

När det rör det sexuella, så ...

en analys av hivpositivas sexualitet och hiv-prevention.

Per Sander Helenius
Nebojsa Petrovic

Socialhögskolan
Lunds universitet.
SOPA63
Vt-08



Handledare:

Staffan Blomberg

Du och jag är observatörer av två olika verkligheter. Genom språket försöker vi förmedla oss med varandra för att förstå våra respektive verkligheter. Men om du ska uppfatta min verklighet och det jag berättar från min värld behöver du släppa din fasta position i din egen värld. Med koncentrerad uppmärksamhet via alla dina sinnen kanske du kan ana vad jag försöker säga dig.

”Jag har ett problem som rör det sexuella...”

(Hulter 2004, s 13)

Abstract

The sexuality of hivinfected people is quite controversial but nevertheless important when speaking of hivprevention. The aim of this work was to survey and analyze support and counseling practices around sexual issues given to hivpositive people by their treating medical doctors. We wanted to bring the question of hivinfected people's sexuality and sexual behavior – sometimes unprotected – and the Swedish legislation and hivprevention efforts under discussion. Based on the results of a questionnaire answered by the doctors, previous research and different social constructionistic and interactionistic theories about the nature of sexuality we made our analysis. We found that the Swedish legislation offers a positive basis for successful hivprevention, but that there are some important obstacles to be overcome in order to really succeed and further reduce the number of new hivinfected people in Sweden. These obstacles are the lack of actual knowledge about hivpositive people's sexual lives and their sex strategies anno 2008. The fact that hivprevention work towards hivpositive persons is legislatively placed upon the medical doctors in Sweden is a further questionable issue when it comes to successful hivprevention. The general taboo about sex and sexuality is another obstacle – it leads to increased sexual stigmatization. Finally we found that the sexual stigmatization in combination with silence about sexuality and the sexual behavior (often unprotected) practiced by hivpositive people forces them to create coping strategies in order to have sex at all. These strategies include not telling partners that they are hivinfected and also a creative production of arguments that justify and legitimate the practice of unprotected sex.

Keywords: sexuality, sexualitet, sex, hivinfected people, hivpositive, hivprevention, smittskydd, unsafe sex, osäker sex, unprotected sex, oskyddat sex.

Innehåll

Abstract	3
Innehåll	4
1 Förord	5
2 Bakgrund	6
3 Problemformulering	7
3.1 Problempresentation	7
3.2 Syfte	9
3.3 Frågeställningar	9
4 Metod	10
4.1 Begränsning	10
4.2 Förförståelse	11
4.3 Etik	12
4.3.1 Vetenskapsrådets krav	12
4.3.2 Att fokusera på prevention och hivsmittade	12
4.4 Uppsatsens struktur	13
5 Smittskyddslagen	15
6 Teori	16
6.1 Sexualitet	16
6.2 Sexualitetscirkeln	18
6.3 Behandlingsmodell	20
7 Tidigare forskning	21
7.1 Läkarnas empati	22
7.2 Stigmatiserade copingstrategier	22
7.3 Hivpositiva som sexuella varelser	23
7.4 Sexualitet och livskvalitet hos danska hivpositiva	24
7.5 NordPol's: <i>HIV- Quality of Life Survey</i>	25
8 Enkätundersökning	27
8.1 Genomförande	27
8.2 Statistik och bortfallsdiskussion	28
8.3 Resultatredovisning	29
9 Analys	32
10 Slutdiskussion	35
11 Referenser	40
12 Bilagor	42
BILAGA 1 Brev till respondenterna	42
BILAGA 2 Statistikfrågor	43
BILAGA 3 Enkätfrågor	44
BILAGA 4 Infektionsmottagningar i Sverige med hivpatienter	46

1 Förord

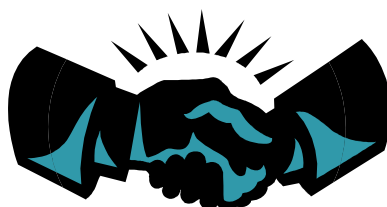
Det arbete du nu håller i din hand är ett examensarbete inför vår kandidatexamen i socialt arbete vid Socialhögskolan på Lunds Universitet sommaren 2008.

Vi är två författare till arbetet. Vi har valt att arbeta tillsammans under nästan hela processen. Sökande efter litteratur och tidigare forskning, telefonkontakt till infektionsmottagningar samt inkodning av svaren i dataprogrammet SPSS har vi fördelat mellan oss. All planering samt analys av materialet och diskussion samt skrivning av rapporten har vi gjort tillsammans. Att arbeta på det sätt har varit en utmaning, som dock enbart ytterligare har styrkt den vänskap vi redan hade.

Att genomföra ett examensarbete med just vårt tema har varit provocerande men samtidigt mycket spännande, lärorikt och roligt. Därför vill vi här tacka alla som har hjälpt oss. Tack till all personal vi har haft kontakt med på de svenska infektionsmottagningar och speciellt tack till de läkare som har besvarat vår enkät. Tack till Kerstin Larsson som hjälpt oss med att utforma enkätfrågorna. Tack också till Anita Melovic som läst korrektur på det färdiga manuskriptet. Stort tack till Noaks Ark Skåne som har bistått oss med ekonomiskt stöd till porto och ställt utrustning och papper till förfogande för kopiering av enkäter och rapporten. Tack också till vår handledare Staffan Blomberg som har bidragit med konstruktiv kritik och inspirerande synpunkt.

Vi vill speciellt tacka alla deltagarna på det seminarium vi genomförde på Noaks Ark Skåne den 19 maj 2008. Den förstahandskunskap ni är i besittning av och den respons vi fick från Er har medverkat till att vi har blivit stärkta i vår analys och våra slutsatser. Tack för att ni delade Era personliga upplevelser och erfarenheter med oss.

TACK ALLA !



Helsingborg i maj 2008.
Per Sander Helenius & Nebojsa Petrovic

2 Bakgrund

Man och två barn riskerade hiv-smitta. Nu åtalas kvinnan som höll sin virussjukdom hemlig i nio år.

Efter ett drygt års utredning åtalades i går den NV-skånska kvinna som fött två barn utan att berätta att hon bar på hiv-smitta.

HELSINGBORG. En familjetragedi döljer sig i den 300 sidor långa förundersökning som kammaråklagare Tord Josefson lämnade in till Helsingborgs tingsrätt i går.

Målet är unikt i eftersom det är första gången en hivsmittad åtalas efter att ha fött barn. När barnen föddes visste ingen i sjukvårdspersonalen att hon bar på viruset. Därmed fick inte barnen den förberedande behandling som normalt sätts in när hivsmittade blir gravida.

- Jag har aldrig hört talas om något liknande. Enligt den expertis som jag kommer att kalla som vittnen fanns det risk att barnen smittades redan när de låg i magen, vid förlossningen och vid amningen. Risken är till och med högre vid amning, säger Tord Josefson.

Barnens far fick vetskap om att hans partner sedan nio år tillbaka var hivsmittad i samband med att hon låg inlagd för en operation sommaren 2004. I december samma år valde han att polisanmäla henne.

Detta stod att läsa som inledningen till en artikel i Helsingborgs Dagblad den 6 mars 2006. En tragisk händelse som blev mycket uppmärksammat i media. Under rättegången fokuserade åklagaren på kvinnans brottsliga handling medan kvinnan själv försvarade sig med rädsla att förlora mannen och barnen, att hon inte förstod räckvidden av sin hiv-status och att hon ansåg att hon inte var smittfarlig på grund av lyckad antiviral behandling med därav följande låga virusvärden. Kvinnan dömdes av tingsrätten i Helsingborg till fängelse i två och ett halvt år för försök till grov misshandel. Kvinnan överklagade domen till hovrätten över Skåne och Blekinge som dock fastställde tingsrättens fängelsedom.

I februari 2008 offentliggjorde Smittskyddsinstitutet sin hiv statistik för år 2007. Det var alarmerande läsning. Antalet rapporterade fall av hiv som smittats i Sverige har under 2007 ökat med 70 % jämfört med 2006 (Smittskyddsinstitutet, 2008).

I magasinet Smittskydd skriver Hultgren (2008) att smittskyddsläkarna har vänt sig till regeringen för att få skärpt smittskyddslagen så personer med hiv ska rapporteras in med fullständig identitet. Smittskyddsläkarna anger bland annat att smittspårningen skulle bli mer effektiv om sekretessen upphävs. Kritikerna till förslaget anser dock att en skärpning skulle medföra att "...många över huvud tagit inte ens kommer att testa sig.." (ibid. s 12).

3 Problemformulering

3.1 Problempresentation

"Regeringens övergripande mål i hivstrategin är att begränsa spridningen av hivinfektioner/.../Ett delmål är att halvera antalet nyupptäckta fall av hivinfektion där smittöverföringen skett i Sverige till år 2016" (ibid. s 14). Trots detta har vi i statistiken sett att den inhemska smittan från år 2006 till 2007 har ökat med 70 %.

Hivinfektionen är förknippad med de stora existentiella frågorna sexualitet, sjukdom och död. I det preventiva arbetet är det därför nödvändigt att både våga och kunna bege sig in på dessa frågor. Sexualiteten är en stor del av alla människors liv och ofta väldigt komplex. När man bedriver preventivt arbete mot en sexuellt överförbar sjukdom handlar det dessutom om att man måste bedriva en verksamhet vars syfte är att förändra målgruppens sexuella beteende. Det hiv preventiva arbetet är komplicerat och innehåller många olika aspekter och perspektiv. Smittovägarna är flera och målgrupperna för preventionsarbetet är många och av väldigt olika karaktär. Att avhandla alla aspekter i en kurs på 10 veckor, anser vi inte möjligt. Vi har därför begränsat vår undersökning till målgruppen hivsmittade. Vi tycker detta är en intressant och viktig grupp utifrån ett preventionsperspektiv. Det är en grupp som sällan fokuseras ur precis detta perspektiv. Hivsmittade framställs ofta som förövare när frågan om smitta är aktuell, precis som i inledningsartikeln. De redan smittade beskrivs däremot sällan som en kostnadseffektiv målgrupp och aktiva medspelande aktörer i arbetet med att begränsa spridningen av hiv. Det förstår vi inte, vilket är medverkande till att vi valt att fokusera på just denna grupp. Dessutom har vi, utifrån kunskapen att det finns olika grupper av hivsmittade – unga hivsmitt-

tade, blödarsjuka hivsmittade, missbrukande hivsmittade och så vidare, kategorier med helt skilda behov, även här begränsat oss. I uppsatsen har vi enbart fokuserat på den del av behandlingen som syftar till att hjälpa och stödja de hivsmittade patienterna i förhållande till att hantera deras ansvar som smittokällor i sexuella relationer. Denna valda avgränsning motiverar vi dels med en, enligt vår uppfattning, generell frånvaro av sexualitet i det sociala arbetet som överensstämmer dåligt med de problem sexualiteten åstadkommer. Vidare, och mer specifikt för detta arbete, motiverar vi avgränsningen med att den inhemska sexuella hivsmitta är bland dem som ökat mest från år 2006 till 2007 (Smittskyddsinstitutet, 2008).

Insatserna gentemot de hivpositiva är alltså en fråga om hur man dels hjälper dem att leva ett så bra liv som möjligt fri från sjukdomar och utanförskap, dels hur man hjälper dem att få överskott att tänka på och genom deras beteende medverka till andras hälsa. För hivsmittade som lever i Sverige finns det en ytterligare aspekt som försvårar detta arbete. De smittade skall inte enbart hjälpas till att praktisera säker sex, de skall också hjälpas till att kunna sätta ord på sex. Smittskyddslagen innehåller en informationsplikt. Lagens § 2 st 2 låter såhär:

Den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom är skyldig att lämna information om smittan till andra människor som han eller hon kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.

Enligt förarbeten till lagen ålägger detta explicit hivsmittade att vid sexuell kontakt ALLTID informera potentiella partners om deras hiv-status innan sexuellt umgänge. Detta är ett ytterligare motiv till att fokusera på denna grupp utifrån ett sexuellt perspektiv.

När vi läser om hivsmittade, tycker vi, att det oftast sker under rubriker, där de benämns som hiv-män och hiv-kvinnor. I media och den offentliga debatten beskrivs hivpositiva vanligen som förövare av sexuella brott och all energi verkar fokusera på det brott de har begått genom att inte berätta för sina partners att de är smittade samt att de faktiskt har utsatt andra för smittrisk.

Hivpositiva verkar inom det preventiva arbetet bli avsexualiserade. Det sexuella preventionsarbetet, som vi har kunskap om, förefaller rikta sig enbart till hivnegativa, medan insatserna gentemot smittade riktar sig mot hjälp till att leva ett liv med sjukdom och advokering för att de smittade inte blir diskriminerade. Detta ses bland annat i Stockholms Läns Lanstings tidning *Insikt* nr 1 (2008), där samtliga artiklar förutom två fokuserar på preventionsarbete gentemot inte smittade. Enbart två artiklar i tidningen har fokus på hivpositiva och båda beskriver

och diskuterar svårigheterna med att leva ett bra liv som smittad, men nämner överhuvudtaget inte sexualiteten.

