 som riktad och välorganiserad men vid närmare granskning synliggörs strategins breda och diffusa karaktär. Det är tydligt att strategins mål inte är skapat för att förbättra den globala HIV/AIDS- situationen "for all in need". Kvinnor, barn, unga och diverse riskgrupper framställs alla som rättighetsbärare i strategins mening medan den heterosexuella mannen exkluderas i samma diskurs. Strategin uttrycker genomgående *vad* som behöver göras men det finns få konkreta idéer för *hur* den i praktiken ska realiseras när flera avgörande institutioner inte fungerar fullständigt. Föreslagna interventionsåtgärder är i många fall utformade och inspirerade utefter västerländska normer vilket riskerar att resultera i implementeringssvårigheter i stater som saknar samma förutsättningar. Individen, hälsosektorn, den enskilda staten samt WHO pekas alla ut som skyldighetsbärare men dessa möter också stora svårigheter i att uppfylla sina plikter, något som i James termer bidrar till att strategin inte helt problemfritt bör ses som ett effektivt verktyg för att garantera att rätten till hälsa säkerställs. Strategin tar därmed formen av en önskelista, en tom retorik och ett bittert hån mot den behövande då den förminskar samt exkluderar ekonomiska, sociala- och kulturella faktorer som påverkar dess effektiva genomförande negativt. Hela strategin präglas av en moralisk idé kring att västvärlden har en plikt att bistå med hjälp till utvecklingsländer i deras kamp mot den globala HIV/AIDS- epidemin, en plikt som sker utefter västerländska förutsättningar och principer. Den gemensamma viljan att göra *något* har i strategin eskalerat till ouppnåbara höjder där det inte finns möjlighet att realisera strategin inom den angivna tidsramen. Utöver detta önskar strategin påverka fler områden i relation till HIV/AIDS genom att inkludera fem av åtta MDG och det bör ifrågasättas huruvida WHO i form av strategin har lagt fler järn i elden än vad som är hanterbart?

6 Diskussion

Denna uppsats har genomgående tolkat strategin utifrån Susan James teoretiska perspektiv inom mänskliga rättigheter. Detta har lett till att visa aspekter ur strategin synliggjorts mer än andra samtidigt som det bör påpekas att resultatet skulle kunnat se helt annorlunda ut om valet av teoretisk utgångspunkt varit ett annat. Det existerande forskningsläget har dock visat på att denna typ av undersökning är nödvändig och framförallt underrepresenterad. Genom att utgå ifrån ett specifikt teoretiskt resonemang har denna uppsats också kunnat bidra med något nytt till forskningsläget men utan att göra anspråk på en absolut verklighet.

Svårigheterna med globala strategier och initiativ för att förbättra den internationella HIV/AIDS- epidemin ligger som tidigare nämnt i att dessa utger sig för att vara globala. Det finns därmed också ett stort behov att ta erfarenheterna ifrån denna undersökning och förflytta dem ut i världen. I min mening är det endast med djupgående fältstudier i stater som uttryckligen valt att följa strategin som forskare kan besvara huruvida strategin i praktiken är effektivt genomförbar eller inte. Då strategin även gör anspråk på att vara global öppnar detta upp för ett behov av jämförelse mellan hur arbetet med dess implementering ser ut i olika typer av stater. Denna studie bör således ses som en ögonöppnare för vidare forskning men det finns också en självkritisk medvetenhet om att strategin, genom andra teoretiska och- eller metodologiska infallsvinklar, har större chanser till att ses som ett effektivt verktyg för att säkerställa allas lika rätt till hälsa i relation till den globala HIV/AIDS- epidemin än vad som kan hävdas ur James perspektiv.

Som denna uppsats tidigare påpekat finns det vissa brister i James teoretiska resonemang som grundar sig i hennes diffusa definitioner av återkommande huvudbegrepp som exempelvis *institution*. Detta öppnar upp för forskarens egen tolkning av begrepp där James inte är tydlig, något som kan leda till att olika forskare tolkar strategin annorlunda även fast samma teoretiska och metodologiska utgångspunkter används. Vidare bör det påpekas hur James skapat en mycket snäv definition av rättigheter där förståelsen av dessa måste uppfylla hennes tre villkor och fyra omständigheter. Min personliga invändning mot James är att hon utesluter styrkan ur ett moraliskt värde ge-

nom att skilja mellan *rights* och *moral beliefs* när en situation inte uppfyller hennes krav.¹⁹⁶ Ur min mening utesluter hon därmed också tanken på att alla människor har ett inneboende värde. Det bör finnas en möjlighet att ge rättigheter till människor i behov av dem även fast institutioner inte fungerar effektivt, och för mig grundar detta sig i den gemensamma och moraliska viljan. Mycket i denna undersökning tyder på att det finns en stark vilja att få strategin att skapa förändring men att vissa parter inte är beredda att betala för någon annans tivolibiljett.

