



Folkhälsomyndigheten

Tio år med hivprevention i Sverige

2006–2016



Tio år med hivprevention i Sverige

2006-2016

BINDNINGAR OCH JÄV

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan beställas från:

Folkhälsomyndighetens publikationsservice,

e-post: publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se

Den kan även laddas ner från:

www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan.

Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten.

Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2017

Artikelnummer: 01517-2017

Grafisk form: ETC Kommunikation

Tryck: Taberg Media Group, Taberg, 2017

Förord

Den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar som antogs av riksdagen 2005 (proposition 2005/06:60) har varit vägledande för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i Sverige. I strategin fastställs huvudmål och delmål för hivarbetet fram till 2016. Folkhälsomyndigheten har sedan 2014 ansvaret att samordna detta arbete.

I maj 2016 gav regeringen Folkhälsomyndigheten uppdraget att se över innehåll och delmål i strategin, och vid behov föreslå uppdateringar. Uppdraget avrapporterades i mars 2017.

Denna rapport bygger på den översyn som Folkhälsomyndigheten genomförde i samband med uppdraget. I denna rapport redovisas utvärderingen av delmål, hivprevention i nationellt och internationellt folkhälsoperspektiv samt delar av det strategiska arbetet som riktades till olika preventionsgrupper i Sverige under perioden 2006–2016. I diskussionen lyfts områden som bör prioriteras i det framtida arbetet.

Mycket av innehållet i den nationella hivstrategin är fortfarande aktuellt, men nya kunskaper och erfarenheter från de senaste tio årens arbete, både nationellt och internationellt, påverkar den framtida inriktningen och prioriteringarna. Det är Folkhälsomyndighetens förhoppning att rapporten kan bidra till fördjupade strategiska diskussioner och arbetssätt som på sikt kan utveckla och effektivisera det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Ett effektivt strategiskt arbete är nödvändigt för att begränsa överföringen av hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner samt för att diskriminering och stigmatisering av personer som lever med hiv ska upphöra.

Utredarna Monica Ideström och Gunilla Rådö är ansvariga för framtagandet av rapporten. Utredare från enheten för epidemiologi och utvärdering har bistått med epidemiologiskt underlag. Louise Mannheimer är ansvarig enhetschef.

Folkhälsomyndigheten, 2017

Johan Carlson
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	8
Summary	11
Bakgrund	14
Huvudmål och delmål i den nationella hivstrategin	17
Huvudmål	18
Delmål	19
Hivprevention ur ett svenskt och internationellt folkhälsoperspektiv	25
Inledning	26
Sexuell och reproduktiv hälsa	27
Riskutsatta och marginaliserade grupper	27
Hbt-personer har sämre psykisk hälsa	28
Deklarationer och övrig internationell samverkan och samarbete	29
Hiv i Sverige	33
Allmänheten	34
Offentlig verksamhet och arbetsliv	36
Personer som lever med hiv	38
Män som har sex med män	41
Personer som injicerar droger	46
Personer med utländsk bakgrund - migranter	50
Unga och unga vuxna	54
Utlandsresenärer	60
Personer utsatta för prostitution	62
Gravida	66
Diskussion	71
Ett effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete	72
Ökad testning av hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner	74
Stigmatisering och diskriminering relaterad till hiv ska upphöra	76
En jämlik och jämställd sexuell hälsa	77
Referenser	79
Bilaga	93
Epidemiologisk utveckling för hiv, hepatit B och C, klamydia, gonorré, syfilis och tuberkulos i Sverige under perioden 2006–2015	94

Sammanfattning

Denna rapport bygger på Folkhälsomyndighetens översyn av den nationella strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60) som antogs av riksdagen 2005. Översynen omfattade de nationella himmålen, den nationella och internationella folkhälsopolitiken och situationen för strategins prioriterade nyckelgrupper utifrån epidemiologiska data och beteendevetenskapliga studier samt de insatser som genomförts under perioden 2006–2016.

Internationellt samarbete stärker det svenska arbetet. Sverige deltar i det arbete med hiv som pågår inom FN, EU men även i det regionala arbetet inom Norden och Östersjöområdet. Sverige stödjer FN:s, Världshälsoorganisationens och EU:s deklARATIONER samt rapporterar regelbundet om den svenska situationen. Hivprevention är ett globalt arbete och Sveriges internationella åtagande bidrar till att stärka det nationella arbetet.

Överföring och spridning av hiv i Sverige ligger på en låg och stabil nivå

Folkhälsomyndigheten konstaterar att antalet rapporterade fall av hiv minskade med en tredjedel under perioden 2006–2016 och att den inhemska spridningen ligger på en låg och stabil nivå. Andra sexuellt överförda infektioner såsom gonorré och syfilis har dock ökat under de senaste åren och klamydiainfektion är utbredd bland unga och unga vuxna. Hepatit C-spridningen bland personer som injicerar droger är också stor. Under den period som omfattas av rapporten fick alla som känner till att de har hiv och har kontakt med sjukvården i Sverige successivt tillgång till behandling. Idag är behandling, för flertalet, så effektiv att virusnivåerna är omätbara. År 2016 var Sverige ett av de första länderna i världen att nå UNAIDS mål: att år 2020 ska 90 procent av de som bär på hiv känna till sin diagnos, 90 procent av de med en känd hivdiagnos ska få behandling och 90 procent av dessa ska ha en väl fungerande behandling som innebär omätbara virusnivåer i blodet.

Fler behöver testa sig

Under den senaste femårsperioden har i medeltal 455 nya fall av hiv rapporterats varje år. Av dessa är 75 procent utlandsfödda, varav majoriteten smittats före ankomsten till Sverige. I Sverige liksom i övriga Europa speglar den epidemiologiska utvecklingen för hiv, och till viss del för andra sexuellt överförda infektioner, människors mobilitet.

Tidig identifiering av hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner minskar smittspridning och förbättrar hälsan hos enskilda personer. Uppmärksamhet på och erbjudande om testning behöver därför öka inom primärvården men även generellt inom hälso- och sjukvården. Erbjudande om testning med målet att upptäcka hiv så snart som möjligt efter smittotillfället utgör fortsatt ett viktigt mål.

Stigmatisering och diskriminering ska upphöra

Drygt 7 000 personer lever idag (2016) med en diagnostiserad hivinfektion i Sverige. Fortfarande förekommer rädsla, diskriminerande handlingar och fördomar mot personer som lever med hiv. För att denna diskriminering och stigmatisering ska upphöra krävs fortsatt breda kunskapshöjande insatser om den effektiva behandlingen och hur det är att leva med hiv i dag, både till allmänheten och till professioner som möter personer med hiv.

Den sexuella hälsan är inte jämlik och jämställd

Det finns en ojämlikhet i sexuell hälsa som innebär att alla inte har samma förutsättningar och möjligheter till en god sexuell hälsa. Denna ojämlikhet påverkar också rätten till kunskap för att kunna göra egna välgrundade val och ta egna beslut. Ökad jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa bör därför vara vägledande i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner.

Det finns en högre förekomst av hiv, sexuellt överförda infektioner och hepatit B och C bland dem som är risktagande, riskutsatta och marginaliserade. Det behovsanpassade hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver därför hålla en fortsatt hög nivå samt utvecklas för att risksituationer och riskbeteenden ska minska.

Strategin behöver revideras

Översynen visar att målen för hivarbetet samt mycket av det strategiska arbete som beskrivs i den nationella hivstrategin fortfarande är relevanta men att vissa revideringar kan behövas utifrån ny kunskap och de erfarenheter som tillkommit under de tio år som gått. Det behöver fortsatt vara fokus på hiv men delmålen bör också kopplas till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Preventionsgruppernas benämning, avgränsning och relevans för det framtida arbetet behöver ses över då människor kan tillhöra flera preventionsgrupper. Preventionsgrupperna är inte homogena och riskutsattheten och risktagandet varierar inom dem. Därför behövs både generella och behovsanpassade och riktade insatser. I rapporten redovisas och diskuteras ett antal strategiska nyckelområden för det framtida hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Summary

This report is based on the Public Health Agency of Sweden's review of parts of the National Strategy against HIV/AIDS and certain other infectious diseases (Government Bill 2005/06:60), which was adopted by the Swedish Parliament in 2005. The review covers the national HIV targets, national and international public health policies, and the situation concerning the strategy's prioritized key groups based on epidemiological data, behavioral science studies, and the initiatives conducted during the period 2006-2016.

International collaboration strengthens the Swedish work
Sweden is involved in the work regarding HIV in the UN, the EU, but also in the Nordic region and the Baltic Sea region. Sweden supports the declarations made by the United Nations, the World Health Organization, and the EU, and reports regularly on the Swedish situation. HIV prevention is a global work, and Sweden's international commitment contributes to strengthening the national work.

HIV transmission in Sweden is at a low and stable level

The Public Health Agency of Sweden has observed that the number of reported cases of HIV declined by one-third during the period 2006-2016, and that the domestic spread is at a low and stable level. But other sexually transmitted infections, such as gonorrhoea and syphilis, has increased in recent years, and chlamydia infection is widespread among adolescents and young adults. Transfer of Hepatitis C infection is also widespread among people injecting drugs. During the period, all individuals who were aware of the fact that they had HIV and had contact with medical care in Sweden gradually received access to effective treatment, which for the majority means that the virus levels in their blood are now undetectable. In 2016, Sweden also became one of the first countries in the world to attain the UNAIDS target – by 2020, 90 per cent of all persons living with HIV shall know about their diagnosis, 90 per cent of those with a known HIV diagnosis shall be receiving treatment, and 90 per cent of them shall have a well-functioning treatment, i.e. undetectable virus levels in their blood.

More people need to be tested

During the last five-year period, on average 455 new cases of HIV were reported every year. Of these, 75 percent were foreign born, and the large majority of these were infected prior to their arrival in Sweden. Similar to the rest of Europe, the mobility of human beings has great impact on the epidemiological trend of HIV, and to a certain extent for other sexually transmitted infections.

Early identification of HIV infection and other sexually transmitted and blood-borne infections reduces the spread of communicable diseases and improves the health of individuals. Therefore, attention to and offers of testing need to increase within primary care, but also generally within healthcare.

Stigmatization and discrimination must come to an end

In 2016, more than 7,000 people live with a diagnosed HIV infection in Sweden. There are still fears, discriminatory acts and prejudices against people living with HIV. To end, discrimination and stigmatization, continued widespread knowledge-enhancement initiatives, raised awareness on effective treatment and what living with HIV entails today are required, both for the general public and for professions who meet persons with HIV.

Sexual health lack equity and gender equality

There is an inequality in sexual health, and this is linked to the issue of equal rights and opportunities for everyone to good sexual health. This inequality also entails the entitlement to knowledge for being able to make one's own well-founded choices and decisions. Therefore, increased equality, equity and equal opportunities for sexual health should guide health promotion and prevention work on HIV and other sexually transmitted and blood-borne infections.

Furthermore, there is a higher incidence of HIV, sexually transmitted infections, and hepatitis B and C amongst them who are risk-taking, risk-exposed and marginalised. Therefore, the needs-oriented health promotion and preventive work must continue to be prioritised and maintained at a high level and developed so that risk situations and risk-taking behavior can be reduced. Everyone in society must be provided with knowledge and information about HIV and other infections so that each and every one can make well-founded choices.

The strategy needs to be revised

The review shows that the targets for the HIV work and much of the strategic work that is described in the national HIV strategy are still relevant, but that certain revisions might be needed based on new knowledge and experiences accumulated over the 10 years that have passed. Therefore, the different interim targets still needs to be focused on HIV, but should also be linked to sexual and reproductive health and rights.

The designation, demarcation, and relevance of prevention groups for the future work also need to be problematized because human beings cannot be assigned a single group affiliation. The prevention groups are not homogenous, and risk exposure and risk-taking vary within them. Therefore, both general and needs-oriented as well as targeted initiatives are required. The report presents and discusses a number of strategic key areas for future health promotion and prevention work.

Bakgrund

Det nationella samordningsuppdraget

Folkhälsomyndigheten har sedan myndigheten bildades 2014 uppdraget att samordna och följa upp det nationella arbetet samt fördela statsbidrag utifrån den nationella hivstrategin. Tidigare utfördes dessa uppgifter av Socialstyrelsen (2006–2010) och Smittskyddsinstitutet (2010–2013).

Anslaget 2:4, Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar (145,5 miljoner kronor) disponerades under strategiperioden 2006–2016 varje år av den ansvariga myndigheten. Merparten av medlen fördelades utifrån en årlig överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen, men sedan 2013 enligt förordning 2013:666 till landsting och kommuner (95 miljoner). Medel till ideella organisationer fördelades enligt förordning 2006:93 (21 miljoner). Resterande medel (29,5 miljoner) disponerades myndigheten för att samordna och följa upp insatser av nationellt intresse. Användningen av anslaget, uppnådda resultat och effekter samt i förekommande fall specifika utredningsuppdrag, rapporterades varje år till regeringen enligt myndighetens regleringsbrev.

En viktig del i myndighetens nationella samordningsuppdrag har varit att utveckla samarbete och samverkan med och mellan olika experter, myndigheter, landsting, kommuner och civila samhällets organisationer. För detta ändamål har olika forum för samarbete och samverkan liksom nätverk utvecklats samt olika kommunikations- och informationskanaler för bland annat kunskapsspridning byggts upp. Folkhälsomyndigheten har även regelbundet ordnat nationella och regionala konferenser samt utbildningar och seminarier. Möten och samråd med landsting, storstadskommuner och civila samhällets organisationer, har också skett regelbundet för att i dialog utveckla arbetet. I samband med planering av olika nationella insatser har olika aktörer bjudits in och varit delaktiga. Informationsmaterial såsom broschyrer och affischer har regelbundet tagits fram och funnits tillgängliga för alla aktörer som verkar inom hiv och STI-preventionen i hela landet. Sammantaget har detta breda arbetssätt varit positivt och bidragit till att Sverige har en gynnsam situation inför det framtida strategiska arbetet.

Folkhälsomyndighetens översyn

Folkhälsomyndigheten har på uppdrag av regeringen sett över utvecklingen under 2006–2016 när det gäller strategins delmål, folkhälsopolitiken och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riktat till strategins preventionsgrupper. I översynsarbetet har samverkan skett med civila samhällets organisationer och andra nyckelaktörer inom området som fortlöpande hade möjlighet att lämna synpunkter. Översynen bygger på epidemiologiska data, beteendevetenskapliga studier, uppföljningar och utvärderingar av aktiviteter och insatser nationellt, regionalt och lokalt. Översynen återrapporterades till regeringen den 1 mars 2017 (2).

I denna rapport redovisar Folkhälsomyndigheten resultatet av översynen och hur tio års epidemiologisk utveckling och forskning samt insatser har påverkat synen på huvudmålet och de nuvarande delmålen, de internationella åtagandena och folkhälsoperspektivet kopplat till hiv. Utifrån detta diskuteras framtida strategiska utmaningar och prioriteringar.

Rapporten berör inte samordning, arbetets organisering eller förutsättningar och resurser för arbetet då det inte ingick i regeringens uppdrag till Folkhälsomyndigheten. Området kommunikation och information ingick inte heller. Dessa områden utgör dock en viktig grund för det arbete som riktats till de olika preventionsgrupperna och kräver särskilda genomlysningar och diskussioner. Statsanslaget 2017 minskade till 75,5 miljoner och majoriteten av de medlen ska fördelas till civila samhällets organisationer nationellt, regionalt och lokalt. Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att se över hur fördelningen till ideella organisationer på regional och lokal nivå bör utformas framöver. En rapport överlämnades till regeringen den 1 maj 2017.

Epidemiologisk utveckling för hiv och andra sexuellt och blodburna infektioner samt tuberkulos i Sverige under perioden 2006–2016 redovisas i bilaga¹.

I rapporten kallas den nuvarande strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar för *den nationella hivstrategin*.

1. Ytterligare epidemiologisk statistik finns på www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/

Huvudmål
och delmål i
den nationella
hivstrategin



Huvudmål och delmål i den nationella hivstrategin

I detta kapitel redovisas en översyn av huvudmålet och de tre delmålen i den nationella hivstrategin från år 2006, det första året efter det att strategin antagits, fram till och med år 2015.

Huvudmål

Begränsa spridning av hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner samt begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde

Den inhemska spridningen av hiv ligger på en låg och stabil nivå, men på senare år ses en ökning av antalet inhemska fall av andra sexuellt överförda infektioner såsom gonorré och syfilis. Förekomsten av klamydiainfektion är utbredd bland unga och unga vuxna och det finns en stor inhemsk spridning av hepatit C bland personer som injicerar. Risktagande och riskutsatthet får konsekvenser för samhället och enskilda personer. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner behöver därför fortsatt prioriteras.

Landsting och kommuner är ansvariga för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet men samverkar ofta med civila samhällets organisationer. Arbetet sammanfaller till stor del med arbetet för sexuell och reproduktiv hälsa. Som en del av folkhälsopolitiken ska det integreras med arbetet för en god hälsa i hela befolkningen, och de övergripande målen i Agenda 2030 bör komma till uttryck (3). Alla i samhället måste nås av kunskap och information, så att var och en kan göra välgrundade val utifrån en korrekt förståelse av situationen för hiv och övriga infektioner i Sverige, Europa och övriga världen.

Globala mål och prioriterade områden för hivarbetet har lyfts i flera tidigare internationella deklARATIONER och senast i den särskilda sessionen om hiv och aids som hölls i FN i juni 2016 (4). Flera av dessa områden har också relevans för arbetet med att förebygga och minska konsekvenserna av hiv och aids i Sverige. I juni 2016 antogs målet att aidsepidemin ska vara utrotad senast 2030. FN betonade också upprätthållandet av de mänskliga

rättigheterna, ökad jämställdhet och att arbetet måste nå alla. Hiv är en global angelägenhet och det nationella arbetet bör inkludera relevanta internationella åtaganden. Utifrån det nationella arbetet och samordningen ska Sverige upprätthålla det internationella samarbetet och följa upp deklARATIONER och andra överenskommelser som rör hiv och aids. Hösten 2016 var Sverige ett av de första länderna i världen som uppnådde målet 90-90-90 som satts av UNAIDS² fram till år 2020 (5). Talen står för att 90 procent av de som bär på hiv ska känna till sin hivinfektion, att 90 procent av dem som känner till sin status får behandling och att 90 procent av dem som får behandling ska ha omätbara virusnivåer i blodet (6).

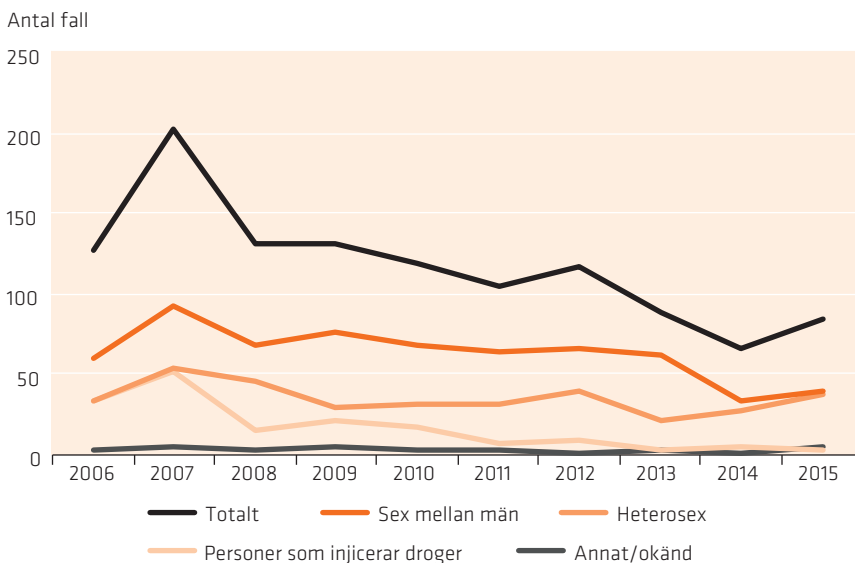
Delmål

Delmål 1: Antalet nyupptäckta fall av hivinfektion där smittöverföringen skett i Sverige ska halveras till 2016

Antalet fall av hiv, som rapporterats i SmiNet³, där smittöverföring skett i Sverige, minskade med en tredjedel mellan åren 2006 och 2015. Men överföring av hiv kan oväntat öka, vilket skedde 2007, för att sedan successivt minska igen. Den ökningen berodde på en spridning av hiv bland personer som injicerar droger och män som har sex med män (MSM). År 2007 rapporterades flest fall (n = 183) och år 2014 rapporterades lägst antal fall (n = 66). Skillnaden mellan dessa år är 117 fall, vilket är mer än en halvering.

-
2. FN:s program för arbetet med hiv och aids. The Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS)
 3. SmiNet är ett verktyg som administrerar elektroniska fallanmälningar till Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkaren i aktuellt landsting gällande smittsamma sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. All epidemiologisk data är, om inget annat anges, hämtad därifrån.

Figur 1. Antal rapporterade fall av hiv som överfördes i Sverige 2006–2015 per smittväg.



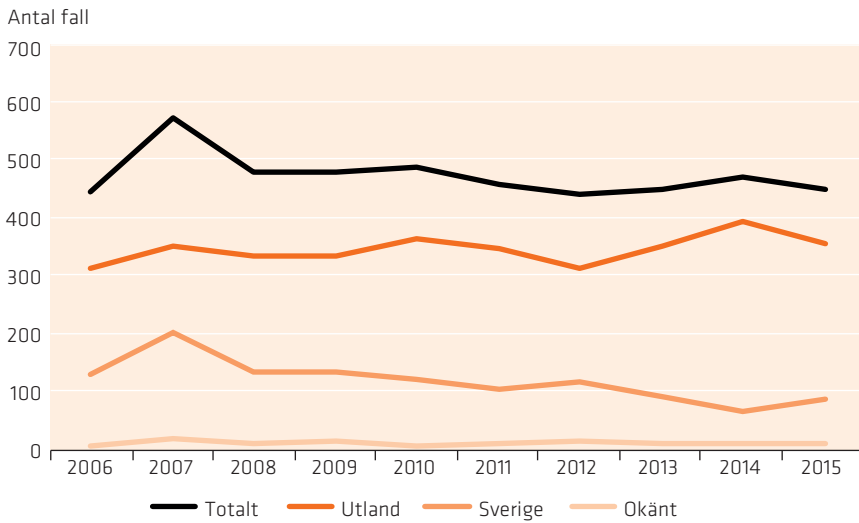
Under perioden fick alla som känner till att de har hiv och har kontakt med sjukvården i Sverige successivt tillgång till behandling. Av dem som står på behandling har 95 procent fått omätbara virusnivåer genom behandlingen (5).

Hiv kommer fortsatt att finnas i Sverige och en oväntad spridning kan inträffa. Därför behövs även framöver ett förebyggande arbete som minskar risktagande och riskutsatthet samt strukturer för och utveckling av testning. En effektiv vård och behandling bidrar till bättre hälsa hos individen och omätbara virusnivåer; den hindrar vidare överföring av viruset och bidrar därmed till en minskad överföring mellan individer och minskad smittspridning i samhället. Risken för överföring av hiv från en välbehandlad patient, vid anala och vaginala samlag, bedöms som minimal om kondom används och som mycket låg även om kondom inte används (7).