Det är känt att hivnegativa ganska ofta har svårigheter med att praktisera säker sex. Detta syns i statistikerna för könssjukdomar, men diskuteras även ofta och öppet i kampanjer, på workshops, seminarier och på konferenser samt i media. Men hur ser sexuallivet egentligen ut för de som redan är smittade? Har de över huvud tagit något sexliv? Skiljer sig hivpositiva från hivnegativa i den mån, att de inte har några svårigheter med sexualiteten och att praktisera säker sex?

Utifrån dessa iakttagelser och funderingar undrar vi hur samhället bemöter och i det hiv preventiva arbetet försöker få med den grupp i samhället som kan föra smittan vidare – de redan smittade. Hur är hivsmittades sexliv och vilken hjälp får de till att förvalta det ansvar de har för att inte föra vidare hivvirus?

3.2 Syfte

I Sverige har vi en smittskyddslag som är samhällets försök att förhindra epidemier och ett sätt att säkra medborgarnas hälsa. Med utgångspunkt i denna lag, den tragiska händelse i familjen från Helsingborg, de alarmerande smittotal från smittskyddsinstitutet och vår problempresentation, tycker vi det är intressant att undersöka hur det svenska samhället försöker hantera hiv situationen.

Syftet med denna uppsats är att:

Undersöka hur hivsmittades sexualitet uppfattas och bemöts, vilka värderingar och prioriteringar det svenska smittskyddet grundar sig på och huruvida det praktiska preventionsarbetet på de infektionsmedicinska avdelningar som behandlar hivsmittade överensstämmer med smittskyddslagen och filosofin bakom den.

3.3 Frågeställningar

Vi har utifrån vårt syfte arbetat fram följande frågeställningar:

1. Vilken människo- och sexualitetssyn bygger det svenska smittskyddet på och vilka element ingår i detta?
2. Hur ofta kommer hivpositiva till och hur mycket tid avsätts för hälsokontroll, behandling och rådgivning på de infektionsmedicinska mottagningarna?
3. Hur rådgivas och stödjas hivsmittade i förhållande till sexuell hälsa och deras personliga sexuella beteende? Vad fokuserar läkarna på när de hivsmittade kommer till deras regelbundna kontrollbesök på svenska sjukhus?
4. Vad säger forskningen om hivpositivas sexualitet, sexuella möjligheter och den hjälp och stöd de får kring sex- och smittskyddsproblem?

Svaren på dessa frågor ska ge oss ett kunskapsmässigt underlag för att föra en diskussion om det svenska hivpreventiva arbete.

4 Metod

4.1 Begränsning

Vår uppsats fokuserar på hiv preventivt arbete i Sverige. Allt preventivt arbete är svårt, det visar de generella erfarenheterna med att förändra människors beteenden. Dessutom finns det alltid minst två perspektiv i sådant arbete; där finns de som vill eller skall hjälpa någon att förändra beteende (i vårt fall samhället och läkarna) och sen finns det de som skall förändra beteendet (i vårt fall de hivsmittade). En begränsning i denna uppsats är att vi i enkätundersökningen enbart fokuserar på samhället och läkarna. Det som vår enkätundersökning har kartlagt är hur de behandlande läkarnas rådgivningspraxis är utifrån läkarnas egna uppfattningar. Denna kartläggning säger dock inget om hur de hivsmittade upplever lagen och den rådande rådgivningspraxis och ej heller hur de tar till sig det läkarna eventuellt försöker förmedla till dem när de kommer till deras regelbundna kontrollbesök. Detta perspektiv har vi fått täcka in genom litteraturgranskning och den sparsamma tidigare forskningen inom fältet. Detta är en beklaglig begränsning i vår undersökning som vi dock inte har haft möjlighet att avhjälpa på annat sätt än genom ett seminarium. Begränsningen beror på två orsaker, dels att Socialhögskolan har den policy att studenter på vår nivå inte får intervjua såkallad *särskilt utsatta grupper* till vilka hivsmittade räknas i uppsats- och forskningssammanhang. En annan

orsak är att det krävs oerhört mycket förberedelse och planering för att göra en undersökning, riktad till en hivpositiv population, på ett kvalificerad och etisk försvarligt sätt. Denna tid har vi tyvärr inte haft till vårt förfogande.

4.2 Förförståelse

Författarna till denna uppsats har helt olika bakgrund inom det fält vi undersöker. Den ena har 20 års erfarenhet av hiv-arbete på olika nivåer, såväl professionellt som ideellt och har därmed en gedigen kunskap och erfarenhet om hiv i bagaget. Den andra är ett ”tabula rasa – oskrivet blad” som inte tidigare har varit engagerad i hiv-arbete. Vår bakgrund har betydelse för vår förförståelse. Skillnaden mellan oss innebär att den ena har en ganska utvecklad förförståelse. Den andra har en förförståelse som till viss del är ”naiv” och präglad av de sanningar som presenteras av media.

Vissa teoretiker anser att förförståelsen kan hindra att forskaren bemästrar att se bort ifrån de, inom forskningsobjektets fält, konstruerade och utarbetade sanningar och att forskaren därmed inte är neutral i förhållande till forskningsobjektet. Vi anser, att vi som två författare med två helt olika bakgrunder motverkar detta och därmed kan minimera denna kritikpunkt. Vi ser snarare kombinationen av våra två olika kunskapsnivåer som en kvalitet i vårt arbete. Dels har vi tillsammans en kunskap som gör vårt arbete kunskapsmässigt välfunderat, kritisk nyanserad och inkluderar patientperspektivet med alla dess problem. Därmed anser vi att undersökningen blir mer kvalificerad än om båda var utan kunskap inom fältet. Dels har vi tillsammans en ”naivitet” och okunskap som gjort det nödvändigt att hela tiden ifrågasätta våra resultat och som medverkat till att våra interna diskussioner ständigt har ifrågasatt oreflekterade sanningar vi har haft.

Slutligen vill vi anföra, att vi inte generellt anser forskarens förförståelse som en negativ forskningsaspekt. Vi ansluter oss till Anthony Giddens ide om dubbel hermeneutik (Lundin 2008). Lundin skriver om detta ”... forskarens tolkningsförsök kan ses som en växelverkan mellan förförståelse och förståelse/.../Med sig har författaren sin förståelse av fenomenet som studeras. Detta är med hermeneutikens termer min [forskarens/författarens] förståelse som jag fördjupar i uppsatsen och genom en tolkningsprocess enligt den hermeneutiska cirkeln lyfter till en ny nivå av förståelse” (ibid. s 105). Detta sista är precis vad vår förhoppning och ambi-

tion har varit med att genomföra denna studie och skriva vår rapport om den frågeställning vi valt.

4.3 Etik

Vetenskapsrådet (1991) har utarbetat *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. I dessa principer anges fyra grundläggande och allmänna huvudkrav som skall hjälpa forskaren att säkra hänsynen till individer som utsätts för forskning. De fyra huvudkrav kallas informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Vi vill här kort redogöra för hur vi har tänkt kring dessa och dra fram ett ytterligare etiskt övervägande vi haft i planeringen av vår uppsats.

4.3.1 Vetenskapsrådets krav

Informationskravet: Genom att skriva ett brev med upplysningar och information till läkarna (bilaga 1) har vi sett till att kravet om frivillighet uppfyllts. Om kravet på information har vi haft följande överväganden. Hur kunde vi meddela läkarna, att vi tänkte ställa upp deras praxis mot kraven i smittskyddslagen utan att vi därmed lade svaren i munnen på dem och därmed riskerade att de svarade utifrån vad de enligt lagen anser de borde gjort och inte vad de i realiteten gör. Efter råd från aktiva forskare vid Socialhögskolan har vi för att undvika detta utformat informationen i så generella termer som möjligt. **Samtyckeskravet:** Detta krav anser vi ha uppfyllt genom att genomföra vår undersökning som en självadministrerande postenkät. Detta innebär att enbart de läkare som önskat det och därmed angett sitt samtycke har svarat på enkäten. **Konfidentialitetskravet:** Vi har inte behandlat etisk känsliga uppgifter om enskilda identifierbara personer i vår undersökning. Respondenternas anonymitet har säkrats genom förfarandet med en anonym självadministrerande undersökning där tredjeperson (sekreterarna) har administrerat utdelning och insamling av frågeformulären. **Nyttjandekravet:** Då vi inte fokuserar på personuppgifter i vår undersökning har detta krav inte varit aktuellt för oss.

4.3.2 Att fokusera på prevention och hivsmittade

Utöver de fyra nämnda etiska kraven, har vi haft ett ytterligare etisk övervägande, som vi anser viktig för vår uppsats. Nämligen problemet med att fokusera på hivsmittade ur ett smittoöverförings perspektiv. De hivsmittade är en sårbar grupp som, i den fråga vi undersöker, juridisk enligt smittskyddslagen måste bära hela ansvaret omkring samtal om hiv-status vid sexuella kontakter.

Det enorma press som läggs på de hivsmittade illustreras genom detta citat från boken *Innanför*. En nästan 60 år gammal kvinna fick beskedet att hon var hivpositiv när hon var i slutet av 40-åren. Hon upplevde läkarens besked såhär:

Jag fick också veta att jag som hivpositiv måste följa smittskyddslagen, att jag kunde bli brottsling och därmed dömd om jag inte anpassade mig till den. Detta blev nästan för mycket; att först ta emot beskedet att jag hade fått en dödlig sjukdom, sedan att jag var underställd smittskyddslagen och att jag inte skulle berätta för någon om min livssituation. Jag funderar idag på hur jag kunde ta emot allt detta. Hur orkade jag?

(Sjöquist, 2004 s 18)

Vi är medvetna om att gruppen hivsmittade, genom vårt val av tema, lätt riskerar att återigen bli utpekade som förövare och oansvariga. Vi har därför ställt oss själva frågan: Hur bemästrar vi att inte bidra till detta? Vi har gjort allt för att undvika detta. Vi har medvetet lagt vår fokus på frågan: Får de hivsmittade det stöd och den hjälp de behöver till att bemästra det ansvar som lagen ensidigt lägger på dem? Detta är vår fokus och syftet med undersökningen och vi har gjort allt för att använda ett språkbruk och ett förfarande som fasthåller detta perspektiv.

4.4 Uppsatsens struktur

Detta arbete består av 6 moment. - **Smittskyddslagen** har vi genomfört som en litteraturgranskning, där vi har studerat smittskyddslagen och de preventiva intentioner som ligger bakom. Vi har närläst smittskyddslagens text och valt ut de paragrafer som vi anser relevanta för våra frågeställningar och vår diskussion. Dessutom har vi studerat *Regeringens proposition 2003/04:30 Ny smittskyddslag m.m.* och *Regeringens proposition 2003/04:158 Extraordinära smittskyddsåtgärder*, som beskriver riksdagens intentioner bakom lagen. - **Teorier om sexualiteten** är också en litteraturgranskning där vi har studerat olika texter och styrdokument för att få reda på hur man kan se på sexualiteten. Det är också här vi har hämtat modellerna som vår analys bygger på. - **Tidigare forskning** är ett urval av avhandlingar och studier. - **Enkätundersökningen** har vi utformat som en kvantitativ enkätundersökning som vi har bett samtliga hivbehandlande läkare på svenska sjukhus besvara. Hur vi konkret har gått tillväga beskriver vi i kapitel 8.1 *Genomförande*, på sidan 27. Vi valde tidigt att genomföra en totalundersökning. Att genomföra en totalundersökning gör att vi har undvikit problem med frågan om huruvida vårt urval är representativt. Vi har i undersökningen fokuserat på vad läkarna konkret gör, men inte vad de tänker och tycker. Ej heller har vi intresserat oss för vilka motiv de har till att göra som de gör. Detta har styrt vårt val av metod. Då vi ville kartlägga en prak-

tik, alltså ett beteendemönster och få fram frekvenser på olika alternativa handlingsmöjligheter anser vi att kvantitativ metod var rätt val. Frågorna i enkäten valde vi att till större delen utforma som fasta frågor. Enligt Halvorsen (1992) är en fördel med vårt val av att genomföra undersökningen som en postenkät, att vi kunde ställa standardiserade och fasta frågor till ett stort antal personer inom en överkomlig tid. Vidare skriver Halvorsen att frågorna blir tydligare när det finns svarsalternativ och att möjlighet till jämförelse av svar under bearbetningsprocessen därmed blir större. Som en sista fördel skriver Halvorsen att man genom frågeformulär hjälper respondenterna minnas, vilket har hjälpt oss att säkra att inget för vår undersökning viktigt har glömts bort. Thurén (1991) skriver att det inom speciellt kvantitativ forskning finns två begrepp som man måste eftersträva. De två begrepp är *reliabilitet* – tillförlitligheten, alltså att mätningarna är korrekt gjorda och *validitet* – att forskaren verkligen undersöker det hon säger sig vilja undersöka. Vi har försökt att ta hänsyn till detta i vår planering. *Reliabilitet*: Genom att genomföra en totalundersökning anser vi oss ha undvikit problem med urval och representativitet. Genom en självadministrerande enkätundersökning har vi inte präglat respondenterna, men anser att alla andra forskare som skickat ut samma frågor skulle få samma svar. *Validitet*: Ett sätt att bidra till hög validitet är, att vi har fått hjälp av en medicinsk utbildad person som har arbetat med hiv patienter på en infektionsmedicinsk avdelning i många år. Personen har bistått oss med råd och vägledning under den slutgiltiga utformningen av de konkreta enkätfrågorna. Vi har speciellt tillfrågat personen kontrollera att frågorna var korrekt terminologiskt utformade och att de infektionsmedicinska läkarna utan tvivel skulle förstå vad det var vi frågade om. Ett annat sätt är att vi har genomfört ett seminarium med smittade och andra direkt berörda och fått ta del av deras uppfattning om det vi har undersökt. Detta anser vi har bidragit till att höja validiteten på vår undersökning. - **Seminarium** har genomförts med personal, medlemmar och volontärer på Noaks Ark Skåne samt medlemmar i PG-Syd. Noaks Ark Skåne är en ideell förening som arbetar med information, utbildning och stöd i hiv och aids frågor i Skåne, PG-Syd (Positivgruppen Syd) är en kamratstödsförening för hivpositiva i södra Sverige. Som vi nämnde i kapitel 4.1 ser vi en begränsning i vår undersökning i och med att de hivsmittades röster saknas i vår undersökning. Med det i åtanke har vi presenterat våra resultat för seminariedeltagarna och delgett dem våra slutsatser. Vi bjöd in till diskussion och kommentarer om det vi kommit fram till. På detta sätt fick vi möjlighet till att lyssna på och få kommentarer från en begränsad grupp av de berörda. Detta anser vi har medverkat till att ytterligare kvalificera vårt arbete. - **Analys och diskussionen** är den inte minst viktiga och intressanta del av vår uppsats. I vår diskussion har vi ställt upp sexualiteten, smittskyddet i Sverige, upptäckterna från granskningen av tidigare forskning, enkätundersök-

ningen samt seminariedeltagarnas reaktioner mot huruvida det svenska samhället lyckas att begränsa hiv-smittan.

