

5 Särskilt om hivinfekterade

5.1 Vård och behandling

Sedan mitten av 1990-talet har stora framsteg gjorts inom forskningen rörande hiv och behandlingen av hivinfekterade individer. Tillgången till antivirala medel (s.k. bromsmediciner) har inneburit drastiska förbättringar för patienter med hivinfektion. Det första hivläkemedlet, zidovudin, introducerades 1987 och har följts av ett flertal nya läkemedel. Helt avgörande för framgången med antiviral terapi var införandet av kombinationsbehandling som visats ge additiva och synergistiska antivirala effekter med minskad resistensutveckling. Kombinationsterapi introducerades 1996 och medförde snabbt en drastisk minskning av sjuklighet och dödlighet. Det är dock osannolikt att dagens hivbehandling kommer att kunna bota infektionen som därför kan förväntas bli livslång. Uppskattningsvis behandlas f.n. ca 3 200 patienter med hivinfektion i Sverige.

Förutom det största problemet – att man med medicineringen inte kan bota patienten – finns för närvarande två huvudproblem inom hivbehandling; resistens (dvs. utvecklandet av motståndskraft mot läkemedel hos virus) och biverkningar. Mot bakgrund av att hivbehandling är komplicerad och att terapivikt, resistensutveckling och allvarliga biverkningar förekommer, utarbetade Läke-medelsverket i samarbete med Referensgruppen för antiviral terapi (RAV) i november 2001 behandlingsrekommendationer. Sedan dess har ytterligare läkemedel och nya insikter om behandling tillkommit och rekommendationerna har sedermera uppdaterats. Dessa behandlingsrekommendationerna återfinns på <www.rav.nu>.

Det råder stor enighet om att behandling skall inledas när hivinfektionen ger symptom eller när patienten insjuknar i komplikationer i form av andra sjukdomar som orsakas av nedsatt immunförsvar. Vid graviditet och primär hivinfektion (förstagångsinsjuknande kort efter smittotillfället) gäller speciella rekommendationer. Vid infektion som inte är symptomgivande baseras ställningstagan-

det till behandling på ett mått på patientens immunförsvar i form av antalet s.k. CD4+ T-celler. Kortfattat gäller att vid ett celltal på > 350 (celler/mikroliter blod) så är behandling sällan aktuell medan behandling rekommenderas vid ett celltal < 200. Någonstans i spannet däremellan bör behandling påbörjas och patientens önskemål och beredskap att börja behandling ger vägledning för när i intervallet behandlingen inleds.

Resistens

Det finns flera orsaker till att resistens mot hivläkemedel kan utvecklas under behandling. Resistensen kan uppstå spontant hos virus men kan även ha funnits redan innan behandlingen påbörjades. Andra orsaker kan vara att givna läkemedel inte är effektiva nog. En viktig orsak till utveckling av resistens är att patienten har dålig följsamhet till medicineringen. Ju längre tid behandlingen pågår – och den förväntas ju behöva bli livslång – desto större är risken för att viruset blir motståndskraftigt mot läkemedlen. Tyvärr ser man redan patienter som börjat utveckla aids till följd av att läkemedlens effekt har upphört. I Sverige är problemet än så länge litet men i fattiga storstadsområden, t. ex. i New York, bär en stor andel av de hivinfekterade på resistent virus. Man vet också att resistent virus kan överföras till en annan människa. Ett inte helt osannolikt scenario är att en ”resistensepidemi” utvecklas, där det redan från början inte finns någon effektiv behandling att ge patienten.

Svenska data har visat att endast ett litet antal individer har smittats med läkemedelsresistent virus. I dag förekommer det att personer smittas med resistent virus i Sverige, men detta är ovanligt till skillnad från många andra håll i världen. Däremot bär en ansevärd del av svenska hivpatienter på resistent hiv. Vid infektionskliniken, Huddinge universitetssjukhus har ca 10 procent av patienterna resistent virus i blodplasma under pågående behandling men ytterligare patienter (möjligen i storleksordningen 15–20 procent) bär på sådant virus gömda i reservoarer, exempelvis i vilande T-minnes-celler. Det är också välkänt att patienter där behandling påbörjades före 1997–98 i högre utsträckning bär på resistent virus än patienter som senare fått behandling.

Grundtesen för hivbehandling i dag är därför att när väl beslutet att påbörja behandling har fattats ska terapin vara maximalt hämmande av virusökningen för att förhindra utvecklandet av resistens

mot läkemedlen och behandlingssvikt. En förutsättning för framgångsrik behandling är således att patienten är välinformerad och motiverad till hög följsamhet och beslutet att påbörja behandling ska därför baseras på en noggrann rådgivning och utbildning av patienten. Personalens kompetens och kännedom om patienten har stor betydelse för ett gott medicinskt och psykosocialt omhändertagande och därmed god följsamhet till behandlingsinsatserna. Inte minst kontinuitetsfrågorna är viktiga och på flera håll tillämpas ett system där patienten, förutom att ha en patientansvarig läkare (vilket stipuleras i författning), även har en patientansvarig sjuksköterska och en dito kurator vilket bidrar till en förbättrad kontinuitet.

Strategierna för att hantera redan uppstådd resistens består av utnyttjande av resistensbestämning och nytt behandlingsval baserat på dess resultat, användandet av nya hivläkemedel där problemen med korsresistens är mer begränsad samt deltagande i behandlingsstudier med nya hivläkemedel. Forskning fokuseras i dag mycket på framtagande av läkemedel som har effekt på läkemedelsresistent hivinfektion och på nya behandlingsmodeller där användandet av läkemedel begränsas, t.ex. genom immunisering med terapeutiska vacciner mot hivinfektionen.

Biverkningar

Långtidsbiverkningar är ett problem av varierande svårighetsgrad för behandlade hivinfekterade patienter. Kunskapen om dessa biverkningar är begränsad men klart är att en stor andel av patienterna utvecklar ett tillstånd likt det s.k. *metabola syndromet* (bukfetma, diabetestendens och förhöjda blodfetter) och avmagring av ansikte och extremiteter. Dessa förändringar kan medföra ökad risk för hjärtkärlsjukdom. Dessutom vet man att hivbehandlingen kan orsaka skador på mitokondrierna (kroppens energiproducenter) och att dessa skador ackumuleras över tiden och potentiellt kan ge svåra skador i vilket organ som helst. Panoramats av biverkningar utgörs således av medicinska tillstånd som läkare inte är tränade att diagnostisera och behandla.

I syfte att åstadkomma en strukturerad uppföljning av behandlingseffekter, särskilt vad gäller biverkningar, har ett särskilt kvalitetsregister – *Hivus* – inrättats. Målsättningen är bl.a. att studera de allvarliga biverkningarnas spektrum, hur vanligt förekommande de

är, vilka läkemedel och kombinationer av läkemedel som orsakar biverkningar, vilka underliggande tillstånd hos patienter som eventuellt bidrar till att biverkningarna utvecklas etc.

De medicinska behandlingsresultat som uppnås i den svenska sjukvården, är mycket goda i en internationell jämförelse. En genomgång av behandlingsresultaten vid infektionskliniken, Huddinge universitetssjukhus i maj 2002, respektive i maj 2003, visar att en uttalad majoritet (86 respektive 90 procent) av de behandlade individerna hade målsättningen icke-detekterbart virus i plasma (<50 kopior/ml) efter i medeltal ca 5,5 års behandling. Trots dessa goda resultat kan man konstatera att behandlingssvikt förekommer och att denna är vanligare i vissa grupper än i andra. Även om behandlingssvikt ännu så länge är ovanligt i Sverige så visar utländska studier att vissa patientkategorier, t.ex. intravenösa narkotikamissbrukare och personer med utländsk bakgrund har högre risk för behandlingssvikt. Detta är i hög grad knutet till bristande följsamhet.

5.2 Barn

Totalt, till och med år 2003, har ca 70 barn anmälts som hivinfekterade via sina mödrar. Majoriteten av de barn som diagnostiserats som hivinfekterade är barn till kvinnor som inte varit föremål för behandling under graviditeten. Anledningen kan vara att kvinnan flyttat till Sverige efter graviditeten eller att hon inte varit känt hivpositiv vid tiden för förlossningen. Under år 2002 anmäldes fem fall av mor-barnsmitta och år 2003 (preliminärt) tre fall, vilket kan jämföras med i genomsnitt fem fall per år under perioden 1990–1999. I samtliga anmälda fall år 2002 var såväl mor som barn smittade före immigrationen till Sverige, men hivinfektionen diagnostiserades först i Sverige i samband med hälsoundersökning. Av alla de 70 barn som smittats via sina mödrar är 20 barn födda i Sverige. Ungefär hälften av mödrarna är av svenskt ursprung.

Merparten av barnen som smittats via sina mödrar infekteras i samband med födelsen och en mindre andel tidigare i fosterlivet. Faktorer som har visat sig öka risken för mor-barnsmitta är, förutom amning, bl.a. symptomgivande hivinfektion, lågt CD4+ T-cellsantal, hög virusmängd i blodet hos modern, vaginal förlossning, lång tid mellan vattenavgång och förlossning samt prematuritet. Utan behandling med antivirala medel eller andra preventiva åtgärder är frekvensen av hivöverföring från mor till barn 15–25 procent, för-

utsatt att modern inte ammar. Amning innebär ytterligare en ca 10 procent högre risk att barnet smittas.

Från att under åren 1985–1993 ha legat kring 25 procent har smittoöverföringen under senare år (1999–2001) sjunkit till 1,1 procent, vilket innebär att endast ett av 88 barn smittats via sin mor under denna period. Denna sjunkande smittöverföring beror till stor del på den i dag ökade användningen av antiretrovirala läkemedel till gravida kvinnor, liksom på förlossning med planerat kejsarsnitt.

5.3 Attitydfrågor – diskriminering

Diskriminering av hivinfekterade är viktigt att uppmärksamma, inte bara internationellt utan även i ett svenskt perspektiv. Okunskap hos befolkningen om hivinfektion och dess smittvägar orsakar fördomar och intolerans mot hivinfekterade som leder vidare till diskriminering och utanförskap. I Sverige har hivinfektion, liksom i många andra länder, drabbat människor som tillhör marginaliserade grupper i samhället eller människor som redan är utsatta för intolerans eller riskerar diskriminering p.g.a. av missbruk, sexuell läggning eller etnicitet, vilket kan göra det svårt att skilja ut vad som är den egentliga diskrimineringsgrunden.

Statens folkhälsoinstitut har i den år 2000 framtagna handlingsplanen för STI/hivprevention 2000–2005 inkluderat diskriminerings- och stigmatiseringsaspekten som ett av de tre angivna delmålen. Även i den av Folkhälsoinstitutet år 1995 framtagna Nationell folkhälsopolicy för STD/HIV ingick som ett av delmålen att motarbeta diskriminering och stigmatisering. Det tredje delmålet i 2000–2005 års plan lyder: ”Diskriminering och stigmatisering av smittade och deras närstående skall motverkas” genom att:

- Negativa attityder till hivinfekterade skall motverkas;
- Alla hivinfekterade och deras närstående skall känna till och ha möjlighet att ta del av olika organisationers stödinsatser;
- Barn och ungdomar som är hivinfekterade eller på annat sätt är berörda av hiv epidemin skall erbjudas stöd.

Statens folkhälsoinstitut har i några punkter utvecklat vilka insatser som behövs för att uppnå detta. Man vill att särskild tonvikt läggs vid erfarenheter från studier och arbetslivet i samband med undersökningar av hivinfekterades livskvalitet. Vidare behövs fortsatta

insatser för att förbättra arbetslivets kunskaper om hivinfektion och dokumentation av upplevd diskriminering i arbetslivet. Hivinfekterades egna kunskaper och erfarenheter skall användas i arbetet mot diskriminering och stigmatisering, och slutligen, om studier av allmänhetens kunskaper om hur hivinfektion *inte* smittar visar att dessa inte successivt förbättras, skall informationsinsatser övervägas. För att nå ut med information till hivinfekterade och deras närstående om olika organisationers stödinsatser, skall informationsmaterial finnas på alla mottagningar där hivinfekterade behandlas och vårdas. När det gäller barn och ungdomar med hivrelaterade problem och deras behov av stöd, skall detta uppnås genom att personal som kommer i kontakt med dem skall få möjlighet till utbildning och handledning.

Frivilligorganisationerna och självhjälsgrupper är viktiga aktörer i arbetet mot negativa attityder och diskriminering och de har en viktig roll i det psykosociala stödarbetet riktat till hivinfekterade och deras närstående. Frivilligorganisationernas verksamhet behandlas i andra avsnitt och kommer därför inte närmare att belysas här.