Delmål 2: Hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare ska identifieras inom två månader, och för övriga grupper som vistats i högedemiska områden ska hivinfektion identifieras inom sex månader

Utvecklingen i världen har stor betydelse för den epidemiologiska utvecklingen för hiv i Sverige, liksom i övriga Europa. Det gäller till viss del även andra sexuellt överförda och blodburna infektioner. En majoritet av de fall som rapporteras smittade utomlands gäller personer som smittades före ankomsten till Sverige.

Figur 2. Antal rapporterade fall av hiv 2006–2015 där smittöverföring skett i Sverige respektive i annat land.



År 2006 när den nationella hivstrategin infördes och åren närmast där-
efter kom många till Sverige från länder i Afrika. De flesta kom från
Somalia och Eritrea, där hiv var och fortfarande är vanligt. Sedan 2012
har antalet nyanlända successivt ökat, framför allt asylsökande från
Syrien och Afghanistan. Åren 2014 och 2015 sågs också en markant
ökning av nyanlända från Somalia, Eritrea och Etiopien (8). Under de
senaste tio åren har 1 500–3 000 personer varje år kommit till Sverige
från Thailand, i många fall med familjeanknytning till en person med
svenskt medborgarskap, vilket innebär att de inte omfattas av landstingens
skyldighet att erbjuda en hälsundersökning. Thailand är ett av fem länder
i Sydostasien där flest personer lever med hiv (9).

Det finns i dag ingen struktur för att regelbundet följa upp delmål 2 inom
ramen för den nuvarande fallrapporteringen till Folkhälsomyndigheten.
I rapporteringen saknas information om migranternas juridiska status,
och det framgår inte på individnivå om personen är asylsökande eller
tillhör en annan grupp. Det är också svårt att följa upp den del av målet
som handlar om att personer som vistats i högendemiska områden ska nås
inom sex månader, eftersom information om tidpunkten för överföring av
hiv och tiden för utlandsvistelsen oftast inte är känd. En annan svårighet
är att Folkhälsomyndigheten saknar uppgift om ankomsttid till Sverige för
cirka 20–25 procent av utlandsfödda, oavsett juridisk status. Därför går

det inte att avgöra om diagnosen ställts inom 2 månader efter ankomsten till Sverige.

Folkhälsomyndigheten har analyserat 2015 års data för personer som lever med hiv och som är födda utanför Sverige, där uppgift om diagnosdatum och ankomstdatum finns (n = 226). Analysen visar följande:

- Cirka 40 procent av migranterna identifierades inom 2 månader efter ankomst, om de redan har en känd diagnos.
- Ytterligare 25 procent diagnostiserades inom 6 månader.
- 35 procent diagnostiserades efter mer än 6 månader i Sverige.

Det är angeläget att fortsätta att utveckla den epidemiologiska övervakningen och uppföljningen, för att kunna rikta preventiva insatser till olika migrantgrupper.

För att nå målet att tidigt diagnostisera hiv och andra smittsamma infektioner hos migranter krävs stora preventiva insatser, bland annat för att öka antalet hälsoundersökningar bland asylsökande – men även bland andra migranter, oavsett juridisk status. Årlig statistik från Sveriges Kommuner och Landsting visar, under en lång följd av år, en låg genomförandegrad av hälsoundersökningar av asylsökande. Nationell aggregerad data visar att mindre än 50 procent genomgår en hälsoundersökning, men med relativt stora skillnader mellan landstingen. Dessutom dröjer det ofta mer än två månader från ankomsten innan undersökningen genomförs.

Delmål 3: Kunskapen om hiv och aids, och om hur det är att leva med sjukdomen, ska förbättras i offentlig verksamhet, i arbetslivet och i samhället i stort
År 2014 gjorde Karolinska Institutet en nationell studie av livskvalitet relaterat till hälsoutfall, levnadsvanor och livsvillkor för personer som lever med hiv, på uppdrag av och i samverkan med Folkhälsomyndigheten (10). Överlag skattade studiedeltagarna sin livskvalitet som hög. Men resultaten visade tydliga kopplingar mellan lägre livskvalitet och två typer av stigma som är relaterat till hiv – negativ självbild i form av skuld- och mindervärdes känslor på grund av hiv, och oro över allmänhetens attityder till personer som lever med hiv. Detta leder också till oro för att berätta att man bär på hiv. Färre än sju procent hade berättat att de bar på en hivinfektion för en arbetskamrat och ännu färre hade berättat för sin chef.

Folkhälsomyndigheten, och tidigare ansvariga myndigheter, har sedan 1987 följt allmänhetens kunskap om och attityder till hiv samt studerat om beteenden påverkas av att hiv finns i samhället. Det görs bland

annat genom den befolkningsbaserade studien Hiv i Sverige (11). Den senaste undersökningen genomfördes 2016 och preliminära data visar att allmänhetens uppfattning om och attityder till hiv fortsätter att förbättras. I 2007 års undersökning skulle ca 20 procent av de tillfrågade (ålder 16–44 år) undvika nära kontakt med arbets- eller skolkamrat som bär på hiv, medan andelen 2016 var ca 11 procent (ålder 16–49 år). En liknande fråga har ställts sedan 1980-talet och 1987 svarade drygt 50 procent av både män och kvinnor att de skulle undvika nära kontakt. Däremot var svarspersonerna både 2016 och 2007 osäkra beträffande effektiv behandling av hiv och hur denna påverkar smittsamheten hos en person som bär på hiv. Av alla tillfrågade i den senaste studien 2016 uppgav 39 procent att de inte vet, 37 procent att risken för smitta inte påverkas och 22 procent att risken är minimal. År 2007 trodde drygt 20 procent att hiv smittar mindre genom effektiv behandling. Detta visar att det tar tid att nå ut med ny kunskap och därmed att förändra attityder som beror på felaktiga föreställningar om hiv. Det betyder att fler insatser behövs för att stigma och diskriminering ska upphöra.

Hivprevention ur
ett svenskt och
internationellt
folkhälsoperspektiv



Hivprevention ur ett svenskt och internationellt folkhälsoperspektiv

Inledning

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Sveriges folkhälsopolitik samt internationella strategier och styrdokumenterna inom hälsoområdet bygger på insikter om vilken betydelse socioekonomiska faktorer har för skillnader i hälsa.

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet och de flesta kan se fram emot ett både längre och friskare liv än tidigare generationer. Utvecklingen skiljer sig mellan olika grupper i samhället och gapet mellan de som har den bästa och de som har den sämsta hälsan har ökat under de senaste årtiondena (12).

Folkhälsopolitiken tydliggör att detta större sammanhang inkluderar hälsofrämjande och förebyggande arbete avseende sexuell hälsa, som omfattar prevention av hiv och andra sexuellt överförda infektioner (STI). Det innebär bland mycket annat rätten till kunskap, möjlighet att förändra normer och värderingar, stärkandet av individens förmåga och möjlighet att ta kontroll över sin hälsa. Politiken klagör också behovet av stödjande miljöer och tillgänglighet till olika arenor för prevention, för att stärka förutsättningar för en god hälsa.

Människors hälsa påverkas även av mekanismer som ligger utanför hälso-sektorn men som påverkar och formar samhället. ”Hälsa i alla politikområden” är en ansats som lanserades 2010 av Världshälsoorganisationen (WHO) för att systematiskt inom alla områden ta hänsyn till hälsokonsekvenser av beslut och undvika negativ påverkan på hälsan. Ansatsen understryker att samhällsutveckling och social hållbarhet uppnås bäst när alla sektorer inkluderar hälsa och välbefinnande som en nyckelkomponent i policyutveckling (13).

FN:s generalförsamling antog i september 2015 de globala utvecklingsmålen, Agenda 2030 (3). De ska vägleda en svensk samstämmig politik inom olika politikområden. Mål 3 avser god hälsa och välbefinnande, och mål 3.3 syftar specifikt till att utrota aids medan mål 3.7 berör sexuell och reproduktiv hälsa

och rättigheter. Även målen för jämställdhet (mål 5) och minskad ojämlikhet (mål 10) är relevanta för arbetet med hivprevention och sexuell hälsa.

Underliggande faktorer som leder till ojämlikhet i hälsa tas också upp i diskrimineringslagen (2008:567) (14). Lagen syftar till att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning och ålder.

Sexuell och reproduktiv hälsa

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken ska skapa en struktur som gör folkhälsoarbetet möjligt och hållbart, och det pekar också på ett rättighetsperspektiv. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är en av bestämningsfaktorerna för hälsa, och den är också beroende av andra bestämningsfaktorer och andra hälsoutfall, till exempel fysisk och psykisk hälsa. Många av folkhälsopolitikens målområden är relevanta för SRHR och för hiv och STI-prevention: delaktighet och inflytande i samhället (nr 1), ekonomiska och sociala förutsättningar (nr 2), barns och ungas uppväxtvillkor (nr 3), hälsofrämjande hälso- och sjukvård (nr 6) samt inte minst skydd mot smittspridning (nr 7) och trygg och säker sexualitet och god reproduktiv hälsa (nr 8). De är alla relevanta målområden som påverkar hivprevention ur ett folkhälsoperspektiv (15).

Riskutsatta och marginaliserade grupper

Migranter är särskilt utsatta

Migranter i olika grupper eller situationer har i vissa fall bristande tillgång och tillgänglighet till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Det kan vara personer som är utsatta för hedersförtryck såsom hedersrelaterat våld, barnäktenskap, tvångsgifte eller könsstympning. Andra exempel är personer med bakgrund i högendemiska länder där det ofta finns stort stigma kring hiv och andra sexuellt överförda infektioner. Faktorer som segregering, språkbarriärer, socioekonomisk utsatthet och kulturella eller religiösa traditioner påverkar de komplexa mekanismer som utgör förutsättningar för sexuell hälsa. Ett genus- och jämlikhetsperspektiv behöver därför genomsyra allt förebyggande arbete för att säkerställa att alla har tillgång till prevention och möjlighet till testning.

Hbt-personer har sämre psykisk hälsa

För homo- och bisexuella samt transpersoner (hbt-personer) är det framför allt den psykiska ohälsan som är sämre i jämförelse med heterosexuella och cispersoner.⁴ Psykisk ohälsa i form av nedsatt psykiskt välbefinnande och även självmordsförsök är dubbelt så vanligt bland hbt-personer (16, 17). En förklaring är minoritetsstress, det vill säga den ökade stress och påfrestning som hbt-personer lever med på grund av fördomar, stigma och diskriminering samt den ökade stress det innebär att avvika från heteronormen eller könsnormen (18, 19).

Transpersoner är en särskilt utsatt grupp när det gäller psykisk ohälsa. I en enkätundersökning 2015 bland 800 transpersoner svarade hälften att de någon gång övervägt att ta sitt liv och drygt var femte att de någon gång försökt ta sitt liv (20). Denna påfrestning i kombination med den livsstress som marginalisering innebär har negativa effekter på både den fysiska och den psykiska hälsan, vilket har studerats generellt i hbt-gruppen, men även specifikt bland transpersoner (21-25).

När det gäller risken för hiv bland hbt-personer är det främst män som har sex med män (MSM) som lyfts i Sverige. Internationellt rapporteras även en hög risk bland transpersoner. Det saknas heltäckande data över antalet transpersoner som lever med hiv i Sverige, men den höga prevalens som dokumenterats i studier från andra delar av världen går inte att belägga. Förekomsten återspeglar troligen den låga prevalensen av hiv i Sveriges befolkning. I den senaste studien som genomförts i Sverige, rörande transpersoners hälsa, rapporterar 1 av 796 respondenter (0,2 procent) att hen lever med hiv, men nästan hälften av respondenterna uppgav att de aldrig testat sig för hiv. En tredjedel svarade att de inte känner till någon mottagning som har kompetensen att testa dem för hiv eller annan STI och som också ger ett bra bemötande. Folkhälsomyndighetens studier visar också att brist på respekt och bra bemötande från yrkesverksamma i hälso- och sjukvården är ett problem, samt att tillgången till önskad vård och förebyggande insatser kring sexuell hälsa upplevdes som låg. Transpersoners upplevelser och beskrivningar av sexuell hälsa präglades av heteronormativa förväntningar från omgivningen (26, 27). Det saknas idag användbar data

4. En person vars kropp, juridiska kön, könsidentitet och könsuttryck stämmer överens med normen för det kön hen tilldelades vid födseln. Det är alltså en beskrivning av en som inte är transperson.

om personer som identifierar sig på annat sätt än som hetero- homo- och bisexuella eller som transpersoner.

Arbetet med förbättrade rättigheter och möjligheter för hbt-personer har utvecklats under de senaste tio åren, och rättighetsperspektivet – rätten till hälsa – har fått genomslag på strukturell nivå i regelverk, lagar och strategier (28). Detta ger stöd och vägledning i det framtida preventiva arbetet. Regeringen belyser i hbt-strategin att den vård som erbjuds ska vara jämlik. Det innebär att den ska vara säker och hålla en god kvalitet samt att tillgängligheten ska vara god för alla oavsett bland annat sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Den vård som erbjuds ska även i möjligaste mån utformas och genomföras i samråd med patienten. Den ska också bygga på respekt för människors lika värde, och ingen ska avstå från vård av rädsla för att få ett kränkande bemötande. För att förbättra hbt-personers sämre hälsa jämfört med heterosexuella och cispersoner krävs en normkritisk medvetenhet i preventionsarbetet inom alla områden i samhället. För transpersoner behövs tillgång och tillgänglighet till könskonfirmerande och behovsbaserad vård. Transpersoners hälsorelaterade utsatthet belyser behovet av att inte bara beakta kön i uppföljningar och utvärderingar, utan även könsidentitet och könsuttryck (29). Det finns också behov av att följa upp förekomsten av hiv och STI i gruppen.

Deklarationer och övrig internationell samverkan och samarbete

Sveriges inhemska spridning av hiv är fortsatt låg och stabil, men det finns ändå risk för en ökad spridning av både hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner. Sverige behöver därför och har en skyldighet att delta i det internationella globala hivarbetet, inom EU och regionalt i Sveriges omedelbara närområde. Flera medlemsländer som anslutit sig till EU under senare år har pågående epidemier. Mellan 2010 och 2015 ökade antalet fall av hiv med cirka 57 procent i Östeuropa och Centralasien (30).

Sverige är en del av den internationella gemenskapen och deltar och stödjer FN:s, WHO:s och EU:s deklarerationer och arbete inom området. WHO:s främsta uppgift är att leda och samordna internationell hälsa inom FN-systemet, och fram till bildandet av UNAIDS 1996 var organisationen ansvarig för arbetet med hiv och aids. Sverige ställde sig 2001 tillsammans med övriga medlemsstater bakom FN:s deklareration om omedelbara åtgärder

för att bekämpa den globala spridningen av hiv och aids (31). Det förebyggande arbetet var då liksom nu grundläggande, men behandling, stöd och arbete för mänskliga rättigheter bidrar också till att minska spridningen av hiv. Deklarationen betonar vikten av särskilt fokus på unga och unga vuxna i det preventiva arbetet – om tillgång till information, utbildning och kunskap om hiv och aids samt till anpassade vårdresurser. Personer som lever med hiv och andra särskilt riskutsatta grupper ska involveras i preventionsarbetet och den stödjande verksamheten. Vikten av arbetet med stigma och diskriminering gentemot personer med hiv och riskutsatta grupper tas också upp. Sverige bidrar till den multilaterala finansieringen och är en av de största givarna till den globala fond (GF) som instiftades 2002 för att finansiera arbetet mot aids, tuberkulos och malaria.

År 2005 togs den första nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar fram i Sverige (1), utifrån FN:s deklaration 2001 och den deklaration för Europa som antogs på ministermötet i Dublin 2004 (32). FN har föreslagit en statlig samordning för att öka effektiviteten, och sedan Sverige tog fram sin nationella strategi har detta samordningsansvar flyttats från Socialstyrelsen via Smittskyddsinstitutet till dagens Folkhälsomyndighet. Uppgiften innebär att samordna de aktörer som är framskrivna i strategin, men även ta ansvar för att följa upp arbetet och ta fram kunskapsunderlag och vägledningar till landsting och civila samhällets organisationer. Deklarationen betonar vikten av att följa upp och utvärdera handlingsplaner och mål, att ha ett epidemiologiskt uppföljningssystem och att övervaka behandlingseffektiviteten, något som Sverige följer.

Sverige rapporterar till UNAIDS och EU om det nationella åtagandet enligt det intervall som efterfrågas och de indikatorer som tagits fram. Rapporteringen rör Sveriges nationella arbete utifrån strategin och de effekter som tas fram genom nationella datainsamlingar. Sverige deltar i arbetet inom ramen för den europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) samt i det partnerskap för hälsa och socialt välbefinnande som bildades 2003 inom ramen för EU:s nordliga dimension (33).

Nya tidsramar har med jämna mellanrum tagits fram för det förebyggande arbetet med hiv och aids. År 2014 antog UNAIDS och WHO gemensamt de så kallade 90-90-90-målen: År 2020 ska 90 procent av alla som lever med hiv känna till sin hivstatus och av dem ska 90 procent behandlas med antiviral terapi, och 90 procent av alla som får antiviral terapi ska ha omätbara virusnivåer (6). Sverige har uppmärksamats för att som första land redan 2016, med marginal, nått målen (5).

FN:s medlemsländer antog i juni 2016 en uppdaterad politisk deklARATION om att påskynda och öka tillgången till behandling av hiv med målet att utrota aids senast 2030 (4). Deklarationen är kopplad till de globala hållbarhetsmål som antogs i september 2015 av världens stats- och regeringschefer (3). Under perioden 2016–2030 ska världen ledas mot en hållbar och rättvis framtid.

De globala målen och Agenda 2030 syftar till att utrota fattigdom och hunger, förverkliga mänskliga rättigheter för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. De är integrerade och odelbara och balanserar de tre dimensionerna av hållbar utveckling: den ekonomiska, den sociala och den miljömässiga. FN:s befolkningsfond (UNFPA) konstaterade 2005 att mäns våld mot kvinnor är den mest utbredda och socialt accepterade formen av brott mot mänskliga rättigheter (34, 35). Mäns sexuella utnyttjande av kvinnor och barn bidrar också till en ökad spridning av hiv.

Sverige stödjer de intensifierade ansträngningarna för att öka omfattningen av förebyggande insatser, behandling, vård och stödprogram. De ska bidra till att avsevärt minska nya infektioner, förlänga den förväntade livslängden och livskvaliteten, uppnå, främja och skydda de mänskliga rättigheterna och minska stigma och diskriminering av dem som lever med hiv eller av personer med risk för eller som påverkas av hiv och aids. Det innebär ett omfattande arbete för världen att ta fram resurser och logistik för att alla människor ska få behandling mot hiv. Trots dagens effektiva behandling måste det preventiva arbetet öka eftersom det fortfarande är fler personer som varje år insjuknar i hiv än som får tillgång till behandling. Den lokala Ebola-epidemin 2015 visade att det fortfarande är svårt att få fram behandling och vård till de människor och de delar av världen som bäst behöver hjälp.

Medlemskapet i EU gör det möjligt för Sverige att delta i breda internationella forsknings- och metodutvecklingsprojekt och så kallade joint actions. Folkhälsomyndigheten har bland annat deltagit i EU-projektet Quality Action – Improving HIV Prevention in Europe, som pågick 2013–2016 och involverade mer än 20 länder i Europa. Syftet var att utveckla kvaliteten i det hivpreventiva arbetet. Folkhälsomyndigheten ansvarade för att utveckla fem strukturerade metoder för kvalitetssäkring, och en av dem – ”Att lyckas med hivprevention” – har översatts och anpassats till svenska förhållanden (36).

Hiv i Sverige



Hiv i Sverige

Allmänheten

Cirka 12 000 fall av hiv har rapporterats i Sverige sedan 1983 då hiv och aids blev anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. Hivinfektion har sedan 1980-talet, när viruset blev möjligt att spåra, gått från att vara en dödlig sjukdom till att kunna betraktas som en kronisk infektion. Möjligheten att behandla kom i mitten av 1990-talet, och dagens behandling är mycket effektiv. Under perioden 2006–2016 genomfördes flera informationsinsatser till allmänheten, bland annat i samband med den årligen återkommande World Aids Day den 1 december. Flera av civila samhällets organisationer informerar också om hiv och hur det är att leva med hiv genom utbildningar och via webbplatser. Trots detta finns den kunskap om hiv samt de attityder och värderingar som formades tidigt i epidemin delvis kvar.

Ett svenskt ställningstagande om hiv och smittsamhet vid effektiv behandling togs 2013 fram av dåvarande Smittskyddsinstitutet tillsammans med referensgruppen för antiviral terapi (RAV)⁵ (7). Ställningstagandet bygger på flera randomiserade studier som pekade på att smittrisen vid vaginala och anala samlag är minimal om kondom används och den som har hiv uppfyller kriterierna för en välinställd behandling. Folkhälsomyndigheten har sedan dess arbetat med att sprida kunskapen till hälso- och sjukvården och till allmänheten. Personer som lever med hiv i dag tycker generellt att de har en hög livskvalitet samtidigt som de är oroliga för allmänhetens attityder, vilket medför att många avstår från att berätta att de bär på hiv (10).

För att förbättra allmänhetens kunskaper om hur det är att leva med hiv i dag genomförde Folkhälsomyndigheten hösten 2015 en bred nationell informationsinsats till allmänheten, i samverkan med landsting och storstads-kommuner och civila samhällets organisationer. Informationsinsatsen ”Hiv idag” hade budskapet: ”Hiv idag är inte som igår. Visste du att behandlingen av hiv i Sverige idag är så effektiv att den sänker virusnivån till praktiskt taget noll och gör att smittsamheten blir mycket låg? Att leva med hiv idag är inte som igår”. Syftet med informationsinsatsen och webbplatsen www.hividag.se

5. RAV och Läkemedelsverket har sedan 2002 regelbundet publicerat rekommendationer för antiviral behandling av hivinfektion.

var att uppdatera allmänhetens kunskap om hiv, för att på så sätt minska stigmatisering och diskriminering av personer som lever med hiv.

Sedan 1987 har den ansvariga myndigheten följt allmänhetens kunskap, attityder och beteenden i fråga om hiv i studien Hiv i Sverige (11). En ny datainsamling genomfördes hösten 2016 och Folkhälsomyndigheten planerar att publicera en rapport under 2017 (37). Resultaten från studien visar att en stor majoritet vet att hiv smittar genom sex och blod och att kondom utgör ett skydd mot smitta. Studierna visar också att fördomar och rädsla för personer som lever med hiv har minskat med tiden. Allt färre uppgav att de skulle undvika en nära kontakt med en person som bär på hiv: från 20 procent 2007 till 11 procent 2016. Den senaste studien från 2016 visar dock att det fortfarande finns en betydande osäkerhet om att en fungerande effektiv behandling, hos den som bär på hiv, gör att smittsamheten är mycket låg. En majoritet vet ändå att hiv är en kronisk infektion som man med behandling inte behöver bli sjuk av. Det finns dock kvarvarande fördomar om sexuella relationer och personer som lever med hiv. Hiv är något som de flesta i dag inte pratar med någon om, men man förväntar sig att den som bär på hiv ska berätta. Trots olika informationsinsatser visar studien också att det är ovanligt att ha pratat hiv med någon under de senaste tre månaderna: nio (9) procent av befolkningen uppgav detta 2016. År 1987 var andelen över 50 procent, vilket visar att ämnet alltmer förlorat i aktualitet (37).