Vi är fullt medvetna om att vi har kombinerat en granskning av texter med en positivistisk kvantitativ undersökning och en hermeneutisk diskussion. Detta ser vi dock inte som något problem snarare tvärtom. Vi ansluter oss fullt ut till Thuréns resonemang ”Positivism och hermeneutik kan förenas och tillsammans ge upphov till intressanta resultat./.../Det går inte att avstå från någondera tradition om man vill att vetenskapen ska gå framåt” (Thurén 1991. s 99).

5 Smittskyddslagen

I Smittskyddslagen – SFS 2004:168 (Notisum AB 2008) anges reglerna för det svenska smittskyddet så som det är beslutat av Riksdagen. Smittskyddslagen är alltså den grund på vilken det officiella Sverige bedriver sitt preventiva arbete gentemot hiv sjukdomen. Vi vill här kort redogöra för, de för vår undersökning, relevanta delar av lagen.

Generellt: I 1 kapitlet anges att lagen har två huvudsyften. Dels skall den skydda de inte smittade mot att bli smittade, dels skall den värna om ett respektfullt bemötande av redan smittade och dessutom säkra att ”De smittade får det stöd och den vård som behövs utifrån smittskyddssynpunkt” (ibid. 1 kap. 6 §). **Den hivsmittade:** Enligt kapitel 2 och 4 kap 2 § i lagen har den smittade vissa skyldigheter. Den smittade är bland annat skyldig att möta till kontroll vid kallelse från den behandlande läkaren. För att undvika att andra blir smittade har den smittade också vissa särskilda skyldigheter. Detta innefattar dels en skyldighet att alltid informera potentiella sexualpartners om sin hivstatus innan sexuellt umgänge, dels att vid sexuellt umgänge alltid använda kondom. **Vård och stöd samt kontroll:** I lagen intar den behandlande läkaren en central roll. Läkaren har två motstridande uppgifter. Dels skall läkaren vara den som behandlar, hjälper och stödjer den smittade till ett gott liv. Detta gäller både fysisk behandling av sjukdomen, men också annan hjälp och stöd som den smittade måtte behöva. Lagen kundgör explicit att ”Den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring skall erbjudas detta” (ibid. 4 kap 1 §). Dels har läkaren en kontrollerande och myndighetsutövande roll. Läkaren skall se till att smittspårning blir utförd. Läkaren skall också utfärda ”...individuellt utformade medicinska och praktiska

råd...” (ibid. 4 kap 1 §) till den smittade om hur hon undviker att andra utsätts för smitta. Läkaren är dessutom skyldig att vid misstanke om att den smittade inte skyddar andra mot infektion anmäla den smittade till smittskyddsläkaren. **Smittspårning:** Centralt i det svenska smittskyddet är smittspårningen. Enligt lagen ansvarar läkaren för att det utförs ett spårningsarbete vars syfte är att ta reda på vem den smittade har blivit smittat av och för att reda ut om den smittade kan ha smittat andra. Detta arbete kan medföra anmälan och överförning till smittskyddsläkaren. **Isolering:** Om det finns en påtaglig risk för att en hivsmittat utsätter andra för risk att smittas med hiv kan smittskyddsläkaren ansöka länsrätten om att den smittade isoleras. Isoleringen skall i så fall ske på en speciell vårdinrättning på beslut av länsrätten. **Frivilligorganisationerna:** I Prop. 2003/04:30 betonas vikten av frivilligorganisationernas indragande i det preventiva arbetet mot sexuellt överförbara sjukdomar. I propositionen skrivs bland annat: ”Frivilligorganisationer har en viktig roll inom det preventiva arbetet mot sexuellt överförbara sjukdomar, och då särskilt hivinfektion. Organisationerna har speciella möjligheter att nå sina målgrupper och de kan arbeta på ett friare sätt än vad myndigheterna har möjlighet till.” (Prop. 2003/04:30 s 102).

Sammanfattande kan vi alltså konstatera att

- Den behandlande läkaren är en nyckelperson i det svenska smittskyddet.
- Smittspårningen är en central del av preventionsinsatserna.
- De hivsmittade har speciella skyldigheter som ålägger dem större ansvar än inte smittade.
- De smittade skall ges nödvändigt stöd för att kunna förvalta detta ansvar.
- Smittade kan frihetsberövas och isoleras om det misstänks att de inte förvaltar deras särskilda ansvar.
- Frivilligorganisationerna tilläggs vikt och bör inkluderas i preventionsarbetet.

6 Teori

6.1 Sexualitet

Vi fokuserar i vår uppsats på rådgivning och stöd till att hantera sexuella relationer. Sexualitet är en känsloladdad och komplicerad fråga. Vi har därför funnit det viktigt att som ett första

steg försöka definiera begreppet sexualitet. Inom vården och det etablerade hiv-arbetet talas det mycket om sexuell och reproduktiv hälsa. Som en hjälp till att klargöra vad detta betyder har vi hittat definitioner på dessa begrepp. Bland annat har WHO (Världshälsoorganisationen) formulerat definitioner på sexualitet och sexuell hälsa.

Sida citerar på deras internetsida "OmVärlden" WHO's definition på sexualitet. Definitionen låter såhär:

"Sexualitet är en central aspekt av att vara människa genom livets alla faser och omfattar kön, könsroller, könsidentiteter, sexuell läggning, erotik, njutning, intimitet och fortplantning. Sexualitet upplevs och uttrycks i tankar, fantasier, lust, uppfattningar, attityder, värderingar, uppföranden, vanor, roller och umgänge. Medan sexualitet kan innefatta alla dessa dimensioner, så är inte alla alltid upplevda eller uttryckta. Sexualitet påverkas av interaktion mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och själsliga faktorer."

(Sida 2008.)

Regeringskansliet skriver på Kompetensstegen att sexuell hälsa enligt WHO, är:

"...ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheter att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld"

(Regeringskansliet. 2008).

Axelsson och Thylefors (1996) beskriver en psykologisk balansmodell av Blomquist. Blomquist har myntat begreppet "ett balanserat liv" som en viktig psykologisk livsaspekt. Denna aspekt inkluderar sexualiteten och sexuell hälsa som ett villkor för ett *gott liv*. Detta är en grundsyn vi har sett vara genomgående i samtliga texter vi har studerat i samband med detta arbete.

Statens Folkhälsoinstitut skriver i ett *Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport* "En trygg och säker sexualitet kan sägas vara sexuellt välbefinnande och en sexualitet fri från negativa konsekvenser, fördomar, diskriminering, tvång och våld" (2005, s 9) .

Hulter (2004) anser att sexualitet och sexuell hälsa handlar om mer än enbart fortplantning. Hon anser att arbetet med sexuell hälsa måste ta fäste på både den reproduktiva och den rekreerande aspekten av sexualiteten. Den rekreerande sexualitet beskriver hon med dessa ord: "Uttrycket står för en rad trevliga möjligheter som har med lek, bekräftelse, njutning och av-

koppling att göra. Denna läkande möjlighet i sexualiteten behöver tas tillvara inom hälso- och sjukvården där beredskapen att stödja människor till ett tillfredsställande och hälsosamt befrämjande av sexualliv fortfarande är mycket begränsad” (ibid. s 18).

Helmius (2002) refererar till Gagnon och Simon och anser, att sexualiteten är en social konstruktion och att ett symboliskt interaktionistisk perspektiv måste anläggas på sexualiteten. Gagnon och Simon är förespråkare för att sexualiteten blir till i samspelet mellan människor och mellan individerna och det omgivande samhället. Helmius skriver bland annat att ”...sexualiteten är ett socialt fenomen bland andra och att den skall studeras med samma metoder som andra sociala fenomen” (ibid. s 88).

Löfgren-Mårtenson (2005) delar denna socialkonstruktivistiska syn på sexualiteten. Hon refererar till Lewin när hon skriver att ”Det är genom en samhällelig process som vi lär oss när, hur och med vem vi kan agera sexuellt” (ibid. s 68). Vidare skriver hon om de sexuella krafterna och föränderligheten i sexualiteten att den är ”...ett fokus för kraftfulla känslor, där själva kraften är ”kameleontlik” och tar många olika former och uttryck. Upplevelsen av sexualiteten är således mycket subjektiv och en känslig anförare av kulturella influenser, etiska och politiska uppdelningar, traditionella moralister och liberalister” (ibid. s 69).

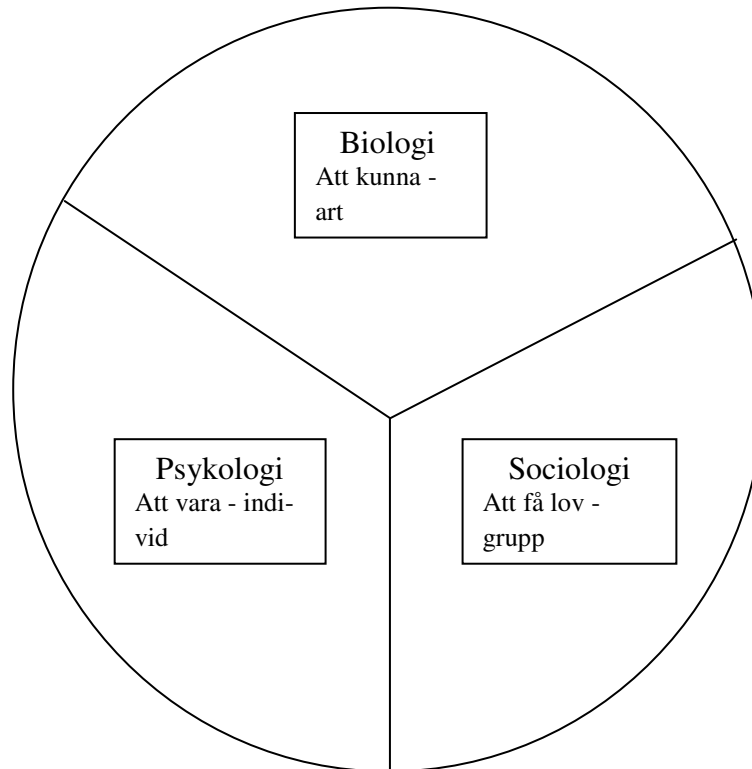
Sammanfattande har vår textgranskning kring fenomenet sexualitet kartlagt att sexualiteten är en betydelsefull, viktig och integrerat del av det att vara människa. Sexualiteten är dessutom mycket komplex. Ett välfungerande sexualliv är viktigt för hälsan. Sexualiteten definieras dock olika av olika individer och i olika kulturer. Den är också ofta svår att bemästra och den ställer inte sällan till personliga och interpersonella problem. Viktigt är, att den är socialt konstruerat och att sexuellt beteende därmed är påverkbart och möjligt att förändra.

Vi har som hjälp till vår senare analys och diskussion valt ut två teorier som vi redogör för nedan. Dels en som beskriver sexualiteten och dels en som sätter behandling och rådgivning av hivsmittade i perspektiv.

6.2 Sexualitetscirkeln

Om man utgår ifrån ett holistiskt tänkande tar man vanligtvis utgångspunkt i den symboliska interaktionismen och ser sexualiteten som en social konstruktion. Anhängare av detta perspektiv anser att sexualiteten konstrueras och reproduceras i samspel mellan människor och mellan människor och system.