Stigmatisering

Hivinfektion omgärdas av idéer, föreställningar och attityder som oftast är av negativ karaktär. Sådana attityder kan komma till uttryck i individers värderingar, känslor eller beteenden. Hivinfektionen betraktas av många som en självförvållad sjukdom, ett straff för ett omoraliskt eller stötande beteende. I en amerikansk studie jämförde man hur universitetsstuderande uppfattade aidspatienter och cancerpatienter. Aidspatienterna beskrevs som farligare, smutsigare, dummare och mer värdelösa än cancerpatienterna (Walkey m.fl. 1990) och liknande resultat har rapporterats i andra studier. Bl.a. framkom, att de individer som hade blivit hivinfekterade genom sexuellt umgänge ansågs bära ett större ansvar för sin situation än de som infekterats via blodtransfusion. Vidare såg man att homosexuella med hivinfektion i större utsträckning ansågs vara skyldiga till sin sjukdom än heterosexuella personer som också hade infekterats genom sexuellt umgänge. Barn och vuxna personer som infekterats via blodprodukter/blodtransfusion etiketteras som "oskyldiga offer". I en nyligen genomförd dansk undersökning (Lamprey m.fl. 2003) framkom att drygt 70 procent av de tillfrågade ansåg att personer med hivinfektion inte bör arbeta som sjuksköterska och 30 procent

ansåg att hivinfekterade inte bör vara lärare. Vidare menade över hälften att personer med cancer har större rätt till behandling än personer med hivinfektion.

Exemplen visar att det är vanligt att hivinfektion väcker rädsla och oro eftersom den uppfattas som ett hot mot individens hälsa och säkerhet. Hivinfektionen hotar den sociala identiteten och skapar ett "vi och dom" tänkande. Hivinfektionen tjänar vidare som ett rättfärdigande av negativa attityder mot personer med hivinfektion och dessa negativa värderingar och attityder utgör i sin tur grunden för stigmatisering av personer med hivinfektion. Hivinfektionen associeras (åtminstone i västvärlden) till redan stigmatiserade grupper; MSM, narkomaner och prostituerade kvinnor. Det får som konsekvens, att hivinfektionen läggs som ytterligare en sten på individens redan existerande stigmatiserade minoritetsstatus och diskrimineringspotentialen förstärks. Homosexuella hivinfekterade, med eller utan symptom på sjukdom, stigmatiseras både i sin roll som homosexuell och som sjuk. Den sociala stigmatiseringen härrör sig från kopplingen mellan det homosexuella beteendet och hivinfektion. Sjukdomsstigmat är sprunget ur allvaret, dvs. döden, och ur hivinfektionens smittsamhet. De negativa attityderna i samhället förstärker det psykiska traumat och reducerar individens livskvalitet. Den nedvärderande självbilden kan komma till uttryck genom att man talar om sig själv i nedsättande termer, att inte vara tillräckligt bra, ha förakt för sina känslor, vara misslyckad, eller värdelös till följd av sin hivinfektion. Precis som vissa homosexuella tar in samhällets negativa syn på homosexualitet och utvecklar ett mer eller mindre starkt självförakt, kan detta ske hos individer med hivinfektion. Samhällets negativa inställning blir med andra ord en belastning och den traumatiska upplevelsen förstärks. Risken är stor att hivpositiva isoleras i samhället, eftersom samhället inte så gärna vill tala om hiv. Den hivinfekterade överges därmed av samhället.

Eftersom hivinfektionen är så stigmatiserad är det inte en självklarhet att berätta om den i sociala sammanhang. Ytterst handlar den inre kampen kring öppenhet med sin hivinfektion om dilemmat mellan å ena sidan människans behov av att vara "äkta", bli respekterad och bekräftad och å andra sidan rädslan för psykologisk död, dvs. att bli avvisad och övergiven när hon/han berättar. När hivinfekterade personer är öppna med sin hivstatus löper de risken att hotas i sin sociala existens i form av diskriminering, utanförskap och ensamhet. Hotet mot den sociala existensen är sprunget ur stigmatiseringen av hivinfektionen.

Internationella rekommendationer

I UNGASS-deklarationen som antogs 2001 av FN:s generalför-samlings särskilda session om hiv/aids ingår mänskliga rättigheter som en av hörnpelarna i de nationella åtagandena i kampen mot hiv/aids. Lagar mot diskriminering av hivinfekterade personer skall finnas liksom mot diskriminering av i hivhänseende särskilt sårbara grupper i samhället. En nationell policy skall finnas för lika möjlig-het för alla, oavsett kön eller grupptillhörighet till prevention och sjukvård. Dessutom skall hivforskning som involverar försök på män-niskor granskas av forskningsetisk kommitté. Tidigare har FN:s kommission för mänskliga rättigheter i en resolution (1989/11) fastslagit att alla män och kvinnor är berättigade till skydd mot diskriminering som är relaterad till deras hälsotillstånd. I ett antal följande resolutioner fastslås att diskriminering som grundas på hiv/aids är förbjuden enligt de internationella konventionerna om mänskliga rättigheter.

Även Europarådet har antagit tre rekommendationer som rör hiv/aids och frågan om mänskliga rättigheter, nämligen Ministerkom-mitténs rekommendation (nr R [87]25) om en gemensam europeisk folkhälsopolicy rörande bekämpningen av aids; Ministerkommitténs rekommendation (R [89]14) om etiska frågor rörande hivinfektion i hälso- och sjukvården m.m. samt Parlamentets rekommenda-tion 1116 (1989) angående aids och mänskliga rättigheter. I minister-kommitténs rekommendation (R [89]14) om etiska frågor rörande hivinfektion i hälso- och sjukvården m.m. framhålls generellt att respekten för hivpositivas och aidsjukas mänskliga och sociala rättigheter är av avgörande betydelse för framgången av förebyg-gande folkhälsoprogram. I rekommendationen förespråkas frivilliga åtgärder och aktiva informationsinsatser såväl på individnivå som för den allmänna befolkningen. Epidemiologisk rapportering skall ske under tillbörlig konfidentialitet. Frivillig provtagning i kombi-nation med rådgivning framhålls som det mest effektiva sättet att förhindra smittspridning och rekommendationen tar uttryckligen avstånd från screening och provtagning under tvång. Partnerspår-ning skall ske med den smittades samtycke. Ministerkommittén tar avstånd från alla former av tvångsisolering av hivpositiva eller aids-sjuka eftersom sådana åtgärder anses vara oetiska och ineffektiva med hänsyn till att hivinfektion inte smittar genom vanliga sociala kontakter, till den långa tid som går innan aids utvecklas samt till avsaknaden av botemedel. När denna rekommendation antogs lade

Sverige som enda land ned sin röst, eftersom man hade invändningar mot vissa av punkterna rörande provtagning, karantän och isolering mot bakgrund av att svensk smittskyddslagstiftning i vissa situationer ger möjlighet till tvångsingripanden mot den som är hivpositiv. Sverige är därmed ett av få länder i Europa som tillåter tvångsisolering p.g.a. hivinfektion med stöd av lag – smittskyddslagen (1988:1472).

Enligt Fri- och rättighetskommitténs (SOU 1993:40) bedömning torde tvångsisolering enligt svensk smittskyddslag stå i överensstämmelse med Europakonventionens artikel 5, som medger frihetsberövande till förhindrande av smittsam sjukdom eller av en person som är psykiskt sjuk, alkohol- eller drogmissbrukare. Europadomstolen har dock aldrig prövat frågan om frihetsberövande vid risk för smittspridning av allvarlig sjukdom. Inte heller finns något avgörande rörande frågan om skydd mot medicinsk tvångsundersökning i smittskyddshänseende, som omfattas av Europakonventionens artikel 8 om rätten till skydd för privat- och familjeliv. Dock har kommissionen godtagit blodprovstagning vid misstänkt trafikonykterhet, i faderskapsmål och vid psykiatrisk undersökning i brottsmål med hänsyn till skyddet för hälsa och andra personers rättigheter.

I regeringens proposition om ny smittskyddslag (prop. 2003/04:30) framhåller regeringen att tvångsåtgärder bör utgöra den sista utvägen när alla andra alternativ uttömts. Etiska och epidemiologiska överväganden bör vara avgörande för om tvångsåtgärder skall få vidtas i en viss situation. Regeringens förslag rörande tvångsåtgärder överensstämmer i stort med Smittskyddskommitténs förslag (SOU 1999:51), dock med undantaget att kommittén ville begränsa tiden för tvångsisolering till maximalt sex månader (2 x 3 månader). I regeringens förslag saknas en sådan bortre tidsgräns för hur länge en person kan vara tvångsisolerad, men beslut om förlängd isolering måste tas av länsrätten var sjätte månad efter den initiala tremånadersperioden.

Lagstiftning mot diskriminering

I Sverige finns i dag flera lagar mot diskriminering. Skydd mot olaga diskriminering finns i 16 kap. 9 § brottsbalken. Enligt denna bestämmelse är det straffbart för näringsidkare, personer med anställning eller uppdrag i allmän tjänst, samt anordnare av allmän sammankomst eller offentlig tillställning att diskriminera någon på

grund av hans ras, hudfärg, nationella eller etniska ursprung, trosbekännelse eller på grund av homosexuell läggning genom att inte gå honom till handa på de villkor som tillämpas i förhållande till andra. I detta sammanhang kan också nämnas att den som antastar någon handgripligen, ofredar någon genom annat hänsynslöst beteende eller förolämpar någon genom kränkande tillmälen eller anspelningar på hans eller hennes ras, hudfärg, nationella eller etniska ursprung eller trosbekännelse, eller hans eller hennes homosexuella läggning kan dömas för brotten ofredande eller förolämpning (4 kap. 7 § resp. 5 kap. 3 § brottsbalken). Vidare kan man enligt 16 kap. 8 § brottsbalken dömas för hets mot folkgrupp om man uttalar eller sprider hot eller missaktning för en grupp av personer med anspelning på ras, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, trosbekännelse eller sexuell läggning.

Diskrimineringsfrågorna har också varit föremål för lagstiftning inom Europeiska unionen. Rådets direktiv 2000/78/EG om likabehandling i arbetslivet syftar till att skydda arbetstagare från diskriminering p.g.a. ålder, funktionshinder, religion, livsåskådning och sexuell läggning. Rimliga anpassningsåtgärder skall enligt direktivet vidtas för att människor med funktionshinder skall kunna delta i arbetslivet. Den som anser sig ha blivit diskriminerad skall ha möjlighet till rättslig eller administrativ prövning och det skall finnas regler som skyddar den som framfört klagomål från represalier. Rådets direktiv 2000/43/EG behandlar principen om likabehandling av personer oavsett deras ras eller etniska ursprung. Medlemsstaterna skall ha genomfört det senare direktivet senast den 19 juli 2003. Direktivet om likabehandling i arbetslivet skall vara genomfört i nationell rätt senast den 2 december 2003, med undantag av bestämmelserna om diskriminering på grund av ålder och funktionshinder, som medlemsstaterna har ytterligare tre år på sig att genomföra.

Svensk lagstiftning mot diskriminering i arbetslivet finns i dag i flera olika lagar: jämställdhetslagen (1991:433), lagen (1999:130) om åtgärder mot etnisk diskriminering i arbetslivet, lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder och lagen (1999:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning. Senare har riksdagen också antagit lagen (2001:1286) om likabehandling av studenter i högskolan. Denna lag har till ändamål att på högskoleområdet främja lika rättigheter för studenter och sökande och att motverka diskriminering på grund av könstillhörighet, etnisk tillhörighet, sexuell

läggning och funktionshinder. Jämställdhetsombudsmannen (JämO), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) utövar tillsyn över dessa lagar.

År 2001 överlämnade regeringen skrivelsen En nationell handlingsplan mot rasism, främlingsfientlighet, homofobi och diskriminering (skr. 2000/01:59) till riksdagen. Diskrimineringsutredningen 2001 lade påföljande år fram sitt betänkande "Ett utvidgat skydd mot diskriminering" (SOU 2002:43). Fortsatt översyn av området pågår utifrån handlingsplanen och diskrimineringsutredningens förslag. Regeringen tillsatte år 2002 en parlamentarisk kommitté, Diskrimineringskommittén (Dir. 2002:11, tilläggsdir. 2003:69), vars uppdrag skall vara avslutat den 1 juli 2005. Kommittén skall bl.a. se över om ytterligare åtgärder är nödvändiga med hänsyn till EG-direktiven inom diskrimineringsområdet. Vidare har man att se över ansvarsområdena för JämO, DO, HO och HomO, samt överväga en samordning eller sammanslagning av några eller samtliga av dessa ombudsmän.