Det finns fortfarande stora behov av kunskap om hur det är att leva med hiv och hur situationen för hiv ser ut i Sverige och övriga världen. Att förändra kunskap, uppfattningar och attityder tar dock tid. Det betyder att insatser behövs under lång tid framöver, för att dagens kunskap om behandling och smittsamhet ska bli rådande, och för att därigenom minska den självstigma och den diskriminering som fortfarande omger hiv. Den senaste studien visar att de som fått information om hiv använt ett stort antal olika kanaler såsom tidningar, radio och tv. För unga och unga vuxna är skolan en viktig kunskapskälla. Detta pekar på vikten av att kunskap om hiv sprids brett i samhället. Information om hiv behöver finnas i olika sammanhang där allmänheten tar del av information om sexuell hälsa och rättigheter inom hälso- och sjukvården, till exempel på ungdomsmottagningar, STI-mottagningar och mödrahälsovården samt i samhällets olika informationskanaler på internet men också i traditionella medier såsom tidningar, radio och tv (11).

Offentlig verksamhet och arbetsliv

Personer som lever med hiv undviker att berätta om infektionen på grund av oro för andras attityder. Av deltagarna i studien om livskvalitet hade färre än sju procent berättat om sin hivinfektion för en arbetskamrat, och ännu färre hade berättat för sin chef (10).

Brister i kunskapen om hiv och symtom relaterade till hiv inom hälso- och sjukvården gör att många personer som har hiv inte får erbjudande om att testa sig. Därmed får de inte en diagnos även om de har haft kontakt med hälso- och sjukvården. Migranter nås inte heller i den önskade omfattningen, i samband med migrationen till Sverige. Drygt hälften av alla nyupptäckta fall av hiv under perioden 1 oktober 2009 till 31 januari 2012 (n = 575) hade diagnostiserats sent⁶ (38). Risken för att få en sen diagnos är störst för heterosexuellt infekterade, personer över 40 år och utlandsfödda. Många av dem hade tidigare sökt vård för olika symtom som kunde relateras till hiv, men inte erbjudits hivtest. Hälften av personer med utländsk bakgrund hade bott i Sverige i mer än ett år före diagnosen, och två tredjedelar av samtliga sent diagnostiserade hade inte provtagits för hiv i samband med migrationen till Sverige.

Inom ramen för det förebyggande arbetet med hiv har personal inom landsting och kommuner under de senaste tio åren utbildats om hiv och STI, testning, kondomsamtal, motiverande samtal, att förstå risksituationer och behov av prevention hos olika riskutsatta och risktagande grupper. Insatsen har framför allt nått personal vid landets ungdoms- och STI-mottagningar. Som en förberedelse för informationsinsatsen till allmänheten, som beskrivits ovan, uppmärksammade Folkhälsomyndigheten samtliga chefer på vårdcentraler i Sverige och andra strategiskt viktiga mottagningar som ungdomsmottagningar och tandvårdsmottagningar om dagens effektiva behandling av hiv och vikten av tillgänglighet till testning. På Folkhälsomyndighetens webbplats publicerades en kunskapsbank för hälso- och sjukvården med information om hiv, behandling, smittsamhet och testning. Kunskapsbanken finns på www.folkhalsomyndigheten.se/hividag. Dessutom genomförde Malmö högskola 2016, på uppdrag av Folkhälsomyndigheten, en enkätundersökning och fokusgruppsintervjuer bland personal inom

6. "Late presenter" (sent diagnostiserad) är en benämning på ett tillstånd när man vid diagnos av hiv har ett CD4 + tal av T-celler < 350 celler/mm³ som visar att immunförsvaret är påverkat, eller har symtom på aids.

primärvården med syftet att undersöka kunskap och attityder kring personer som lever med hiv samt effekter av informationssatsningen. Sammantaget visar undersökningen att även om en majoritet av personalen någon gång har mött personer med hiv i sitt arbete så är det ovanligt och hiv är inte ett aktuellt ämne i den dagliga vården. Personalen ger dock i undersökningen uttryck för positiva attityder och en stor öppenhet för att vårda patienter med hiv. Studierna visar också att vårdpersonalen har bättre kunskaper än allmänheten. Samtidigt finns tydliga kunskapsluckor kring behandlingens effekt på smittsamheten samt om indikatorsjukdomar för hiv. Om någon vill ta ett hivtest så har de flesta mottagningar en öppenhet för och rutin att ta hivtest när detta efterfrågas (39).

Sammantaget har olika kommunikations- och informationsinsatser bidragit till ökad kunskap hos olika arbetsgrupper inom vård och omsorg. Men det är en pågående process och det behövs en fortsatt satsning på kunskap och kompetens framför allt till personal inom landstingens primärvård och kommunens socialtjänst samt till personal som arbetar med hälsoundersökningar. Vård och omsorg av äldre personer som lever med hiv behöver också utvecklas då den förväntade livslängden hos den som lever med hiv numera är jämförbar med livslängden i den övriga befolkningen. Det behövs ökad kunskap om hiv, indikatorsjukdomar och andra markörer för hiv samt risksituationer och riskbeteende associerat med hiv, för att personal inom vård och omsorg ska vara uppmärksamma på behovet av att erbjuda hivtestning. Detta är en utmaning, vilket också studien av primärvården visar, eftersom man inom delar av vården sällan kommer i kontakt med hiv. Olika kunskaps- och informationskanaler behöver därför analyseras för att kunskapsspridningen i framtiden ska bli effektiv. Förebyggande läkemedelsbehandling (PrEP)⁷ är ett område där kunskap behöver spridas till yrkesgrupper som möter riskutsatta och risktagande personer (40, 41).

7. Pr expositionsprofylax (PrEP) innebär att ett läkemedel mot hiv ges i förebyggande syfte till personer som bedöms löpa risk för att smittas med hiv.

Personer som lever med hiv

År 2016 var det drygt 7 000 personer i Sverige som hade en diagnostiserad hivinfektion. Detta innebär en prevalens på cirka 74 personer per 100 000 invånare (cirka 0,07 procent), vilket är en av de lägsta i Europa.

Studien, Att leva med hiv i Sverige, som genomfördes av Karolinska Institutet 2013 visar att personer som lever med hiv är en heterogen grupp. De flesta tycker dock att de har en hög livskvalitet samtidigt som de är oroliga för allmänhetens attityder, vilket medför att många avstår att berätta att de bär på hiv (10). Många skulle dock vilja kunna vara öppna och berätta om sin infektion. Den nationella hivstrategin framhåller att förutsättningarna för att motverka diskriminering mot personer som lever med hiv måste förbättras och att det behövs stödinsatser för att minska konsekvenserna av hiv för enskilda personer (1).

Personer som lever med hiv måste fortsätta att involveras i utformning av insatser inom både primär- och sekundärpreventionen. Stigma och diskriminering måste upphöra. Det civila samhällets organisationer för personer som lever med hiv har stor betydelse för att hiv uppmärksammas i samhället och de kan därmed bidra till ökad kunskap om hur det är att leva med hiv.

Förebyggande och hälsofrämjande insatser för personer som lever med hiv måste omfatta sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt tillgång till preventiva insatser som inkluderar testning för sexuellt och blodburna infektioner. Det behövs också fler fördjupade studier om kvinnor och barn, ungdomar och unga vuxna som lever med hiv och deras behov av stödande hälsofrämjande insatser.

Samtidigt är det viktigt att fortsätta att följa behandlingsresultat av den medicinska behandlingen av hiv inom hälso- och sjukvården, eftersom följsamheten har avgörande betydelse för en fungerande behandling. Tillgången till behandling, rådgivning och psykosocialt stöd samt handläggningen av förhållningsregler bör vara jämlik, enhetlig och utgå från samma principer.

Personer som lever med hiv är fortsatt en viktig och prioriterad målgrupp för hälsofrämjande och förebyggande insatser kopplade till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). I Sverige liksom i andra höginkomstländer är de sociala aspekterna av att leva med hiv angelägna i det fortsatta arbetet.

Epidemiologisk utveckling

Sedan 2006 har antalet personer i Sverige som lever med en känd hivinfektion ökat från cirka 4 000 till drygt 7 000 (+ 75 procent). Utvecklingen beror i hög grad på den effektiva behandlingen som kraftigt har minskat dödligheten, och på förändringar i migrationen till Sverige. Mer än hälften av de som lever med hiv i dag är utlandsfödda och många hade hiv redan när de kom till Sverige. Totalt 70 procent av alla som lever med en känd hivinfektion bor i de tre storstads länen och är knutna till kliniker för behandling där, och bland MSM med hiv lever nio av tio i en storstad.

Hiv kan överföras på olika sätt och när hiv diagnostiseras anges den troliga smittvägen. I april 2016 rapporterade InfCare HIV⁸ följande andel personer som lever med hiv per smittväg:

- heterosexuellt sex 51 procent
- sex mellan män 31 procent
- injicering av droger 7 procent
- överföring av hiv från mor till barn 3 procent
- blodtransfusion/blodprodukter 2 procent.

Överföring av hiv vid blodtransfusion/blodprodukter sker inte i Sverige. En dryg tredjedel av de som lever med hiv i Sverige är kvinnor, en andel som varit oförändrad över tid. Totalt 140 personer är under 18 år (2016) – vilket är en fördubbling av antalet under tioårsperioden. Majoriteten av dessa unga har levt med hiv sedan födseln eller mycket tidig ålder.

Sedan 2005 är aids inte anmälningspliktigt i Sverige. Men rapportering sker på frivillig basis till Folkhälsomyndigheten i det nationella anmälnings-systemet SmiNet. Antalet fall av aids har minskat över tid till följd av den effektiva behandlingen som gör att immunförsvaret återhämtar sig hos i stort sett alla som har hunnit få symtom eller sjukdom med anledning av hivinfektionen. Numera benämns aids oftare som symptomgivande hivinfektion än just aids.

Under perioden 2006–2016 genomfördes många olika insatser för att förbättra livskvaliteten och begränsa konsekvenserna av hivinfektion för personer som lever med hiv. Allmänheten har också informerats om hur ett liv med hiv kan se ut. På många håll i landet finns civila samhällets organi-

8. InfCare HIV är ett beslutsstöd i sjukvården, men också ett nationellt kvalitetsregister och kan användas som databas vid forskning.

sationer som erbjuder kamrattstöd och psykosocialt stöd för personer som lever med hiv och anhöriga samt hälsofrämjande och förebyggande insatser för att förbättra den sexuella hälsan.

Risksatthet och risktagande

Hiv kan ännu inte botas och de som lever med en känd hivinfektion i Sverige i dag erbjuds livslång medicinsk behandling. I Sverige finns inga kända fall av överföring av hiv från någon som lever med hiv och har en välfungerande behandling med omätbara virusnivåer i blodet. Därför behövs insatser för att motivera och stödja personer till att ta sina mediciner enligt förskrivning, så att behandlingen fungerar och biverkningarna minimeras. Personal inom hälso- och sjukvården och andra instanser som möter personer som lever med hiv behöver också uppdaterade kunskaper för att stödja, motivera och förmedla ny kunskap samt ha ett professionellt förhållningsätt.

Bland dem som lever med hiv är utlandsfödda överrepresenterade i förhållande till gruppens storlek i befolkningen. Många kommer från länder med hög förekomst av hiv, men i övrigt är gruppen heterogen när det gäller anledningar till att komma till Sverige, tid i landet, utbildning, ekonomi och integration. Språkkunskaperna och kommunikationsmöjligheterna kan variera, liksom synen på hälsa, sjukdom och stigma. Stödande och förebyggande insatser behöver ta hänsyn till dessa variationer.

Med utgångspunkt i en övergripande analys behöver personer med flera riskfaktorer och deras behov av stöd särskilt uppmärksammas. Till exempel behöver följsamhet i behandlingen bland personer som fått hiv i samband med injektion av droger förbättras.

Personer som lever med hiv har rätt till en prevention som erkänner behovet av ett bredare SRHR-perspektiv. Det inkluderar också att minska risken för andra allvarliga infektioner såsom gonorré, syfilis och hepatit C.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Under strategiperioden 2006–2016 ökade kunskapen om hur smittsamhet påverkas av och minskar vid en välbehandlad hivinfektion. Vetenskapliga studier bekräftar den effektiva behandlingen och flera länder, däribland Sverige, har publicerat nationella ställningstaganden om den drastiskt minskade risken för överföring av hiv vid välinställd behandling. När det gäller risk för överföring av hiv vid oskyddade samlag har detta tidigare lett till åtal och fällande domar men den evidens som finns idag har ändrat tolkningen av brottsbalken men ett nytt prejudikat saknas fortsatt år 2017 (7, 42).

Även kunskapen om livskvalitet kopplat till hiv har ökat, vilket framgår av den första större studien, Att leva med hiv i Sverige, som genomfördes 2013 (10). I styrgruppen för arbetet ingick, genom civila samhällets organisationer, personer som lever med hiv. Totalt svarade var sjunde person som lever med hiv (n = 1 096) på enkäten. Överlag skattade deltagarna sin livskvalitet som hög: de var nöjda med sin fysiska och psykiska hälsa liksom med relationen till vänner och bekanta, eventuell partner och familj. De var mindre nöjda med sin ekonomiska situation och en majoritet var missnöjda med sitt sexliv. Den informationsplikt om hiv som smittskyddslagen föreskrev upplevdes försämra möjligheterna att inleda sexuella relationer. Studien visade även att det finns en oro för att överföra hiv till sin partner och rädsla för att bli anmäld. Många var inte öppna med sin hivinfektion på grund av rädsla för stigmatisering och diskriminering.

Under 2006–2016 gjordes insatser för att motverka stigmatisering genom att synliggöra, stödja och öka självkänslan hos personer som lever med hiv. Informationsinsatser har som ovan beskrivits även genomförts mot allmänheten och till personal inom hälso- och sjukvården för att öka kunskapen om hur det är att leva med hiv i dag. Insatserna har finansierats med statliga medel för hivprevention, och har utförts av såväl Folkhälsomyndigheten som landsting, kommuner och civila samhällets organisationer. Genom statsanslaget till Stockholms läns landsting har Karolinska universitetssjukhuset sedan 2008 ett nationellt kunskaps- och resurscentrum för barn och unga med hivinfektion. Resurscentrumet är tvärprofessionellt, och stödjer och vägleder även andra kliniker och verksamheter i landet i mötet med barn och unga som lever med hiv.

Civila samhällets organisationer för personer som lever med hiv är en betydelsefull resurs som bidrar till en värdefull metodutveckling för att nå målgruppen med hälsofrämjande insatser. När personer som lever med hiv aktivt involveras eller själva leder arbetet får de möjlighet att bidra med egen kunskap och erfarenhet, vilket kan leda till ökad öppenhet samt mindre stigma och diskriminering av personer som lever med hiv. Men tillgången till organisationer är begränsad för personer som inte bor i storstadsområdena.

Män som har sex med män

I den nationella hivstrategin konstateras att män som har sex med män (MSM) allt sedan början av hivpidemin i Sverige är en prioriterad grupp för preventiva kontinuerliga insatser. Det finns därför behov av förbättrad

epidemiologisk övervakning och analys samt kunskap om MSM-gruppens behov av preventionsinsatser. Det är prioriterat att höja kompetensen inom hälso- och sjukvården och att sätta in förebyggande insatser inom ramen för civila samhällets organisationer.

En omfattande utveckling av de prioriterade områdena i den nationella strategin har genomförts under perioden. Nationella enkätundersökningar av MSM har gjorts regelbundet med syfte att följa kunskaper, attityder, beteenden och behovet av prevention (43-45). Sverige har även deltagit i en motsvarande europeisk undersökning (46). Kunskapen har därmed ökat om riskutsatthet, risktagande och risksituationer, men också om gruppens behov av olika förebyggande och hälsofrämjande insatser.

Tillgängligheten till testning och rådgivning har ökat genom att flera av civila samhällets organisationer numera erbjuder det. Dessa verksamheter har startat i samverkan med landstingen och det är viktigt att behålla och utveckla dessa tjänster, eftersom det bidrar till tillgänglighet och når grupper som annars inte skulle testa sig. Utifrån ett rättighetsperspektiv måste tillgång till och kompetens inom testning och rådgivning också behållas och utvecklas inom det ordinarie hälso- och sjukvårdssystemet. Även andra hälsoområden som är kopplade till sexuell hälsa behöver säkerställas, till exempel vaccination mot hepatit B och undersökning för andra STI.

MSM omfattar män som identifierar sig som homo- och bisexuella, men också män som har sex med män utan att identifiera sig som tillhörande en viss kategori. MSM är en relativt liten grupp med en oproportionerligt hög andel som lever med hiv. Mönstret är globalt och MSM är en preventionsgrupp med sociala och sexuella nätverk över nationsgränserna.

Förekomsten av hiv bland MSM varierar både inom Sverige och mellan länder, liksom tillgången till prevention, testning och behandling för hiv och STI. Detta bidrar till geografiska skillnader i riskutsatthet i samband med sex och risken att få hiv och andra STI. Samkönade sexuella relationer är kriminaliserat i 73 av världens länder, av vilka en tredjedel räknas som högendemiska i fråga om hiv. Detta försvårar det förebyggande arbetet där men påverkar också den epidemiologiska utvecklingen och emigrationen bland hbtq-personer.

SRHR är ett område som fortsatt måste prioriteras och utvecklas, och därför följer Folkhälsomyndigheten regelbundet utvecklingen av kunskap, attityder och beteende i gruppen.

Olika studier visar att det finns subgrupper inom MSM-populationen med olika sexuella praktiker och nivåer av riskutsatthet och risktagande

som har olika behov av prevention. De senaste årens satsningar och studier visar också att det finns en generell ojämlikhet i hälsa för MSM jämfört med övriga befolkningen, trots reformer i lagstiftningen för att öka hbtq-personers rättigheter och möjligheter. Befolkningsstudier visar sämre utfall vad gäller både psykisk och fysisk hälsa bland homo- och bisexuella män (16). MSM har en ökad risk för hiv och andra STI, psykisk ohälsa, våldsutsatthet och användning av alkohol, droger och tobak. Riskutsatthet och risktagande påverkas av att samkönade relationer fortfarande ses som normbrytande, vilket kan leda till diskriminering och utanförskap som i sin tur påverkar männens hälsa (19).

Utlandsfödda MSM ökade under strategiperioden bland de rapporterade fallen av hiv. Många kommer från länder med hög förekomst av hiv, men gruppen är inte homogen. Stödande och förebyggande insatser behöver ta hänsyn till detta.

Det MSM-förebyggande arbetet behöver bli mer strukturerat och systematiskt för att tillgodose likvärdig tillgång till insatser och jämlik hälsa i hela Sverige för MSM. Områden där kunskapen behöver öka är bland annat förebyggande läkemedelsbehandling⁹ (PrEP) (40) samt droganvändning, kontakter via internet, mobilitet och relationer. På senare år ses en trend i Europa som innebär att subgrupper av MSM använder droger i samband med sex (47, 48). Kunskapen om svenska förhållanden är begränsad i denna fråga.

Epidemiologisk utveckling

Antalet fall av hivinfektion med smittvägen sex mellan män ökade generellt i Europa och Sverige i början av 2000-talet. I många höginkomstländer har därefter incidensen av hiv minskat, totalt sett. Men av de rapporterade fallen av hiv i Europa 2014 var 42 procent MSM jämfört med 30 procent 2005, och i Sverige utgör MSM fortfarande cirka 30 procent av de personer som lever med hiv. Av MSM med diagnostiserad hiv har ungefär hälften av fallen rapporterats som smittade i Sverige.

Under perioden 2006–2015 ses en tydlig minskning av antalet nya hivfall bland personer som smittats i Sverige och som rapporteras med MSM som smittväg. Minskningen beror troligen på en jämförelsevis hög testfrekvens

9. Preexpositionsprofylax (PrEP) innebär att ett läkemedel mot hiv ges i förebyggande syfte till personer som bedöms löpa risk för att smittas med hiv.

bland MSM och på att så gott som alla MSM som lever med diagnostiserad hiv i Sverige har effektiv behandling och därför låg smittsamhet (45). Under 2006–2015 rapporterades 90 procent av alla fall av hiv bland MSM från de tre storstads länen (Stockholm, Göteborg och Malmö). Andelen med anknytning till Stockholm är störst och fortsätter att öka.

Riskutsatthet och risktagande

Trots en hög incidens jämfört med hela befolkningen har MSM generellt en hög kondomanvändning och hög frekvens av testning för hiv (45). Det är faktorer som har stor betydelse för att hindra spridning av hiv i en grupp där förekomsten är hög. Samtidigt som incidensen av hiv bland MSM som smittats i Sverige minskar noteras en kraftig ökning av andra STI såsom gonorré och syfilis, med en överrepresentation bland MSM som lever med hiv. Utlandsfödda MSM står för en ökande andel av MSM som lever med hiv. Många hade redan innan de kom till Sverige diagnostiserats med hiv medan andra får diagnos i Sverige. Att andelen ökar kan tyda på risktagande och riskutsatthet både i Sverige och utomlands.

En hög andel MSM som lever med hiv har effektiv behandling med låg risk för smittöverföring, vilket kan ses som en skyddsfaktor på gruppnivå och som en av de viktigaste bidragande faktorerna till minskningen av rapporterade inhemska fall av hiv under de senaste åren. Samtidigt noteras en tendens till minskad kondomanvändning bland MSM, särskilt män i åldrarna 15–25 år, vilket bidrar till ökningen av till exempel gonorré och syfilis (45). Gonokockbakterien har också fått en ökad motståndskraft mot antibiotika, vilket försvårar möjligheten att behandla.

MSM-studien 2013 visade att yngre och de som var osäkra på sin hiv-status skattade sina kunskaper om hiv, STI och sex lägre än övriga. Det framgick också att kunskap inte alltid påverkar riskbeteendet då de som skattade sina kunskaper om risk och hiv och STI högst samtidigt hade mer erfarenhet av riskhandlingar än andra män (45). Studier bland MSM och hbtq-personer som säljer sex har visat att dessa män generellt är riskutsatta, tar risker och i liten utsträckning använder kondom (49).

Prevalensen av hiv bland MSM i Sverige är jämförelsevis hög i gruppen som helhet, samtidigt som epidemiologiska analyser och studier visar att MSM inte är någon homogen grupp. Riskbeteende och riskutsatthet varierar utifrån livssituation och andra faktorer. Även sexuell praktik varierar stort.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Återkommande nationella enkätundersökningar och studier av MSM har genomförts inom ramen för det preventiva arbetet med hiv (43-45) samt i ett europeiskt samarbete (EMIS) (46). Folkhälsomyndigheten har också, i samverkan med Karolinska Institutet, utvecklat metoder för datainsamling bland MSM (50). Jämförelser över tid visar att var man bor i Sverige har betydelse för självskattad kunskap, tillgång till kondomer, önskemål om hälsofrämjande och förebyggande insatser samt bemötande vid testning. Många MSM testar sig regelbundet för hiv, medan andra testar sig i samband med att de haft oskyddad sex, inleder eller avslutar en relation. De som aldrig testat sig anger att det beror på oro och rädsla för konsekvenserna av ett positivt provsvar och på faktorer som är relaterade till mottagningars bemötande och tillgänglighet. Preventiva och påminnande insatser såsom uppsökande arbete bidrar till att fler testar sig.