Brander, som är mångårig ordförande i RFSU, har utvecklat en sådan holistisk modell som han kallar sexualitetscirkeln (figur 1). Hansson (2007) beskriver Branders modell, som ser sexualiteten som bestående av de 3 elementen: Biologi, psykologi och sociologi.



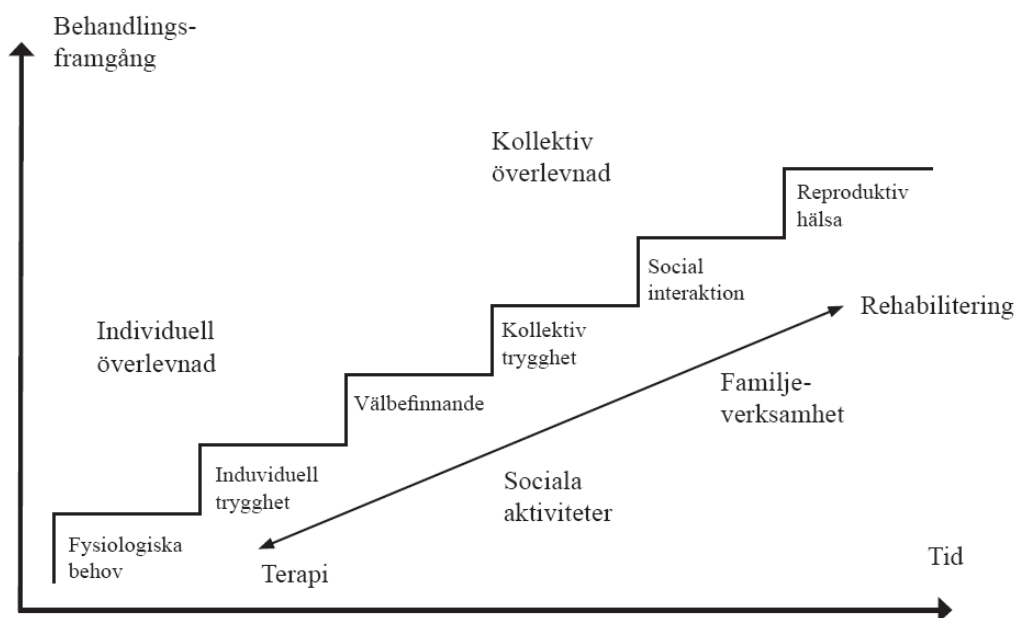
Figur 1. Branders sexualitetscirkel med tre element: Biologi, psykologi och sociologi.

- Den biologiska delen innefattar det att fysiologiskt kunna ha sex. Den är biologiskt, medicinskt och kroppsligt fokuserat och samtidigt den reproduktiva aspekten av sexualiteten.
- Den psykologiska delen är den intrapersonella aspekten. Den innebär och är ett resultat av den enskildas psykosexuella utveckling. Den är känslomässig och innebär, som Hansson skriver; "... ”att vara” med sina individuella behov i sin sexualitet” (ibid. s 6).
- Den sociala dimensionen reglerar vad individen får lov att göra. Den styrs av mellanmänskliga, kulturella, religiösa och samhällsmässiga sanningar, normer och regler.

Teorin anser, att ingen av de tre dimensionerna ensamt kan förklara sexualiteten. De tre delarna påverkar och påverkas däremot ömsesidigt av varandra. Denna modell har vi använt under konstruktionen av delar av våra frågor till enkäten. Modellen kan hjälpa oss att kartlägga vad läkarna fokuserar på i sina undersökningar och i rådgivningen och stödet till hiv patienterna.

6.3 Behandlingsmodell

Nils Uddenberg har utarbetat en modell för behandling som har modifierats av och används av Noaks Ark i mötet med hivpositiva. Behandlingsmodellen (figur 2) (Uddenberg 1998; Noaks Ark, 2008) skiljer på faktorer (behov, åtgärder, hjälp och stöd) som bidrar till individuell överlevnad och faktorer som bidrar till kollektiv överlevnad.



Figur 2. Uddenbergs och Noaks Arks behandlingsmodell.

Individuell överlevnad syftar till de faktorer och den behandling och rådgivning som fokuserar på individen. Den hjälpsökande hivsmittade skall hjälpas att må bra och ta ansvar för sin egen hälsa och sitt eget liv. De faktorer som enligt modellen bidrar till individuell överlevnad är primärt biologiska och psykologiska faktorer.

Kollektiv överlevnad inkluderar den sociala kontexten. Den syftar till de faktorer och den behandling och rådgivning som också fokuserar på andra än individen själv. Den hjälpsökande hivsmittade skall hjälpas, stödjas och stimuleras så personen förutom att enbart tänka på

sig själv också tänker på andra. Att individen får överskott att även tänka på andras behov och i sitt beteende även tar ansvar för andras hälsa ökar den kollektiva överlevnaden. De faktorer som bidrar till kollektiv överlevnad är psykologiska, och sociologiska/sociala.

Denna modell tillsammans med sexualitetscirkeln har vi använt i vår analys och den ligger till grund för vår diskussion om huruvida bemötandet av hivsmittade generellt samt den konkreta rådgivning och stödet de hivsmittade får syftar till enbart ”egen överlevnad” eller om den också bidrar till att hindra smittoöverföring genom att inkludera ”kollektiv överlevnad”.

7 Tidigare forskning

Vår sökning på tidigare forskning har vi dels gjort via olika sökmotorer på internet dels via referensförteckningarna i intressanta böcker och avhandlingar vi har läst. Som vi misstänkte har det varit svårt att hitta tidigare forskning som fokuserar på exakt det vi vill undersöka och diskutera. Forskningen kring hivsmittade verkar fokusera antingen på deras fysiska hälsa eller på deras psykiska hälsa. Vi har gjort den förvånansvärda upptäckten, att det verkar finnas väldigt lite forskning som fokuserar på hivpositivas sexualitet och sätter denna i relation till prevention. Vi har dock hittat några få studier och avhandlingar som vi finner intressanta utifrån det perspektiv vi anlägger.

Det material vi har valt att referera och använda i vår analys är två svenska avhandlingar som indirekt har betydelse för preventivt arbete med hivpositiva. Den ena (Holm 2001) är en kartläggning av hur utbildning inom människobehandlande yrken påverkar de utbildades förmåga till empati. Den andra (Löfgren-Mårtenson 2005) är en avhandling om sexualitet och kärlek bland unga med utvecklingsstörning. Vi har också valt ut en artikel (Schiltz & Sandfort 2000) utformad som en kunskapsöversikt i en engelskspråkig vetenskaplig tidsskrift som belyser hivpositivas sexualitet och svårigheter med att alltid bemästra säkrare sex. Av stor vikt för helheten är också, att vi har hittat en mycket intressant och relevant dansk undersökning (Carstensen & Dahl 2007) om hivpositivas livskvalitet. Det finns tyvärr ingen svensk undersökning av samma kvalitet som den danska, däremot finns det en gemensam nordisk förstudie utarbetad av NordPol (2007). NordPol är de nordiska hivsmittades samarbetsorganisation. Denna förstudie har i begränsat omfattning försökt ta reda på hur bland annat svenska hivsmittade själva upplever deras relationer och deras sexuella situation. Det är den enda svenska

undersökning vi hittat med detta specifika perspektiv och därför är den ytterst intressant för vårt arbete.

7.1 Läkarnas empati

Den svenska forskaren Ulla Holm (2001) har i ett av sina arbeten intresserat sig för vad som händer i mötet mellan professionella hjälpare och hjälpsökande. Holm har koncentrerat sig på empati som hon anser är ett centralt begrepp. Utifrån olika undersökningar, har hon kartlagt hur utbildning inom människobehandlande verksamheter, till exempel utbildning till sjuksköterskor, läkare, socionomer och psykologer, påverkar den studerandes empatiska förmåga.

Intressant för vår analys är de slutsatser vissa av de amerikanska och engelska undersökningarna kommer fram till rörande läkares empatiska förmåga. Hon skriver bland annat såhär: "... att läkarstuderande under utbildningstiden tycks förlora allmänsklig, självklar och intuitiv kunskap om andra människor och deras livsvillkor" (ibid. s 60) och vidare att "...läkarutbildningen bidrar till att förändra eleverna i riktning mot en mer cynisk, mindre humanitär attityd, mot sjunkande empatisk förmåga och minskande intresse för ett helhetsperspektiv" (ibid. s 57).

7.2 Stigmatiserades copingstrategier

Forskaren och fil.dr i socialt arbete Lotta Löfgren-Mårtenson (2005) har gjort en avhandling om sexualitet och kärlek bland unga med utvecklingsstörning. I avhandlingen intresserar Löfgren-Mårtenson sig för föräldrars, professionellas och övrig omgivnings reaktioner på att personer med utvecklingsstörning har en aktiv sexualitet. Studien visar att det finns en ambivalens hos samhället till det att människor med utvecklingsstörning är sexuella varelser.

Avhandlingen använder Goffmans teorier till att förklara tendenser och mönster. För oss är teorin om stigmatisering intressant utifrån vårt konstaterande, att hivpositiva väldigt ofta båda beskrivs som och uppfattar sig själva som stigmatiserade. Vi finner teorin intressant på två sätt. Dels beskriver den de stigmatiserade som varande i konflikt med det omgivande samhället, dels indikerar den att stigmatiserade väljer copingstrategier utifrån hur de kan få tillfredsställd deras sexuella behov. I avhandlingen skrivs att Goffman "...definierar stigma som en diskrepans mellan en människas önskade sociala identitet och dennas faktiska identitet" (ibid. s 66). Löfgren-Mårtenson konkluderar att det sker en tydlig uppdelning i normala och icke normala, där de med utvecklingsstörning i sexuellt sammanhang är icke normala och därmed stigmatiserade och att friska är normala. Denna stigmatisering får betydelse för hur de stig-

matiserade människorna hanterar deras sexualitet. Löfgren-Mårtenson konkluderar att stigmatiserade lever i "...en ambivalens mellan den egna synen och andras uppfattningar om sig själv. För att klara denna kamp utvecklar den som stigmatiseras olika överlevnadsstrategier. Ett sätt är att utveckla ett motperspektiv där den avvikande egenskapen minskas" (ibid. s 66-67).

7.3 Hivpositiva som sexuella varelser

I en artikel i *Social Science & Medicine* tar Schiltz, M.A. & Sandfort, Th.G.M. (2000) upp frågan om hivpositivas sexualliv och sexualbeteende. I deras sammanställning av Nordamerikanska och Västeuropeiska undersökningar kommer de fram till ett tydligt mönster i synen på hivpositiva som sexuella varelser. De drar slutsatsen, att det i väldigt lång tid överhuvudtaget inte fanns någon uppmärksamhet på hivpositiva som människor som lever ett sexuellt aktivt liv. Som resultat av att det inte fanns någon verksam medicin var en hiv-diagnos fram till slutet av 1990-talet liktydligt med en dödsdom. Som en följd av detta och som ett försök på att minska stämplingen och stigmatiseringen av hivpositiva koncentrerades insatserna gentemot dem på "the aim of mobilising the concerned to involve them in the fight against their own illness and social discrimination" (ibid. s 1572). Först med utvecklingen av kombinationsbehandlingen på sena 1990-talet, och den därmed följande förbättrade fysiska hälsa bland hivpositiva, började undersökningar fokusera på positiva som sexuellt aktiva människor. Dock var fokus i undersökningarna fortfarande på de positivas individuella sexuella svårigheter och dysfunktioner, vilket framgår av följande två citat: "Although HIV-infected people are now acknowledged to continue to be sexual people, it does not mean that the expression of their sexuality is not affected by their HIV-status" och "Most of these authors also stress the importance of acknowledging the sexuality of hivpositive people as positive, healthy and life affirming" (ibid. s 1577).

Schiltz och Sandfort skriver att det fram till 1995 dominerade en beaktansvärd frånvaro av öppenhet och diskussion om hivpositivas problem med att praktisera säker sex, men att Världsaids konferensen i Kap Staden 1995 öppnade upp för diskussion om detta. De skriver: "Only in 1995 was risk-taking in the sexual behavior of Hivpositives collectively acknowledged. At that the Cape Town conference some Hivpositive persons publicly spoke out about the problems they had in maintaining safer sex" (ibid. s 1575). Detta ledde till en häftig debatt, men också till att engagerade i hiv arbetet började se de hivpositiva som heterogena sexuella personer med svårigheter att praktisera säker sex - precis som hivnegativa. Författarna skriver

såhär: ”Hivpositive began to be seen as an heterogenous population with varying sexual and emotional lives./.../In terms of protection, most of them acted responsibly but, like all humans, they were fallible. With sexual fulfillment as the yardstick, it became possible to discuss sexual disorders, frustrations and hang-ups along with risk situations that developed with times” (ibid. s 1575).