Som ett resultat av Diskrimineringsutredningen 2001 och ett led i genomförandet av EG-direktiven (2000/43/EG och 2000/78/EG) antog riksdagen våren 2003 en förstärkt gemensam diskrimineringslagstiftning, lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering, som trädde i kraft 1 juli 2003. Lagen har till ändamål att motverka direkt eller indirekt diskriminering och trakasserier som har samband med etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder inom områdena arbetsmarknadspolitisk verksamhet, bedrivande av näringsverksamhet, yrkesutövning, medlemskap och förmåner i arbetstagar- och arbetsgivarorganisationer, samt tillhandahållande av varor, tjänster och bostäder. Vidare omfattar lagen områdena socialtjänsten, social- och arbetslöshetsförsäkringarna och hälso- och sjukvården, men diskrimineringsförbudet inom dessa områden gäller endast diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, således inte sexuell läggning och funktionshinder.

Diskriminering i arbetslivet

RFHP genomförde 1999 en enkätundersökning för att utröna om hivpositiva personer kände sig negativt särbehandlade i arbetslivet (Segersten J & Karlsson P. *Negativ särbehandling av hivpositiva i*

arbetslivet. Riksförbundet för hivpositiva, 2000). Enkäten besvarades av 203 hivpositiva personer (152 män, 46 kvinnor, 5 ej angivet kön) och undersökningen kompletterades också med tolv djupintervjuer. För 43 procent av dem som besvarade enkäten var lönearbete den främsta inkomstkällan, medan förtidspension och sjukpenning dominerade bland övriga. Drygt hälften av deltagarna hade berättat om sin hivinfektion för någon eller några på arbetsplatsen. Reaktionerna på arbetsplatserna hade varierat, men 27 procent upplevde en negativ förändring i bemötandet från omgivningen. Tre personer uppgav att de t.o.m. blivit uppsagda från sin anställning p.g.a. att de var hivpositiva och ytterligare sju personer angav att de avslutat sin anställning helt eller delvis beroende på att de blivit trakasserade p.g.a. sin sjukdom. En del har också känt sig förbigånga vad gäller karriärer och lön. "Rädsla för det okända" var den faktor som de flesta ansåg främst påverkade arbetsgivarnas attityder till hivpositiva personer, liksom risken för hög sjukfrånvaro och oro bland arbetskamraterna. Även fördomar mot homosexuella ansågs ha stor betydelse. Många av deltagarna i studien upplevde starka fördomar mot hivinfektion och även mot de s.k. riskgrupperna i allmänhet. Av de enkätmedtagare som för tillfället inte lönearbetade uppgav 36 procent att de skulle vilja arbeta, om samhällets attityder gentemot hivinfekterade personer vore mindre negativa.

De tolv djupintervjuerna visade att de negativa reaktionerna oftast varit av subtil karaktär och således inte kunnat beskrivas som påtaglig diskriminering. Man upplevde att arbetsgivaren inte vågade satsa på den som har en kronisk sjukdom, ett problem som hivinfekterade delar med många andra med förmodat nedsatt arbetskapacitet.

Någon nämnvärd skillnad mellan könen eller mellan boende i storstad respektive i landsort kan inte utläsas i RFHP:s undersökning. Noterbart är att en del landsortsbor som är hivpositiva flyttar till storstäderna, där anonymiteten är större och risken att få sin hivstatus avslöjad upplevs som mindre, samtidigt som möjligheten är större att träffa andra i samma situation inom självhjälpgrupper och stödföreningar.

Ombudsmännens arbete mot diskriminering

HO har bl.a. tillsyn över lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet p.g.a. funktionshinder, som förbjuder direkt eller indirekt diskriminering av en arbetssökande eller arbetstagare p.g.a. funktionshinder. Enligt lagen är funktionshinder varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga. Begränsningarna beror på en skada eller sjukdom som fanns vid födelsen eller har uppkommit senare i livet. Sjukdomar som kan förväntas begränsa funktionsförmågan i framtiden omfattas också enligt förarbetena av lagen, exempelvis hivinfektion och multipel skleros (MS).

De fackliga organisationerna har en central roll i att uppmärksamma och driva ärenden när en medlem anser sig diskriminerad. HO har informerat arbetsgivare, fackliga organisationer, funktionshindrade och andra berörda om lagstiftningen. En enkät från HO ställd till samtliga medlemsförbund i LO, TCO och SACO samt till SAC och Ledarna, visar emellertid att många fackförbund gjort lite eller inget för att informera sina medlemmar om lagstiftningen. HO framhåller därför behovet av att stötta facket med information och vikten av att tillvarata den kompetens som handikapporganisationerna besitter. HO vill också stärka skyddet mot diskriminering av funktionshindrade, framför allt beträffande tillgänglighet och delaktighet i samhället (*Tänk tillgänglig*. Handikappombudsmannens 8:e rapport till regeringen, 2002; *Skydda mot diskriminering – Stärk den enskilda människans rätt*. Handikappombudsmannens 9:e rapport till regeringen, 2003).

HO har under perioden 2000–2002 mottagit ca 200 anmälningar om året av vilka ca 50 per år rör diskriminering i arbetslivet. Av dessa har endast en anmälan gällt ett fall av upplevd diskriminering av en hivinfekterad person som blev förbigången vid en tjänsteställning. Därtill har HO kännedom genom telefonrådgivning om ytterligare ett fåtal fall från arbetslivet, bl.a. om uppsägning från tjänst när det blev känt att en arbetstagare var hivpositiv, men som inte lett till någon anmälan till HO.

Även DO och HomO, verkar mot diskriminering i arbetslivet och inom det övriga samhällslivet. DO arbetar mot diskriminering p.g.a. etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning och utreder över 800 ärenden årligen, varav ca 300 rör diskriminering i arbetslivet.

Med diskrimineringsgrunden sexuell läggning avses homo-, bi- eller heterosexualitet. En stor del av HomO:s verksamhet består i att sprida kunskap och att förebygga och motverka homofobi och diskriminering genom olika typer av utbildnings- och informationsinsatser på central, regional och lokal nivå. Under perioden 2000–2002 har HomO behandlat sammanlagt 108 diskrimineringsärenden, varav 23 rört diskriminering i arbetslivet, två inom högskolan och 72 i övriga samhällslivet. Därutöver har ungefär 10 gånger så många förfrågningar och telefonsamtal om upplevd diskriminering, men som inte lett till någon anmälan, mottagits av HomO. Ombudsmannen bedömer att mörkertalet är stort. Det finns skäl att anta att många människor som drabbats av osaklig särbehandling som hänger samman med sexuell läggning aldrig gör någon anmälan om det, varken till HomO eller någon annanstans (*Rapport 2002. Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning*, 2003).

Preliminära resultat från en enkätstudie om homo- och bisexuellas villkor i arbetslivet, besvarad av mer än 13 000 personer, visar att en fjärdedel av de homo- och bisexuella som besvarat enkäten inte är öppna med sin läggning på arbetet, bland annat p.g.a. rädsla för skvaller, fördomar och negativ påverkan på karriären. Vidare uppger 28 respektive 25 procent av de homo- eller bisexuella kvinnorna och männen att det förekommer diskriminering eller trakasserier i form av nedsättande omdömen om homo- och bisexuella på deras arbetsplats (Bildt C, Arbetslivsinstitutet. *Homo på jobbet – vem bryr sig?* Seminarium. Arbetslivsinstitutet, 2003).

Det går inte att utesluta att enstaka fall av diskriminering p.g.a. sexuell läggning i grunden rör diskriminering p.g.a. hivinfektion eller rädsla för hiv. Hivinfektion förknippats med vissa riskgrupper i samhället, bl.a. homosexuella män. Ett exempel på ett sådant ärende utreddes av HomO 2002, då ett försäkringsbolag i samband med att ett företag tecknade tjänstepensionsavtal för samtliga sina anställda krävde hivtest av en homosexuell anställd och en annan anställd med utländsk bakgrund, medan övriga anställda inte behövde hivtesta sig. HomO skriver i sitt beslut att ”krav på att inge hivtest vid försäkringsansökan enbart eller huvudsakligen på grund av en persons homosexualitet är (...) att betrakta som diskriminering på grund av sexuell läggning.” (Beslut 2002-06-04, dnr 90/02).

Diskriminering i sjukvården och övriga samhällslivet

Rädslan för avståndstagande och diskriminering gör att hivpositiva personer i stor utsträckning undviker att berätta för omgivningen om sin sjukdom. Om den hivpositive dessutom är homosexuell riskerar han att konfronteras med omgivningens negativa attityder till homosexuell livsstil, liksom hivpositiva personer som är eller har varit injektionsmissbrukare eller prostituerade konfronteras med omgivningens negativa inställning eller fördömande, medan hivpositiva kvinnor som inte är injektionsmissbrukare eller prostituerade är rädda föra att automatiskt bli stämplade som sådan om deras hivstatus blir känd (Nilsson Schönnesson L. *Med livet i fokus. Strategier hos kvinnor och män med hivinfektion för att återerövra livs kvaliteten*. Folkhälsoinstitutet 2001:8). I en enkätundersökning bland hivpatienter på Venhälsan i Stockholm (212 män varav flertalet homo- eller bisexuella män) svarade endast 15 procent att alla i deras närmaste omgivning (familj, vänner, arbetskamrater) kände till att de var hivinfekterade, medan drygt 40 procent uppskattade att bara en fjärdedel av personerna i den närmaste omgivningen kände till hivinfektionen (*LIV med HIV. Erfarenheter av att leva med hivinfektion hos män som har sex med män*. Tre studier om hivsmittade och hivnegativa män av Mikael Westrell. Sammanställning av Tobias Wikström. Folkhälsoinstitutet 1998:39).

I studien om negativ särbehandling av hivpositiva personer i arbetslivet, genomförd av RFHP 1999, framkommer att en klar majoritet (86,5 procent) av deltagarna upplever att samhällets bild av personer med hivinfektion påverkar deras livssituation. Nära hälften anser att samhällets bild är övervägande negativ medan lika många anser att den är både negativ och positiv. Om samhällets bild av hivpositiva förändras i positiv riktning, anser majoriteten (64 procent) att förutsättningarna för yrkesutövning också skulle förändras.

Studier visar dock att allmänhetens attityder till hivinfekterade personer över tiden har blivit något mer positiv och präglas av mindre rädsla i dag än på 1980-talet. Sedan 1989 genomförs återkommande befolkningsstudier om allmänhetens sexualvanor och attityder till och kunskaper om hiv/aids (Herliz C. *Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och beteenden 1989–2000*. Folkhälsoinstitutet 2001:18). Andelen svarande (i åldrarna 16–44 år) som uppgav att de säkert eller troligen skulle undvika nära kontakt med en hivinfekterad arbets- eller skolkamrat var 32 procent år 1989 och

22 procent år 2000. Endast ett par procent uppgav både 1989 och 2000 att de skulle kräva att den hivinfekterade inte fick komma till arbetet eller skolan eller att de skulle överväga att själva byta arbetsplats eller skola. Fördomarna mot personer med hivinfektion var under hela undersökningsperioden minst i storstäderna och störst på landsorten och i små tätorter. Även synen på riskutsatta grupper har utvecklats i positiv riktning. År 1989 instämde 35 procent av männen och 57 procent av kvinnorna i påståendet ”att vara homosexuell är inget onormalt”, medan andelen som instämde år 2000 var 56 procent respektive 77 procent. Mest positiva var attityderna i Stockholmsregionen, både bland män och kvinnor. Emellertid var andelen män och kvinnor som ansåg att man bör införa obligatorisk hivtest av homosexuella 44 procent respektive 33 procent år 2000, vilket dock var en minskning från ca 70 procent år 1989. Hela 68 procent ansåg också att obligatorisk hivtestning av immigranter från områden där hivinfektion är vanligt borde införas.

I RFHP:s tidigare nämnda undersökning och genom de samtal RFHP:s ombudsmän har med hivpositiva personer framkommer att många upplevt negativa reaktioner och särbehandling även inom andra områden i samhället än arbetslivet. Sådana områden är bl.a. försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst och sjukvård. En studie av attityder inom sjukvården till hivinfekterade patienter i allmänhet respektive homosexuella patienter med hivinfektion genomfördes 1999–2000 av forskare vid Uppsala universitet (Röndahl m.fl. 2003). Sammanlagt 222 sjuksköterskor och undersköterskor inom infektionssjukvården respektive sjuksköterske- och undersköterskeelever besvarade enkäten. Även om majoriteten av respondenterna uttryckte empati för hivpatienter, såväl homosexuella som övriga, svarade ändå 36 procent av sjukvårdspersonalen respektive 26 procent av eleverna att de skulle avstå från att vårda en hivpatient om möjligheten fanns. Angivna skäl är bl.a. rädsla för blodsmitta, alltför tungt psykologiskt och emotionellt, samt osäkerhet. Några av respondenterna gav också uttryck för starkt negativa attityder till homosexuella patienter, t.ex. ”vill inte vårda någon som fortsätter att leva sitt homosexuella liv”.