Ansvarig myndighet har deltagit i europeiskt och annat internationellt arbete som en del av det förebyggande arbetet på nationell nivå. Smittskyddsinstitutet arrangerade 2011 en europeisk konferens¹⁰ om framtidens hiv- och STI-prevention riktad till MSM (51). Folkhälsomyndigheten deltog under 2013–2014 i en europeisk studie (SIALON II) med målet att förbättra det förebyggande arbetet med hiv och sexuell hälsa (52). Resultaten jämfördes mellan de olika europeiska länderna och gav underlag för behovsanpassade förebyggande insatser. Det gav också information till det svenska preventiva arbetet om inställningen till spontant erbjudande om testning utanför hälso- och sjukvården samt information om vilka arenor som fungerar för detta arbete.

Landsting och kommuner har genomfört satsningar på både bredare hbtq-kompetens och mer specifik MSM-kompetens. Folkhälsomyndighetens uppföljning visar att landstingen 2016 rapporterade fler mottagningar för testning och rådgivning med denna kompetens än 2012. Sju landsting kunde inte erbjuda någon sådan mottagning. Två tredjedelar av huvudmännen angav att de genomförde uppsökande arbete riktat till MSM. Liksom 2012 rapporterade hälften av huvudmännen att de har en formaliserad tvärprofessionell samverkan om prevention för MSM. Under perioden ökade antalet huvudmän som arbetar strukturerat med MSM-relaterad kompetensutveckling för personal som möter män i denna grupp.

10. FEMP, The Future of European Prevention among Men Who have sex with Men

Civila samhällets organisationer har utvecklat sitt förebyggande arbete för MSM och genomfört olika informationssatsningar via internet och på fysiska mötesplatser. De har också i samarbete med landstingen utvecklat verksamheter för testning och rådgivning. Ett samarbete finns också mellan civila samhällets organisationer och flera landsting med fokus på förebyggande arbete och rättigheter för personer som lever med hiv.

Personer som injicerar droger

Personer som injicerar droger är en prioriterad målgrupp för preventiva insatser. I den nationella hivstrategin betonas särskilt vikten av att förhindra att individer börjar injicera droger. Strategin tar också upp den evidens som finns om tillgång till rena sprutor, kanyler och parafernalier¹¹ (hädanefter sammantaget kallat injektionsverktyg), som ett effektivt sätt att förhindra spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner.

Begreppsanvändningen har förändrats under strategiperioden och i dag används benämningen personer som injicerar droger i stället för personer med injektionsmissbruk. Detta tydliggör att det är injektionsbeteendet i sig som är centralt i relation till risken för överföring av infektioner, inte riskbruk, missbruk eller beroendet av droger.

Personer som injicerar droger kan överföra hiv men också hepatit C när de delar injektionsverktyg. Hepatit C kan även överföras sexuellt. Spridningen av hepatit C är betydligt mer utbredd i gruppen än hiv, och det pekar på de sammansatta behov av olika insatser som behöver uppmärksammas. Lågtröskelverksamhet med sprututbyte skapar en kontakt med samhällets resurser och service, som kan leda till minskad riskutsatthet och stöd till självvald drogfrihet (53). År 2011 gjorde regeringen en utredning av den svenska missbruks- och beroendevården. Utredningen föreslog ett antal reformområden, bland annat bättre kvalitet, kunskap och kompetens samt en tydlig ansvarsfördelning för en effektivare vård (54).

Flera områden har utvecklats under de senaste åren med syfte att nå personer som injicerar droger med förebyggande och hälsofrämjande insatser, både för att minska blodsmitta och för att förbättra sexuell hälsa. Trots detta är tillgången till insatser begränsad och ojämnt fördelad i landet. Rätten till

11. Parafernalier är ett samlingsnamn för den kringutrustning som används för att förbereda injektionslösning.

hälsa och vård på lika villkor måste stärkas. Det innebär både att underlätta för fler sprututbytesprogram, men också att minska antalet för tidiga dödsfall bland personer som injicerar droger.

För att tillgodose preventiva behov behöver landsting, regioner och storstadskommuner starta lågtröskelverksamheter och sprututbyte på en eller flera platser utifrån lokala behov. Unga och kvinnor som injicerar droger är särskilt utsatta. Andra strategiska arenor för prevention är Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS), hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men även andra platser där personer som injicerar droger finns behöver kartläggas och användas inom preventionen. Primärpreventiva aktiviteter kan inkludera testning, rådgivning och vaccination mot hepatit B, byte av injektionsverktyg, kuratorsstöd, barnmorskebesök och preventivmedelsrådgivning. Andra aktiviteter kan rikta sig till dem som redan har fått hepatit C eller hiv, och gäller då behandling.

Skadebegränsande åtgärder för att minska riskutsatthet för infektioner, så kallad harm reduction, är en pragmatisk hållning med starkt vetenskapligt stöd. Den har i Sverige varit kontroversiell, men nu pågår utbyggnad av mottagningar för sprututbyten. Folkhälsomyndigheten har också i flera år framhållit sprututbyten som ett hälsofrämjande och förebyggande arbete inom ramen för allas rätt till hälsa (55). Den 1 mars 2017 kom en lagändring som innebär att landstinget blir huvudman för och kan besluta att starta sprututbytesverksamhet. Tidigare hade berörda kommuner vetorätt. Detta kommer troligen att bidra till att fler sprututbytesverksamheter öppnas. Dessutom har åldersgränsen 20 år sänkts till 18 år för deltagarna i verksamheten, vilket kan bidra till att minska riskutsattheten för blodburna infektioner bland unga (56).

Uppföljningen, övervakningen och analyserna av epidemiologisk utveckling och omvärldsanalys behöver stärkas, liksom kunskapen om och samverkan kring gruppen inom sjukvård, socialtjänst, missbruksvård och kriminalvård. Tillgången till jämlik och jämställd vård måste alltid beaktas i det förebyggande arbetet.

Epidemiologisk utveckling

Personer som injicerar droger är till viss del dolda i samhället och det är därför svårt att uppskatta gruppens storlek. Men 2012 uppskattade Socialstyrelsen att det under åren 2008–2011 fanns cirka 8 000 personer som injicerade droger i Sverige (57).

Antalet rapporterade fall av hiv bland personer som injicerar droger har under de senaste fem åren varit stabilt lågt i Sverige. Under 2006–2007 sågs dock en ökning beroende på ett begränsat och kortvarigt utbrott i Stockholm. Sedan 2008 rapporteras varje år cirka 15 fall av hiv som överförs via injektion. Under den senaste femårsperioden är det knappt 5 personer per år som har fått hiv i Sverige. Bland personer som fått hiv utomlands har de flesta smittats i länder i Östeuropa. Injektion av droger är i dag den dominerande smittvägen för hiv i Östeuropa och Centralasien, där antalet nya infektioner ökade med cirka 57 procent 2010–2015 (58). En epidemisk spridning i gruppen finns alltså i Sveriges närområde, och tillgången till behandling och andra förebyggande insatser mot hiv är begränsad i flera av dessa länder.

I Sverige uppskattas att 35 000–45 000 personer bär på hepatit C. Omkring 2 000 personer med nyupptäckt hepatit C-infektion rapporteras varje år, det vill säga 35–40 fall per vecka. Ungefär en fjärdedel är unga och unga vuxna i åldern 15–24 år, och av dessa har cirka 85 procent fått hepatit C när de injicerat droger. Hepatit C kan också överföras sexuellt. I dag finns botande behandling.

Även för hepatit B rapporteras runt 2 000 fall per år i Sverige. Flertalet är kroniska bärare som smittades innan de kom till Sverige. Av de cirka 120 personer som fått infektionen i Sverige rapporteras en liten grupp som injicerar droger. Det finns effektivt förebyggande vaccin mot hepatit B som erbjuds gratis inom exempelvis sprututbytesprogram, missbruksvård och Kriminalvården. Hela hälso- och sjukvården behöver dock vara uppmärksam på riskgrupper och erbjuda vaccination för hepatit B. Gravida i Sverige erbjuds screening för bland annat hepatit B, för att förhindra överföring av virus till barnet.

Risksatthet och risktagande

Preventionsgruppen personer som injicerar droger avser de som injicerar eller riskerar att börja injicera någon form av narkotika eller dopningspreparat. Ur smittskyddssynpunkt är de mest risksatta situationerna att dela spruta, kanyl och injektionsverktyg, att blanda bruk av opiater och centralstimulerande droger, att ha sex utan kondom och att köpa eller sälja sex.

Datinsamlingar på häkten inom ramen för Socialmedicinska häktesprojektet och Svenska häktesprogrammet i framför allt Stockholm visar att drogdebuten i snitt sker runt 14–15 års ålder och injektionsdebuten runt 18–19 års ålder (59). Vid den första kontakten med missbruksvården är 60–80 procent av personer som injicerar droger smittade med hepatit C.

Ingen minskning av antalet hepatit C-fall noteras i de yngre åldrarna. Cirka 100 unga vuxna under 20 år rapporterades under 2015, vilket är på samma nivå som under de senaste fem åren. Detta visar att det finns ett riskbeteende i gruppen och en fortsatt okontrollerad smittspridning av hepatit C.

Hos personer som injicerar droger har det under lång tid uppfattats att det funnits en öppenhet om hiv, som kan ha förhindrat spridning i gruppen. Dagens effektiva behandling för hiv hindrar överföring också i denna grupp även om följsamheten till behandlingen är lägre än i andra grupper.

Antalet personer som dör i överdoser i Sverige har mer än fördubblats på tio år, och 2015 dog över 600 personer av överdoser. Rent generellt löper personer som använder heroin eller andra opiater tio gånger högre risk att dö än personer i samma ålder och av samma kön (60). Skadereduktion med Naloxon, som häver överdoser, används av flera länder i Europa och är under införande i Sverige.

Fler män än kvinnor injicerar droger, men utsattheten bland kvinnor som injicerar är stor. Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för hem med särskilda bestämmelser om vård av unga och på dem tvångsvårdas unga med missbruksproblem. Bland de intagna hade en av tre unga kvinnor fått erbjudande om att sälja sexuella tjänster. Hemlösa kvinnor och kvinnor på härbärgen är också mycket utsatta (61).

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Under perioden 2006–2015 genomfördes flera studier som bidragit med ny kunskap på området prevention, bland annat inom Kriminalvården och vid SiS-institutioner.

Den vetenskapliga evidensen av skadebegränsande insatser har stärkts under de senaste åren. Den europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) har tillsammans med det europeiska centret för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA) publicerat en rapport över evidens av effektiva preventiva metoder för att förhindra infektioner bland personer som injicerar droger. Flera av de vårdinsatser rapporten nämner är ännu inte helt införda eller utbyggda i Sverige (62).

Civila samhällets organisationer har bidragit till metodutveckling för att nå ut med hälsofrämjande och förebyggande arbete och stöd till personer som brukar droger samt lever i svåra sociala situationer eller hemlöshet. Det preventiva arbetet har också varit riktat mot personer som riskerar att börja injicera. Utbildningsinsatser har genomförts med stöd av kamrater i målgruppen för att begränsa spridningen av hepatit C.

Ett metodprojekt, och därefter ett programarbete, har sedan 1987 drivits inom Kriminalvården, med stöd av den myndighet som ansvarade för den nationella hivstrategin. Ett uppehåll gjordes 1999–2002 och därefter fortsatte arbetet fram till 2012. Erbjudande om vaccination av hepatit B och testning av hiv ingår i dag i Kriminalvårdens ordinarie arbete.

Personer med utländsk bakgrund – migranter

Enligt den nationella hivstrategin är personer med utländsk bakgrund en riskutsatt grupp. Kategorin innefattar ett antal olika migrantgrupper såsom asylsökande, anhöriginvandrare och papperslösa.¹² I den nuvarande strategin finns tre delmål fastställda, varav det andra handlar om migranter – asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare.

Under de tio år som strategin funnits har benämningen *personer med utländsk bakgrund* i hög grad kommit att ersättas av begreppet *migranter*. En förklaring är att internationella organisationer och forskningssamhället använder begreppen *migrant*, *migrants health* men även *mobility* (63, 64), vilket representerar ett mer dynamiskt synsätt. Det är framför allt migrationsprocessen som är en risksituation med ökad risk för risktagande och riskutsatthet, inte primärt att man är en person med utländsk bakgrund (65).

Hälso- och sjukvården och hälsoundersökningar för nyanlända har enligt den nationella hivstrategin stor betydelse i det förebyggande arbetet. Vid hälsoundersökningar har erbjudande om testning för hiv i de flesta fall varit regel, men även testning för tuberkulos. Lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera anger att landstingen är skyldiga att bjuda in nyanlända asylsökande till en kostnadsfri hälsoundersökning. Trots lagen har andelen genomförda hälsoundersökningar av nyanlända inte ökat nämnvärt. Årlig statistik från Sveriges Kommuner och Landsting visar en låg genomförandegrad under många år, oftast under 50 procent för landet som helhet men med relativt stor variation mellan landstingen. Oftast genomgår de nyanlända hälsoundersökningen mer än två månader efter det att de kommit till Sverige. Med fler genomförda hälsoundersökningar ökar möjligheten att nå fler nyanlända migranter med erbjudande om testning, och därför har frågan varit i fokus för preventionsarbetet. Trots dessa

12. Begreppet papperslösa används för att beteckna människor som, utan tillstånd, befinner sig i ett land.

insatser behövs ett fortsatt arbete med att nå migranter med erbjudande om hälsoundersökningar med hivtest och tester för andra smittsamma sjukdomar. Hälsoundersökningen ska också vara tillgänglig och ge en möjlighet till en allmän hälsofrämjande insats av hög kvalitet. Att genomgå en hälsoundersökning är frivilligt, men erbjudandet bör ges på ett sådant sätt att det uppfattas som en rättighet och något positivt för den egna hälsan och livskvaliteten. Även SFI-skolan¹³ har varit ett viktigt område för att sprida information om hiv och SRHR.

Det är angeläget att kontinuerligt förbättra det hiv- och STI-preventiva arbetet till migranter, baserat på aktuell nationell och internationell epidemiologi samt migrationsstatistik. Särskilt riskutsatta är migranter som kommer från områden med hög förekomst av hiv, vilket speglas i den nationella statistiken över personer som får diagnos. Forskning om personer som får sin diagnos sent, när immunförsvaret är påverkat, visar att hälften av dessa kom från sådana områden (38). Men det finns migrantgrupper som lever i samhället utan att finnas med i officiell statistik, till exempel papperslösa och EU-migranter.

Det finns behov av en fördjupad analys av unga ensamkommande migranternas, hbtq-migranternas och kvinnors behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Hälso- och sjukvårdens arbete behöver fortsatt utvecklas inom bland annat primärvård, mödrahälsovård, elevhälsa och barnhälsovård för att nå olika riskutsatta migrantgrupper med hälsofrämjande hiv- och STI-förebyggande insatser.

Civila samhällets organisationer har utvecklat arbetet inom hiv- och STI-prevention och är en viktig resurs. Organisationerna behöver ha en fortsatt god samverkan med offentlig sektor på de arenor som kan nå migranter med målgruppsanpassad information och kunskap om hiv, STI och sexuell hälsa.

Epidemiologisk utveckling

Under den senaste femårsperioden har i medeltal 455 nya fall av hiv rapporterats varje år. Av dessa är 75 procent utlandsfödda, varav majoriteten smittades före ankomsten till Sverige. År 2015 rapporterades totalt 450 fall, varav 329 personer (73 procent) var utlandsfödda. Bland dessa var det vanligaste ursprungslandet Eritrea följt av Thailand.

13. Svenska för invandrare (SFI)

I Sverige liksom i övriga Europa har migrationsmönstret stor betydelse för den epidemiologiska utvecklingen för hiv och till viss del andra STI och smittsamma sjukdomar. När den nationella hivstrategin infördes 2006 kom en stor andel migranter från länder i Afrika, där hiv var vanligt och fortfarande är det. I länderna inom EU och Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EEA) rapporterades 2014 att 37 procent av de personer som diagnostiserades för hiv var migranter eller personer som inte var födda i det land där de fick sin diagnos (66). Detta gäller för minst 50 procent av de som fick sin hivdiagnos i Island, Storbritannien, Norge, Irland, Frankrike och Sverige. Det finns även evidens för att personer från områden där hiv är endemiskt, smittas med hiv efter att de kommit till EU/EEA (67-69).

Minskningen av antalet fall av hiv 2014–2015 kom att sammanfalla med det stora antalet som sökte asyl i Sverige 2015, ca 163 000 personer. Under de föregående åren hade antalet asylsökande legat runt 25 000–30 000 per år (8). Trots det ökade antalet migranter rapporterades färre fall av hiv. Detta kan vara en följd av att migrationen till Sverige under denna period till en stor del var från länder med relativt låg förekomst av hiv, såsom Syrien, Afghanistan och Irak.

Av personer som rapporterats ha fått hiv via heterosexuella kontakter har, sedan sent 1980-tal, andelen utlandsfödda varit runt 80 procent. Bland fallen där sex mellan män rapporterades som smittväg 2015 (n = 84) var cirka hälften födda i Sverige och hälften var utlandsfödda med över 20 olika födelseländer.

Antalet rapporterade fall av hiv bland migranter varierar i landet. Det påverkas av antalet asylsökande och andra kategorier av migranter som respektive landsting eller region tar emot samt av landstingens förmåga att nå nyanlända med en inbjudan till hälsoundersökningar inklusive testning för hiv och tuberkulos.

Globalt är tuberkulos vanligt i framför allt länder med hög förekomst av hiv. I Sverige rapporterades 2015 sammanlagt 835 fall. Av dessa var 90 procent födda utanför Sverige, varav majoriteten i Afrika. Antalet fall med dubbelinfektion av hiv och tuberkulos registreras i InfCare Hiv och bedöms som lågt. Vid diagnos av aktiv tuberkulos rekommenderas samtidigt screening för hiv. Däremot rekommenderas inte en allmän screening för att upptäcka och behandla latent tuberkulos hos personer som lever med hiv i Sverige eftersom de flesta har en välfungerande behandling för hiv. Detta ställningstagande bygger på långvarig uppföljning i Sverige av patienter från hög- och lågendemiska länder (70).

Riskutsatthet och risktagande

Migration är en generell påfrestning som i många fall får negativa konsekvenser för hälsan. Forskning visar ökad risk för psykosocial ohälsa i utsatta migrantgrupper, framför allt på grund av socioekonomiska faktorer som kan leda till utanförskap och isolering. Men det finns också studier som visar motsatsen, att migration i vissa fall kan ge bättre förutsättningar för en god hälsa (71).

Migranter är i sig en heterogen grupp (asylsökande, ensamkommande, papperslösa, anhöriginvandrare), där graden av utsatthet, risktagande och risksituationer kan variera stort mellan olika subgrupper. Avgörande faktorer för hälsan är olika faktorer och omständigheter både före och efter migration samt under migrationsprocessen. Sammanfattningen nedan ger en bild av komplexiteten.

Före migration: Strukturella faktorer i migrantens ursprungsland som landets utvecklingsnivå, socioekonomiska förhållanden, kultur, politik, konflikter och krig samt tillgång till mänskliga rättigheter. Andra faktorer som kan påverka hälsan är utbildningsnivå, hälso-litteracitet, infektionssjukdomar (hiv, tuberkulos, hepatit) och tillgång till vård och behandling. Migrationens orsaker, frivillig planerad arbetsrelaterad flytt eller av omständigheter påtvingad flykt, kan också påverka hälsan.

Under migration: Att resa ensam, kön, familjesituation, ålder och ekonomi, under migrationen kan påverka hälsan. Resan är många gånger krävande för hälsan som exempelvis flerårig och osäker resa genom många länder. Resan kan också ha präglats av risktagande och riskutsatthet såsom stress, våld och trafficking.

Efter migration: Migrationsstatus, såsom asylsökande, papperslös och uppehållstillstånd, kan påverka grad av stressrelaterad ohälsa. Status påverkar även möjligheten att få erbjudande om hälsoundersökning som kan leda till tidig identifiering av ohälsa såsom hiv, tuberkulos, hepatit, psykisk ohälsa och tillgång till vård och behandling. Socioekonomisk status, utbildning, arbete och ekonomi, har stor betydelse för den enskildes risktagande och riskutsatthet liksom närhet till anhöriga, släkt och vänner.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Den ansvariga myndigheten tog under perioden fram två kunskapsöversikter för att få en evidensbaserad grund för det nationella preventionsarbetet riktat till migranter (65). Senare gjordes också en kartläggning av det förebyggande arbetet i Sverige (72). Den syftade till att vägleda arbetet med målgruppen eftersom hiv- och STI-preventiva insatser till migranter bör styras av kontinuerliga och systematiska analyser av epidemiologi och migrationsströmmar.

Strategins andra delmål är att eventuell hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare ska identifieras inom två månader. För att uppnå det har fokus i hög grad legat på insatser för att öka genomförandegraden av hälsoundersökningar. Med stöd från Europeiska flyktingfonden (ERF) genomförde först Smittskyddsinstitutet och senare Folkhälsomyndigheten därför under 2012–2014 ett projekt som syftade till att förbättra systemen för och samverkan kring hälsoundersökningar av nyanlända. Projektet har bidragit till en modern digitaliserad informationsöverföring mellan Migrationsverket och landstingen för nyanlända som ska erbjudas hälsoundersökning samt till utbildningsinsatser för personal på Migrationsverket och i landstingen. Inom ramen för projektet genomfördes flera studier som främst syftade till att fånga migranternas egna erfarenheter av och synpunkter på hälsoundersökningar. Sammanfattningsvis såg migranterna hälsoundersökningen som ett positivt erbjudande, men ansåg att det fanns stora brister i informationen och kommunikationen (73-77).

Några av det civila samhällets organisationer arbetar också för att öka tillgängligheten till hivtest, som komplement till och i samverkan med landstingen. Resultaten är överlag positiva och uppföljningen visar att möjlighet till testning utanför vården underlättar beslutet att testa sig för många.

SFI-skolan är en arena för att nå personer med utländsk bakgrund med hiv- och STI-förebyggande insatser, eftersom nästan alla nyanlända genomgår en sådan utbildning (78). SFI-skolan omfattas inte av Skolverkets stödmaterial eller den obligatoriska sex- och samlevnadsundervisningen som finns i övriga skolan. Flera förebyggande insatser har därför utvecklats i samverkan med landsting, kommuner och civila samhällets organisationer (79, 80).

Unga och unga vuxna

Den nationella hivstrategin pekar på behovet av ökad kunskap avseende ungas kunskap, attityder och beteenden i relation till hiv, andra STI och graviditeter. Men det behövs även ökad kunskap om smittspridningsmönster bland unga samt deras tillgång till testning för hiv och rådgivning. Den

nationella strategin pekar också på att ungdomsmottagningar och motsvarande verksamheter på ett bättre sätt bör tas tillvara i det förebyggande arbetet, liksom att ansträngningar behövs för att nå ut till och inkludera pojkar i detta arbete. Behovet av kunskapsunderlag och riktlinjer för ungdomsmottagningarnas arbete betonas. Den nationella strategin delar in unga i tre grupper: 10–13 år, 14–19 år och 20–29 år. Indelningen görs för att grupperna nås av olika aktörer med olika tilltal och på olika arenor. Två studier om kunskap, attityd och beteende bland unga i åldern 16–29 år har genomförts av ansvarig myndighet 2009 och 2015 (81, 82).