En annan aspekt artikeln tar upp är faktorer som medverkar till osäker sex och hur de som är engagerade i den osäkra sex rättfärdigar detta. Ett exempel på en sådan strategi är hur båda hivpositiva och hivnegativa legitimerar osäker sex med tron på att medicinska framgångar reducerar virusmängden hos de smittade till en minimal nivå, vilket därmed anses reducera smittrisken till obefintligt. Detta kan legitimera och användas som argument för osäker sex. Artikeln beskriver detta med att ”Hickson et al (1998) suggests that treatment advances simply add a new heuristic or justification to those engaged in risky sex to account for their choice” (ibid. s 1580).

Summeringen på artikeln är att det stödjande arbete gentemot hivpositiva måste integreras med ett direkt preventivt arbete. Artikeln konkluderar på detta sätt: ”This means that the future task for prevention and research will be not only to give information on the ”best” health strategies but also to pay heed to the sexual lives, well-being and problems of Hivpositive people in order better to understand the situations in which unprotected relations occur” (ibid. s 1582).

7.4 Sexualitet och livskvalitet hos danska hivpositiva

Carstensen och Dahl (2007) har på uppdrag av Hiv-Danmark, som är de danska hivpositivas patientorganisation, gjort en undersökning om de danska hivpositivas livskvalitet. Denna undersökning är mycket relevant för vårt arbete. Speciellt har vi studerat kapitlet om de smittades sexliv och hur hiv påverkar detta.

Undersökningens sexkapitel börjar med att slå fast att: ”... det at være hiv-smittet rammer direkte ind i den enkeltes mulighed for at realisere et kærlighedsliv” (ibid. s 99). I undersökningens resultat visar det sig att färre danska hivsmittade får tillfredsställd deras sexuella behov än bland befolkningen generellt. En av fyra hivsmittade som svarat anser att de, efter att de blivit smittade, i hög grad har svårare att hitta en partner.

Ett stort problem bland de frågade är att berätta om sin hivstatus till potentiella partners. I rapporten skriver författarna ”For stort set alle – der ikke var i fast forhold – gav det, at skulle

fortælle en (potentiel) ny partner om hiv-status, anledning til mange overvejelser” (ibid. s, 102). Undersökningen visar vidare att merparten av de smittade har en känsla av att risken att bli frånvald som partner på grund av hiv-status är stor.

Förekomsten av osäker sex bland de smittade har också undersökts. I denna undersökning har 23 % av alla smittade haft oskyddad vaginalt eller analt samlag med en icke smittat partner eller med en person vars hiv-status inte var känd under det senaste året. Rapporten refererar till en annan undersökning från 2006, som har fokuserat på oskyddad sex mellan män som har sex med män. Denna kommer fram till att 49 % av de smittade har haft osäker sex under det senaste året.

Konklusionen i förhållande till sexuallivet är ”at sexlivet bliver svært for ganske mange efter, at de har fået konstateret en positiv hiv-status”. (ibid. s 107).

Undersökningen ställer också frågor om huruvida de hivpositiva har behov av och önskar hjälp till att leva ett hälsosamt sexliv. Det framgår att var sjunde anser sig ha behov av hjälp och stöd i förhållande till sexualfrågor. Ca var åttonde har pratat med sin läkare eller en sjuksköterska om deras sexuella problem. Samtidigt framgår det att respondenterna har behov av och önskar mer information om sexuella problem och om smittrisk i samband med sex. Rapporten säger: ”Det er dog værd at bemærke, at næsten en tredjedel af alle respondenter har tilkendegivet, at de gerne vil have, at personalet på det hiv-behandlende center med jævne mellemrum tager initiativ til at tale om seksuelle problemstillinger” (ibid. s 124).

Även personalen har blivit tillfrågad om rådgivning till patienterna om sexuella problem. Undersökningen påvisar att det är svårt för personalen att diskutera sexuella problem med patienterna. Att det är svårt, men ändå nödvändigt säger personalen med dessa ord: ” ...man skal ikke alene være parat, når patienterne bringer temaet på banen, man skal være istand til selv at bringe emnet ”på bane” (ibid. s, 111-112).

7.5 NordPol's: *HIV- Quality of Life Survey*

NordPol, som är de nordiska hivsmittades samarbetsorgan, har bland deras medlemmar utfört en enkätundersökning som de kallar *HIV- Quality of Life Survey* (2007). Undersökningen har genomförts bland hivsmittade i Sverige, Finland och Island. Danska och Norska smittade har inte deltagit i undersökningen. De slutgiltiga resultaten av undersökningen förväntar NordPol presentera på Världs AIDS Konferensen i Mexico i augusti 2008. NordPol har dock gjort en preliminär rapport som vi tagit med då den är den enda vi hittat som fokuserar på svenska

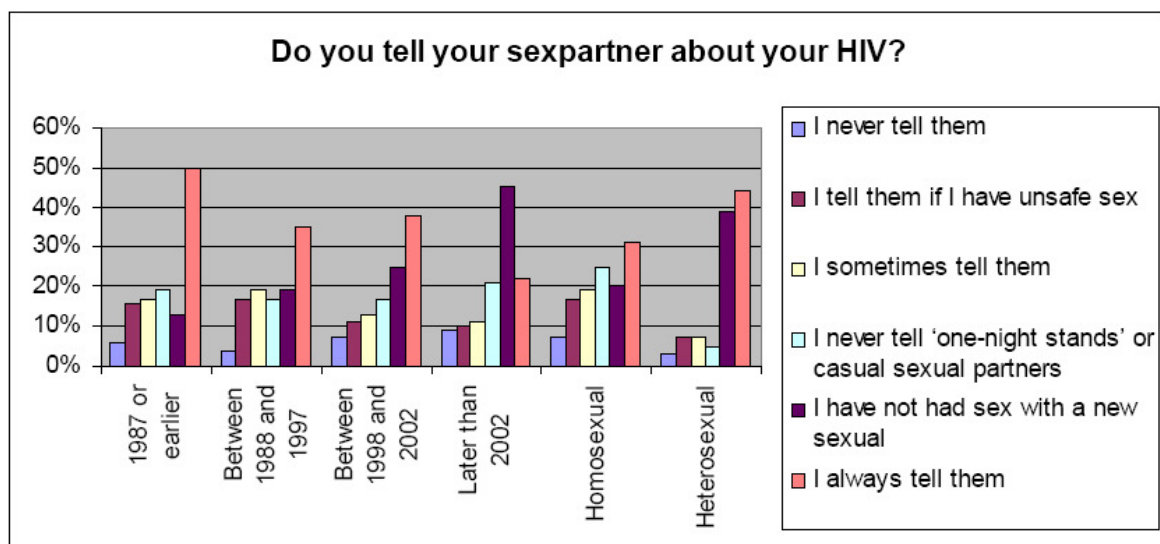
hivsmittades förhållanden. Undersökningen fokuserar på tre för oss intressanta aspekter. Dels de smittades sociala liv, dels upplevelsen av kontakt med vården, dels sexlivet.

Om det sociala livet säger sig en övervägande majoritet av de hivpositiva att de är singlar och att ensamhet är ett återkommande problem. Av undersökningen framgår att det är svårt för smittade att berätta att de är hivpositiva. Många har funderingar om detta och fler väljer att inte berätta. Som det sägs i undersökningen "They do not want to be seen as HIV-positive" (ibid. s 12).

Om kontakten med vården säger sig mer än 70 % av de smittade vara nöjda. Samtidigt säger sig 40 – 50 % ha behov av mer information om sexuella problem och ett gott sexliv.

Om sexlivet säger undersökningen att 67 % av de svarande har haft oskyddad sex inom det senaste året. Grupperna "unga under 35 år", "diagnostiserade efter 2002" och "homosexuella" har enligt undersökningen haft mest oskyddad sex.

Intressant är vidare att enbart 50 % av de svarande alltid berättar för en ny sexpartner att de är hivpositiva. I figuren (figur 3) nedan visas undersökningens resultat av hur de tillfrågade svarat på frågan om att berätta för nya sexpartners.



Figur 3.
HIV- Quality of Life Survey
(2007).

8 Enkätundersökning

8.1 Genomförande

Vi har tagit reda på att det finns 30 infektionskliniker (bilaga 4) i Sverige som för närvarande behandlar hivpositiva. Vi använde som utgångspunkt en förteckning på Noaks Arks hemsida. Sedan upplevde vi under vår inledande telefonkontakt den såkallade snöbolleffekt, där de kliniker vi kom i kontakt med hjälpte oss att göra listan på kliniker komplett. Antalet läkare som just nu behandlar hiv patienter har vi estimerat till ungefär 200. Talet 200 läkare kom vi fram till dels genom de inledande telefonsamtal där vi frågade klinikerna hur många läkare de har. Antalet läkare jämförde vi sen med antalet patienter, vilket vi slutligen använde för att göra ett estimat på de avdelningar vi inte fick kontakt med. Dels fick vi estimatet - maximum 200 läkare - bekräftat av en överläkare med mångårig arbetsfarenhet inom detta fält. Det begränsade antal kliniker och läkare gjorde det överkomligt för oss att genomföra en totalundersökning vilket är optimalt. Vi var dock medvetna om att svarsfrekvensen vid postenkäter riskerar att bli låg. För att försöka undvika för stort bortfall hade vi intentionen att via telefon kontakta sekreterarna på samtliga avdelningar innan vi skickade ut enkäterna. Under detta informations- och motivationssamtal ville vi försöka intressera och entusiasmera avdelningarna så att de skulle få en positiv inställning till och önska att delta i vår undersökning. Vår intention visade sig dock att inte vara genomförbar. Dels har några av avdelningarna väldigt kort telefontid, vilket gjorde det svårt för oss att komma igenom till avdelningarna, dels hade vi själva begränsat tid till detta arbete om inte tidsramen skulle sprängas. Vi har dock lärt att denna första kontakt via telefon är oerhört viktig och att den i postenkätundersökningar måste prioriteras.

Vi utformade två frågeformulär. Ett statistikformulär (bilaga 2) som den administrerande personen på avdelningen skulle fylla i. Detta formulär skulle hjälpa oss föra vår statistik och bortfallsdiskussion. Det andra frågeformuläret (bilaga 3) var själva enkäten till de hiv-behandlande läkarna. Enkäten har utformats som ett frågeformulär med 19 frågor och 6 underfrågor om läkarnas rådgivningspraxis. Enkäten har i de flesta fallen skickats till avdelningssekreterarna som har delat ut och samlat in enkäterna från läkarna och därefter returnerar dem till oss. I enstaka fall har enkäterna efter önskemål skickats till klinikchefen eller namngiven överläkare.

Vi beslutade tidigt att svarsperioden skulle begränsas till en vecka – detta dels för att motivera avdelningarna till att besvara frågorna så snart de kommit in till avdelningen och därmed undvika att enkäterna fastnade i ”en hög” och blev bortglömda, dels för att ha tid till att skicka ut påminnelser. En annan viktig orsak till denna korta svarstid var vår önskan att ha god tid till bearbetning av svaren och inte minst att ha gott om tid till vår analys och diskussion av undersökningens empiri i förhållande till smittskyddslagens intentioner.

Två veckor efter att vi hade skickat enkäten till avdelningarna mailade vi en påminnelse till de avdelningar som inte hade svarat, för att försöka öka antalet returnerade svar. En vecka efter första påminnelse mailade vi ytterligare en påminnelse denna gång med introduktionsbrevet och enkätfrågorna bifogade.

Då vår undersökning är en kvantitativ studie, har vi bearbetat läkarnas svar i ett dataprogram - SPSS. Vi har genom att elektroniskt koda in svaren på frågorna fått möjlighet att få fram frekvenstabeller för svaren till varje fråga i enkäten. Bearbetningen och analysen i SPSS har gjort det möjligt för oss att få fram konkreta tal för hur läkarna prioriterar och handlar i deras möten med patienterna. Utifrån dessa frekvenser genomför vi vår resultatredovisning.

8.2 Statistik och bortfallsdiskussion

Efter två veckor hade vi fått in svar från 13 kliniker och 46 läkare. Enbart 8 av klinikerna hade dock fyllt i och skickat tillbaka statistikformuläret. Vår första påminnelse resulterade i att ytterligare 5 kliniker responderade men det resulterade tyvärr inte i svar från flera läkare. Tre kliniker meddelade att de inte ville delta i undersökningen. En klinik prioriterade på grund av tidsbrist bort vår enkät. På en klinik hade enkäten kommit bort. Vår andra påminnelse resulterade i att ytterligare 5 kliniker responderade och svar från 22 läkare inkom.

Totalt har 23 kliniker responderat på vår enkät, detta utgör 77 % . Vi har fått svar från 68 läkare vilket utgör 34 % av de estimerade 200 läkarna.

I enkäten har vi frågat hur många hivpositiva den enskilda läkaren har behandlat. Tyvärr har läkarna tolkat detta olika, vissa har svarat hur många de behandlar just nu och andra har svarat hur många de ackumulerat har behandlat. Vi kan dock utifrån svaren se, att vi har fått in svar från läkare som tillsammans haft minimum 6636 hivpositiva personer i behandling vilket motsvarar 83 % av alla de 8014 hivpositiva som har registrerats i Sverige sedan en hivsmittat konstaterades för första gången. Vi är dock medvetna om att vissa av dessa kan vara gengång-

are då samma patient kan ha skiftat behandlande läkare. Samtidigt är talet dock något reducerat då många av läkarna inte har angett ackumulerat men nuvarande antal patienter.