Särskilt yttrande

av Staffan Hallin, RFSL

Med undantag från skrivningarna i avsnitten 2.1.3 *Särskilt om prevention och preventionsstrategier* och 2.4 *Särskilt om diskriminering av hivinfekterade* har utredningen, enligt min åsikt, inte i tillräcklig grad beaktat konsekvenserna för det hivförebyggande arbetet av den nuvarande och den föreslagna smittskyddslagstiftningen.

I direktiven för hiv/aids-utredningen anger regeringen bland annat att utredningen i sitt arbete skall uppmärksamma utsatta gruppers situation och behov av riktade förebyggande insatser och särskilt stöd. I uppdraget har dessutom ingått att belysa förutsättningarna för att nå ut med information till berörda grupper och att påverka deras beteenden. Utredningen har också haft att beakta betydelsen av aktuella samhällsförändringar för möjligheterna att bekämpa hiv/aids.

Smittskyddslagens (såväl nuvarande som kommande) bestämmelser om tvångsåtgärder har hög relevans för dessa tre aspekter av hivprevention och stöd. Oavsett lagstiftarens intentioner kan man inte bortse från följderna av att homo- och bisexuella män, såväl hivpositiva som hivnegativa, i första hand upplever lagen som hotande och diskriminerande. (Jag berör här inte andra särskilt utsatta grupper.) Faktiska tvångsåtgärder eller (upplevt) hot om tvångsåtgärder tillsammans med den stränga tillämpningen av brottsbalken i rättsaker rörande "hivbrott", med jämförelsevis långa straff och höga skadestånd, bidrar till människors känsla av otrygghet. Detta är ett faktum som måste tas i beaktande i utformningen av det hivförebyggande arbetet.

Av material, bland annat presenterat för, och i resmissvaren till, 1996 års smittskyddskommitté (SOU 1999:51), framgår att en alltför restriktiv lagstiftning kan vara kontraproduktiv för det hivförebyggande arbetet. Exempel på detta är minskat förtroende för sjukvården och minskad testningsfrekvens. Plikten att informera om

positiv hivstatus kan också invagga i falsk trygghet: ”han säger inget, alltså är han hivnegativ...”.

Med anledning av detta skulle jag ha velat se att utredningens skrivningar kring förslaget ”att Socialstyrelsen får i uppdrag att undersöka och analysera situationen för hivinfekterade” mer explicit tagit upp behovet av att undersöka och analysera hur smittskyddslagstiftningen påverkar primär- och sekundärpreventionen.

Kommittédirektiv



**Dir.
2002:68**

Samhällets insatser mot hiv/aids

Beslut vid regeringssammanträde den 16 maj 2002.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids. Utredarens huvuduppgift skall vara att lämna förslag till en nationell handlingsplan i syfte att begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids. Utredaren bör i sitt arbete utgå från den deklaration som år 2001 antogs vid den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling.

Uppdraget skall omfatta insatser för att förebygga spridning av hiv/aids, stödjade män och kvinnor som lever med sjukdomen och stimulera till en öppen, tolerant och realistisk syn på orsaker till och konsekvenser av hiv/aids.

Utredaren skall bl.a.

- göra en genomgång av spridningen av hiv/aids och de insatser som vidtas av myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer för att förebygga smittspridning och för att stödja smittade,
- utvärdera de insatser som vidtas inom ramen för de särskilda statliga medel som avsatts för insatser mot hiv/aids,
- uppmärksamma utsatta gruppers situation och behov av riktade förebyggande insatser och särskilt stöd,
- belysa situationen för den allt större grupp som lever med hiv/aids och då särskilt problemen med biverkningar och resistensutveckling,
- fästa särskild vikt vid åtgärder för att förhindra att barn smittas och för att stödja barn som är smittbärare,

- belysa hur kunskaperna om och attityderna till hiv/aids har förändrats hos befolkningen och vilka effekter som det har medfört på människors beteende,
- ta fasta på aktuella samhällsförändringars och särskilt det ökade informationsflödets betydelse för möjligheterna att bekämpa hiv/aids,
- göra jämförelser med utvecklingen av epidemin i jämförbara länder och väga in de erfarenheter man där gjort i de förslag som lämnas,
- lämna förslag till framtida inriktning av anslaget 14:1 Insatser mot aids under utgiftsområde 9 och till hur anslaget skall administreras, och
- lämna förslag till hur uppföljningen och utvärderingen av samhällets insatser mot hiv/aids skall förbättras och till hur samverkan mellan statliga myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer skall stärkas.

Bakgrund

Spridningen av hiv/aids

Den globala spridningen av hiv/aids utgör ett snabbt växande socialt och ekonomiskt problem. FN:s samlade program mot hiv/aids i världen (UNAIDS) uppskattar att över 40 miljoner människor levde med hivinfektion i slutet av år 2001 och att antalet nysmittade människor årligen överskrider 5 miljoner. Av dessa nysmittade människor är ca 2 miljoner kvinnor och ca 800 000 barn under 15 år. De trender som kan ses när det gäller utbredningen av hiv/aids i världen är att det finns tecken på en snabb ökning av antalet fall såväl i vissa länder i Asien som i vissa delar av Östeuropa. Emellertid syns tecken på att spridningen av hivinfektion minskat i länder som är hårt drabbade men där man aktivt satsat på förebyggande insatser, bl.a. Uganda och Thailand. Vidare förefaller förekomsten av nya fall av hiv/aids minska eller stabiliseras i vissa andra regioner, som t.ex. i de nordeuropeiska länderna, i Australien och Nya Zeeland samt i USA.

I jämförelse med många andra länder har spridningen av hiv/aids i Sverige kunnat hållas på låg nivå. Antalet anmälda fall av hivinfektion har varit relativt konstant i flera år. Antalet anmälningar har sedan år 1994 legat på knappt 250 fall årligen. Under år 2001 rappor-

terades 277 nya fall av hiv (169 män och 108 kvinnor), vilket är en ökning med 14 procent i förhållande till året innan. Det finns dock ingen entydig förklaring till ökningen. Tvärtom är ökningen fördelad över alla smittvägar utom homosexuell smittväg. Inga tecken syns heller på att sjukdomen sprids i allt yngre åldrar. Mest påtaglig har ökningen hittills varit i gruppen intravenösa missbrukare. Denna ökning av antalet nyupptäckta fall beror dock till en del på intensifierad provtagning i den gruppen. Det rör sig alltså om personer som kan ha varit smittade länge men vars smittbärarskap upptäckts först nu.

Liksom för hiv skedde under den första halvan av 1990-talet en kraftig minskning av antalet fall av sexuellt överförbara sjukdomar som syfilis, gonorré och klamydia. Sedan dess har situationen försämrats. Den framgång i minskad sjuklighet som vunnits under första halvan av 1990-talet hade år 2001 till stor del suddats ut. Ökningen av antalet nyupptäckta hivfall i kombination med ökningen av antalet fall av sexuellt överförbara sjukdomar är ett trendbrott som måste tas på största allvar.

Förebyggande insatser

De effektivaste åtgärderna mot smittspridning är vanligen dels preventiva insatser såsom information om smittvägar och om vilka skyddsåtgärder den enskilde kan vidta dels medicinsk behandling för redan smittade personer. Förebyggande insatser av olika slag omfattar såväl information och rådgivning som olika insatser som har till syfte att hindra att den enskilde får en smittsam sjukdom. Kunskaper om smittvägar och åtgärder för att förhindra smittspridning är en förutsättning för att såväl smittade som osmittade personer skall kunna ta sitt ansvar för att förhindra smittspridning.

Landstinget har enligt smittskyddslagen (1988:1472) ansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstinget. Undantag gäller för åtgärder som riktar sig mot objekt och djur för vilka kommunerna och vissa nationella myndigheter har ansvaret. Smittskyddsläkaren har det övergripande ansvaret för smittskyddet inom det område där han eller hon verkar. Smittskyddsläkaren skall planera, organisera och leda smittskyddet samt verka för effektivitet, samordning och likformighet. De konkreta smittskyddsåtgärderna vidtas i första hand av behandlande läkare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal. En stor del av insatserna som riktas mot narko-

tikamissbrukare genomförs inom missbrukarvården och kriminalvården. De särskilda ungdomsmottagningarna har en viktig funktion att nå ut med information och åtgärder till unga. Betydande insatser för att förebygga smittspridning vidtas också bl.a. inom skolan och av frivilligorganisationer.

Det förebyggande arbetet mot smittsamma sjukdomar har en lång tradition i Sverige. De primärpreventiva åtgärderna består främst av information och de sekundärpreventiva bl.a. av smittspårning och behandling av smittade. När förekomsten av hivinfektion blev känd i landet vidtogs snabbt en rad åtgärder för att begränsa smittspridningen. En särskild delegation, Aids-delegationen (S 1985:B), inrättades med uppgift att bedöma behovet av och initiera information till olika grupper, att följa och initiera angelägen forskning samt att bedöma och påtala behov av omedelbara åtgärder. Aids-delegationen avslutade sitt arbete år 1992 och arbetsuppgifterna fördes över till det då nybildade Folkhälsoinstitutet.

Information, rådgivning och provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar sker på många öppenvårdsmottagningar. Ett av syftena med rådgivningen vid behandlingsbara sexuellt överförbara sjukdomar är att patienterna skall förstå hur de skall skydda sig i framtiden så att de inte återinsjuknar. Många landsting har särskilda enheter för behandling av sexuellt överförbara sjukdomar. Åtgärder för att förebygga hivinfektion sker även på infektionsklinikerna, där en stor del av hivtesterna utförs. Vid vissa infektionskliniker finns mottagningar med särskild inriktning på hiv/aids. Det finns även andra särskilda mottagningar som arbetar med prevention av hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar, t.ex. ungdomsmottagningar, särskilda mottagningar för män som har sex med män och för narkotikamissbrukare. I kommuner ges information om sexuellt överförbara sjukdomar genom bl.a. sex- och samlevnadsundervisningen i skolorna.

Frivilligorganisationer har en viktig roll inom det preventiva arbetet mot hiv/aids. Organisationerna har speciella möjligheter att nå sina målgrupper och de kan arbeta på ett friare sätt än vad myndigheter har möjlighet till. Sådana frivilligorganisationer stöds av statliga medel som disponeras av Statens folkhälsoinstitut. De tre organisationer som får mest stöd är Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) och Stiftelsen Noaks Ark-Röda korset (Noaks Ark). Det finns även ett antal frivilligorganisationer med särskild inriktning på att stödja hivpositiva. Riksförbundet för hivpositiva (RFHP) är en paraply-

organisation för sex självhjälpgrupper och föreningar för hivpositiva. Invandrarnas egna organisationer och föreningar spelar en viktig roll i arbetet med att nå ut med information bland invandrargrupper. Frivilligorganisationer som riktar sig till narkotikamissbrukare stöds ekonomiskt via de medel som Socialstyrelsen disponerar för organisationer på narkotikaområdet. En sådan organisation är Convictus som är en stödorganisation för hivpositiva missbrukare.

Utvecklade behandlingsmöjligheter

För ett decennium sedan var förekomsten av hivinfektion ett ganska nytt fenomen och de närmare kunskaperna om såväl sjukdomen som de epidemiologiska förhållandena var begränsade. En betydande del av forskningen kring hivinfektion och aids har ägnats åt att ta fram effektiva behandlingsmetoder. Fram till år 1987 tog vården främst sikte på behandling för att lindra de hivrelaterade sjukdomarna. Det första hivläkemedlet, AZT, godkändes i Sverige år 1987. Härefter har utvecklingen gått snabbt när det gäller tillgången på mer effektiva mediciner.

Sedan år 1995 tillämpas i Sverige regelmässigt en behandling där olika hivläkemedel kombineras. Kombinationsbehandlingen har visat sig ha goda resultat när det gäller att förhindra utvecklingen av aids. Enligt de anmälningar som görs till Smittskyddsinstitutet har antalet nya fall av aids minskat från 198 fall år 1995 till 47 fall år 2001. På dessa sju år har alltså antalet nya aidsfall sjunkit med tre fjärdedelar. Behandlingsmetoderna har också medfört att antalet aidssjuka som avlidit till följd av sjukdomen har minskat kraftigt.

Det har visats att kombinationsbehandlingen lett till minskade virusnivåer i blodet. Emellertid vet man inte hur smittsamheten påverkas och långtidseffekterna av behandlingen är ännu okända. Även om det inte anses troligt att kombinationsbehandlingen kan bota hivinfektion finns det i dag hopp om att behandlingen skall medföra att sjukdomen för många kan förvandlas till en kronisk sjukdom.