Skolans sex- och samlevnadsundervisning är obligatorisk. Det innebär att alla som går i skolan ska få del av en undervisning som är basen för allas rätt till information och kunskap om SRHR samt hiv och STI. En tydlig läroplan har i internationella studier visat sig vara en förutsättning (83). Det som förmedlas ska vara kunskapsbaserat och följa skolans styrdokument och värdegrund (84, 85). Undervisningen ska också nå alla unga i skolan och vara återkommande genom alla grundskolans stadier och gymnasiet. I enlighet med WHO (86) ska undervisningen gradvis ge barn och unga information, kompetens och positiva värderingar samt stärka individernas egen identitet och självkänsla, för att de ska förstå och njuta av sin sexualitet, ha säkra och berikande relationer och ta ansvar för sexuell hälsa och välbefinnande hos både sig själva och andra. Unga ska också känna till sina sexuella rättigheter och respektera andras, förstå nyttan av prevention och förstå sexualitetens olika yttringar. På så sätt ska skolan ge verktyg både för nuet och för framtiden.

Elevhälsan bedriver ett programbaserat förebyggande arbete för unga och unga vuxna. Att delta är frivilligt, men i stort sett nås alla unga. Elevhälsan ska följa elevernas utveckling, bevara och förbättra elevernas fysiska och psykiska hälsa samt verka för sunda levnadsvanor och en hälsofrämjande livsstil. Det sker bland annat genom utbildning och stödsamtal. Vaccinationer utförs enligt ett nationellt vaccinationsprogram som för flickor omfattar vaccination mot humant papillomvirus (HPV).

Ungdomsmottagningar är en lågtröskelverksamhet som arbetar efter lokala riktlinjer. Oftast följs det policyprogram som Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) tagit fram. Verksamheten vänder sig vanligen till unga upp till 23 år men det, liksom storlek och öppettider, varierar utifrån lokala förutsättningar. På mottagningarna finns personal med medicinsk och psykosocial kompetens, oftast barnmorska, kurator och läkare, på hel- eller deltid. Mottagningarna arbetar individriktat, men med grupper

och utåtriktad verksamhet när det finns resurser. Mottagningarna arbetar hälsofrämjande och förebyggande, i huvudsak med sexuell, reproduktiv och psykisk hälsa. Unga flickor är den målgrupp som vanligen besöker ungdomsmottagningen medan 10–15 procent av pojkar någon gång har besökt en ungdomsmottagning (87).

För att öka testningen för klamydia, erbjuder i stort sett alla landsting möjligheten till klamydiatestning via internet. Detta har väsentligen ökat testningen bland killar. Många laboratorier erbjuder också samtidig analys för både klamydia och gonorré.

En nationell handlingsplan för klamydiaprevention (88) och ett kunskapsunderlag (89) togs fram 2009, för att stödja det lokala förebyggande arbetet till unga och unga vuxna. De behöver en gemensam grundläggande jämställd och jämlik information och kunskap som ger dem förmågan att ta ansvar för sin egen och andras sexuella hälsa. Det generella får aldrig utesluta de individuella behoven, och alla ska inkluderas. Detta gäller särskilt för unga hbtq-personer och unga med såväl fysiska som psykiska funktionsvariationer.

Ansvaret för sexuell hälsa bland heterosexuella unga behöver bli mer jämställt. Unga kvinnor tar ansvar för både preventivmedel och testning i större utsträckning än unga män, och unga män rapporterar sämre sexuell hälsa än unga kvinnor (90). Ett jämställdhetsarbete som gynnar både män och kvinnor bör innebära ett ökat fokus på mäns sexuella hälsofrågor för att förändra stereotypa föreställningar om sexualitet. Grunden för den sexuella hälsan måste läggas under uppväxten, så att unga förstår den strukturella nivån för jämställdheten och hälsan ur ett samhällsperspektiv.

Det förebyggande arbetet med hiv, STI och oönskade graviditeter utgår från hur unga förhåller sig till risktagande. Sexuellt risktagande omfattar handlingar som kan leda till överföring av hiv eller STI samt till önskad graviditet. Genom forskning och de återkommande studier som genomförts inom ramen för hivpreventionen finns i dag kunskap om riskutsatthet och risktagande i olika grupper av unga och unga vuxna (20, 45, 81, 82, 91).

Unga i migrations- och tidig integrationsprocess behöver kunskap om SRHR. Bland unga som injicerar droger finns stor risk för hepatit C. Förebyggande av blodsmitta måste uppmärksammas i verksamheter som möter ungdomar. Barn och ungdomar som lever med hiv har rätt till särskilda stödinsatser utifrån sina individuella behov.

Det finns fortsatta utmaningar med att utveckla och anpassa preventionen så att den når de personer som är mest riskutsatta för hiv, STI och hepatit B och C. Därför behövs ett behovsanpassat och integrerat preventivt

arbete inom verksamheter som möter unga och unga vuxna med särskilda behov samt risktagande, riskutsatta och marginaliserade unga såsom unga hbtq-personer. På nationell nivå finns behov av att regelbundet följa utvecklingen av kunskaper, attityder och beteenden och erfarenhet i relation till sexuell hälsa, både generellt bland unga och unga vuxna och i särskilda nyckelgrupper såsom hbtq-ungdomar och unga med funktionsvariation.

Epidemiologisk utveckling

I likhet med övriga länder i Norden är förekomsten av hiv låg bland unga och unga vuxna. Drygt 600 barn, unga och unga vuxna (0–29 år) lever med känd hivinfektion i Sverige, varav cirka 460 är över 20 år. Det förekommer inte någon spridning av hivinfektion bland unga under 20 år i Sverige.

Förekomsten av klamydiainfektion är hög. Den har varierat något men 2009–2015 rapporterades varje år cirka 37 000 fall av klamydia, varav drygt 80 procent inträffade i åldersgruppen 15–29 år. Antalet fall av gonorré har under senare år ökat från låga nivåer bland både unga män och kvinnor, och särskilt i gruppen män som har sex med män. Den epidemiologiska övervakningen pekar på att unga män troligen har ett högre mörkertal av både klamydia och gonorré än kvinnor. Samtidigt ses en ökande antibiotikaresistens när det gäller gonorré.

Antalet aborter har sedan 2006 varit cirka 37 000 per år. Flest aborter görs bland kvinnor i åldern 20–29 år med 30 aborter per 1 000 kvinnor. Tonårsaborterna har minskat stadigt under de senaste tio åren, och 2015 rapporterades 14,4 aborter per 1 000 flickor i åldern 15–19 år, jämfört med 25,4 per 1 000 flickor år 2006. Minskningen antas bero på bättre preventivmetoder och ökad subventionering av preventivmedel.

Av de hepatit C-fall som 2015 rapporterades i Sverige var 18 procent (172 fall) barn och ungdomar i åldern 0–24 år. Av dessa hade majoriteten (83 procent) smittats via injektion av droger. Sju av fallen var barn i åldrarna 0–14 år, varav sex fall rapporterades som ”mor till barn-smitta”. Bland ungdomar 15–19 år och 20–24 år dominerade smittvägen injektion av droger. Generellt är hepatit C vanligare bland män, men i åldersgruppen 15–19 år var, nio (9) av 15 rapporterade fall (60 procent), unga kvinnor. Unga från 18 års ålder har från 1 mars 2017 genom lagändring fått tillgång till sprututbyte (56).

Riskutsatthet och risktagande

Riskutsatthet, risktagande och preventiva behov varierar bland unga och unga vuxna. Studier visar att riskfaktorer som kan kopplas till sexuellt risk-

tagande är erfarenhet av sexuella övergrepp, svåra uppväxtvillkor, känslor av hopplöshet, depression och självmordsförsök. Unga och unga vuxnas risktagande hänger också nära samman med riskutsatthet och erfarenhet av kränkningar och självupplevd diskriminering. Andra riskfaktorer är hög konsumtion av alkohol, bruk av droger, sexdebut före 15 år, fler än 10 partner under det senaste året, erfarenhet av sexuella handlingar mot sin vilja och socioekonomiskt utsatta levnadsförhållanden (81, 82).

Uppmärksamhet på och metodik för att upptäcka riskutsatta unga behöver finnas överallt där man möter unga, till exempel inom skolan, elevhälsan, särskolan, ungdomsmottagningar, socialtjänsten, HVB-hem¹⁴, barn- och ungdomspsykiatri, och boenden vid Statens institutionsstyrelse.

Unga hbtq-personer är en grupp som på många håll i landet saknar arena för samtal och stöd, trots att samhället har ett ansvar för deras sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter. Det civila samhällets organisationer deltar i hög utsträckning i det förebyggande arbetet för gruppen, men samhället har ansvar för att alla unga nås.

Studien UngKAB09 visar att många unga tar sexuella risker. Till exempel var det bara hälften av de unga, som hade sex med en ny eller tillfällig partner, som använde kondom. Förekomsten av klamydia visade även ett samband med social utsatthet. Resultat från såväl 2009 som 2015 visar att en högre andel ohälsa inom flera områden rapporteras av unga hbt-personer, unga med erfarenhet av sex mot ersättning, unga med ≥ 10 sexpartner under senaste året, unga med erfarenhet av sex mot sin vilja, unga med dålig ekonomi och unga med erfarenhet av alkohol och droger. Hbt-personer och de med erfarenhet av sex mot ersättning har även i större utsträckning än övriga erfarenhet av kränkning och självupplevd diskriminering. Erfarenhet av abort och klamydia är också vanligare bland unga med ≥ 10 sexpartner under det senaste året, de som tagit droger i samband med det senaste sextillfället, de med erfarenhet av sex mot ersättning och de som debuterade före 15 års ålder (81, 82). Fler studier bland olika grupper av unga har genomförts med stöd från Folkhälsomyndigheten, och de har ökat kunskapen om riskutsatthet och risktagande (20, 61). Subgrupper av riskutsatta och risktagande unga behöver uppmärksammas och få tillgång till det stöd som ska erbjudas till alla. Kunskapen om unga transpersoner

14. Hem för vård och boende (HVB)

och sexuell hälsa behöver öka liksom kunskapen om personer som ställer sig utanför tvåkönsnormen och antagandet om heteronormativitet (queer).

Tuberkulos och hepatit B bland unga och unga vuxna är ovanligt i Sverige. Sedan mitten på 1970-talet erbjuds inte längre vaccination mot tuberkulos rutinmässigt till barn efter födseln, utan bara till familjer från länder med hög förekomst av tuberkulos och till barn med planerad längre vistelse i ett sådant land. Risken för tuberkulos är alltså betydligt större utomlands än i Sverige. Barn som har ökad risk att smittas av hepatit B rekommenderas och erbjuds gratis vaccination genom barnhälsovården eller elevhälsan.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Kunskapen om risktagande och riskutsatthet bland unga ökade under perioden 2006–2015, bland annat genom de studier av ungas kunskap, attityd och beteende i relation till hälsa och sexualitet, UngKAB09 och UngKAB15, som genomförts på nationell nivå (81, 82).

Många insatser med stöd av statsanslaget har fokuserat på unga och unga vuxna. Insatserna har varit både breda hälsofrämjande insatser till alla unga och insatser som inriktats på att nå de mest riskutsatta och risktagande. Myndigheter, landsting och civilsamhällets organisationer har gemensamt bidragit till detta, enskilt eller i samverkan.

De hälsofrämjande insatserna har främst handlat om att stärka skolans sex- och samlevnadsundervisning. Olika utbildningsmaterial har tagits fram och kunskap inom området har förmedlats i olika utbildningssammanhang. Framför allt har material på lätt svenska varit av betydelse för undervisning till nyanlända och unga med intellektuell funktionsvariation (79, 80).

Ungdomsmottagningarnas arbete har varit i fokus för olika utvecklingsinsatser, bland annat för att öka kondom användningen bland unga. I samband med Klamydiamåndagen¹⁵ har olika informationsinsatser ordnats i samarbete med landstingen, med syfte att öka provtagningen av klamydia bland unga och unga vuxna. Utåtriktad, uppsökande verksamhet har också bedrivits på festivaler eller andra arenor med utomhusaktiviteter i samarbete med det civila samhällets organisationer. På olika platser i landet har unga

15. Klamydiamåndagen är en kampanj som syftar till att öka klamydiatestning. Den har genomförts av Enheten för sexualitet och hälsa vid Stockholms läns landsting sedan 2003 med stöd av eller i samverkan med ansvarig myndighet och övriga landsting.

och unga vuxna nåtts med information och rådgivning om hiv och andra STI, både unga generellt men också specifikt hbtq-personer.

För att nå unga har Folkhälsomyndigheten, landsting och civila samhällsorganisationer tagit fram insatser som visats på internet och bio och andra sociala medier, i huvudsak för att öka kondom användningen. Exempel på nationella informationsinsatser är Knullträdet, Knull de Luxe och Dansa i neon.

De senaste åren har fokus varit att sprida kunskap om unga och risktagande genom rapporter, vägledningar och utbildningar samt att stödja införandet av kunskapsbaserade metoder för att nå individer som är särskilt risktagande och grupper med särskilda behov. Viktiga arenor i detta arbete är elevhälsan, socialtjänsten och ungdomsmottagningar.

Utlandsresenärer

Den nationella hivstrategin beskriver behovet av att fördjupa och förstärka förebyggande insatser som är riktade till utlandsresenärer. Risk- och spridningsmönster bör analyseras utifrån beteendevetenskaplig och epidemiologisk analys, och förebyggande metoder för olika resenärer bör utvecklas och utvärderas.

Studier visar att utlandsresenärer har sex under resor men bara en minoritet av dem har ett sexuellt beteende som utsätter dem för risk för hiv eller STI (92). De unga och MSM som redan tar risker tenderar också att ta risker när de befinner sig utomlands (93). Det finns därför anledning att uppmärksamma risktagande och riskutsatthet utifrån mobilitet som fenomen, snarare än att se utlandsresenärer som en preventionsgrupp. Personer som identifieras som risktagande i Sverige eller utomlands kan behöva stödande och riskreducerande förebyggande insatser som gäller risktagande generellt och utifrån mobilitet. Sverige är också ett resmål för personer från andra länder och därför behövs ett preventionsarbete som uppmärksammar mångfalden av mobilitetsaspekter kopplat till sexuellt riskbeteende. Utlandsresenärer är ingen homogen grupp, utan bör nås av det generella preventionsarbetet.

Kunskapen om behovet av testning för hiv, hepatit B och C samt STI för personer som kommer från eller har vistats eller rest i högendemiska områden eller länder behöver öka generellt i befolkningen men också uppmärksammas av hälso- och sjukvården.

Epidemiologisk utveckling

Bland alla rapporterade fall av hiv 2006–2015 anger 63–84 procent (i genomsnitt 73 procent) per år att de smittats utomlands. Majoriteten är migranter som hade en diagnostiserad eller odiagnostiserad hiv redan innan de kom till Sverige.

Knappt 70 personer per år, eller cirka 15 procent av alla rapporterade fall under den senaste femårsperioden, är personer bosatta i Sverige som fått hiv i samband med en utlandsvistelse. Av dessa är knappt två av 10 kvinnor. Majoriteten (53 procent) av dem som, är bosatta i Sverige, men fått hiv utomlands, har fått hiv genom heterosexuell kontakt och 40 procent genom sex mellan män. Flertalet (58 procent) är födda i Sverige medan 42 procent är födda utomlands i 55 olika länder. Thailand är det vanligaste landet för överföring och står för 32 procent av de som smittats utomlands.

Riskutsatthet och risktagande

Resandet ökar i Europa och världen. EU och Schengenområdet har utvidgats, flygmarknaden har avreglerats och biljettpriserna har sjunkit. Mobilitet är ett begrepp som allt oftare används i samband med studier av migranter eller resenärer från Sverige, för att förtydliga att riskutsattheten och risktagandet ökar med rörlighet och genom att vara ny på en plats eller helt enkelt ”inte hemma”. Säsongsarbetare som kan förflytta sig både inom ett land och transnationellt är ett exempel på mobil population med låg grad av bofasthet. Personer som är utsatta för prostitution är också en mobil grupp med stor riskutsatthet (94). Personer med utländsk bakgrund som bor i Sverige är i hög utsträckning fortsatt mobila med återkommande resor till sina ursprungsländer. Hedersförtryck och tvångsgifte kan ytterligare öka riskutsattheten i dessa sammanhang.

En internationell systematisk översikt visade att cirka 20 procent av resenärer har tillfälliga sexuella relationer i samband med utlandsresa (92). Förekomsten av hiv och tillgången till prevention, testning och behandling för hiv och STI varierar mellan olika platser inom och mellan länder, vilket bidrar till geografiska skillnader i riskutsatthet för hiv och STI i samband med sex. Att kunskapen om sexuellt risktagande i samband med utlandsvistelser är begränsad visades i den senaste studien av sexualvanor i Storbritannien (95). Den visar också att tillfälligt sex med ny partner utomlands var starkt associerat med annat sexuellt risktagande, såsom oskyddat sex med fler partner.

Större svenska enkätundersökningar som ställt frågor om resande har gett visst underlag för att kunna analysera riskbeteende och riskutsatthet i samband med utlandsresor (11, 96). En studie med fokus på unga visar att majoriteten av ungdomar och unga vuxna som reser inte har sex under utlandsvistelsen. Men unga som generellt tar större sexuella risker än genomsnittet tenderar att också göra det utomlands (93). Samma mönster framgår i olika MSM-studier som gjorts under de senaste åren. I den senaste MSM-studien (45) rapporterade 15 procent av männen att de hade träffat en icke stadig sexpartner för oskyddat analt samlag utomlands under de senaste 12 månaderna. Tre av fyra av de som haft oskyddat analt samlag hade haft det med en partner från det land som de besökte. Den som har sex med ny eller tillfällig partner vid utlandsresa har också ofta erfarenhet av sex med ny partner från annat land även hemma (95). I förebyggande syfte har den europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC, gjort en riskbedömning vad gäller spridning av hiv och andra sexuellt och blodburna infektioner vid den internationella Pridefestivalen i Madrid 2017 (97).

Forskningen tyder alltså på att majoriteten av resenärer inte har tillfälligt sex under sina utlandsvistelser, men en nyligen genomförd studie visar att svenska och brittiska backpackerresenärer i Thailand använde kondom i mindre utsträckning än resenärer från andra länder när de hade tillfälliga sexpartner på resan (98).

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

På uppdrag av Folkhälsomyndigheten har studier gjorts om beteende vid utlandsresor. År 2016 kom bland annat en litteraturöversikt över riskfaktorer vid och förebyggande metoder inför utlandsresor (99).

Flera lokala informationsprojekt har varit direkt riktade till utlandsresenärer med uppmaning att ta med kondomer hemifrån, att använda kondom och att testa sig för hiv och STI vid hemkomsten. Även insatser för att öka kunskapen om sexuell hälsa riktat till turism- och resebranschen har genomförts.

Preliminära resultat från en intervjustudie med svenska MSM som regelbundet reser till Berlin visar att personer som utsätter sig för risker utomlands även har en liknande riskutsatthet hemma.

Personer utsatta för prostitution

Den nationella hivstrategin konstaterar att sambandet mellan mäns utnyttjande av personer i prostitution och spridningen av hiv och andra STI behöver synliggöras. Det noteras samtidigt att man inte hade identifierat personer utsatta för prostitution som en riskutsatt grupp i fråga om hiv eller STI i Sverige.

Personer som säljer sex är en generell riskutsatt och sårbar heterogen grupp i fråga om psykisk ohälsa, sexuell utsatthet och riskbeteende. Det finns indikationer på att många som säljer sex i Sverige har koppling till andra länder och liten anknytning till det svenska samhället och dess stödssystem. Därmed är det svårt att nå personer med denna erfarenhet i studier och kartläggningar. Men en kartläggande studie bland thailändska kvinnor som uppger att de själva valt att sälja sexuella tjänster har genomförts i Norge (100).

Personer som köper sex är nästan uteslutande män, och de kan betraktas som sexuellt risktagande på gruppnivå även om studier indikerar att det gäller för dem i allmänhet och inte nödvändigtvis i relation till just sexköp (94).

Befolkningsstudier som frågat om erfarenhet av sex mot ersättning har bidragit med kunskap om förekomsten av och risktagandet i relation till sex mot ersättning i olika delar av befolkningen (11, 96). Det finns inga data om förekomsten av hiv bland personer med erfarenhet av sex mot ersättning, men det finns subgrupper som är marginaliserade och därmed svåra att nå med preventiva insatser och testning för hiv.

Tydliga ojämlikhetsaspekter finns, och det är tveklöst så att kvinnor och hbtq-personer som säljer sex, oberoende av könsidentitet, ofta är utsatta för sexuellt våld och tvång. Riskutsattheten och risksituationerna varierar, men lättillgängliga hälsofrämjande och förebyggande insatser behövs när det gäller prevention och sexuell hälsa. I hela landet behövs också fler sociala stödinsatser inklusive lättillgänglig testning för hiv och andra sexuellt överförda infektioner samt kompetens för bredare rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa för personer som säljer sex.

Alla, men särskilt personer som köper sex, behöver känna till den lagstiftning som förbjuder köp av sexuella tjänster och få kunskap om kopplingen till organiserad brottslighet och människohandel, men utifrån ett hiv- och STI-förebyggande perspektiv behöver de även kunskap om smittrisker, kondomanvändning och vikten av testning. De transnationella aspekterna behöver också beaktas, dels för att sexköp av personer som bor i Sverige ofta sker utomlands, dels för att uppsökande arbete behövs för att nå personer

från andra länder som säljer sex i Sverige. För att minska efterfrågan på sexköp behövs också förebyggande insatser med fokus på normer och värderingar när det gäller till exempel maskulinitet och jämställdhet i relation till sex mot ersättning. Insatserna behöver ske parallellt med och oberoende av riktade hiv- och STI-förebyggande insatser.

År 2007 fattade regeringen beslut om en handlingsplan för att bekämpa prostitution och människohandel för sexuella ändamål (101). Dåvarande Smittskyddsinstitutet var delaktig i Socialstyrelsens framtagande av utbildningsmaterial som är riktat till yrkesverksamma (102). Det finns också ett nätverk av myndigheter och civila samhällets organisationer som regelbundet samverkar. Nätverket samordnas av Länsstyrelsen i Stockholms län.

Epidemiologisk utveckling

Hiv- och STI-anmälningar anger inte om personen har haft sex mot ersättning och därför saknas systematisk rapportering i Sverige av antalet fall av hiv och STI bland personer som köper eller säljer sex. Folkhälsomyndigheten har heller ingen specifik epidemiologisk data för personer med dessa erfarenheter, eftersom frågan inte ställs rutinmässigt i befolkningsbaserade enkäter. Senaste gången var 1996 när 12,7 procent av de svarande männen uppgav att de betalat för sexuell samvaro. Enkätsvaren visade även att 0,5 procent av männen hade tagit emot ersättning för sex, liksom 0,3 procent av kvinnorna (96). En studie på Linköpings universitet visar att de som köpt sex med få undantag är män som i hög grad är sexuellt risktagande. Totalt hade 0,8 procent av männen och 0,6 procent av kvinnorna någon gång sålt sex. Var femte hade sålt sex fler än 10 gånger. Studien uppskattar att cirka 30 000 personer i befolkningen någon gång har betalat för sex. Omkring 80 procent av de som köpt sex uppger att det senaste sexköpet skedde utomlands, och 78 procent använde kondom vid det senaste sexköpet (103).

I låg- och medelinkomstländer i världen skattas prevalensen av hiv generellt till 12 procent bland kvinnor som säljer sex men det finns stora variationer mellan länder (104). I Europa är skattningarna lägre och de flesta länder ligger på 1–5 procent bland kvinnor och något högre bland män som säljer sex (105).