Precis som Seckinelgin underströk att ”Good intentions do not guarantee good outcomes”¹⁹⁷ har denna uppsats velat visa på hur något som vid första anblick låter väldigt bra vid djupare undersökning visar på svåra brister i dess praktiska genomförbarande. Personligen tror jag inte att WHO hade för mening att skapa det bittra hån som en otillräckligt utformad strategi blir, utan att det istället snarare handlar om kompetensbrister inom strategilära.

Jag vill tro att WHO's intention med Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015 var god även fast den ur James perspektiv inte bör ses som ett effektivt verktyg för att säkerställa allas lika rätt till hälsa. För att få den globala HIV/AIDS- epidemin under kontroll och skapa bättre livschanser för människor i nöd måste fler fältstudier inom detta område genomföras så att efterkommande strategier inte gör samma misstag. Svårigheter och möjligheter måste vidare kartläggas i framtiden så att goda intentioner också garanterar goda resultat.

¹⁹⁶ James, 2003, s. 138

¹⁹⁷ Seckinelgin, 2008, s. 146

Referenser

Andersson, Ingela & Ohrlander, Marie, *Ett positivt liv: En bok om att leva med HIV*, Gilead, Tryckservice AB, 2013.

Bergström, Göran & Boréus, Kristina (red.), *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*, 3., [utök.] uppl., Studentlitteratur, Lund, 2012.

Braveman, Paula & Gruskin, Sofia. "Poverty, equity, human rights and health", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81 no. 7, 2003, s. 539-545.

Bryman, Alan, *Samhällsvetenskapliga metoder*, 2., [rev.] uppl., Liber, Malmö, 2011.

Carael, Michel, Marais, Hein, Polsky, Judith & Mendoza, Aurorita. "Is There a Gender Gap in the HIV Response? Evaluating National HIV Responses From the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS Country Reports", *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol 52, supplement 2, December 1, 2009, s. 111-118.

Chung, Annise & Berkowitz, Murray R. "Comparison of Smallpox vs. HIV/AIDS Eradication Strategies", *J AIDS Clinic Res S6*: 003. Doi:10.4172/2155-6113.S6-003, 2013.

Denscombe, Martyn, *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*, 2. uppl., Studentlitteratur, Lund, 2009

Farnan, Rose. & Enriquez, Maithe., *What nurses know...HIV/AIDS*, Demos Health, New York, N.Y., 2012

FN. "Milleniummålen" nås via: <http://www.millenniemaalen.nu/malen-2/>. Senast hämtad: 2015/01/05.

Gruskin, Sofia & Tarantola, Daniel. "Universal Access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans", *AIDS*, 2008, August; 22(Suppl 2): S123-S132. Doi: 10.1097/01.aids.0000327444.51408.21.

Haregu, Tilahun Nigatu, Oldenburg, Brian, Elliott, Julian & Setswe, Geoffrey. "Global Responses to HIV/AIDS and Noncommunicable Diseases: Analysis of Similarities and Differences", *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(2), 2013, s. 442-465.

Helfer, Laurence R. & Austin, Graeme W., *Human rights and intellectual property: mapping the global interface*, Cambridge University Press, Cambridge, 2011.

Hestermeyer, Holger, *Human rights and the WTO: the case of patents and access to medicines*, Oxford University Press, Oxford, 2007.

International Conveant on Economic, Social and Cultural Rights, 993 *UNTS* 3, 16 December, 1966.

International Convention on the Rights of the Child, 1577 *UNTS* 3, 20 November, 1989.

James, Susan. 'Rights as Enforceable Claims', *Proceedings of the Aristotelian Society*, London, 2003, vol. 103, s. 133–147.

Läkemedelsverket. "Antiretroviral behandling av HIV- infektion: uppdaterad rekommendation", 2011, nås via http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/110518_Antiretroviral%20behandling%20av%20HIV-infektion%20-%20uppdaterad%20rekommendation_bokmärken.pdf. Senast hämtad 2015/01/05.

Seckinelgin, Hakan, *International politics of HIV/AIDS: global disease - local pain*, Routledge, London, 2008.

UNAIDS, *Fact Sheet 2014*, unaid.org, 2014.

UNAIDS, “Getting to Zero: 2011-2015 Strategy”, Geneva, UNAIDS, 2010.

Universal Declaration of Human Rights, UN Doc. A/RES217 (III), 10 December, 1948.

World Health Organization, “Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015”, France, WHO, 2011, s. 1-40.

World Health Organization, “A new Health Sector Agenda for HIV/AIDS: Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS, 2011-2015”, France, WHO, 2011b, s. 1-8.

World Health Organization, “Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2003-2007: Providing a framework for Partnership and action”, Geneva, WHO, 2003.