Behandlingen är emellertid inte problemfri. Vissa patienter har trots behandling haft stigande virusnivåer och det finns risk för resistensutveckling, dvs. att viruset utvecklar motståndskraft mot läkemedlen. Nu börjar det dessutom stå klart att problemen med biverkningar är betydande. Vidare ställer behandlingen stora krav

på den enskilde patienten genom mycket strikta rutiner vid medicinerings.

Pågående översyn av smittskyddslagstiftningen

De huvudsakliga bestämmelserna om åtgärder för att förhindra spridning av hiv/aids finns i smittskyddslagen och smittskyddsförordningen (1989:301). Bestämmelser med anknytning till smittskydd och hiv/aids finns även i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), sekretesslagen (1980:100), lagen (1987:375) om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter, lagen (1988:1473) om undersökning beträffande HIV-smitta i brottmål och förordningen (1986:198) om provtagning för infektion av HIV.

En utvärdering av det svenska smittskyddet med tonvikt på smittskyddslagen och övriga författningar har genomförts av en parlamentarisk kommitté, 1996 års Smittskyddskommitté. I kommitténs slutbetänkande Smittskydd, samhälle och individ (SOU 1999:51) föreslås en ny smittskyddslag och en rad förändringar i andra författningar som rör smittskyddet. I betänkandet görs bl.a. en kartläggning och utvärdering av olika åtgärder för att förhindra smittspridning samt en analys av frågor som rör rättsäkerhet för den enskilde. I betänkandet föreslås bl.a. att särregleringen av hiv/aids skall upphöra, att större vikt skall läggas vid förebyggande insatser på frivillig väg, att det skall tydliggöras att ett ansvar för att förhindra smittspridning ligger både på smittade och på osmittade, att möjligheterna att besluta om tvångsisolering skall regleras tydligare samt att lagen om förbud mot s.k. bastuklubbar och andra liknande verksamheter skall avskaffas. Betänkandet har remissbehandlats. På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen dessutom inkommit med vissa kompletteringar till förslagen i betänkandet. I syfte att ytterligare förbättra smittskyddet i landet avser regeringen att presentera en proposition med förslag till ny smittskyddslag.

Befintliga statliga insatser

Sedan mitten av 1980-talet har regeringen avsatt särskilda medel för hivpreventivt arbete. Medlen disponeras för närvarande av Statens folkhälsoinstitut. För år 2002 uppgår anslaget till drygt 58 miljoner kronor. Institutet skall samverka med andra aktörer och stimulera

till regionala och lokala aktiviteter. En del av anslaget går till förebyggande projekt i landsting och kommuner. Projekten är ofta riktade mot viktiga målgrupper som ungdomar, män som har sex med män, invandrare och flyktingar samt hivpositiva och deras närstående.

Särskilda medel från anslaget 99:2 Särskilda insatser i vissa kommuner och landsting under utgiftsområde 25 har därutöver tillfälligt beviljats sedan år 1998 för hivpreventivt arbete i storstadsregionerna. De särskilda medlen har under perioden 1999–2002 betalats ut med sammanlagt 84 miljoner kronor årligen.

En stor del av de statliga insatserna i fråga om hiv/aids sker inom ramen för statliga myndigheters instruktionsenliga uppgifter. Socialstyrelsen har ansvar för tillsynen över smittskyddet i landet och får med stöd av smittskyddslagen och smittskyddsförordningen meddela föreskrifter om frågor inom smittskyddet. I Socialstyrelsens ansvar ingår även bl.a. tillsynen över hälso- och sjukvården i landet. Smittskyddsinstitutet har till uppgift att vara nationellt expertorgan på smittskyddsområdet och skall bl.a. i denna roll följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt, föreslå åtgärder för en effektiv funktion av landets smittskydd och bedriva forskning och metodutveckling. Statens folkhälsoinstitut har till uppgift att svara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet och att vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området. Läkemedelsverket ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel och vissa andra produkter som med hänsyn till egenskaper eller användning står läkemedel nära.

Statens folkhälsoinstitut har haft regeringens uppdrag att ta fram ett förslag till nationell handlingsplan för prevention av hiv/aids och sexuellt överförbara sjukdomar. Institutet överlämnade sitt förslag till departementet i september 2000. Under år 2001 har Statens folkhälsoinstitut haft i uppdrag att med utgångspunkt i den nationella handlingsplanen inleda ett utvecklingsarbete av preventionen av hiv/aids och sexuellt överförbara sjukdomar i landet. En samrådsgrupp har bildats med institutet som sammankallande och med Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarföreningen och Landstingsförbundet som övriga deltagande som ett led i att genomföra detta uppdrag. En redovisning av hur arbetet bedrivits överlämnades till regeringen i december 2001. Att samverkan mellan dessa aktörer på detta sätt har stärkts har redan lett till förbättrade förutsättningar att förhindra nya hivfall.

Vid Statens folkhälsoinstitut bedrivs arbetet i aidsprogrammet för närvarande i projektform. Skälet till detta är att aidsprogrammet har en annan inriktning än den roll och de uppgifter som myndigheten fått i och med ombildningen. I propositionen Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter (prop. 2000/01:99) konstaterar regeringen att anslaget 14:1 Insatser mot aids under utgiftsområde 9 skall ligga kvar på institutet tills vidare. Samtidigt konstateras att det finns flera tänkbara alternativ i fråga om hur anslaget fortsättningsvis skall administreras.

Internationellt samarbete

Den globala spridningen av hiv/aids har under senare år kommit att uppmärksammas på högsta politiska nivå såväl inom FN-systemet som i andra internationella organ. Fram till mitten av 1990-talet hade WHO huvudansvaret för bekämpningen av hiv/aids genom sitt globala aidsprogram. År 1996 bildades ett övergripande FN-organ, UNAIDS, i syfte att förbättra samordningen inom FN-systemet. I FN:s millenniedeklaration från år 2000 slås det fast att ett av de så kallade millennieutvecklingsmålen skall vara att bekämpa hiv/aids, malaria och andra sjukdomar.

År 2001 hölls en särskild session om hiv/aids i FN:s generalförsamling. Vid denna session ställde sig ledare från alla världens länder bakom en deklARATION om behovet av omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av hiv/aids. I deklARATIONEN framhölls bl.a. att insatser för att förebygga smittspridning är det enda sätt på vilket epidemin kan stoppas. Samtidigt måste de smittade ges vård, stöd och behandling och deras mänskliga rättigheter säkerställas. Särskilt viktigt är det att minska utsatta människors sårbarhet. Det konstaterades att det behövs nationella sektorsövergripande handlingsplaner mot hiv/aids för att kunna möta dessa utmaningar. Vid sessionen i FN beslutades även att en global hälsofond skall skapas i syfte att förhindra den globala spridningen av hiv/aids men även spridning av tuberkulos och malaria. I januari 2002 konstituerades den globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria (GFATM) med sekretariat i Geneve.

Nya förutsättningar för insatser mot hiv/aids

Tjugo år efter det att hiv/aids upptäcktes har sjukdomen globalt fått en spridning som vida överstiger de farhågor som då fanns. Det finns i dag behov av omedelbara insatser på samtliga samhällsnivåer och i alla världens länder för att man skall kunna begränsa den globala spridningen av sjukdomen och dess sociala och ekonomiska konsekvenser. Sverige måste ta sin del av det globala ansvaret genom att ställa kunskap och erfarenheter till förfogande i det internationella arbetet i kampen mot hiv/aids. Deklarationen i FN handlar dock inte enbart om utvecklingsländerna. Även i Sverige där de hiv-preventiva insatserna varit framgångsrika finns det skäl att följa upp FN:s deklARATION med beslut på nationell nivå för att säkerställa att det även i framtiden skall finnas en fungerande nationell politik.

Grunden för att bekämpa hiv/aids är alltså insatser för att förebygga smittspridning. Förebyggande insatser mot hiv/aids måste präglas av långsiktighet och bredd. Varje ny generation måste få information om riskbeteenden och om hur man skyddar sig mot att smittas. Detta kräver en väl fungerande och fortlöpande uppbyggnad av kunskap om hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Samtidigt har situationen i viss mån förändrats sedan sjukdomen för tjugo år sedan upptäcktes. Kunskaperna hos befolkningen om hiv/aids och dess spridningsvägar har avsevärt förbättrats, vilket bl.a. lett till att rädslan för sjukdomen har minskat. Förbättrade behandlingsmetoder har gett sjukdomen en mer kronisk karaktär samtidigt som problem uppmärksammas i fråga om biverkningar och resistensutveckling till följd av läkemedelsbehandlingen. En allt större grupp av människor lever i dag med hiv/aids, vilket ställer krav på fungerande insatser för att stödja denna grupp. Det finns också anledning att arbeta för en förändring av synen på hiv/aids så att den blir mer realistisk, tolerant och öppen. Sammantaget medför dessa förändringar att det finns behov av att på nationell nivå göra en samlad översyn av samhällets insatser för att bekämpa hiv/aids.

Uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att göra en samlad översyn av samhällets insatser mot hiv/aids. Utredarens huvuduppgift skall vara att lämna förslag till en nationell handlingsplan i syfte att

begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids. Utredaren bör i sitt arbete utgå från den deklARATION som år 2001 antogs vid den särskilda sessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling.

Uppdraget skall omfatta insatser för att förebygga spridning av hiv/aids, stödja de män och kvinnor som lever med sjukdomen och stimulera till en öppen, tolerant och realistisk syn på orsaker till och konsekvenser av hiv/aids. I de fall det finns kopplingar mellan hiv/aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar och blodsmittor eller mellan hiv/aids och frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa skall utredaren även behandla sådana kopplingar. Uppdraget skall genomföras med beaktande av skillnader mellan könen, i sexuell läggning och i etniskt ursprung.

I uppdraget ingår att göra en genomgång av spridningen av hiv/aids och de insatser som vidtas av myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer för att förebygga smittspridning och för att stödja smittade. Utredaren skall särskilt utvärdera de insatser som vidtas inom ramen för de särskilda statliga medel som avsatts för insatser mot hiv/aids. Utredaren skall uppmärksamma utsatta gruppers situation och behov av riktade förebyggande insatser och särskilt stöd. Situationen för den allt större grupp som lever med hiv/aids och då särskilt problemen med biverkningar och resistensutveckling skall belysas. Särskild vikt skall fästas vid åtgärder för att förhindra att barn smittas och för att stödja barn som är smittbärare. I uppdraget ingår också att belysa hur kunskaperna om och attityderna till hiv/aids har förändrats hos befolkningen samt vilka effekter som det har medfört på människors beteende. Utredaren skall vidare belysa förutsättningarna för att nå ut med information till berörda grupper och att påverka deras beteenden.

Förslaget till nationell handlingsplan bör utgå från samhällets samlade insatser när det gäller hiv/aids och det ansvar som enligt befintliga författningar åvilar myndigheter, landsting, kommuner och andra aktörer. Utredaren bör i första hand utgå från de statliga insatserna och hur de kan bidra till att stärka samhällets samlade insatser mot hiv/aids. Utredaren skall även uppmärksamma den roll som frivilligorganisationer har i det förebyggande och stödjande arbetet.

Mot bakgrund av ovanstående skall utredaren lämna förslag till framtida inriktning av anslaget 14:1 Insatser mot aids under utgiftsområde 9 och till hur anslaget skall administreras. Utredaren skall även lämna förslag till hur uppföljningen och utvärderingen av samhällets insatser mot hiv/aids skall förbättras och till hur samverkan

mellan statliga myndigheter, landsting, kommuner och frivilligorganisationer skall stärkas. I uppdraget ingår att samverka med berörda myndigheter, landsting, kommuner samt frivilligorganisationer.

Utredaren skall ta fasta på aktuella samhällsförändringars och särskilt det ökade informationsflödets betydelse för möjligheterna att bekämpa hiv/aids. Utredaren skall särskilt belysa hur myndigheter, kommuner, landsting och andra aktörer lämpligast når ut med information till berörda grupper.

Utredaren skall i sitt arbete utgå från att problemen med hiv/aids till sin karaktär är globalt och därför kräver internationellt samarbete för att kunna få en lösning. Utredaren skall göra jämförelser med utvecklingen av epidemin i jämförbara länder och väga in de erfarenheter man där gjort i de förslag som lämnas.

Utredarens förslag skall rymmas inom nuvarande finansiella ramar. Förslagen skall vidare utgå från den mål- och uppföljningsstruktur som gäller för styrningen i staten.

Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 31 januari 2004.

(Socialdepartementet)



General Assembly

Distr.: General
2 August 2001

Twenty-sixth special session
Agenda item 8

Resolution adopted by the General Assembly

[without reference to a Main Committee (A/S-26/L.2)]

S-26/2. Declaration of Commitment on HIV/AIDS

The General Assembly

Adopts the Declaration of Commitment on the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) annexed to the present resolution.