Riskutsatthet och risktagande

Det finns ingen homogen grupp som använder sex som ersättning, köper eller säljer sex – tillfälligt eller under längre tid, vid enstaka eller flera tillfällen – utan erfarenheten förekommer i hela befolkningen. Den höga före-

komsten av hiv globalt bland personer som säljer sex beror bland annat på stort antal sexpartner, inkonsekvent kondom användning, samtidigt injektionsmissbruk och sociala och legala faktorer som minskar tillgången till kondom, skadereducerande insatser och alternativa försörjningsvägar (104).

Lagstiftningen ser mycket olika ut i Europa när det gäller att köpa och sälja sex. Medan Nederländerna och Tyskland har legaliserat sexköp och bordellverksamhet har exempelvis Serbien och Rumänien kriminaliserat både köp och försäljning av sexuella tjänster. Sverige, Norge, Island och Frankrike, liksom Kanada utanför Europa, har sexköpslagar som förbjuder köp av sex utan att reglera försäljning. Stödet för sexköpslagen i Sverige är högt och 72 procent ger lagen sitt stöd (85 procent av kvinnorna och 60 procent av männen) (103).

En ökning av människohandel för sexuella ändamål har noterats under de senaste åren i Europa, och det förekommer också här även om Sverige, genom lagstiftningen, ansetts mindre attraktivt för detta ändamål (94). Ensamkommande barn anses särskilt utsatta, men kunskapen om omfattningen är begränsad. Länsstyrelsen vittnar också om att sexsäljare regelbundet flyttas mellan länder som del i den organiserade människohandeln, vilket gör det svårt att nå de utsatta med erbjudanden om insatser.

Studier visar att personer som köpt sex inte skiljer sig från dem som inte köpt sex när det gäller de flesta sociodemografiska faktorerna samt psykiska symtom eller självkänsla. Men de rapporterar en förhöjd alkohol- eller drogkonsumtion, fler traumatiska händelser under uppväxten och förekomst av våld i pågående eller tidigare parrelationer. De har ofta ett aktivt sexliv med många partner, är aktiva på internet i kärlekssyften och sexuella syften, och har även en förhöjd förekomst av tvångsmässigt sexuellt beteende. De har även oftare än övriga hivtestat sig någon gång (45 procent jämfört med 26 procent). Totalt har 62 procent av männen och 70 procent av kvinnorna som, någon gång, sålt sex hivtestat sig, och 43 procent uppgav att de hade använt kondom vid det senaste tillfället när de sålt sex. De som nås i studierna, och har sålt sex, har oftast gjort det i Sverige. Däremot är det vanligt att de som köpt sex gjort det utomlands. Studier bland köpare av sex bekräftar dessa resultat och visar att det sexuella risktagandet är högt i målgruppen. Männen som köpt sex har sex med både män och kvinnor och använder sällan kondom med fast partner (103).

Studien UngKAB15 visar att drygt 2 procent hade fått ersättning för sex. Personer som valt att inte kategorisera sig i fråga om kön har fått ersättning i högre grad än övriga. Av alla unga 16–29 år hade 3 procent gett ersättning för

sex men det fanns skillnader utifrån kön och ålder: killar 20–24 år (4 procent) och 25–29 år (8 procent) hade gett ersättning i högre grad än övriga (82).

Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL) har undersökt förekomsten av sex mot ersättning i hbtq-gruppen, och såg att den sexuella riskutsattheten är särskilt hög bland unga (106). I en senare rapport (49) framgår att kondomanvändningen och hivtestningen inte är tillräcklig bland unga som haft sex mot ersättning. En studie bland transpersoner visar att 10 procent av respondenterna har erfarenhet av sex mot ersättning: 3 procent angav att de fått ersättning för sex en gång och 7 procent att det skett flera gånger (20). Det finns också tecken på ett högre risktagande bland de män som haft sex mot ersättning än bland övriga MSM (45). Många av männen som fått ersättning angav att de testar sig regelbundet medan en hög andel av männen som gett ersättning i samband med oskyddat analt samlag aldrig testat sig för hiv.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Kunskapen om gruppen och gruppens riskutsatthet och behov av insatser har ökat under de senaste åren, framför allt genom olika studier inom olika preventionsgrupper som visar att det finns en riskutsatthet som är relaterad till sexuell hälsa.

Inom ramen för det hivpreventiva arbetet har några av civila samhällets organisationer utvecklat sitt förebyggande arbete för hbtq-personer genom enkätundersökningar bland personer som har sex mot ersättning. Detta har ökat kunskapen om gruppens behov av hiv- och STI-prevention, men också om utsattheten för våld, diskriminering och social stigmatisering.

I storstadsområdena finns verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som under perioden har utvecklat sitt hivpreventiva arbete riktat till köpare och säljare av sex. Dessa insatser räcker dock inte för att säkerställa att gruppen nås med hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Gravida

Den nationella hivstrategin konstaterar att gravida behöver bättre information om risken för överföring av hivvirus till fostret samt hur det kan förhindras. Vid tidpunkten för utredningen som föregick strategin var det inte alla landsting som rutinmässigt erbjöd screening för hiv till gravida. Föreskriften om infektionsscreening utfärdades av Socialstyrelsen 2004 vilket innebär att alla landsting nu erbjuder hivtest till alla gravida.

Mödrahälsovården vänder sig till alla gravida, är kostnadsfri och har både medicinsk och psykosocial inriktning. Den är frivillig men i stort sett alla gravida deltar. Programmet har fokus på det friska, men ska också fånga både medicinska komplikationer, psykisk och fysisk ohälsa och svårigheter av psykosocial karaktär samt missbruk och våld i nära relationer. Fokus är på den gravida och det väntade barnet, men partnern inkluderas och uppmantras att delta.

I Sverige är det mycket ovanligt att hiv överförs i samband med graviditet, förlossning eller amning. Det beror på att personer med känd hivinfektion får en effektiv behandling men också på en mycket hög anslutning till infektionsscreening inom mödrahälsovården. Genom effektiv behandling under graviditet och förlossning förhindras överföring av hiv till barnet. Det innebär att även personer som lever med hiv kan planera för graviditet, vilket gör att många som lever med hiv i dag har barn.

Eftersom hiv finns i hela världen och migration kan ske under graviditeten, är riskutsatthet för hiv och andra infektioner hos den gravida och den eventuella partnern ett fortsatt prioriterat område inom mödrahälsovården och förlossningsvården även i Sverige. Testning bör även erbjudas partnern när det är medicinskt motiverat, för att undvika överföring av hiv under graviditeten. Personer i fertil ålder som kommer från områden med hög förekomst av hiv behöver få information om var de kan testa sig och få rådgivning inför en kommande graviditet. Informationen kan ges av hälso- och sjukvården, men också via flyktingmottaganden, asylboenden eller det civila samhällets organisationer. De flesta nyanlända unga har tillgång till sociala medier, vilket kan bidra till ökad kunskap om sexualitet och relationer. Internet som informationskälla kan också utvecklas mer systematiskt för att sprida kunskap.

Epidemiologisk utveckling

Åren 1986–2005 diagnosticerades totalt 245 personer med hiv i samband med screening av gravida inom mödrahälsovården i Sverige. Under 2006–2015 diagnostiserades 168 gravida personer med hiv det vill säga cirka 17 per år jämfört med 12 per år före 2006. De flesta av dessa, 95 procent under perioden 2006–2015, är födda utomlands med Thailand, Eritrea och Etiopien som de vanligaste födelseländerna. Andelen svenskfödda har minskat jämfört med före 2006, från cirka 15 till 5 procent.

Det finns ingen nationell statistik över antalet gravida som avstår från screening, men det är troligen få. Under 2006–2015 föddes ett fåtal barn i

Sverige där överföring av hiv skedde innan den gravida fick sin diagnos och tillgång till effektiv behandling.

Antalet barn som lever med hiv i högendemiska områden i världen har halverats sedan 2006, men ändå får cirka 100 000 barn hiv varje år i samband med graviditet, förlossning och amning. Det speglar förhållandet att bara cirka 70 procent av alla gravida i världen har tillgång till effektiv behandling. Det finns också skillnader mellan länder när det gäller antalet gravida som har tillgång till behandling under graviditet och förlossning, liksom antalet som får behandling så att de kan amma utan att överföra virus till barnet. Unga kvinnor i Afrika söder om Sahara är en utsatt grupp, och bland dem ökar förekomsten av hiv. Antalet aidsrelaterade dödsfall bland kvinnor i fertil ålder har visserligen minskat med 45 procent under de senaste fem åren, men det är fortsatt den vanligaste dödsorsaken bland fertila kvinnor i världen (30). UNAIDS har tagit fram en global plan för de 22 länder som 2009 stod för 90 procent av alla gravida som lever med hiv och behöver behandling. Målet med planen var att överföringen av hiv mellan den gravida och barnet ska upphöra och att de gravida ska överleva. Bara 31 procent av de barn under 15 år som lever med hiv har tillgång till behandling (107).

Gravida från länder med hög tuberkulosincidens

Aktiv tuberkulos hos en gravid innebär en risk för smittöverföring till fostret. Symtomen på tuberkulos kan under graviditet vara diffusa och svårtolkade, eller i vissa fall saknas helt. Risken finns därmed att diagnosen ställs först efter förlossningen när det nyfödda barnet redan har exponerats för smittan. En riktad hälsokontroll för tuberkulos rekommenderas om den gravida kommer från ett område med hög tuberkulosincidens (≥ 100 fall per 100 000 invånare och år) eller om det finns misstanke om tidigare exponering. Mödrahälsovården når gravida i en ålder då de annars inte brukar uppsöka hälso- och sjukvården. Målet är att upptäcka smitta i så god tid att fostret inte påverkas under graviditeten och att smittan inte överförs i samband med eller efter förlossningen (108).

Sedan mitten på 1970-talet utförs vaccination mot tuberkulos inte längre rutinmässigt, men erbjuds till nyfödda i vissa riskgrupper. Det gäller i första hand barn i invandrarfamiljer från länder med hög tuberkulosförekomst och barn med planerad längre vistelse i sådant land.

Riskutsatthet och risktagande

Riskutsattheten i relation till graviditet ser mycket olika ut över världen. Det förebyggande arbetet i Sverige behöver ta hänsyn till förhållandena både i Sverige och i övriga världen, eftersom många nyanlända migranter och andra mobila personer kan bli eller är gravida. I de flesta låginkomstländer är det främst gifta kvinnor som får tillgång till preventivmedel och som därför har möjlighet att planera sina graviditeter. Själva migrationsprocessen är en risksituation och gör kvinnor riskutsatta eller risktagande i relation till sexuell hälsa. I länder med endemisk utbredning av hiv saknas generellt sex- och samlevnadsundervisning.

Mödrahälsovården i Sverige är en programbaserad verksamhet som utgår från ett basprogram med möjlighet till individualisering. Gravida ansluter i hög utsträckning till programmet, som ska anpassas utifrån medicinska, psykosociala och individuella förhållanden. Forskning vid Malmö högskola (109) och Uppsala universitet (110) visar att en mindre andel utlandsfödda gravida deltar i programmet på mödrahälsovården och att de gör färre besök än svenskfödda. Utlandsfödda gravida kommer också ofta senare i graviditeten till mödrahälsovården än svenskfödda. Studierna pekar på flera faktorer som kan bidra till detta, såsom svårigheter att få kontakt på grund av bristande språkkunskaper, svårigheter att formulera sig om sexualitet och reproduktion, begränsade öppettider, tidbokning och telefontider med knappval vid telefonkontakt samt låg flexibilitet och kunskap hos personalen. Socialstyrelsen visar i en kartläggning att utfallet inom förlossningsvården också påverkas av socioekonomisk situation och födelseland. Kvinnor födda i Afrika söder om Sahara tycks vara en grupp som är negativt överrepresenterad och i viss mån gäller det även kvinnor födda i Mellanöstern, kvinnor med enbart grundskola som högsta utbildning och kvinnor som söker asyl (111).

Mödrahälsovårdens provtagning och andra erbjudanden har fokus på den gravida och barnet. Detta gäller också infektionsscreening. Det kan dock vara medicinskt motiverat att även testa partnern för att utesluta att hen bär på en odiagnostiserad hivinfektion som skulle kunna överföras under graviditeten.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Alla gravida i Sverige erbjuds numera infektionsscreening av hiv, hepatit B och syfilis. Syftet är att förhindra överföring av hiv till barnet under graviditet och i samband med förlossning, enligt WHO:s regler för screening.

Erbjudandet har sin grund i de föreskrifter om infektionsscreening mot hiv, hepatit B och syfilis som Socialstyrelsen utfärdade 2004 (SOSFS 2004:13), och som fått genomslag under åren 2006–2015. Gravida nås numera i hög utsträckning av erbjudande om provtagning för hiv, hepatit B och syfilis under tidig graviditet.

Diskussion



Diskussion

Ett effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete

Det preventiva arbetet som genomförts i landstingen och genom civila samhällets organisationer men också den medicinska utvecklingen inom hälso- och sjukvården avseende hiv har fungerat väl i Sverige. Översynen visar ändå att arbetet med att begränsa spridning av hiv och sexuellt överförda och blodburna infektioner samt begränsa konsekvenserna av dessa infektioner fortsatt behövs. Målsättningen är att ett brett och effektivt arbete ska finnas i hela landet för att hälsofrämjande och förebyggandeinsatser ska nå hela befolkningen. Ansvar ligger främst hos landstingen men även hos kommunerna, och då framför allt storstadskommunerna. Insatserna ska bygga på såväl nationella som regionala analyser av omvärlden och den epidemiologiska utvecklingen för att kunna nå och anpassas utifrån olika gruppers behov. Civila samhällets organisationer har lång erfarenhet av att stödja och förstärka arbetet men en samordning behövs på både lokal och nationell nivå. Ansvarig myndighet ska ta fram kunskapsunderlag och ge strategiskt stöd.

Uppbyggnad, underlag och utformning av arbetet ska bygga på kunskap utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är därför nödvändigt att upprätthålla men också förstärka och utveckla epidemiologisk övervakning, stödja forskning samt ha en systematisk och regelbunden uppföljning och utvärdering av effekterna av det förebyggande arbetet. Även riskfaktorer och risksituationer i olika grupper som kan leda till oskyddat sex och hälsofrämjande faktorer som skolans obligatoriska sex- och samlevnadsundervisning bör följas nationellt, regionalt och lokalt.

Alla som har en sexuell relation kan få en sexuellt överförd infektion men antalet sexpartner, sexuell praktik och psykosociala faktorer påverkar sårbarheten och risken att smittas. Precis som tidigare skapar människor relationer på många olika arenor, men internet har delvis förändrat det sätt på vilket människor möts och umgås. Sexuellt beteende och förmågan att kommunicera påverkar både individer och grupper. Utbildningsnivå och ekonomiska villkor påverkar också förmågan att ta till sig kunskap som motiverar till förändring av levnadsvanor. Hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver i högre grad än idag anpassas för att nå grupper som har de största behoven. För att minska risken att få hiv och andra sexuellt överförda infektioner är det viktigt att använda kondom med nya eller tillfälliga partner samt ha

förmåga att kommunicera om sex och värdera risker. Studier visar att en stor majoritet vet att kondom utgör ett gott skydd mot hiv, och andra visar att de flesta är positiva till att föreslå eller spontant använda kondom (81, 82). Dessa kunskaper utgör en grund men behöver stödjas och öka för att riskbeteenden och risksituationer ska minska. Stödet finns, men inte i tillräckligt hög omfattning.

Kunskapen bland personer som är nyanlända till Sverige måste också säkras. Det kan ske genom olika kanaler som exempelvis SFI-undervisningen men också i grund- och gymnasieskolan som når unga nyanlända i skolåldern. Olika projekt och insatser har genomförts bland annat med stöd från civila samhällets organisationer men det krävs tydliga strukturer för att undervisningen ska kunna nå alla.

Erfarenhet och statistik visar att preventionsgruppernas benämning, avgränsning och relevans behöver problematiseras, eftersom människor inte kan tillskrivas en enda gruppstillhörighet. Gruppstillhörighet kan också skifta över tid. Detta måste beaktas av dem som prioriterar och planerar förebyggande arbete liksom vid genomförande, uppföljningar och redovisningar i form av statistik. Lika förutsättningar till hälsa innebär att man behöver nå hela befolkningen med generella erbjudanden för att hitta dem som är riskutsatta och riskerar ohälsa. Därför behöver metoder och verktyg vara strukturerade och implementering ske systematiskt liksom utbildning och uppföljning.

Det finns en högre förekomst av hiv, sexuellt överförda infektioner och hepatit B och C bland människor som är risktagande, riskutsatta och marginaliserade. Hiv kan alltså inte ses isolerat utan i ett sammanhang med andra sexuellt och blodburna infektioner. De har liknande eller sammanfallande smittvägar, och de är vanligare i samma grupper. För att minska spridningen av olika infektioner behöver personer som injicerar droger ha tillgång till egna rena sprutor och kanyler och sprututbytesprogram behöver därför byggas ut i hela landet (56).

Sammantaget visar översynen att sårbarhet och riskfaktorer för hiv, sexuellt överförda och blodburna infektioner förekommer i varierande grad i befolkningen. För att de tillgängliga resurserna ska få större effekt och användas optimalt bör förebyggande insatser, testning, behandling och sjukvårdstjänster vara i linje med människors behov och de bör kompletteras med insatser som främjar de berördas kunskap och möjlighet att förebygga ohälsa. Preventionen bör integreras med arbetet att främja sexuell hälsa och, när det är relevant, ingå i samhällets olika insatser till personer som injicerar droger så att flera behov kan mötas samtidigt. Interventioner behöver

anpassas till den rådande förekomsten i olika miljöer. Viktiga principer i det framtida strategiska arbetet är skyddet av sexuella rättigheter och acceptans av mångfald, liksom självbestämmande för den enskilda människan och det personliga ansvaret att respektera och skydda sig själv och andra.

Ökad testning av hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner

Under de senaste 10 åren har alla som känner till att de har hiv och har kontakt med sjukvården i Sverige successivt fått tillgång till effektiv behandling (7). Idag erbjuds alla, som efter testning visar sig ha hiv, att få behandling. Men fortfarande lever människor med hiv utan att veta om det, det så kallade mörkertalet.¹⁶ Därför vet oftast inte de som överför hiv till andra att de bär på hiv. Den tiden måste minska och hivinfektion måste diagnostiseras så snart det är möjligt (112). Kunskapen om och inställningen till om och var man kan testa sig för hiv behöver därför öka. I den senaste studien år 2016 bland allmänheten, Hiv i Sverige, uppgav 11 procent att de hade testat sig för hiv på eget initiativ men få efter att ha fått det som förslag eller blivit uppmanade att testa sig. De flesta som testat sig angav att det gjorts i samband med blodgivning och graviditet (37). Tillgängligheten till och erbjudande om testning måste därför generellt öka och då särskilt för riskutsatta och marginaliserade personer.

Personer med ett reaktivt testresultat, som visar att personen har hiv, tas i dag om hand inom hälso- och sjukvården utan dröjsmål och får effektiv behandling. Att inte ha testats och fått en hivdiagnos är därför det största hindret för att få behandling. Uppmärksamheten på och erbjudandena om hivtest behöver därför öka både inom primärvården och inom akutsjukvården. Att ta ett hivtest måste vara enkelt. Det ska aldrig ifrågasättas eller problematiseras, utan alltid finnas att tillgå vid förfrågan inom hela hälso- och sjukvården. Möjligheten till anonym testning ska också finnas överallt där test erbjuds.

Under de senaste åren har cirka 450 fall av hiv rapporterats varje år i Sverige. Bland dem finns nyanlända migranter som redan har en hivinfek-

16. Mörkertalet beräknas kontinuerligt av Folkhälsomyndigheten utifrån fallanmälningar och sammanställningar från blodcentralernas infektionsscreening och med beaktande av den svenska epidemins karaktär (www.folkhalsomyndigheten.se).

tion när de kommer hit. Alla asylsökande ska enligt lag erbjudas en hälsoundersökning med testning för hiv, hepatit B och tuberkulos, och detta arbete behöver effektiviseras så att erbjudandet når fler och även andra grupper av nyanlända. Ett riktat arbete behövs till alla som kommer från eller har vistats i högendemiska områden samt till alla som i Sverige lever i ett sammanhang med en ökad förekomst av hiv.

Hälso- och sjukvården behöver ständigt vara uppmärksam på behovet av att testa för hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner samt vaccinera för hepatit B. Det kräver att det sker en regelbunden uppdatering av vårdpersonalens kunskap inom området. Testning för hiv erbjuds också av det civila samhällets organisationer med stöd av utbildad personal, men även av kamratrådgivare, vilket bidragit till ökad tillgänglighet. Landstingen och organisationerna bör utveckla strategier för samverkan och därmed möjliggöra utbyte av kunskap och erfarenheter. Organisationer kan dock aldrig ersätta landstingets ansvar då det är landsting och kommuner som ansvarar för att rättighetsperspektivet upprätthålls.

I dag går det att själv ta prov för klamydia och gonorré, vilket bland annat bidragit till en ökad testning bland män. Det är dock fortfarande betydligt fler kvinnor än män som testas. För att minska överföringen av klamydia och gonorré behövs insatser för att fler män ska nås med information och lättillgänglig testning.

I flera europeiska länder förekommer det även att man skickar in ett självtaget prov för hiv eller testar sig själv hemma. Utvärderingen och uppföljningen av det kommer också att påverka det svenska arbetet, som följs av Folkhälsomyndigheten.

Flera länder erbjuder också förebyggande behandling med läkemedel, preexpositionsprofylax (PrEP),¹⁷ som en prevention för personer med hög risk att få hiv (40, 41). En strukturerad användning och uppföljning av PrEP planeras i Sverige, vilket är nödvändigt för att kunskapen om behandlingen ska öka.

17. Preexpositionsprofylax (PrEP) innebär att ett läkemedel mot hiv ges i förebyggande syfte till personer som bedöms löpa risk för att smittas med hiv.

Stigmatisering och diskriminering relaterad till hiv ska upphöra

Samhället ska säkerställa att kunskapen om hiv och hepatit fortsätter att öka i offentlig verksamhet, arbetslivet och samhället i stort. Det inkluderar att förstå skillnaden mellan hiv och aids samt hur det är att leva med en kronisk infektion (10). Genom ökad kunskap och medvetenhet i hela befolkningen kan omgivningen bli mer tillåtande och accepterande, och den attityden är särskilt viktig bland personer som arbetar på myndigheter och inom kommun och landsting. Personer som lever med hiv och hepatit B och C samt tuberkulos ska bemötas på ett professionellt och kunskapsbaserat sätt vid myndighetsutövning och inom vård och omsorg. Tillgången till bästa tillgängliga behandling och uppföljning ska säkerställas oavsett ålder, kön, sexuell identitet eller praktik, bostadsort, etnisk eller kulturell och socio-ekonomisk bakgrund.