Vi ser inget tydligt mönster i vilka kliniker som inte har responderat och vilka läkare det är som inte har svarat. Vi har funderat på om de kliniker vi fick kontakt med i våra inledande motivationssamtal skulle vara mera benägna att svara än de vi inte nådde. Det visade sig dock att även kliniker som i telefonkontakten verkade mycket intresserade i vår undersökning och lovade att de skulle svara, inte alla har returnerat svar. Så vi har inget belegg för att frånvaro av motivationssamtal skulle vara orsak till bortfall. En möjlig förklaring till att vissa kliniker inte har svarat kan vara, att det kort tid in i vår undersökning påbörjades en strejk bland vårdpersonalen. Detta kan ha medverkat till att vissa inte har returnerat svar. När det gäller läkarnas bortfall kan vi utifrån statistiksvaren se, att en annan möjlig förklaring kan vara läkarnas tjänstgöringsscheman. På nästan alla kliniker som har returnerat statistiksvår framgår att en del av läkarna inte har varit i tjänst under svarsperioden och därför inte har svarat. Vi har enbart fått in tre tydliga tillkännagivelser på att enskilda läkare inte har önskat att svara. Den ena för att denna var helt ny i tjänsten som infektionsläkare de andra utan förklaring.

Vi ser i svaren en relativt homogen tendens. Det finns inte stora avvikelser och ej heller väldigt stor spridning i vad läkarna svarar. För oss har det blivit tydligt att det finns ett mönster i hur de hivbehandlande läkarna bedriver deras verksamhet. Vi gjorde en första analys efter att ha fått in svar från 46 läkare och en andra efter att ha fått in samtliga svar. Resultaten vi så i frekvenstabellerna skiljde sig emellertid minimalt åt i dessa två analyser. Denna homogenitet i svaren gör, att vi anser, att vi på trots av ett beaktansvärt bortfall kan kartlägga en, för vår diskussion användbar, generell praxis när det gäller behandling, rådgivning och stöd till de hivpositiva.

8.3 Resultatredovisning

I vår resultatredovisning genomgår vi inte svaren på samtliga frågor i vår enkät. Vi har diskuterat och analyserat alla svar, men koncentrerar oss här på de svar som kartlägger den rådande praxis och som därmed är intressanta och viktiga för vår diskussion.

Antal kontrollbesök per år

I enkäten frågade vi hur ofta läkarna kallar sina hivpositiva patienter till kontroll. 61 av 68 läkare svarade. Av svaren framgår att de hivpositiva kallas mellan 2 och 4 gånger pr år. Genomsnittet är 2.37 gånger.

Tid avsatt per kontrollbesök

65 läkare svarade på denna fråga. Tiden som avsätts fördelar sig mellan ett minimum på 20 minuter och ett maximum på 45 minuter. 66 % av läkarna avsätter 30 minuter till kontrollbesöken och genomsnittet är på 32 minuter.

Aspekter som ingår i ett vanligt kontrollbesök

Vi frågade läkarna vilka aspekter som ingår i ett vanligt kontrollbesök och gav dem följande svarsalternativ: Biologiska aspekter, psykologiska aspekter och sociala aspekter. 65 läkare svarade på denna fråga. 62 svarade att samtliga element ingår i kontrollerna, en svarade att enbart biologiska aspekter ingår och två att biologiska och sociala aspekter ingår. 95 % av läkarna anser alltså att de täcker alla aspekter när de hivpositiva kommer till kontroll.

Samlevnadsstatus

Läkarnas kunskap om de hivpositiva patienternas samlevnadsstatus var också intressant för oss att ta reda på. Inom samlevnads och relationstemat ställde vi 3 frågor. På frågan om huruvida läkaren känner till patienternas samlevnadsstatus svarade 90 % ja och 10 % att de tror sig känna till den positiva status. Talet för de läkare som tror sig känna till deras patienters samlevnadsstatus är kanske högre. Vi gav i frågeformuläret inte denna svarsmöjlighet, men många läkare valde att skriva detta. Vissa av de läkare som har svarat bekräftande på att de känner till statusen skulle kanske ha svarat *tror mig känna* om denna möjlighet hade funnits med. Samtliga läkare svarade att de anser att kunskap om patienternas civilstånd har betydelse för dem. På frågan om i vilket sammanhang denna kunskap är viktig svarade 75 % ur preventionshänsyn, 72 % svarade annat, 16 % svarade att kunskapen har betydelse för hur man kan hjälpa den hivpositiva att följa en medicinsk behandling och 12 % svarade att den har betydelse i förhållande till smittskyddslagen.

Samtal om smittorisk, ansvar och sex och samlevnad

Inom detta ställde vi fyra frågor. På frågan om hur ofta läkaren talar med patienterna om smittorisk svarade 2 % aldrig, 28 % mindre än 1 gång om året, 41 % mera än 1 gång om året och 15 % svarade vid varje kontrollbesök, 14 % svarade inte. På frågan om hur ofta det talas om patientens ansvar för att inte överföra smitta svarade 26 % mindre än en gång om året, 48 % mera än 1 gång om året och 11 % vid varje kontrollbesök och 15 % svarade inte. Till dessa svar kommenterade en stor del av läkarna att ju längre deras patienter har varit smittade och ju längre läkarna har haft dem som patienter ju längre går det mellan att läkarna talar med dem om smittorisk och ansvar.

Vi frågade också om läkaren tar initiativ till att tala om sex och samlevnad. Här svarade 36 % ibland, 32 % ofta och 20 % alltid, 12 % svarade ej. På vår fråga om läkaren avvaktar att den hivpositiva ta upp frågor som rör dennas sexuella beteende svarade 1 % alltid, 59 % ibland, 8 % ofta, och 18 % svarade aldrig, 14 % svarade inte.

Uteblivna patienter och anmälan till smittskyddsläkaren

På frågor som rör huruvida patienter har blivit borta från bokade kontrollbesök och vilka åtgärder detta medför svarar läkarna: 82 % har upplevt att hivsmittade inte har kommit till avtalat kontroll. När detta händer skickar 74 % ny kallelse eller avtalar ny tid via telefon. Om patienterna även uteblir från nästa kontrollbesök anmäler ett flertal av läkarna den hivpositiva till smittskyddsläkaren. 62 % av läkarna har erfarenheter med att anmäla patienter till smittskyddsläkaren medan 38 % inte har gjort detta.

Hänvisning till annan instans

I undersökningen var vi intresserade av huruvida läkarna hänvisar de hivpositiva till andra instanser. På denna fråga svarade 3 % nej, 63 % ja och 34 % svarade vid behov. Även här fanns möjligheten *vid behov* inte med som svarsalternativ, men läkarna valde själva att skriva detta. Ett flertal, nämligen 83 % hänvisar till avdelningarnas kurator, 21 % hänvisar till psykolog och 15 % till psykiatrin.

Upplysning om frivilligorganisationerna

Vi ställde även en fråga om huruvida läkarna upplyser de hivpositiva om att det finns ideella organisationer som kan ta tillvara deras intressen. På denna fråga svarade 58 läkare. Av de svarande svarade 61 % ja, 19 % svarade att de gör det när patienten frågar och 20 % svarar att de inte gör det. På frågan om vilka organisationerna var, svarade 32 läkare. Samtliga dessa svarade att de upplyser att Noaks Ark finns, 41 % upplyser om självhjälpsorganisationer för hivpositiva och 13 % upplyser patienterna om att RFSL finns till deras hjälp.

Sammanfattning

I vår undersökning har 77 % av de hivbehandlande infektionsmottagningar i Sverige responderat. Vi har fått svar från drygt en tredjedel av läkarna. De hivpositiva kallas till kontroll var femte till sjätte månad. Ett genomsnittligt kontrollbesök varar en halv timme. Under denna halvtimme anser läkarna själva att de berör patienternas biologiska, psykologiska och sociala förhållanden. De flesta av läkarna känner eller tror sig känna till deras patienters samlevnadsstatus och anser denna kunskap viktig ur preventionshänsyn. Läkarnas svar på frågor om hur ofta de samtalar med de smittade om hur hiv överförs, ansvar och sex kartlägger följande. En

begränsad andel av läkarna talar med deras patienter om smittorisk och ansvar vid varje kontroll och en avsevärd andel gör det mindre än en gång om året. Samtidigt indikerar svaren (om än svagt) att det är enklare för läkarna att tala om smitta och smittorisk generellt, men när samtalen rör de smittades personliga sexuella beteenden är läkarna mindre benägna att ta initiativ till den typen av samtal. Mera än 4 av 5 läkare har upplevt att hivsmittade inte har mött till avtalad hälsokontroll och 2 av 3 läkare har anmält patienter till smittskyddsläkaren för detta. Nästan alla läkarna hänvisar patienter till sjukhusets kurator, antingen som rutinåtgärd eller vid behov. När det gäller att upplysa om frivilligorganisationer, som tillvaratar de smittades intressen, är andelen läkare som gör detta inte tillnärmelsevis lika hög. Dock upplyser alla läkare, som svarar bekräftande på denna fråga, om att Noaks Ark finns och en del upplyser även patienterna om andra självhjälpsorganisationer.

9 Analys

För hjälp med att genomföra vår analys och att koppla den till teorierna har vi valt att utgå från en SWOT-analys (figur 4) där vi har ställt upp svagheter och hot mot styrkor och möjligheter för preventionsinsatsernas bidragande till kollektiv överlevnad.

Vårt arbete har klargjort att sexualiteten är ett mångfacetterat och komplext fenomen. Den består av biologiska, psykologiska och sociala element. Proportionerna mellan dessa element kan variera hos den enskilda över tid, men alla måste beaktas om människan skall leva ett sexuellt och reproduktivt hälsosamt liv. Enligt WHO's definition på sexualitet och alla andra texter vi har studerat är sexualiteten en social konstruktion där det sexuella beteende styrs av värderingar och normer samt samspelet mellan människor.

I arbetet med att hjälpa hivpositiva till ett sexuellt hälsosamt liv arbetar Noaks Ark utifrån en modell som opererar med begreppen individuell överlevnad och kollektiv överlevnad. Den individuella överlevnad syftar till den hivpositivas egna välmående, biologisk såväl som psykologiskt. Kollektiv överlevnad drar in även sociala aspekter och har till syfte att den smittade får resurser och förmåga att handla och bete sig så även andras behov och säkerhet tillvaratas.

Det hivpreventiva arbetet i Sverige är stadgad i smittskyddslagen. Detta innebär båda styrkor, svagheter, hot och möjligheter.

SWOT analys

<p><u>SVAGHETER</u> i nuvarande situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuell stigmatisering → önskade copingstrategier • Hiv+ rädsla att bli valt ifrån sexuellt → bristande benägenhet att berätta • Låg frekvens för kontrollbesök och begränsad tid per besök • Läkarnas olust att tala om sex • Läkarnas dubbla uppdrag – dels hjälpare, dels kontrollant/myndighet • Patogent fokus på hiv+ sexualitet 	<p><u>HOT</u> mot lyckad prevention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tystnaden omkring hiv+ sexualitet och aktiva sexliv • Sexuell stigmatisering av hiv+ • Hivsmittade praktiserar osäker sex • Hiv- fräntas/frånlägger sig ansvar?
<p><u>STYRKOR</u> i nuvarande situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kunskap om vem de hiv+ är • Hiv+ skyldighet att komma när läkarna kallar till kontroll • Hiv+ erkännande av sexuella problem och deras uttryckta önska att få mer hjälp och stöd till sexuella problem • Frivilligorganisationerna 	<p><u>Möjligheter</u> för att öka preventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexualiteten är en social konstruktion → sexualbeteenden kan påverkas och förändras • Erkänna och synliggöra de hiv+ sexualitet och praktiker – säkra som osäkra • Mera forskning → skaffa kunskap om hivpositivas sexliv och sexstrategier • Salutogent fokus på hiv+ sexualitet

*Figur 4.
Preventionsinsatsernas bidragande till kollektiv överlevnad*

Utifrån vår SWOT-analys ser vi följande **styrkor**. Det svenska systemet innebär att myndigheterna och de som ansvarar för behandlingen och preventionsinsatserna har god kunskap om vem de hivsmittade är. De hivpositiva har en skyldighet att komma till kontroll när de blir kallade av läkarna, vilket säkrar den nödvändiga kontakten som är grunden för ett preventivt arbete riktad mot de smittade. I vår enkät uttrycker läkarna en ambition att vid varje hivsmittads samtliga hälsokontroller tillgodose alla sexualitetscirkelns aspekter. Både den danska och den gemensamma nordiska undersökningen lyfter fram att de hivsmittade själva är uppmärksamma på svårigheterna med att praktisera säker sex. De önskar hjälp och rådgivning till att leva ett sexuellt hälsosamt liv och de önskar att vårdpersonalen tar initiativ till att tala om sexualitet. I propositionen till ny smittskyddslag framhålls frivilligorganisationernas viktiga betydelse i det preventiva arbetet. En styrka är att det finns ett etablerat och välutbyggt nätverk av frivilligorganisationer med en gedigen kunskap inom hivfältet i Sverige.