*8th plenary meeting
27 June 2001*

Annex

Declaration of Commitment on HIV/AIDS

“Global Crisis – Global Action”

1. We, heads of State and Government and representatives of States and Governments, assembled at the United Nations, from 25 to 27 June 2001, for the twenty-sixth special session of the General Assembly, convened in accordance with resolution 55/13 of 3 November 2000, as a matter of urgency, to review and address the problem of HIV/AIDS in all its aspects, as well as to secure a global commitment to enhancing coordination and intensification of national, regional and international efforts to combat it in a comprehensive manner;
2. Deeply concerned that the global HIV/AIDS epidemic, through its devastating scale and impact, constitutes a global emergency and one of the most formidable challenges to human life and dignity, as well as to the effective enjoyment of human rights, which undermines social and economic development throughout the world and affects all levels of society – national, community, family and individual;
3. Noting with profound concern that by the end of 2000, 36.1 million people worldwide were living with HIV/AIDS, 90 per cent in developing countries and 75 per cent in sub-Saharan Africa;
4. Noting with grave concern that all people, rich and poor, without distinction as to age, gender or race, are affected by the HIV/AIDS epidemic, further noting that

people in developing countries are the most affected and that women, young adults and children, in particular girls, are the most vulnerable;

5. Concerned also that the continuing spread of HIV/AIDS will constitute a serious obstacle to the realization of the global development goals we adopted at the Millennium Summit of the United Nations;

6. Recalling and reaffirming our previous commitments on HIV/AIDS made through:

- The United Nations Millennium Declaration, of 8 September 2000;¹
- The political declaration and further actions and initiatives to implement the commitments made at the World Summit for Social Development, of 1 July 2000;²
- The political declaration³ and further action and initiatives to implement the Beijing Declaration and Platform for Action,⁴ of 10 June 2000;
- Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, of 2 July 1999;⁵
- The regional call for action to fight HIV/AIDS in Asia and the Pacific, of 25 April 2001;
- The Abuja Declaration and Framework for Action for the fight against HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases in Africa, of 27 April 2001;
- The Declaration of the Tenth Ibero-American Summit of heads of State, of 18 November 2000;
- The Pan-Caribbean Partnership against HIV/AIDS, of 14 February 2001;
- The European Union Programme for Action: Accelerated action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the context of poverty reduction, of 14 May 2001;
- The Baltic Sea Declaration on HIV/AIDS Prevention, of 4 May 2000;
- The Central Asian Declaration on HIV/AIDS, of 18 May 2001;

7. Convinced of the need to have an urgent, coordinated and sustained response to the HIV/AIDS epidemic, which will build on the experience and lessons learned over the past 20 years;

8. Noting with grave concern that Africa, in particular sub-Saharan Africa, is currently the worst-affected region, where HIV/AIDS is considered a state of emergency which threatens development, social cohesion, political stability, food security and life expectancy and imposes a devastating economic burden, and that the dramatic situation on the continent needs urgent and exceptional national, regional and international action;

9. Welcoming the commitments of African heads of State or Government at the Abuja special summit in April 2001, particularly their pledge to set a target of

¹ See resolution 55/2.

² Resolution S-24/2, annex, sects. I and III.

³ Resolution S-23/2, annex.

⁴ Resolution S-23/3, annex.

⁵ Resolution S-21/2, annex.

allocating at least 15 per cent of their annual national budgets for the improvement of the health sector to help to address the HIV/AIDS epidemic; and recognizing that action to reach this target, by those countries whose resources are limited, will need to be complemented by increased international assistance;

10. Recognizing also that other regions are seriously affected and confront similar threats, particularly the Caribbean region, with the second-highest rate of HIV infection after sub-Saharan Africa, the Asia-Pacific region where 7.5 million people are already living with HIV/AIDS, the Latin American region with 1.5 million people living with HIV/AIDS and the Central and Eastern European region with very rapidly rising infection rates, and that the potential exists for a rapid escalation of the epidemic and its impact throughout the world if no specific measures are taken;

11. Recognizing that poverty, underdevelopment and illiteracy are among the principal contributing factors to the spread of HIV/AIDS, and noting with grave concern that HIV/AIDS is compounding poverty and is now reversing or impeding development in many countries and should therefore be addressed in an integrated manner;

12. Noting that armed conflicts and natural disasters also exacerbate the spread of the epidemic;

13. Noting further that stigma, silence, discrimination and denial, as well as a lack of confidentiality, undermine prevention, care and treatment efforts and increase the impact of the epidemic on individuals, families, communities and nations and must also be addressed;

14. Stressing that gender equality and the empowerment of women are fundamental elements in the reduction of the vulnerability of women and girls to HIV/AIDS;

15. Recognizing that access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS is one of the fundamental elements to achieve progressively the full realization of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health;

16. Recognizing that the full realization of human rights and fundamental freedoms for all is an essential element in a global response to the HIV/AIDS pandemic, including in the areas of prevention, care, support and treatment, and that it reduces vulnerability to HIV/AIDS and prevents stigma and related discrimination against people living with or at risk of HIV/AIDS;

17. Acknowledging that prevention of HIV infection must be the mainstay of the national, regional and international response to the epidemic, and that prevention, care, support and treatment for those infected and affected by HIV/AIDS are mutually reinforcing elements of an effective response and must be integrated in a comprehensive approach to combat the epidemic;

18. Recognizing the need to achieve the prevention goals set out in the present Declaration in order to stop the spread of the epidemic, and acknowledging that all countries must continue to emphasize widespread and effective prevention, including awareness-raising campaigns through education, nutrition, information and health-care services;

19. Recognizing that care, support and treatment can contribute to effective prevention through an increased acceptance of voluntary and confidential counselling and testing, and by keeping people living with HIV/AIDS and vulnerable groups in close contact with health-care systems and facilitating their access to information, counselling and preventive supplies;
20. Emphasizing the important role of cultural, family, ethical and religious factors in the prevention of the epidemic and in treatment, care and support, taking into account the particularities of each country as well as the importance of respecting all human rights and fundamental freedoms;
21. Noting with concern that some negative economic, social, cultural, political, financial and legal factors are hampering awareness, education, prevention, care, treatment and support efforts;
22. Noting the importance of establishing and strengthening human resources and national health and social infrastructures as imperatives for the effective delivery of prevention, treatment, care and support services;
23. Recognizing that effective prevention, care and treatment strategies will require behavioural changes and increased availability of and non-discriminatory access to, inter alia, vaccines, condoms, microbicides, lubricants, sterile injecting equipment, drugs, including anti-retroviral therapy, diagnostics and related technologies, as well as increased research and development;
24. Recognizing also that the cost, availability and affordability of drugs and related technology are significant factors to be reviewed and addressed in all aspects and that there is a need to reduce the cost of these drugs and technologies in close collaboration with the private sector and pharmaceutical companies;
25. Acknowledging that the lack of affordable pharmaceuticals and of feasible supply structures and health systems continues to hinder an effective response to HIV/AIDS in many countries, especially for the poorest people, and recalling efforts to make drugs available at low prices for those in need;
26. Welcoming the efforts of countries to promote innovation and the development of domestic industries consistent with international law in order to increase access to medicines to protect the health of their populations, and noting that the impact of international trade agreements on access to or local manufacturing of essential drugs and on the development of new drugs needs to be evaluated further;
27. Welcoming the progress made in some countries to contain the epidemic, particularly through: strong political commitment and leadership at the highest levels, including community leadership; effective use of available resources and traditional medicines; successful prevention, care, support and treatment strategies; education and information initiatives; working in partnership with communities, civil society, people living with HIV/AIDS and vulnerable groups; and the active promotion and protection of human rights; and recognizing the importance of sharing and building on our collective and diverse experiences, through regional and international cooperation including North-South, South-South and triangular cooperation;
28. Acknowledging that resources devoted to combating the epidemic both at the national and international levels are not commensurate with the magnitude of the problem;

29. Recognizing the fundamental importance of strengthening national, regional and subregional capacities to address and effectively combat HIV/AIDS and that this will require increased and sustained human, financial and technical resources through strengthened national action and cooperation and increased regional, subregional and international cooperation;
30. Recognizing that external debt and debt-servicing problems have substantially constrained the capacity of many developing countries, as well as countries with economies in transition, to finance the fight against HIV/AIDS;
31. Affirming the key role played by the family in prevention, care, support and treatment of persons affected and infected by HIV/AIDS, bearing in mind that in different cultural, social and political systems various forms of the family exist;
32. Affirming that beyond the key role played by communities, strong partnerships among Governments, the United Nations system, intergovernmental organizations, people living with HIV/AIDS and vulnerable groups, medical, scientific and educational institutions, non-governmental organizations, the business sector including generic and research-based pharmaceutical companies, trade unions, the media, parliamentarians, foundations, community organizations, faith-based organizations and traditional leaders are important;
33. Acknowledging the particular role and significant contribution of people living with HIV/AIDS, young people and civil society actors in addressing the problem of HIV/AIDS in all its aspects, and recognizing that their full involvement and participation in the design, planning, implementation and evaluation of programmes is crucial to the development of effective responses to the HIV/AIDS epidemic;
34. Further acknowledging the efforts of international humanitarian organizations combating the epidemic, including the volunteers of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies in the most affected areas all over the world;
35. Commending the leadership role on HIV/AIDS policy and coordination in the United Nations system of the Programme Coordinating Board of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); and noting its endorsement in December 2000 of the Global Strategy Framework on HIV/AIDS, which could assist, as appropriate, Member States and relevant civil society actors in the development of HIV/AIDS strategies, taking into account the particular context of the epidemic in different parts of the world;
36. Solemnly declare our commitment to address the HIV/AIDS crisis by taking action as follows, taking into account the diverse situations and circumstances in different regions and countries throughout the world;

Leadership

Strong leadership at all levels of society is essential for an effective response to the epidemic

Leadership by Governments in combating HIV/AIDS is essential and their efforts should be complemented by the full and active participation of civil society, the business community and the private sector

Leadership involves personal commitment and concrete actions

At the national level

37. By 2003, ensure the development and implementation of multisectoral national strategies and financing plans for combating HIV/AIDS that address the epidemic in forthright terms; confront stigma, silence and denial; address gender and age-based dimensions of the epidemic; eliminate discrimination and marginalization; involve partnerships with civil society and the business sector and the full participation of people living with HIV/AIDS, those in vulnerable groups and people mostly at risk, particularly women and young people; are resourced to the extent possible from national budgets without excluding other sources, *inter alia*, international cooperation; fully promote and protect all human rights and fundamental freedoms, including the right to the highest attainable standard of physical and mental health; integrate a gender perspective; address risk, vulnerability, prevention, care, treatment and support and reduction of the impact of the epidemic; and strengthen health, education and legal system capacity;

38. By 2003, integrate HIV/AIDS prevention, care, treatment and support and impact-mitigation priorities into the mainstream of development planning, including in poverty eradication strategies, national budget allocations and sectoral development plans;

At the regional and subregional level

39. Urge and support regional organizations and partners to be actively involved in addressing the crisis; intensify regional, subregional and interregional cooperation and coordination; and develop regional strategies and responses in support of expanded country-level efforts;

40. Support all regional and subregional initiatives on HIV/AIDS including: the International Partnership against AIDS in Africa (IPAA) and the ECA-African Development Forum African Consensus and Plan of Action: Leadership to overcome HIV/AIDS; the Abuja Declaration and Framework for Action for the fight against HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases in Africa; the CARICOM Pan-Caribbean Partnership against HIV/AIDS; the ESCAP regional call for action to fight HIV/AIDS in Asia and the Pacific; the Baltic Sea Initiative and Action Plan; the Horizontal Technical Cooperation Group on HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean; and the European Union Programme for Action: Accelerated action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis in the context of poverty reduction;

41. Encourage the development of regional approaches and plans to address HIV/AIDS;

42. Encourage and support local and national organizations to expand and strengthen regional partnerships, coalitions and networks;

43. Encourage the United Nations Economic and Social Council to request the regional commissions, within their respective mandates and resources, to support national efforts in their respective regions in combating HIV/AIDS;

At the global level

44. Support greater action and coordination by all relevant organizations of the United Nations system, including their full participation in the development and

implementation of a regularly updated United Nations strategic plan for HIV/AIDS, guided by the principles contained in the present Declaration;

45. Support greater cooperation between relevant organizations of the United Nations system and international organizations combating HIV/AIDS;

46. Foster stronger collaboration and the development of innovative partnerships between the public and private sectors, and by 2003 establish and strengthen mechanisms that involve the private sector and civil society partners and people living with HIV/AIDS and vulnerable groups in the fight against HIV/AIDS;