Kunskapen om och bemötandet av personer som lever med hiv har förbättrats och kunskapen om hiv ökat i befolkningen sedan 1980-talet, men trots det finns fördomar och rädsla (11). Sexuellt överförda och blodburna infektioner skapar ofta stigma, och diskriminering och fördomar kan möta människor som lever med blodburna infektioner men också personer som är marginaliserade. Okunskap om hivinfektion och hur den överförs är en grund för fördomar och intolerans mot personer som lever med hiv, och det kan bidra till att människor undviker att testa sig. Det medför att personer med hiv inte får möjlighet till medicinsk behandling. Enligt den nationella hivstrategin bör man eftersträva en normalisering av hiv, och ett framgångsrikt preventivt arbete mot hiv förutsätter att åtgärder riktas mot diskriminering och stigmatisering av personer som lever med hiv. Kunskapen om den låga smittsamheten vid välbehandlad hiv behöver spridas för att förändra både attityder och beteenden (7).

Diskriminerande handlingar och attityder förekommer och riktas mot personer som lever med hiv. Enligt studien, Att leva med hiv i Sverige, har två aspekter av stigma betydelse för livskvaliteten: 1) oron för vad andra tycker om ens hivinfektion, och 2) självstigma (negativ självbild på grund av hivinfektionen). Rädslan för stigmatisering gör att var femte person som lever med hiv inte vågar berätta. De flesta som berättat om hivinfektionen för någon i sin omgivning upplever dock att de får det stöd som de behöver (10). Sverige ska vara ett samhälle där personer som lever med hiv är fullt ut accepterade och har goda livsvillkor under hela livet, och diskriminering och stigmatisering ska upphöra. Personer som lever med hiv och

andra riskutsatta grupper ska involveras i frågor som berör dem nationellt, regionalt och lokalt. Civila samhällets organisationer har stor betydelse för att sprida kunskap om hiv och bidra till ökad öppenhet samt att som partner samverka för ett effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete.

En jämlik och jämställd sexuell hälsa

Sexuell hälsa innebär ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande som är relaterat till sexualitet, inte bara frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Med jämlikhet och jämställdhet avses här de faktorer som går att påverka på en övergripande samhälls nivå. Hälsofrämjande aspekter måste inkluderas då sexualitet är en av hälsans bestämningsfaktorer.

För att begränsa spridningen av sexuellt överförda och blodburna infektioner är det nödvändigt att lyfta fram allas lika rättigheter och möjligheter till en god sexuell hälsa. I sexuella rättigheter ingår att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. Det innebär också rätten till kunskap för att kunna göra egna välgrundade val och ta egna beslut. En del av det förebyggande arbetet, generellt men också riktat, handlar om att minska sexuellt risktagande och öka användningen av skydd för både sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. Den ojämlikhet som finns i sexuell hälsa måste upphöra.

FN, men också den svenska regeringen har slagit fast att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. I det ingår även att förebygga och eliminera sexuellt våld och tvång, för att minska psykisk och fysisk ohälsa. Ett genusperspektiv behövs i utveckling och utformning av allt förebyggande arbete. Den deklaration som FN antog 2016 pekar på att dessa förutsättningar måste byggas upp och respekteras för att minska spridningen av hiv och utrota aids (4).

Skolan har ett stort ansvar eftersom den når alla barn och unga i den obligatoriska sexualundervisningen. Vetenskapliga studier pekar entydigt på att skolan är den bästa arenan för att ge kunskap om sex och samlevnad, förutsatt att undervisningen är tillräckligt omfattande och involverar eleverna samt att lärarna är utbildade inom området. Internationella studier visar att en tydlig läroplan är en viktig förutsättning (83). Undervisningen har i dag fokus på jämställdhet, relationer och sexualitet. Utöver det behöver eleverna tillräcklig kunskap om sexuell hälsa och hiv och andra sexuellt överförda infektioner för att kunna göra egna val som främjar den sexuella hälsan (85). Undervisningen måste bygga på kunskap, struktur och metoder som grundas på den vetenskap som finns inom området. Skolan måste också anpassa

undervisningen och säkerställa att alla känner sig inkluderade och får förutsättningar att tillgodogöra sig kunskapen. Det gäller till exempel unga nyanlända, unga hbtq-personer, unga som är omhändertagna på institution, unga med erfarenhet av att använda sex mot ersättning, unga med funktionsvariation och unga som befinner sig i riskutsatta situationer.

Samhällets värderingar sprids genom många olika kanaler. Den som kommer till Sverige som ung vuxen eller vuxen måste också nås av kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (113). Samhället har det yttersta ansvaret för att hela befolkningen nås av de normer och värderingar som omfattas av majoritetssamhället och som baseras på kunskap och lagar. Dessutom ska samhället se till att alla nås av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. De strukturella förutsättningarna påverkar graden av jämställdhet och jämlikhet i ett samhälle, vilket i sin tur påverkar möjligheten till en god sexuell hälsa. Ett normkritiskt perspektiv sätter fokus på rättigheter, begränsande normer och strukturer.

Landstingens, kommunernas och civilsamhällets mottagningar för att främja sexuell hälsa och förebygga sexuell ohälsa måste vara kända och tillgängliga. Alla ska känna sig trygga och inkluderade då de har kontakt med eller besöker en mottagning. Ungdomsmottagningarna erbjuder möjligheten till enskilda personliga samtal om sex och samlevnad, men de når främst unga kvinnor och bara en liten andel unga män. Det innebär att unga män i hög utsträckning inte nås och inkluderas i det förebyggande arbetet. Det är fortfarande kvinnor som bär ansvaret för att upprätthålla den sexuella hälsan, eftersom de förväntas ta ansvar för att förhindra oönskade graviditeter och i hög utsträckning testar sig för sexuellt överförda infektioner. Samhällets organisation, institutioner, lagar och regler måste stödja arbetet med att uppnå jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa.

Referenser



Referenser

1. Regeringen. Regeringens proposition 2005/06:60 : nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Stockholm: Regeringen, 2005. [citerad 14 Dec 2016]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=37&dok_id=GT0360.
2. Regeringen. Uppdrag angående den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. In: Socialdepartementet, editor. Folkhälsomyndigheten Diarienummer: 01258-2016.1.1.12017.
3. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.2015. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>.
4. United Nations. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. New York: 2016. [citerad 10 jan 2017]. Hämtad från: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>.
5. Gisslen M, Svedhem V, Lindborg L, Flamholz L, Norrgren H, Wendahl S, et al. Sweden, the first country to achieve the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/World Health Organization (WHO) 90-90-90 continuum of HIV care targets. HIV Med. 2016. DOI:10.1111/hiv.12431.
6. UNAIDS. 90–90–90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: 2014. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>.
7. Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion : kunskapsunderlag från Folkhälsomyndigheten och Referensgruppen för Antiviral terapi (RAV). Solna: Folkhälsomyndigheten, 2014. 9789176030059. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material>.
8. Migrationsverket. Om Migrationsverket: Statistik [Internet]. 2017 [uppdaterad 10 Jan 2017; citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Aktuell-statistik.html>.
9. WHO Regional Office for South-East Asia. Progress Report on HIV in the WHO South-East Asia Region 2016. New

- Delhi, India: 2016. Hämtad från: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251727/1/9789290225393-eng.pdf>.
10. Folkhälsomyndigheten. Att leva med hiv i Sverige - En studie om livskvalitet hos personer som lever med hiv [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176035795. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Att-leva-med-hiv-i-Sverige---En-studie-om-livskvalitet-hos-personer-som-lever-med-hiv>.
 11. Smittskyddsinstitutet (SMI). HIV i Sverige : kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2011. Stockholm: Smittskyddsinstitutet, 2011. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/Hiv-i-Sverige--Kunskaper-attityder-och-beteenden-hos-allmanheten-19872011/>.
 12. Socialdepartementet. För en god och jämlik hälsa. SOU 2017:4. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket : Delbetänkande från Kommissionen för jämlik hälsa. Wolters Kluwer; 2016.
 13. WHO Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies,. Adelaide Australia: 2010. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44365/1/9789241599726_eng.pdf.
 14. Regeringen. Diskrimineringslag (2008:567) In: Kulturdepartementet, editor. 2008.
 15. Regeringen. Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. 2008.
 16. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor. Solna: 2014. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/nyheter-press/nyheter2014/utv-halsan-best%C3%A4mningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>.
 17. Statens Folkhälsoinstitut. Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Åtterrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer,. Stockholm: 2005. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12263/a200519HBThalsosituation-medallabilagor.pdf>.
 18. Hatzenbuehler ML, Keyes KM. Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. The

- Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2013;53(1 Suppl):S21-6. DOI:10.1016/j.jadohealth.2012.08.010.
19. Bränstrom R. Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. *Journal of epidemiology and community health*. 2017. DOI:10.1136/jech-2016-207943.
 20. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner - en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176034743. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Halsan-och-halsans-bestamningsfaktorer-for-transpersoner---en-rapport-om-halsolaget-bland-transpersoner-i-Sverige>.
 21. Zeluf G, Dhejne C, Orre C, Nilunger Mannheimer L, Deogan C, Hoijer J, et al. Health, disability and quality of life among trans people in Sweden-a web-based survey. *BMC public health*. 2016;16:903. DOI:10.1186/s12889-016-3560-5.
 22. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2016;28(1):44-57. DOI:10.3109/09540261.2015.1115753.
 23. Meyer IH, Northridge ME. *The health of sexual minorities*: Springer; 2007.
 24. Roth N, Boström G, Nykvist K. Hälsa på lika villkor? [Elektronisk resurs] : hälsa och livsvillkor bland HBT-personer Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/Halsa-pa-lika-villkor-Halsa-och-livsvillkor-bland-HBT-personer/>.
 25. Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social science & medicine (1982)*. 2008;67(3):351-7. DOI:10.1016/j.socscimed.2008.03.023.
 26. Folkhälsomyndigheten. Rätten till hälsa – Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten, 2016. 9789176036785.
 27. Lindroth M. 'Competent persons who can treat you with competence, as simple as that' - an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals. *Journal of clinical nursing*. 2016;25(23-24):3511-21. DOI:10.1111/jocn.13384.

28. Regeringen. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck [Elektronisk resurs].2014. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/sb/d/16973/a/231350>.
29. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* (London, England). 2016;388(10042):412-36. DOI:10.1016/s0140-6736(16)00684-x.
30. UNAIDS. GLOBAL AIDS UPDATE 2016. Geneva Switzerland: 2016. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf.
31. United Nations. Declaration of commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 june 2001. [citerad 10 jan 2017]. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_en_0.pdf.
32. World Health Organization, Regional Office for Europe. Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Copenhagen, Denmark: 2004. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv aids/policy/guiding-policy-documents-and-frameworks-for-who-europes-work-on-hiv/dublin-declaration-on-partnership-to-fight-hiv-aids-in-europe-and-central-asia>.
33. Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, Committee of Senior Representatives. NDPHS Strategy 2020.2015. [citerad 19 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.ndphs.org/internalfiles/File/About_NDPHS/NDPHS_Strategy_2020.pdf.
34. UNFPA. State of World Population 2005. New York, USA: 2005. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: <http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2005>.
35. Regeringen. Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck SOU 2015:55. 2015.
36. Folkhälsomyndigheten. Att lyckas med hivprevention – vägledning för kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling av hivpreventivt arbete [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2016. 9789176037485. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/att-lyckas-med-hivprevention-vagledning-for-kvalitetssakring-och-kvalitetsutveckling-av-hivpreventivt-arbete/>.

37. Folkhälsomyndigheten. Hiv i Sverige 2016. En studie om kunskap, attityder och förhållningssätt till hiv i befolkningen. I manus.
38. Brännstrom J, Svedhem Johansson V, Marrone G, Wendahl S, Yilmaz A, Blaxhult A, et al. Deficiencies in the health care system contribute to a high rate of late HIV diagnosis in Sweden. *HIV Med.* 2016;17(6):425-35. DOI:10.1111/hiv.12321.
39. Hall IE, Plantin L, Tornberg J. HIV : kunskaper och attityder inom primärvården. Malmö: Malmö högskola, Fakulteten för hälsa och samhälle, 2017. 9789171047700.
40. Davies O, Ustianowski A, Fox J. Pre-exposure Prophylaxis for HIV Prevention: Why, What, Who and How. *Infectious diseases and therapy.* 2016;5(4):407-16. DOI:10.1007/s40121-016-0128-8.
41. McCormack SM, Nosedá V, Molina JM. PrEP in Europe - expectations, opportunities and barriers. *Journal of the International AIDS Society.* 2016;19(7(Suppl 6)):21103. DOI:10.7448/ias.19.7.21103.
42. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *The New England journal of medicine.* 2011;365(6):493-505. DOI:10.1056/NEJMoa1105243.
43. Tikkanen R. Person, relation och situation : riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola; 2008.
44. Tikkanen R. MSM-enkäten : riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola; 2010.
45. Folkhälsomyndigheten. MSM2013 - En studie om sex, hiv och hälsa bland män som har sex med män i Sverige [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten, 2016. 9789176035979. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/MSM2013---En-studie-om-sex-hiv-och-halsa-bland-man-som-har-sex-med-man-i-Sverige>.
46. Smittskyddsinstitutet (SMI). EMIS 2010 i Sverige. Svenska resultat från den europeiska internetundersökningen EMIS 2010: en studie om män som har sex med män. 2013. [citerad 2017-01-09]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12854/emis%E2%80%93the-european-msm-internet-survey-2010.pdf>.
47. Knoop L, Bakker I, Bodegom Rv, Zantkuijl P. Tina & slamming; MSM, crystal meth and intravenous drug use in a sexual setting.

- Amsterdam: Mainline Soa Aids, 2015. [citerad 10 jan 2017]. Hämtad från: https://www.google.se/?gws_rd=ssl#q=knoops+crystal+meth.
48. Amaro R. Taking Chances for Love? Reflections on Love, Risk, and Harm Reduction in a Gay Slamming Subculture. *Contemporary Drug Problems*. 2016;43(3):216-27.
 49. Darj F, Jonsson J, Summanen E. Sex för X: Sex mot ersättning bland unga hbtq-personer. RFSL Ungdom Stockholm: 2015.
 50. Strömdahl S. HIV preventive interventions, sampling methods and sexual risk behaviour among men who have sex with men [Elektronisk resurs]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2016 <http://hdl.handle.net/10616/44982>.
 51. Smittskyddsinstitutet (SMI). FEMP 2011 Future of European prevention among men who have sex with men. Solna: 2011. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/FEMP-2011-Future-of-European-prevention-among-men-who-have-sex-with-men/>.
 52. Gios L, Mirandola M, Toskin I, Marcus U, Dudareva-Vizule S, Sherriff N, et al. Bio-behavioural HIV and STI surveillance among men who have sex with men in Europe: the Sialon II protocols. *BMC public health*. 2016;16:212. DOI:10.1186/s12889-016-2783-9.
 53. Alanko Blomé M. Blood borne viruses (HIV, HBV and HCV) among participants of a Swedish needle exchange program. Malmö: Department of Clinical Sciences, Malmö, Lund University; 2016.
 54. Regeringen. Bättre insatser vid missbruk och beroende : individen, kunskapen och ansvaret : slutbetänkande. SOU 2011:35 Stockholm: Fritze, 2011. 9789138235713 (tills. med vol. 2). Hämtad från: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/167105>.
 55. Folkhälsomyndigheten. Hälsöfrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger : en vägledning. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176034422. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/19347/Hälsöfrämjande-förebyggande-hepatit-hiv-personer-injicerar-droger-15001.pdf>.
 56. Riksdagen. Socialutskottets betänkande Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet i Sverige (Betänkande 2016/17:SoU4). [Internet]. Stockholm: Riksdagen. [citerad 19 Jan 2017]. Hämtad från: <https://data.riksdagen.se/fil/3AD1D0D8-8D36-4953-B6EA-3B7BA658C116>.

57. Socialstyrelsen. En uppskattning av omfattningen av injektionsmissbruket i Sverige. Stockholm: 2013. Dnr 5.4-144443/2013.
58. European Centre for Disease Prevention and Control. The 2015 ECDC/WHO Europe, HIV/AIDS Surveillance Report.2016. [citerad 19 Jan 2017]. Hämtad från: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>.
59. Folkhälsomyndigheten. Riskbeteenden, hiv och hepatit bland personer som injicerade droger i Stockholm 1987–1998 [Elektronisk resurs]. Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176034798. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Riskbeteenden-hiv-och-hepatit-bland-personer-som-injicerade-droger-i-Stockholm-19871998>.
60. Folkhälsomyndigheten. Narkotikarelaterad dödlighet, 2016 [uppdaterad 2 september 2016; citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/narkotika-och-halssofarliga-varor/narkotikabruk-och-halsa/narkotikarelaterad-dodlighet/>.
61. Lindroth M. Utsatthet och sexuell hälsa [Elektronisk resurs] : en studie om unga på statliga ungdomshem. Malmö: Faculty of Health and Society, Malmö University; 2013 <http://dspace.mah.se/handle/2043/15887>.
62. Wiessing L, Blystad H. EMCDDA publishes guidelines on testing for HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users. *Euro Surveill.* 2010;15(2010):15.
63. Relman DA, Choffnes ER, Mack A. Migration, Mobility, and Health. In, *Infectious disease movement in a borderless world: workshop summary*: National Academies Press; 2010.
64. Thomas F, Haour-Knipe M, Aggleton P. *Mobility, sexuality and AIDS*: Routledge; 2009.
65. Smittskyddsinstitutet (SMI). *Migration, sexuell hälsa och prevention*. Solna: Smittskyddsinstitutet 2012. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12840/migration-prevention-sexuell-halsa.pdf>.
66. ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. *Annual Epidemiological Report 2016 – HIV/AIDS*. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2016 [cited 11 jan 2017]. .2017. [citerad 9 maj 2017]. Hämtad

- från: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/surveillance-reports/Pages/Annual-Epidemiological-Report-2016.aspx>.
67. Rice BD, Elford J, Yin Z, Delpech VC. A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. *Aids*. 2012;26(15):1961-6.
 68. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC public health*. 2015;15(1):1.
 69. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Monge S, Copas AJ, Gennotte A-F, Volny-Anne A, et al. Advancing Migrant Access to Health Services in Europe (AMASE): Protocol for a Cross-sectional Study. *JMIR research protocols*. 2016;5(2):e74.
 70. Referensgruppen för Antiviral Terapi, (RAV). Antiretroviral behandling av hivinfektion 2016, Behandlingsrekommendation 2016. Hämtad från: http://www.sls.se/Global/RAV/Dokument/RAV_HIV_2016_160524.pdf.
 71. Gruer L, Cezard G, Clark E, Douglas A, Steiner M, Millard A, et al. Life expectancy of different ethnic groups using death records linked to population census data for 4.62 million people in Scotland. *Journal of epidemiology and community health*. 2016. DOI:10.1136/jech-2016-207426.
 72. Folkhälsomyndigheten. Hiv- och STI-prevention riktad till migranter. 2014. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/Hiv--och-STI-prevention-riktad-till-migranter/>.
 73. Lindkvist P, Johansson E, Hylander I. Fogging the issue of HIV- Barriers for HIV testing in a migrated population from Ethiopia and Eritrea. *BMC public health*. 2015;15(1):1.
 74. Jonzon R, Lindkvist P, Johansson E. A state of limbo—in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scandinavian journal of public health*. 2015:1403494815576786.
 75. Kalengayi FKN, Hurtig A-K, Nordstrand A, Ahlm C, Ahlberg BM. Perspectives and experiences of new migrants on health screening in Sweden. *BMC health services research*. 2016;16(1):1.

76. Lobo L, Jonzon R, Hurtig A-K. Health Assessment and the Right to Health in Sweden: Asylum Seekers' Perspectives. *PloS one*. 2016;11(9):e0161842.
77. Folkhälsomyndigheten. Möten om hälsa. Vägledning inför hälsoundersökningar för migranter. Solna: 2014. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/18233/Moten-om-halsa-vagledning.pdf>.
78. Folkhälsomyndigheten. Sätt ord på hälsan - En konferens om SRHR inom sfi [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2015. 9789176035429. Hämtad från: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Satt-ord-pa-halsan---En-konferens-om-SRHR-inom-sfi>.
79. Dahné A, Hellstrand V. Sexualundervisning på lättare svenska. Lektionsunderlag. Stockholm: Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU); 2015.
80. Dahné A, Hellstrand V. Sexualundervisning på lättare svenska. [Lärarhandledning och metoder]. Stockholm: Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU); 2015.
81. Tikkanen R, Abellsson J, Forsberg M. UngKAB09 : [kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga]. Göteborg: Inst. för socialt arbete, Göteborgs universitet; 2011.
82. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige - UngKAB15 - en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16-29 år. Solna 2017. [citerad 2017 07 19]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-i-sverige-ungkab15-en-studie-om-kunskap-attityder-och-beteende-bland-unga-1629-ar/>.
83. Schaalma HP, Abraham C, Gillmore MR, Kok G. Sex education as health promotion: what does it take? *Archives of sexual behavior*. 2004;33(3):259-69. DOI:10.1023/B:ASEB.0000026625.65171.1d.
84. Skolverket. Skolverket: Regelverk: Skolverket; 2017 [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/regelverk>.
85. Skolverket. Sex- och samlevnadsundervisning i gymnasieskolan : sexualitet, relationer och jämställdhet i de gymnasiegemensamma ämnena. Stockholm: Skolverket; 2013.
86. WHO Regional Office for Europe and BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: 2010. [citerad 11 Jan

- 2017]. Hämtad från: http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/WHO_BZgA_Standards.pdf.
87. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, FSUM. ”Ni är grymma”, ”keep up the good work” : ungdomars erfarenheter uppfattningar och upplevelser av besök och kontakt med 33 ungdomsmottagningar 2012-2013. [Sverige]: Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar i samverkan med Region Örebro län, 2015.
 88. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention [Elektronisk resurs] : med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009-2014. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
 89. Smittskyddsinstitutet (SMI). Att förebygga HIV och STI : kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna. Stockholm: Smittskyddsinstitutet :, 2011. 978-91-86723-07-1.
 90. Regeringen. Makt att forma samhället och sitt eget liv - nya mål i jämställdhetspolitiken [Elektronisk resurs].2015. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/sb/d/8232/a/60746>.
 91. Lindroth M, Lofgren-Martenson L. Sexual chance taking: a qualitative study on sexuality among detained youths. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*. 2013;18(5):335-42. DOI:10.3109/13625187.2013.814770.
 92. Vivancos R, Abubakar I, Hunter PR. Foreign travel, casual sex, and sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2010;14(10):e842-51. DOI:10.1016/j.ijid.2010.02.2251.
 93. Sundbeck M, Emmelin A, Mannheimer L, Miorner H, Agardh A. Sexual risk-taking during travel abroad - a cross-sectional survey among youth in Sweden. *Travel medicine and infectious disease*. 2016;14(3):233-41. DOI:10.1016/j.tmaid.2016.03.014.
 94. Mujaj E, Netscher A. Prostitutionen i Sverige 2014 : en omfattningskartläggning. Stockholm: Länsstyrelsen Stockholm; 2015.
 95. Tanton C, Johnson AM, Macdowall W, Datta J, Clifton S, Field N, et al. Forming new sex partnerships while overseas: findings from the third British National Survey of Sexual Attitudes & Lifestyles (Natsal-3). *Sexually transmitted infections*. 2016;92(6):415-23. DOI:10.1136/sextrans-2015-052459.