När det gäller **svagheter** har vårt arbete avtäckt att sexuell stigmatisering av hivsmittade och därav följande oönskade copingstrategier är ett stort problem. Löfgren-Mårtensons studie konkluderar att stigmatiserade lever ett liv där deras egna behov och önskemål står i konflikt med det omgivande samhället. De stigmatiserade utvecklar därför copingstrategier för att få tillfredsställd deras behov. I de refererade undersökningar om de smittades egna upplevelser, framgår tydligt att de upplever sig som utanför, stigmatiserade och har svårt att få tillfredsställt sina sexuella behov. Ett stort problem för de hivpositiva är att de skall berätta för potentiella partners att de är smittade med hiv. Rädslan för att bli vald ifrån som kärleks- och/eller sexualpartner är påtaglig och medverkar till att många inte berättar. En annan svaghet är den begränsade tid som avsätts för hivpositivas kontrollbesök hos läkarna och den låga frekvensen för dessa besök. Den danska undersökningen samt vår egen enkätundersökning bland läkarna kartlägger, att läkarna och annan vårdpersonal tycker det är svårt att tala med de hivsmittade patienterna om patienternas personliga sexualliv och att det möjligen finns en benägenhet bland vårdpersonalen att undvika dessa samtal om inte patienten själv tar upp frågan. Ett ytterligare problem är läkarnas dubbla uppdrag. I Sverige har läkaren båda en hjälpande och stödjande funktion samt en kontroll och myndighetsutövande funktion, som smittskyddslagen anger skall förvaltas av en och samma person. Smittskyddslagen anlägger slutligen en patogen fokus på hivsmittades sexualitet som innebär, att lagen fokuserar på reaktiva och repressiva åtgärder som kan vidtas om den hivpositiva inte berättar om sin hivstatus eller praktiserar osäker sex och därmed missköter sitt ansvar.

Ett av **hoten** mot lyckad hivprevention är att hivpositiva praktiserar osäker sex i påfallande stort omfång. Vi kan också konstatera att en avsexualisering av hivsmittade äger rum. Schiltz och Sandforts undersökning visar att de hivpositiva under lång tid inte ansågs ha ett sexualliv. Först under de senare åren har man börjat se de smittade som sexuella varelser. De smittades egna utsagor är, att de har svårt att få tillfredsställd deras sexuella behov och att det är svårt för dem att tala om sexuella problem. De håller ofta tyst om deras hivpositiva status av rädsla för att bli ytterligare stigmatiserade. Den sexuella stigmatisering leder enligt Löfgren-Mårtenson till att de smittade utvecklar strategier för att få uppfyllt deras sexuella behov och Schiltz och Sandfort konkluderar att en väg att nå detta mål är, att hitta argument som legitimerar osäker sex.

Alla dessa resultat klargör vilken ofantlig utmaning det hivpreventiva arbete riktat mot hivpositiva är. Det behövs en omfattande och kvalificerad insats som omfattar alla livets aspekter för att nå ett lyckat resultat. Vår enkätundersökning har visat att läkarna använder ungefär en

halv timme 2,37 gånger per år på detta med varje hivpatient. Samtidigt krävs inlevelseförmåga och empati för att nå målgruppen. Ansvaret för detta arbete ligger enligt smittskyddslagen primärt på läkarna. Ulla Holms studier visar att läkarna är en yrkesgrupp som under deras utbildning fjärrar sig från en helhetssyn på klienten och förlorar empatisk förmåga.

Sista och inte minst viktiga element i vår SWOT-analys är **möjligheterna** för ett lyckat preventionsarbete. De hivpositiva har ett sexualliv, men det omgivande samhälle har medverkat till att tysta ner det. Samhällets möjliga framtida erkännande av och synliggörande av de smittades sexualliv och svårigheterna att vara öppna om deras hivstatus samt svårigheter att praktisera säker sex skulle kunna bidra till en avstigmatisering av hivpositiva. Vårt arbete har kartlagt att sexualiteten är en social konstruktion som skapas och reproduceras i samspelet mellan människor. Detta innebär att, oavsett hur svårt det än må förefalla, så är den enskildas sexuella beteendemönster möjlig att påverka och förändra. Sista möjlighet vårt arbete har kartlagt är nödvändigheten av ett salutogent syn på hivpositivas sexualitet. Med Schiltz och Sandfort's ord innebär det; viktigheten av att erkänna hivpositivas sexualitet som något positivt, hälsosamt och livsbefrämjande.

10 Slutdiskussion

Under detta arbete har vi förvärvat en mängd ny kunskap och haft många intressanta diskussioner. Det har naturligtvis medfört att vi har reflekterat mycket och att vi har gjort oss tankar om vad vårt arbetes analys och slutsatser har för innebörd för det hivpreventiva arbete i Sverige. Här vill vi framföra våra egna personliga reflektioner om de preventionsproblem vi ser. Vi delar in dessa reflektioner under tre teman; avsexualiseringen av hivpositiva, läkarnas roll och slutligen resurserna.

Avsexualiseringen av hivsmittade

Vårt arbete har avslöjat att hivpositiva ofta har svårt att berätta om deras status för partners. Vi har också fått bekräftad att hivsmittade har sex och de relativt ofta har osäker sex. Detta är dock något som det inte öppet talas om i det offentliga rummet. Hivsmittades osäkra sex tystas ner - även av de professionella som arbetar med direkt hivpreventivt arbete och vi låtsas alla som om verkligheten om hivsmittades sexuella beteenden är annorlunda än den i realite-

ten är. Detta är vad vi kallar avsexualisering av hivpositiva. Vi anser att avsexualiseringen av hivsmittade är ett stort hinder för att vi lyckas med att begränsa utbredelsen av hiv. Denna avsexualisering, anser vi, har betydelse båda för smittade och icke smittade.

För de hivsmittade innebär avsexualiseringen en påtaglig och kränkande sexuell stigmatisering. De uppfattas inte som sexuella varelser och samhället indikerar därmed att hivpositivas sexualitet är oönskad. För de hivpositiva själva blir sexualiteten problematisk och förbjuden samt något de inte gärna talar öppet om. Detta bidrar till att öka den sexuella stigmatiseringen, som tvingar de smittade att utveckla copingstrategier som hjälper dem att få uppfyllt deras sexuella behov. Dessa copingstrategier innefattar handlande som är i direkt konflikt med smittskyddslagen och motverkar kollektiv överlevnad. Strategierna innebär bland annat att inte berätta om deras status för potentiella partners och att hitta argument som rättfärdigar och legitimerar osäker sex.

För de icke smittade innebär avsexualiseringen av hivsmittade att de bygger upp en bild av, att hivsmittade inte har sex. Smittskyddslagens informationsskyldighet kan, anser vi, ytterligare medföra att icke smittade bibringas den tro, att alla smittade alltid berättar att de är smittade. Detta tillsammans gör, tror vi, att de icke smittade inte stimuleras till att aktivt ta deras del av ansvaret för deras egen hälsa. De inspireras tvärtom, genom smittskyddslagen och avsexualiseringen av hivsmittade, till att kunna låta bli att tänka på hiv och till att kunna bortse från nödvändigheten av att praktisera säker sex. Därmed underlättas det för dem att frånlägga sig deras ansvar för att skydda sig mot hivsmitta.

Läkarnas roll

De hivbehandlande läkarna i Sverige idag har en vilja och ambition att följa den plikt som smittskyddslagen ålägger dem. De anser själva att de vid varje kontroll hinner med att företa en medicinsk undersökning, att prata med patienten om dennas psykiska välmående samt att bistå patienten med råd och dåd om dennas sociala situation och sexuella agerande. Många läkare anger att de eftersträvar att regelbundet prata om och hjälpa de smittade till att förmå leva ett sexuellt ansvarigt liv. Allt detta anser de sig hinna med på en halv timme 2 till 3 gånger per år. I beaktande av hur komplex sexualiteten är och den påtagliga sexuella stigmatisering de smittade är utsatta för och måste handskas med, ställer vi oss tvivlande till att det sexuellt preventiva arbete läkarna hinner bedriva har någon synnerlig effekt. Tar man ytterligare i beaktande att läkarna gentemot de smittade har en myndighetsutövande roll som kan antas minska de smittades benägenhet att öppna sig om problem med att följa smittskyddsla-

gen, tror vi att läkarnas möjlighet att bedriva konstruktivt och lyckad sexuellt preventivt arbete är mycket begränsat.

Ytterligare kan man ställa sig den fråga, om det är resursmässigt rätt prioriterad att belasta läkarna med detta arbete. Läkarna har en lång och dyr utbildning som främst är biologisk och medicinsk riktad, alltså mot insatser som primärt innefattar individuell överlevnad. Skall deras tid då prioriteras till ett preventivt arbete, som primärt är psykologisk och socialt? Vi tycker det är rimligt att ställa frågan om inte andra, med därtill specialinriktad utbildning, bör ta tillvara den del av det preventiva arbete, som är inriktat på kollektiv överlevnad.

Resurser

När man talar om preventivt arbete måste man nödvändigtvis tala om resurser. I regeringens proposition till smittskyddslagen framhävs betydelsen av frivilligorganisationerna. Frivilligorganisationerna i Sverige har en gedigen kunskap och erfarenhet samtidigt som de är väl utbyggda. Men vår enkätundersökning visar att enbart en del av läkarna hänvisar till dem, samt att de läkare som upplyser de smittade om frivilligorganisationerna i stor utsträckning inte kan namnge dessa. Samtidigt uppger personalen på de ideella organisationer, vi har haft kontakt med, att de i mindre och mindre omfattning blir kontaktat av hivpositiva och föreningarna visar en tydlig frustration över att ha svårighet att nå de hivpositiva. Allt detta i en tid då anslagen till frivilligorganisationerna stagnerar eller även minskas. Vi undrar hur detta hänger ihop och vad det innebär för det svåra preventiva arbetet.

Resurser hänger ihop med utveckling av en verksamhet. De texter vi har läst och alla samtal och diskussioner vi har fört med engagerade inom hivmiljön, tyder på att det råder en maktlöshet, frustration och fantasilöshet inom det hivpreventiva arbete gentemot de redan smittade. Hivmiljön i Sverige har nu existerat i 20 år och utifrån de texter vi har läst verkar det som om det preventiva arbete mot hivpositiva fortfarande bygger på kunskap och erfarenheter som inhämtades den gång hiv var liktydig med död. Så är fallet inte längre och därför behöver vi ny uppdaterad kunskap om hur det är att leva ett sexuellt aktivt liv som hivsmittat. Vi kan inte förlita oss på ”att tro”, men måste satsa på forskning, som ska bibringa oss användbar tidsenlig kunskap att bygga dagens preventiva arbete på. Till denna forskning behövs ekonomiska resurser och kunniga människor som vågar och bemästrar att genomföra forskning om hivsmittades sexualliv.

Våra slutord

Vi har i denna slutdiskussion anlagt ett humanistisk och interaktionistisk perspektiv. Vår diskussion har Husserls tankar om livsvärlden som utgångspunkt och speglar naturligt att det psykosociala arbetet gentemot hivsmittade idag säger sig dela denna syn, vilket bland annat kan läsas ur Noaks Arks policier och arbetsprogram (Noaks Ark, 2008). Enligt Lundin anser Husserl att "Livsvärlden är den primära verklighet som vi alla lever i och upplever som meningsfull/.../Livsvärlden är den tysta grund som vi alltid måste förutsätta för att kunna göra något överhuvudtaget. Det handlar om traditioner, normer, värderingar, språk och sociala institutioner, seder och bruk samt andra etablerade handlingssätt" (Lundin, 2008 s 103). Detta perspektiv leder oss till vår avslutning. Vi har lärt oerhört mycket genom att göra detta arbete. De kunskaper vi har förvärvat tycker vi, att vi är skyldiga att bibringa alla dem som hjälpt oss samt det samhälle som vi är en del av. Vi tycker att vårt arbete har visat att vi i Sverige har en oerhört bra grund att bedriva ett gott och framgångsrikt hivpreventivt arbete utifrån. Men som våra slutsatser också visar, finns det hinder som vi måste eliminera för att bli än mer lyckade med bekämpelsen av hiv. Förbättringarna behövs båda vad angår bemötandet av de redan smittade och för att säkra att så få som möjligt framöver blir smittade med hiv. Vi anser, att det hivpreventiva arbetet gentemot hivsmittade som bedrivs i Sverige idag primärt är inriktat på de smittades individuella överlevnad. I vårt land förmår eller vågar vi tyvärr inte öppet och aktivt inkorporera de smittades sexualitet. Bristen på öppenhet och helhetssyn om sexualiteten får tyvärr det resultat att vi inte lyckas med den viktiga insats som kan resultera i kollektiv överlevnad. Vi vill avsluta med tre rekommendationer som inte är högmodigt menade. Vi hoppas däremot att aktörerna inom det preventiva arbetet kan inspireras av våra slutsatser och rekommendationer och att vi på det sättet har bidraget till utvecklingen mot ett framtidigt svenskt samhälle med färre hivsmittade. Våra rekommendationer är:

1. Hivpositiva måste re-sexualiseras – i media, i den offentliga debatten och i preventionsarbetet. Vi måste våga rikta direkta sexorienterade hiv-preventiva hjälp och stödåtgärder till hivpositiva – båda individuellt samt i de miljöer där de finns.
2. Samhället och de hivnegativa måste medvetandegöras om att hivpositiva har sex och ibland svårt att berätta om deras status och genomföra säker sex. Illusionen att alla hivpositiva alltid, oavsett situation, bemästrar att följa lagen måste nyanseras – detta för att de negativa inte får möjligheten att fränlägga sig deras ansvar.