Prevention

Prevention must be the mainstay of our response

47. By 2003, establish time-bound national targets to achieve the internationally agreed global prevention goal to reduce by 2005 HIV prevalence among young men and women aged 15 to 24 in the most affected countries by 25 per cent and by 25 per cent globally by 2010, and intensify efforts to achieve these targets as well as to challenge gender stereotypes and attitudes, and gender inequalities in relation to HIV/AIDS, encouraging the active involvement of men and boys;

48. By 2003, establish national prevention targets, recognizing and addressing factors leading to the spread of the epidemic and increasing people's vulnerability, to reduce HIV incidence for those identifiable groups, within particular local contexts, which currently have high or increasing rates of HIV infection, or which available public health information indicates are at the highest risk of new infection;

49. By 2005, strengthen the response to HIV/AIDS in the world of work by establishing and implementing prevention and care programmes in public, private and informal work sectors, and take measures to provide a supportive workplace environment for people living with HIV/AIDS;

50. By 2005, develop and begin to implement national, regional and international strategies that facilitate access to HIV/AIDS prevention programmes for migrants and mobile workers, including the provision of information on health and social services;

51. By 2003, implement universal precautions in health-care settings to prevent transmission of HIV infection;

52. By 2005, ensure: that a wide range of prevention programmes which take account of local circumstances, ethics and cultural values, is available in all countries, particularly the most affected countries, including information, education and communication, in languages most understood by communities and respectful of cultures, aimed at reducing risk-taking behaviour and encouraging responsible sexual behaviour, including abstinence and fidelity; expanded access to essential commodities, including male and female condoms and sterile injecting equipment; harm-reduction efforts related to drug use; expanded access to voluntary and confidential counselling and testing; safe blood supplies; and early and effective treatment of sexually transmittable infections;

53. By 2005, ensure that at least 90 per cent, and by 2010 at least 95 per cent of young men and women aged 15 to 24 have access to the information, education, including peer education and youth-specific HIV education, and services necessary

to develop the life skills required to reduce their vulnerability to HIV infection, in full partnership with young persons, parents, families, educators and health-care providers;

54. By 2005, reduce the proportion of infants infected with HIV by 20 per cent, and by 50 per cent by 2010, by ensuring that 80 per cent of pregnant women accessing antenatal care have information, counselling and other HIV-prevention services available to them, increasing the availability of and providing access for HIV-infected women and babies to effective treatment to reduce mother-to-child transmission of HIV, as well as through effective interventions for HIV-infected women, including voluntary and confidential counselling and testing, access to treatment, especially anti-retroviral therapy and, where appropriate, breast-milk substitutes and the provision of a continuum of care;

Care, support and treatment

Care, support and treatment are fundamental elements of an effective response

55. By 2003, ensure that national strategies, supported by regional and international strategies, are developed in close collaboration with the international community, including Governments and relevant intergovernmental organizations, as well as with civil society and the business sector, to strengthen health-care systems and address factors affecting the provision of HIV-related drugs, including anti-retroviral drugs, inter alia, affordability and pricing, including differential pricing, and technical and health-care system capacity. Also, in an urgent manner make every effort to provide progressively and in a sustainable manner, the highest attainable standard of treatment for HIV/AIDS, including the prevention and treatment of opportunistic infections, and effective use of quality-controlled anti-retroviral therapy in a careful and monitored manner to improve adherence and effectiveness and reduce the risk of developing resistance; and to cooperate constructively in strengthening pharmaceutical policies and practices, including those applicable to generic drugs and intellectual property regimes, in order further to promote innovation and the development of domestic industries consistent with international law;

56. By 2005, develop and make significant progress in implementing comprehensive care strategies to: strengthen family and community-based care, including that provided by the informal sector, and health-care systems to provide and monitor treatment to people living with HIV/AIDS, including infected children, and to support individuals, households, families and communities affected by HIV/AIDS; and improve the capacity and working conditions of health-care personnel, and the effectiveness of supply systems, financing plans and referral mechanisms required to provide access to affordable medicines, including anti-retroviral drugs, diagnostics and related technologies, as well as quality medical, palliative and psychosocial care;

57. By 2003, ensure that national strategies are developed in order to provide psychosocial care for individuals, families and communities affected by HIV/AIDS;

HIV/AIDS and human rights

Realization of human rights and fundamental freedoms for all is essential to reduce vulnerability to HIV/AIDS

Respect for the rights of people living with HIV/AIDS drives an effective response

58. By 2003, enact, strengthen or enforce, as appropriate, legislation, regulations and other measures to eliminate all forms of discrimination against and to ensure the full enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by people living with HIV/AIDS and members of vulnerable groups, in particular to ensure their access to, inter alia, education, inheritance, employment, health care, social and health services, prevention, support and treatment, information and legal protection, while respecting their privacy and confidentiality; and develop strategies to combat stigma and social exclusion connected with the epidemic;

59. By 2005, bearing in mind the context and character of the epidemic and that, globally, women and girls are disproportionately affected by HIV/AIDS, develop and accelerate the implementation of national strategies that promote the advancement of women and women's full enjoyment of all human rights; promote shared responsibility of men and women to ensure safe sex; and empower women to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality to increase their ability to protect themselves from HIV infection;

60. By 2005, implement measures to increase capacities of women and adolescent girls to protect themselves from the risk of HIV infection, principally through the provision of health care and health services, including for sexual and reproductive health, and through prevention education that promotes gender equality within a culturally and gender-sensitive framework;

61. By 2005, ensure development and accelerated implementation of national strategies for women's empowerment, the promotion and protection of women's full enjoyment of all human rights and reduction of their vulnerability to HIV/AIDS through the elimination of all forms of discrimination, as well as all forms of violence against women and girls, including harmful traditional and customary practices, abuse, rape and other forms of sexual violence, battering and trafficking in women and girls;

Reducing vulnerability

The vulnerable must be given priority in the response

Empowering women is essential for reducing vulnerability

62. By 2003, in order to complement prevention programmes that address activities which place individuals at risk of HIV infection, such as risky and unsafe sexual behaviour and injecting drug use, have in place in all countries strategies, policies and programmes that identify and begin to address those factors that make individuals particularly vulnerable to HIV infection, including underdevelopment, economic insecurity, poverty, lack of empowerment of women, lack of education, social exclusion, illiteracy, discrimination, lack of information and/or commodities for self-protection, and all types of sexual exploitation of women, girls and boys, including for commercial reasons. Such strategies, policies and programmes should

address the gender dimension of the epidemic, specify the action that will be taken to address vulnerability and set targets for achievement;

63. By 2003, develop and/or strengthen strategies, policies and programmes which recognize the importance of the family in reducing vulnerability, inter alia, in educating and guiding children and take account of cultural, religious and ethical factors, to reduce the vulnerability of children and young people by ensuring access of both girls and boys to primary and secondary education, including HIV/AIDS in curricula for adolescents; ensuring safe and secure environments, especially for young girls; expanding good-quality, youth-friendly information and sexual health education and counselling services; strengthening reproductive and sexual health programmes; and involving families and young people in planning, implementing and evaluating HIV/AIDS prevention and care programmes, to the extent possible;

64. By 2003, develop and/or strengthen national strategies, policies and programmes, supported by regional and international initiatives, as appropriate, through a participatory approach, to promote and protect the health of those identifiable groups which currently have high or increasing rates of HIV infection or which public health information indicates are at greatest risk of and most vulnerable to new infection as indicated by such factors as the local history of the epidemic, poverty, sexual practices, drug-using behaviour, livelihood, institutional location, disrupted social structures and population movements, forced or otherwise;

Children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS

Children orphaned and affected by HIV/AIDS need special assistance

65. By 2003, develop and by 2005 implement national policies and strategies to build and strengthen governmental, family and community capacities to provide a supportive environment for orphans and girls and boys infected and affected by HIV/AIDS, including by providing appropriate counselling and psychosocial support, ensuring their enrolment in school and access to shelter, good nutrition and health and social services on an equal basis with other children; and protect orphans and vulnerable children from all forms of abuse, violence, exploitation, discrimination, trafficking and loss of inheritance;

66. Ensure non-discrimination and full and equal enjoyment of all human rights through the promotion of an active and visible policy of de-stigmatization of children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS;

67. Urge the international community, particularly donor countries, civil society, as well as the private sector, to complement effectively national programmes to support programmes for children orphaned or made vulnerable by HIV/AIDS in affected regions and in countries at high risk and to direct special assistance to sub-Saharan Africa;

Alleviating social and economic impact

To address HIV/AIDS is to invest in sustainable development

68. By 2003, evaluate the economic and social impact of the HIV/AIDS epidemic and develop multisectoral strategies to address the impact at the individual, family, community and national levels; develop and accelerate the implementation of national poverty eradication strategies to address the impact of HIV/AIDS on household income, livelihoods and access to basic social services, with special focus on individuals, families and communities severely affected by the epidemic; review the social and economic impact of HIV/AIDS at all levels of society, especially on women and the elderly, particularly in their role as caregivers, and in families affected by HIV/AIDS, and address their special needs; and adjust and adapt economic and social development policies, including social protection policies, to address the impact of HIV/AIDS on economic growth, provision of essential economic services, labour productivity, government revenues, and deficit-creating pressures on public resources;

69. By 2003, develop a national legal and policy framework that protects in the workplace the rights and dignity of persons living with and affected by HIV/AIDS and those at the greatest risk of HIV/AIDS, in consultation with representatives of employers and workers, taking account of established international guidelines on HIV/AIDS in the workplace;

Research and development

With no cure for HIV/AIDS yet found, further research and development is crucial

70. Increase investment in and accelerate research on the development of HIV vaccines, while building national research capacity, especially in developing countries, and especially for viral strains prevalent in highly affected regions; in addition, support and encourage increased national and international investment in HIV/AIDS-related research and development, including biomedical, operations, social, cultural and behavioural research and in traditional medicine to improve prevention and therapeutic approaches; accelerate access to prevention, care and treatment and care technologies for HIV/AIDS (and its associated opportunistic infections and malignancies and sexually transmitted diseases), including female-controlled methods and microbicides, and in particular, appropriate, safe and affordable HIV vaccines and their delivery, and to diagnostics, tests and methods to prevent mother-to-child transmission; improve our understanding of factors which influence the epidemic and actions which address it, inter alia, through increased funding and public/private partnerships; and create a conducive environment for research and ensure that it is based on the highest ethical standards;

71. Support and encourage the development of national and international research infrastructures, laboratory capacity, improved surveillance systems, data collection, processing and dissemination, and the training of basic and clinical researchers, social scientists, health-care providers and technicians, with a focus on the countries most affected by HIV/AIDS, particularly developing countries and those countries experiencing or at risk of a rapid expansion of the epidemic;

72. Develop and evaluate suitable approaches for monitoring treatment efficacy, toxicity, side effects, drug interactions and drug resistance, and develop

methodologies to monitor the impact of treatment on HIV transmission and risk behaviours;

73. Strengthen international and regional cooperation, in particular North-South, South-South and triangular cooperation, related to the transfer of relevant technologies suitable to the environment in the prevention and care of HIV/AIDS, the exchange of experiences and best practices, researchers and research findings and strengthen the role of UNAIDS in this process. In this context, encourage ownership of the end results of these cooperative research findings and technologies by all parties to the research, reflecting their relevant contribution and dependent upon their providing legal protection to such findings; and affirm that all such research should be free from bias;

74. By 2003, ensure that all research protocols for the investigation of HIV-related treatment, including anti-retroviral therapies and vaccines, based on international guidelines and best practices, are evaluated by independent committees of ethics, in which persons living with HIV/AIDS and caregivers for anti-retroviral therapy participate;

HIV/AIDS in conflict and disaster-affected regions

Conflicts and disasters contribute to the spread of HIV/AIDS

75. By 2003, develop and begin to implement national strategies that incorporate HIV/AIDS awareness, prevention, care and treatment elements into programmes or actions that respond to emergency situations, recognizing that populations destabilized by armed conflict, humanitarian emergencies and natural disasters, including refugees, internally displaced persons, and in particular women and children, are at increased risk of exposure to HIV infection; and, where appropriate, factor HIV/AIDS components into international assistance programmes;

76. Call on all United Nations agencies, regional and international organizations, as well as non-governmental organizations involved with the provision and delivery of international assistance to countries and regions affected by conflicts, humanitarian crises or natural disasters, to incorporate as a matter of urgency HIV/AIDS prevention, care and awareness elements into their plans and programmes and provide HIV/AIDS awareness and training to their personnel;

77. By 2003, have in place national strategies to address the spread of HIV among national uniformed services, where this is required, including armed forces and civil defence forces, and consider ways of using personnel from these services who are educated and trained in HIV/AIDS awareness and prevention to assist with HIV/AIDS awareness and prevention activities, including participation in emergency, humanitarian, disaster relief and rehabilitation assistance;

78. By 2003, ensure the inclusion of HIV/AIDS awareness and training, including a gender component, into guidelines designed for use by defence personnel and other personnel involved in international peacekeeping operations, while also continuing with ongoing education and prevention efforts, including pre-deployment orientation, for these personnel;

Resources

The HIV/AIDS challenge cannot be met without new, additional and sustained resources

79. Ensure that the resources provided for the global response to address HIV/AIDS are substantial, sustained and geared towards achieving results;

80. By 2005, through a series of incremental steps, reach an overall target of annual expenditure on the epidemic of between 7 and 10 billion United States dollars in low and middle-income countries and those countries experiencing or at risk of experiencing rapid expansion for prevention, care, treatment, support and mitigation of the impact of HIV/AIDS, and take measures to ensure that the resources needed are made available, particularly from donor countries and also from national budgets, bearing in mind that resources of the most affected countries are seriously limited;

81. Call on the international community, where possible, to provide assistance for HIV/AIDS prevention, care and treatment in developing countries on a grant basis;

82. Increase and prioritize national budgetary allocations for HIV/AIDS programmes as required, and ensure that adequate allocations are made by all ministries and other relevant stakeholders;

83. Urge the developed countries that have not done so to strive to meet the targets of 0.7 per cent of their gross national product for overall official development assistance and the targets of earmarking 0.15 per cent to 0.20 per cent of gross national product as official development assistance for least developed countries as agreed, as soon as possible, taking into account the urgency and gravity of the HIV/AIDS epidemic;

84. Urge the international community to complement and supplement efforts of developing countries that commit increased national funds to fight the HIV/AIDS epidemic through increased international development assistance, particularly those countries most affected by HIV/AIDS, particularly in Africa, especially in sub-Saharan Africa, the Caribbean, countries at high risk of expansion of the HIV/AIDS epidemic and other affected regions whose resources to deal with the epidemic are seriously limited;

85. Integrate HIV/AIDS actions in development assistance programmes and poverty eradication strategies as appropriate, and encourage the most effective and transparent use of all resources allocated;

86. Call on the international community, and invite civil society and the private sector to take appropriate measures to help to alleviate the social and economic impact of HIV/AIDS in the most affected developing countries;

87. Without further delay, implement the enhanced Heavily Indebted Poor Country (HIPC) Initiative and agree to cancel all bilateral official debts of HIPC countries as soon as possible, especially those most affected by HIV/AIDS, in return for demonstrable commitments by them to poverty eradication, and urge the use of debt service savings to finance poverty eradication programmes, particularly for prevention, treatment, care and support for HIV/AIDS and other infections;

88. Call for speedy and concerted action to address effectively the debt problems of least developed countries, low-income developing countries, and middle-income

developing countries, particularly those affected by HIV/AIDS, in a comprehensive, equitable, development-oriented and durable way through various national and international measures designed to make their debt sustainable in the long term and thereby to improve their capacity to deal with the HIV/AIDS epidemic, including, as appropriate, existing orderly mechanisms for debt reduction, such as debt swaps for projects aimed at the prevention, care and treatment of HIV/AIDS;

89. Encourage increased investment in HIV/AIDS-related research nationally, regionally and internationally, in particular for the development of sustainable and affordable prevention technologies, such as vaccines and microbicides, and encourage the proactive preparation of financial and logistic plans to facilitate rapid access to vaccines when they become available;

90. Support the establishment, on an urgent basis, of a global HIV/AIDS and health fund to finance an urgent and expanded response to the epidemic based on an integrated approach to prevention, care, support and treatment and to assist Governments, inter alia, in their efforts to combat HIV/AIDS with due priority to the most affected countries, notably in sub-Saharan Africa and the Caribbean and to those countries at high risk, and mobilize contributions to the fund from public and private sources with a special appeal to donor countries, foundations, the business community, including pharmaceutical companies, the private sector, philanthropists and wealthy individuals;

91. By 2002, launch a worldwide fund-raising campaign aimed at the general public as well as the private sector, conducted by UNAIDS with the support and collaboration of interested partners at all levels, to contribute to the global HIV/AIDS and health fund;

92. Direct increased funding to national, regional and subregional commissions and organizations to enable them to assist Governments at the national, regional and subregional level in their efforts to respond to the crisis;

93. Provide the UNAIDS co-sponsoring agencies and the UNAIDS secretariat with the resources needed to work with countries in support of the goals of the present Declaration;

Follow-up

Maintaining the momentum and monitoring progress are essential

At the national level

94. Conduct national periodic reviews with the participation of civil society, particularly people living with HIV/AIDS, vulnerable groups and caregivers, of progress achieved in realizing these commitments, identify problems and obstacles to achieving progress, and ensure wide dissemination of the results of these reviews;

95. Develop appropriate monitoring and evaluation mechanisms to assist with follow-up in measuring and assessing progress, and develop appropriate monitoring and evaluation instruments, with adequate epidemiological data;

96. By 2003, establish or strengthen effective monitoring systems, where appropriate, for the promotion and protection of human rights of people living with HIV/AIDS;

At the regional level

97. Include HIV/AIDS and related public health concerns, as appropriate, on the agenda of regional meetings at the ministerial and head of State and Government level;

98. Support data collection and processing to facilitate periodic reviews by regional commissions and/or regional organizations of progress in implementing regional strategies and addressing regional priorities, and ensure wide dissemination of the results of these reviews;

99. Encourage the exchange between countries of information and experiences in implementing the measures and commitments contained in the present Declaration, and in particular facilitate intensified South-South and triangular cooperation;

At the global level

100. Devote sufficient time and at least one full day of the annual session of the General Assembly to review and debate a report of the Secretary-General on progress achieved in realizing the commitments set out in the present Declaration, with a view to identifying problems and constraints and making recommendations on action needed to make further progress;

101. Ensure that HIV/AIDS issues are included on the agenda of all appropriate United Nations conferences and meetings;

102. Support initiatives to convene conferences, seminars, workshops, training programmes and courses to follow up issues raised in the present Declaration, and in this regard encourage participation in and wide dissemination of the outcomes of the forthcoming Dakar Conference on access to care for HIV infection; the Sixth International Congress on AIDS in Asia and the Pacific; the Twelfth International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa; the Fourteenth International Conference on AIDS, Barcelona, Spain; the Tenth International Conference on People Living with HIV/AIDS, Port-of-Spain; the Second Forum and Third Conference of the Horizontal Technical Cooperation Group on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections in Latin America and the Caribbean, Havana; the Fifth International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS, Chiang Mai, Thailand;

103. Explore, with a view to improving equity in access to essential drugs, the feasibility of developing and implementing, in collaboration with non-governmental organizations and other concerned partners, systems for the voluntary monitoring and reporting of global drug prices;

We recognize and express our appreciation to those who have led the effort to raise awareness of the HIV/AIDS epidemic and to deal with its complex challenges;

We look forward to strong leadership by Governments and concerted efforts with the full and active participation of the United Nations, the entire multilateral system, civil society, the business community and private sector;

And finally, we call on all countries to take the necessary steps to implement the present Declaration, in strengthened partnership and cooperation with other multilateral and bilateral partners and with civil society.

Referenslista

I referenslistan upptas endast artiklar publicerade i periodiska tidskrifter och viss facklitteratur. Referenser till rapporter och material från myndigheter m.fl. redovisas i allmänhet direkt i löpande text.

Amundsen EJ. *HIV/AIDS-epidemiene i Norge, Danmark og Sverige blant menn som har sex med menn*. Oslo: Statens institutt for folkehelse; 1997.

Amundsen EJ, Aalen OO, Stigum H, Eskild A, Smith E, Arneborn M, Nilsen Ø, Magnus P. *Back-calculation based on HIV and AIDS registers in Denmark, Norway and Sweden 1977–95 among homosexual men: estimation of absolute rates, incidence rates and prevalence of HIV*. *Journal of Epidemiology and Biostatistics* 2000;5:233–243.

Amundsen EJ. *Aspects of HIV disease development in Denmark, Norway and Sweden*. Faculty of Medicine: University of Oslo; 2003.

Anell A. *Gömnda land – hivfrågan för narkomaner i Stockholm bortglömd*. *Perspektiv på hiv* 2001;11:653–670.

Azerkan F. *Han kom aldrig tillbaks...! Hivuppföljningsstudie av hemvändande turister med gonorré och/eller klamydiainfektion smittade i Thailand år 2001*. Smittskyddsinstitutets rapportserie nr 1; 2002.

Benotsch EG, Kalichman S, Cage M. *Men who have met sex partners via the Internet: prevalence, predictors, and implications for HIV prevention*. *Archives of Sexual Behavior* 2002;31:177–183.

Berglund T. *Hiv bland män som har sex med män i Stockholm*. *Perspektiv på hiv* 1996;4:196–200.

Berglund T, Fredlund H, Giesecke J. *Epidemiology of the Reemergence of Gonorrhoea in Sweden*. *Sexually Transmitted Diseases* 2001; 28:111–114.

- Elford J, Bolding G, Sherr L. *Seeking sex on the Internet and sexual risk behaviour among gay men using London gyms*. AIDS 2001; 15:1409–1415.
- Giesecke J. *Den svenska HIV-epidemin i backspegeln: Små kärngrupper” står för den inhemska spridningen*. Läkartidningen 1998; 95:1628–1629.
- Gustafsson B, Parment P, Ramstedt K, Wikström A. *Allt för många läkare försummar smittspårning*. Läkartidningen 2000;97:3269–3272.
- Götz H, Lindbäck J, Ripa T, Arneborn M, Ramstedt K, Ekdahl K. *Is the Increase in Notifications of Chlamydia trachomatis Infections in Sweden the Result of Changes in Prevalence, Sampling Frequency or Diagnostic Methods?* Scandinavian Journal of Infectious Diseases 2002;34:28–34.
- Hamers FF. *HIV diagnoses are increasing in the European Union*. Eurosurveillance Weekly 2003;7:48 (27 November 2003), <http://www.eurosurveillance.org>
- Hanner H. *Psyisk hälsa och ohälsa hos ungdomar 16–24 år som attraheras av personer av sitt eget kön*. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, 2002.
- Inghe G. *Socialmedicin. Del 1; metodik och sjukdomspanorama*. Esselte studium 1973.
- Jarlbrog G. *Hälsokommunikation – en introduktion*. Lund. Studentlitteratur; 1999.
- Jarlbrog G. ”Upplysning löser kanske allt? Hälsoriskbedömningar och objektiva risker”. I: Holmberg S & Weibull L (red). *Det nya samhället*. SOM-institutet: Göteborgs universitet; 2000.
- von Krogh G, Broström C, Hermanson, von Sydow M, Biberfeld G, Sandström E, Böttiger M. *The introduction of HIV during 1979–80 in a sexually active homosexual population of Stockholm*. Scandinavian Journal of Infectious Diseases 1987;19:285–288.
- Käll K. *Hivepidemin bland intravenösa missbrukare*. Perspektiv på hiv 1996;4:207–212.
- Lamprey D, Hansen T, Dorph Reit M. *Erfaringer og overvejelser i forbindelse med hiv-smitte*. Köpenhamn: AIDS Fondet; 2003.
- Landström F & Fredlund H. *Klamydiaincidensen ökar i Sverige. Brister i primärvårdens omhändertagande*. Läkartidningen 2002; 99:2950–2952.
- Palm L. *Övertalningsstrategier – att välja budskap efter utgångsläge*. Lund: Studentlitteratur; 1994.

- Ramstedt K, Karlsson AC, Lundin L, Hallhagen G, Toshach B. *Säkrare sex efter samtal inför utlandsresan; Studie av STD-patienter och deras sexuella beteende*. Läkartidningen 1996;93:789–792.
- Röndahl G, Innala S, Carlsson M. *Nursing staff and nursing students' attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing*. Journal of Advanced Nursing 2003;41:454–461.
- Stymne A (red). *Injektionsmissbrukare i Norden med hiv/aids – Omfattning, behandling, nationella strategier*. Stockholm: Nordnark 1995;2; 1995.
- Tikkanen R & Månsson S-A. *Förhandlad säkerhet och kalkylerade risker*. Institutionen för socialt arbetete: Göteborgs universitet; 1999.
- Walkey FH, Taylor AJ, Green DE. *Attitudes to AIDS: A comparative analysis of a new and negative stereotype*. Social Science Medicine 1990;30:549–552.
- Westrell M. *Venhälskohorten 1983–1993*. Lambda nordica 1997; 3:2:25–41.
- Åkerlund B, Arneborn M, Berglund T, Blystad H, Giesecke J. *Hiv-epidemin i Sverige: Därför var det så svårt att förutse utvecklingen*. Smittskydd 2003;1:4–7.
- Åsander A-S, Berglund T, Persson C, Ramstedt K. *Prevention mot hiv med kontaktsparning. Uppföljning av personer med nydiagnostiserad infektion*. Läkartidningen 1996;93:3907–3910.