3. Mer forskning om hivpositivas sexualitet, sexliv och fram för allt sexualstrategier behövs. Vi behöver anlägga ett salutogent perspektiv på hivsmittades sexualitet. Detta innebär att vi måste lära om och förmedla vilka faktorer det är som bidrar till att många hivpositiva trots allt vågar berätta om deras hivstatus och bemästrar att praktisera säker sex. Att skaffa och implementera denna lärdom på ett nyanserat sätt skulle, tror vi, leda till ett mera trovärdigt och kvalificerad hivpreventivt arbete.

”Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheter att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld”

11 Referenser

- Axelson, B.L. & Thylefors, I. (1996). *Om konflikter – Hemma och på jobbet. ?*: Natur och kultur.
- Carstensen, M. & Dahl, A. (2007). *HIV OG LEVEKÅR – en undersøgelse af hiv-smittedes levekår*. Köpenhamn: Hiv-Danmark.
- Halvorsen, K. (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansson, E. (2007). *Ungdomars frågor om sexualitet – rapport om frågalådan på www.komikondom.com*. Malmö: Region Skåne, SRH Skåne, Socialmedicinska enheten.
- Helmius, G. (2002) ”Psykosexuell utveckling i barna- och ungdomsåren” i Lundberg, P.O. Red. *Sexologi*. Stockholm: Liber AB.
- Holm, U. (2001). *Empati – att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Hultgren, M (2008). ”Fullständig identitet – under diskussion” i *Smittskydd*. Stockholm: Smittskyddsinstitutet.
- Insikt. (2008) Stockholm: LAFA, enheten för sexualitet och hälsa inom Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting.
- Lundin, E. (2008) ”Konsten att hitta sin teori” i Sjöberg, K & Wästerfors, D. Red. *Uppdrag: Forskning – Konsten att genomföra kvalitativa studier*. Stockholm: Liber.
- Löfgren-Mårtensson, L. (2005). *Får jag lov?- Om sexualitet och kärlek i den nya generationen unga med utvecklingsstörning*. Lund: Studentlitteratur.
- Noaks Ark (2008). *Noaks Ark – modellen. Stödverksamheten*. Stockholm: Noaks Ark.
- NordPol (2007). *HIV- Quality of Life Survey*. Stockholm: NordPol.
- Notisum AB (2008). <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/20040168.HTM> hämtad den 11 april 2008 kl 09:34.
- Prop. 2003/04:30. *Ny smittskyddslag m.m.* Stockholm:Regeringskansliet.
- Regeringskansliet (2008). *Sexuell Hälsa*. http://www.kompetensstegen.se/page_260.aspx hämtad den 10 april 2008 kl 18:59.
- Schiltz, M.A. & Sandfort, TH.G.M. (2000). “Hivpositive people, risk and sexual behavior” I *Social Science & Medicine nr 50, s 1571 - 1588*.

Sida (2008). <http://www.sida.se/sida/jsp/sida.jsp?d=168&a=32155> hämtad den 10 april 2008 kl 19:10.

Sjöquist, S. (2004). *Innanför*. Stockholm: Noaks Ark.

Smittskyddsinstitutet (2008). <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hivinfektion/> hämtad den 13 mars 2008 kl 15:30.

Statens Folkhälsoinstitut (2005). *Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005 – Målområde 8 – Trygg och säker sexualitet och reproduktiv hälsa*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Thuren, T. (1991). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber.

Uddenberg, N. (1998). *Arvsdygden – Biologisk utveckling och mänsklig gemenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

Vetenskapsrådet (1991). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

12 Bilagor

BILAGA 1 Brev till respondenterna

ENKÄTUNDERSÖKNING

Hej,

Vi är två socionomstudenter vid Lunds universitet som skriver vår stora skriftliga uppsats på 6 terminen (examensarbetet inför kandidatexamen).

Vi vill i vårt arbete kartlägga hur ett vanligt kontrollbesök för en asymtomatisk hiv-patient ser ut, och sen diskutera detta utifrån ett preventionsperspektiv. För att kunna göra denna kartläggning genomför vi en totalundersökning bland alla Sveriges hiv-behandlande läkare.

Undersökningens resultat kommer redovisas i ett examinationsseminarium på Lunds universitet och kommer offentliggöras på universitetets databas på internetet. Den kommer också att erbjudas som föreläsning för eventuella intresserade aktörer inom det hiv-preventiva arbetet i Sverige, och slutligen kommer alla infektionsmedicinska avdelningar som deltagit i undersökningen naturligtvis få exemplar av rapporten.

Alla läkare som deltar i undersökningen gör detta frivilligt. De säkras anonymitet genom att vi inte ber om identifierbara personuppgifter i enkäten och genom att det är en självadministrerande postenkät som delas ut och samlas in av tredje person (avdelningssekreterarna).

För att undersökningen ska få trovärdighet behöver vi att så många läkare som möjligt besvarar våra frågor. Vi är därför tacksamma om du tar dig tid till att medverka genom att besvara bifogade frågor och lämna tillbaka dem till sekreteraren på avdelningen.

Denna enkät avser frågor kring hiv-infekterade patienter. När där i frågan står patient menas alltså enbart patienter du har i behandling för hiv-infektion.

Vår handledare på projektet är: Staffan Blomberg som du är välkommen att kontakta om du önskar ytterligare information angående examensarbetet. Du når Staffan på Staffan.Blomberg@soch.lu.se

Har du frågor angående enkäten eller vårt arbete i övrigt är du välkommen att kontakta en av oss:

Per Sander Helenius	0702 487627
Nebojsa Petrovic	0708 717561.

Tack för din medverkan.

Med vänlig hälsning

Per Sander Helenius

Nebojsa Petrovic

STATISTIKFRÅGOR

Dessa frågor besvaras av sekreteraren som delar ut och samlar in enkäterna.

Namn på Hospital och avdelning: _____

E-post adress: _____

Antal hiv-patienter som går till kontroll på avdelningen: _____

Antal hiv-behandlande läkare verksamma vid avdelningen: _____

Antal läkare närvarande under enkätveckan (vecka nr. 15): _____

Antal läkare som besvarat enkäten: _____

Antal läkare som explicit uttalat att de INTE önskade svara: _____

TACK för din medverkan ☺

Enkätfrågor

- 1 Är du? man _____ kvinna _____
- 2 Vilket årtal är du född? 19 _____
- 3 Vilket sjukhus är du behandlande läkare på? _____
- 4 Hur många hiv patienter har du ungefär behandlat? _____
- 5 Hur ofta kommer dina asymtomatiska patienter genomsnittligt till kontroll? _____
- 6 Hur lång tid i minuter avsätter du till ett normalt kontrollbesök? _____
- 7 Händer det att dina patienter inte möter till avtalad kontroll?
Ja _____ Nej _____
Om ja, vilka åtgärder vidtar du då? _____

- 8 Har du anmält patienter till smittskyddsläkaren för att inte komma till avtalad kontroll?
Ja _____ Nej _____
Om ja, hur många gånger? _____
- 9 Vilka element/undersökningar består en normal kontroll av?
Biologiska aspekt _____ Psykologiska aspekt _____ Sociala aspekt _____
- 10 Känner du till din patients samlevnads/relationstatus?
Ja _____ Nej _____
- 11 Anser du dina patienters samlevnads/relationstatus relevant för ditt arbete?
Ja _____ Nej _____
Om ja, i vilket avseende? _____

- 12 Hur ofta talar du med dina patienter om hur hiv överförs?
Aldrig _____ < 1 gång i året _____ > 1 gång i året _____ Vid varje kontroll _____

... vänligen vänd

13 Tar du initiativ till att prata med dina patienter om sex och samlevnad?

Aldrig _____ Ibland _____ Ofta _____ Alltid _____

14 Avvaktar du att patienten ska ta upp frågor som rör hans/hennes sexuella beteende?

Aldrig _____ Ibland _____ Ofta _____ Alltid _____

15 Hur ofta talar du med patienten om hur han/hon personligt förvaltar sitt sexuella ansvar för att hiv inte överförs?

Aldrig _____ < 1 gång i året _____ > 1 gång i året _____ Vid varje kontroll _____

16 Anser du att det är en del av din uppgift att tala med patienterna om deras sexualliv och hur de förvaltar deras ansvar för att hiv inte överförs?

Ja _____ Nej _____

Om nej, vem åvilar då denna uppgift? _____

17 Hänvisar du dina patienter till någon annan instans för psykosocial rådgivning?

Ja _____ Nej _____

Om ja, till vem? _____

18 Upplýser du dina patienter om att det finns frivilligorganisationer som kan tillvarata deras intressen och som erbjuder hjälp och stöd?

Ja _____ Nej _____

Om ja, till vilka? _____

19 Har du ytterligare kommentarer eller synpunkt du vill framkomma med i samband med vår undersökning?

TACK för din medverkan ☺

BILAGA 4 Infektionsmottagningar i Sverige med hivpatienter

Karlskrona:

Infektionskliniken,
Blekingesjukhuset,
371 85 Karlskrona
tel. 0455-73 10 67

Falun:

Infektionsmottagning,
Falun lasarett,
791 82 Falun
tel. 023-49 23 25

Visby:

Infektionskliniken,
Lasarettet i Visby,
621 84 Visby
tel. 0498-26 80 03

Gävle:

Infektionsmottagningen
Länssjukhuset Gävle-Sandviken,
801 87 Gävle
tel. 026-15 42 35

Halmstad:

SÖS-mottagningen, Infektionskliniken,
Länssjukhuset,
301 85 Halmstad
tel. 035-13 16 17 eller 06

Östersund:

Östersunds sjukhus,
Infektionsmottagningen,
831 83 Östersund
tel. 063-15 40 20

Jönköping:

Infektionsmottagningen,
Länssjukhuset Ryhov,
551 85 Jönköping
tel. 036-32 21 04

Kalmar:

Infektionsmottagningen,
Länssjukhuset,
391 85 Kalmar
tel. 0480-812 51

Växjö:

Infektionsmottagningen,
Centrallasarettet,
351 85 Växjö
tel. 0470-58 82 70

Luleå:

Infektionsmottagningen,
Sunderby sjukhus,
971 80 Luleå
tel. 0920-28 34 75

Malmö:

Universitetssjukhuset MAS,
Infektionskliniken,
205 02 Malmö
tel. 040-33 10 00

Lund:

Infektionsmottagningen,
Universitetssjukhuset,
221 85 Lund
tel. 046-17 11 25

Helsingborg:

Infektionsmottagningen,
Helsingborgs Lasarett,
251 87 Helsingborg
tel. 042-406 23 50

Kristianstad:

Infektionsmottagningen,
Centralsjukhuset,
291 85 Kristianstad
tel. 044-309 16 00

Huddinge:

Infektionsmottagning 2,
Karolinska universitetssjukhuset Hud-
dinge,
141 86 Stockholm
tel. 08-585 800 00

Stockholm:

Ven-hälsan,
Södersjukhuset,
118 83 Stockholm
tel. 08-616 25 00

Eskilstuna:

Infektionsmottagningen,
Mälarsjukhuset,
631 88 Eskilstuna
tel. 016-10 35 64

Uppsala:

Infektionsmottagning 2,
Akademiska sjukhuset,
751 85 Uppsala
tel. 018-611 56 23

Karlstad:

Infektionsmottagningen,
Centralsjukhuset,
651 85 Karlstad
tel. 054-61 60 85

Umeå:

Infektionsmottagningen,
NUS,
901 85 Umeå
tel. 090-785 91 87

Sundsvall:

Infektionsmottagningen,
Sundsvalls sjukhus,
851 86 Sundsvall
tel. 060-18 13 40

Västerås:

Infektionsmottagningen,
Centrallasarettet,
721 89 Västerås
tel. 021-17 36 75

Göteborg:

Infektionsmottagningen,
SU/Östra sjukhuset,
416 85 Göteborg
tel. 031-343 42 82

Könsmottagningen,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
413 45 Göteborg
tel. 031-342 34 42

Uddevalla:

Infektionsmottagningen,
Uddevalla sjukhus,
451 80 Uddevalla
tel. 0522-920 24

Borås:

Infektionsmottagningen,
Södra Älvsborgs sjukhus,
50182 Borås
tel. 033-616 25 80

Skövde:

Infektionsmottagningen,
Kärnsjukhuset,
54185 Skövde
tel. 050-43 23 61

Örebro:

Infektionsmottagningen,
Universitetssjukhuset,
70185 Örebro
tel. 019-602 12 00

Linköping:

Infektionsmottagningen,
Universitetssjukhuset,
581 85 Linköping
tel. 013-22 13 81

Norrköping:

Infektionsmottagningen,
Vrinnevisjukhuset,
602 32 Norrköping
tel. 011-22 20 00