96. Lewin B, Fugl-Meyer K. Sex i Sverige : om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1998. 91-88563-27-8.
97. ECDC. Rapid Risk Assessment: Potential public health risks related to communicable diseases at the WorldPride festival in Madrid, 23 June–2 July 2017 2017 [citerad 9 maj 2017]. Hämtad från: http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1697.
98. Lewis C, de Wildt G. Sexual behaviour of backpackers who visit Koh Tao and Koh Phangan, Thailand: a cross-sectional study. Sexually transmitted infections. 2016;sextrans-2015-052301.
99. Skarpås Emma. Så länge säsongen inte tar slut. En intervjustudie om säsongarbete, relationer och sexuell hälsa. Malmö Högskola; 2014.
100. Kristvik E. Sterke hovud og sterke hjarte. Thailandske kvinner på den norske sexmarknaden. Oslo: Universitetet i Oslo; 2004.
101. Regeringen. Handlingsplan mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål 2007/08:167. 2007. <http://www.regeringen.se/49b70e/contentassets/149560f55fcd4c0c9a77e86da272be4d/handlingsplan-mot-prostitution-och-manniskohandel-for-sexuella-andamal-skr.-200708167>.
102. Socialstyrelsen. Sex mot ersättning : utbildningsmaterial om skydd och stöd till barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015. 9789175553122. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-5-2>.
103. Priebe G, Svedin CG. Sälja och köpa sex i Sverige 2011. Förekomst, hälsa och attityder [Elektronisk resurs] : Delrapport 1 ur Prostitution i Sverige - Kartläggning och utvärdering av prostitutionsgruppernas insatser samt erfarenheter och attityder i befolkningen. Linköping: Linköping University Electronic Press, 2012. 978-91-7519-928-3. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-75340>.
104. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. The Lancet. 2015;385(9962):55-71.
105. ECDC. Thematic report: Sex workers Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report.2014. [citerad 10 Jan 2017].

- Hämtad från: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-sex-workers-2014.pdf>.
106. Larsdotter Suzann, Jonsson Jonas, Gäredal Mina. Osynliga och synliga aktörer - Hbt-personer med erfarenhet av att sälja och-eller köpa sexuella tjänster. RFSL.2011. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: <https://alfresco.rfsl.se/share/s/40M0ziL6TcOP-iECiQTvWg>.
 107. UNAIDS. Countdown to zero, Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keep their mothers alive. Geneva, Switzerland: 2011. [citerad 26 Jan 2017]. Hämtad från: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf.
 108. Socialstyrelsen. Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos – hälsokontroll, smittspårning och vaccination 2013.
 109. Ny P. Swedish maternal health care in a multiethnic society - including the fathers. Malmö: Faculty of Health and Society, Malmö University; 2007.
 110. Binder P. The Maternal Migration Effect [Elektronisk resurs] : Exploring Maternal Healthcare in Diaspora Using Qualitative Proxies for Medical Anthropology. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2012 <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-182870>.
 111. Socialstyrelsen. Socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20419/2016-12-14.pdf>.
 112. Brännström J. Assessment of patients with late diagnosis and missed opportunities in the Swedish HIV-1 epidemic [Elektronisk resurs] [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2016 [citerad 14 Dec 2016]. Hämtad från: <http://hdl.handle.net/10616/45023>.
 113. 1177, Vårdguiden. Youmo, en webbplats med delar av UMO, på flera språk. 2017 [citerad 20 april 2017]. Hämtad från: <http://www.youmo.se/sv/Sprakvaljarsida/>.

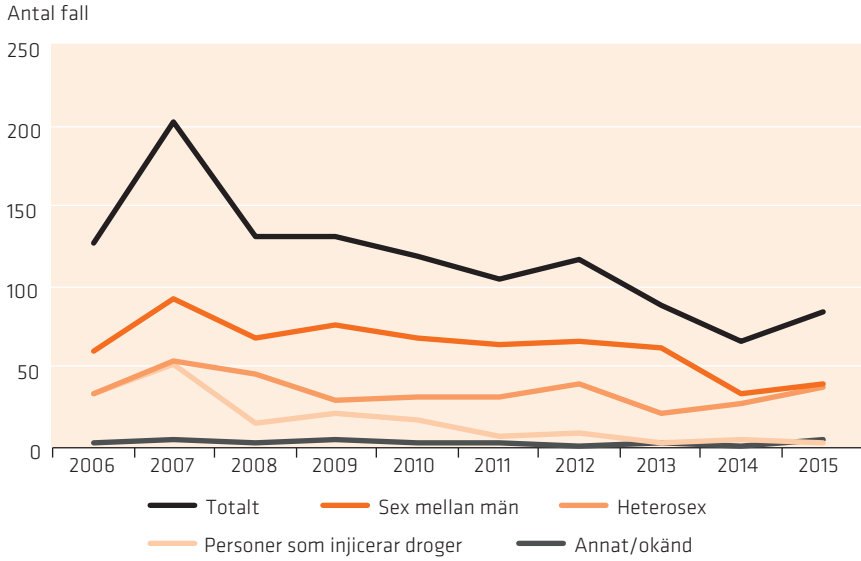
Bilaga



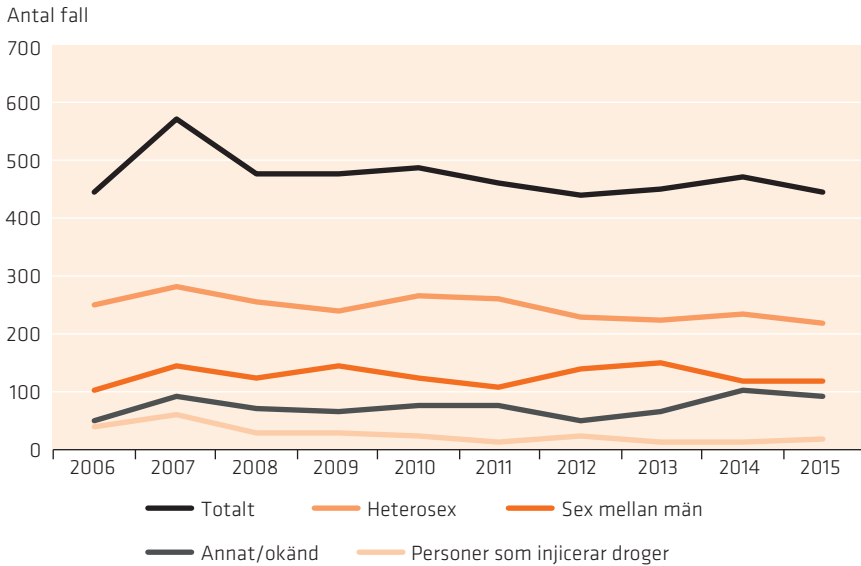
Bilaga

Epidemiologisk utveckling för hiv, hepatit B och C, klamydia, gonorré, syfilis och tuberkulos i Sverige under perioden 2006–2015.

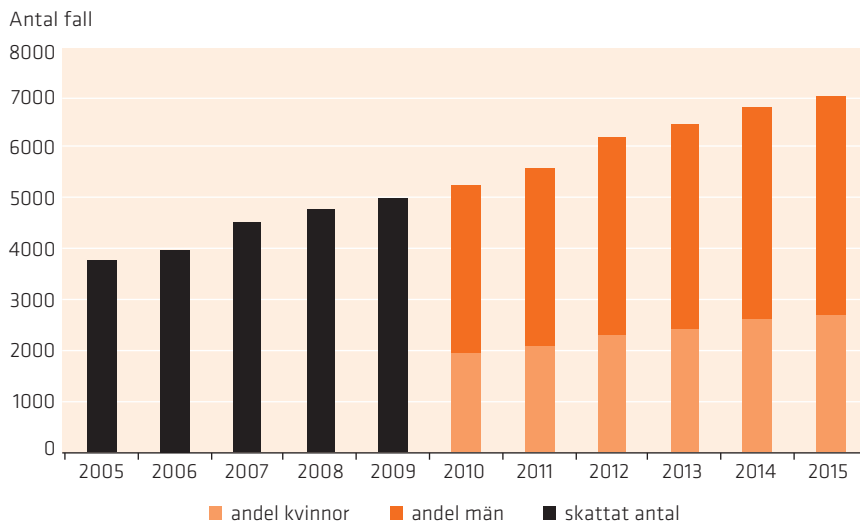
Figur 1. Antal rapporterade fall av hiv, i olika grupper, som överförs i Sverige 2006–2015.



Figur 2. Antal rapporterade fall av hiv totalt och per överföringsväg 2006–2015.

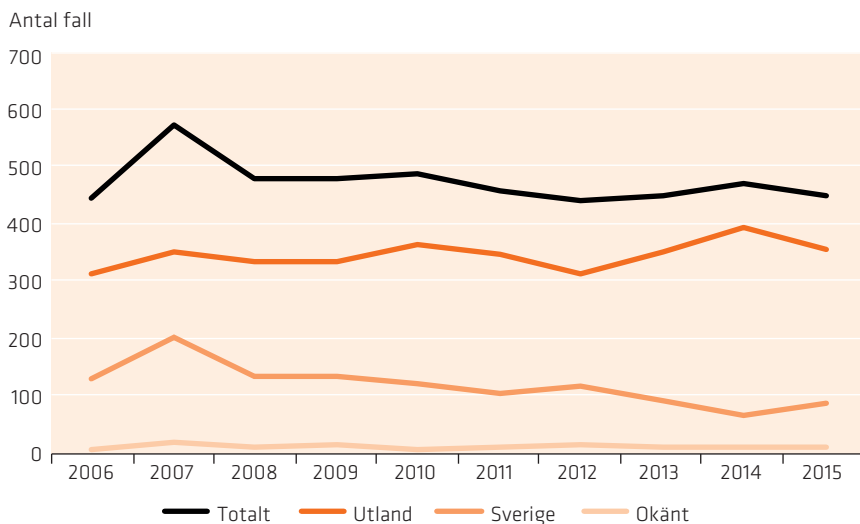


Figur 3. Antal personer och andelen män och kvinnor som lever med känd hivinfektion i Sverige.

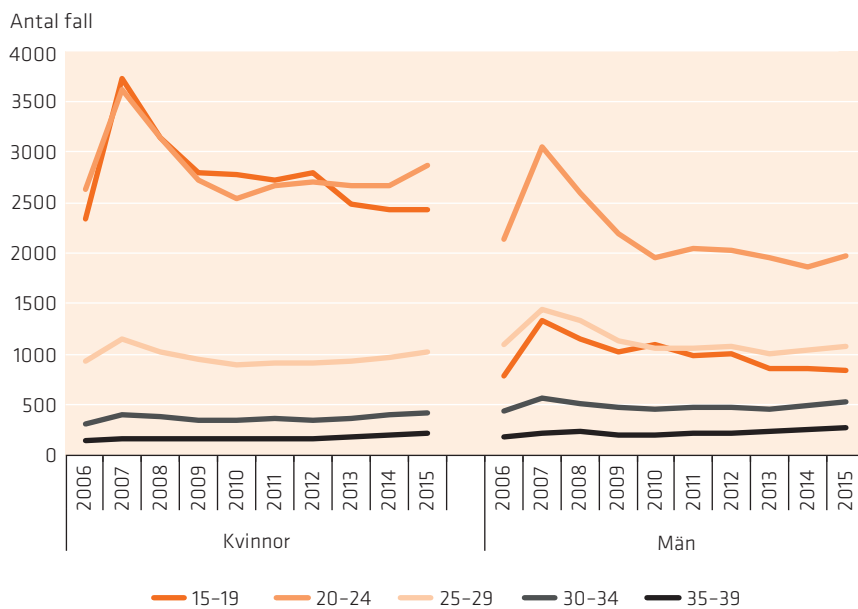


Källa: 2005-2009 uppskattat SMI; 2010-2015 InfCareHIV

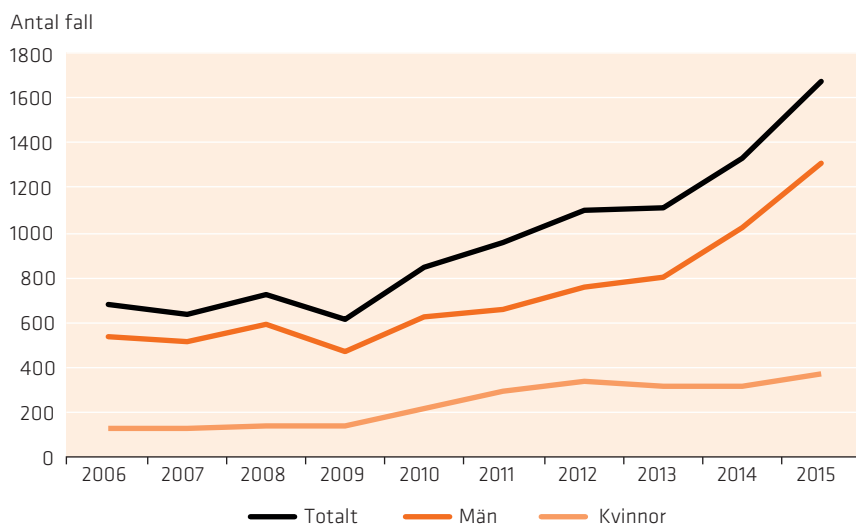
Figur 4. Antal rapporterade fall av hiv totalt och utifrån smittoöverföring i Sverige eller i annat land, 2006-2015.



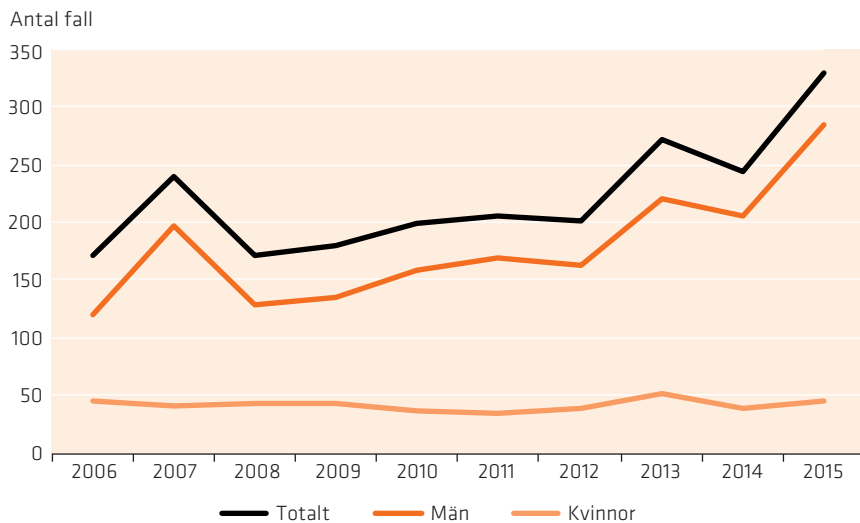
Figur 5. Klamydiaincidens per 100 000 invånare i åldersgrupper per år och kön 2006–2015.



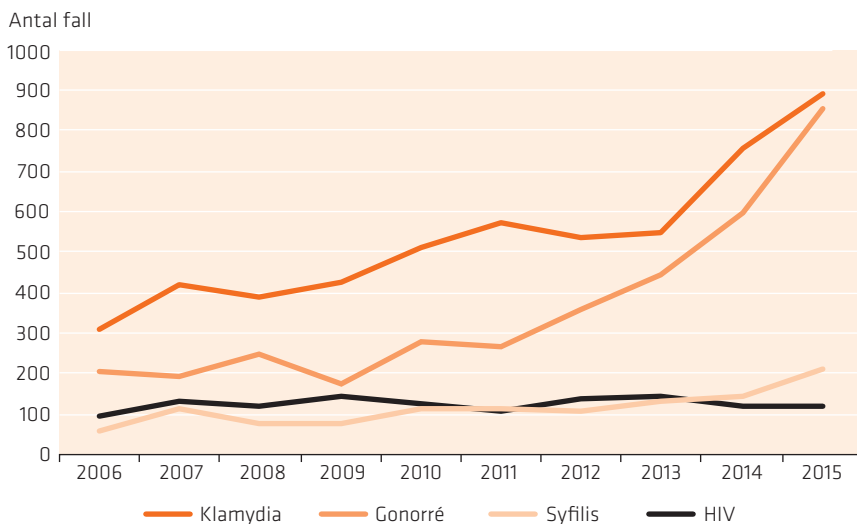
Figur 6. Rapporterade fall av gonorré per kön 2006–2015.



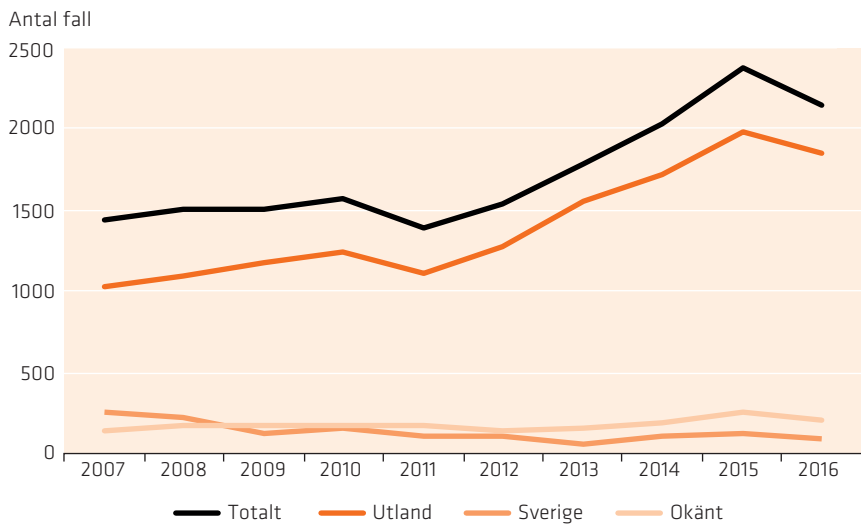
Figur 7. Rapporterade fall av syfilis per kön 2006–2015.



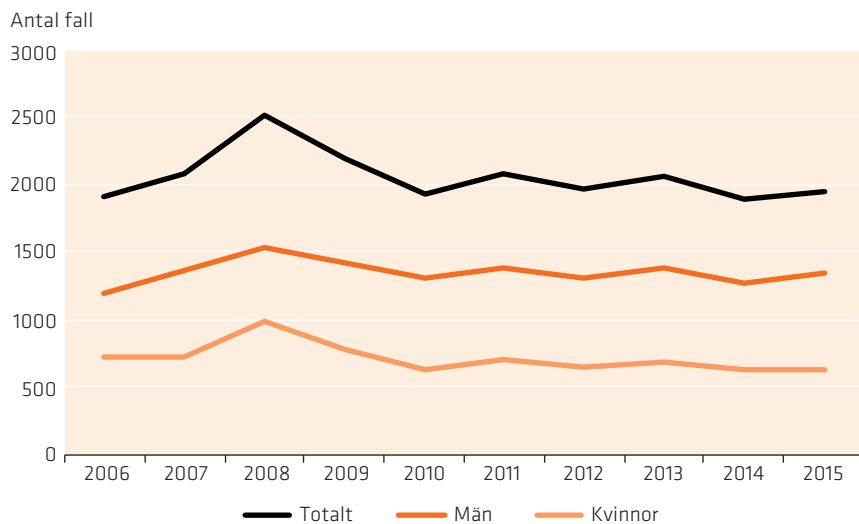
Figur 8. Rapporterade fall av hiv och STI bland MSM 2006–2015.



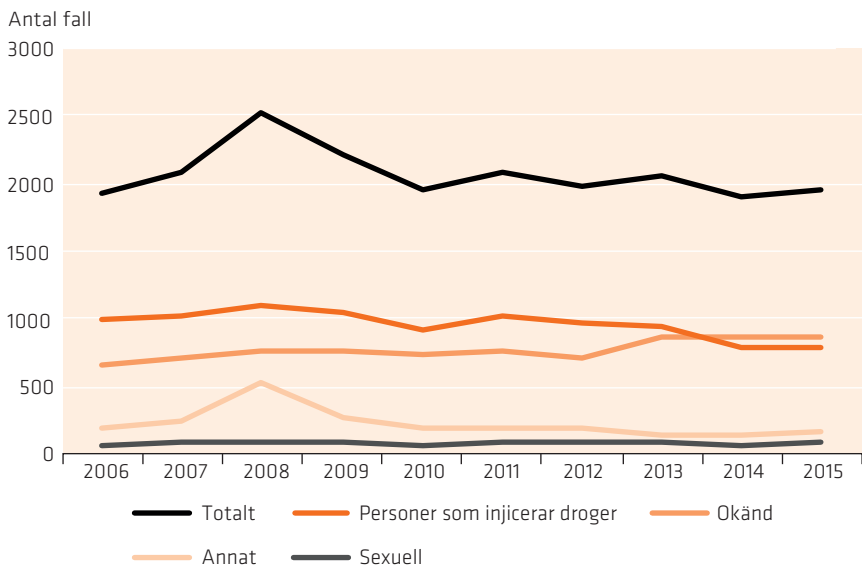
Figur 9. Antal rapporterade fall av hepatit B totalt och utifrån smittoöverföring i Sverige eller i annat land, 2006–2015.



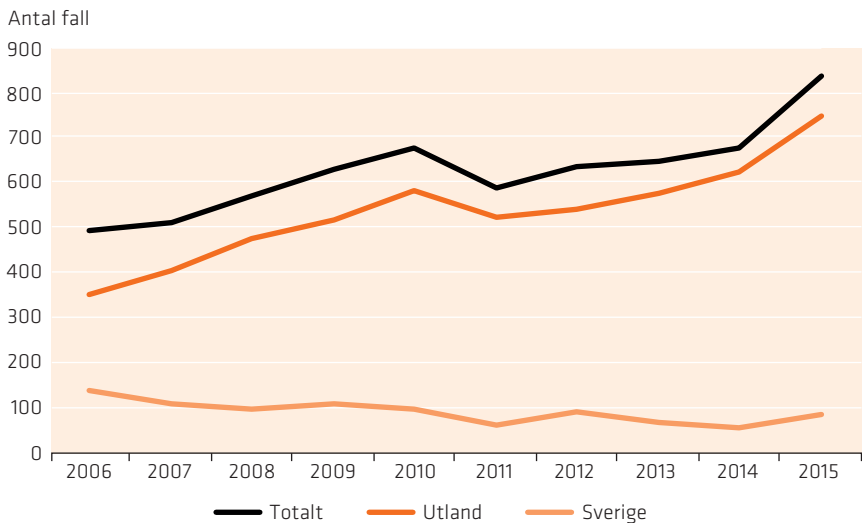
Figur 10. Rapporterade fall av hepatit C-infektion per kön 2006–2015.



Figur 11. Rapporterade fall av hepatit C totalt och per smittväg 2006–2015.



Figur 12. Antal rapporterade fall av tuberkulos totalt och utifrån smittoöverföring i Sverige eller i annat land, 2006–2015.



År 2005 antog riksdagen den nationella strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar, och sedan dess har den varit vägledande för det strategiska hälsofrämjande och förebyggande arbetet i Sverige. I strategin finns angivna mål för arbetet mot hiv fram till 2016. Folkhälsomyndigheten är sedan 2014 ansvarig myndighet för det nationella arbetet och har på regeringens uppdrag gjort en översyn av målen och det strategiska arbetet riktat till olika nyckelgrupper i samhället.

I rapporten redovisas situationen i samhället när det gäller hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner, med utgångspunkt i epidemiologisk utveckling, forskning, folkhälsopolitik, internationella åtaganden och genomförda insatser.

Sverige har en relativt låg och stabil epidemiologisk utveckling när det gäller hiv men andra sexuellt överförda infektioner har ökat. Utsattheten för hiv och andra sexuellt och blodburna infektioner ser olika ut i befolkningen och det gör att det behövs fler insatser framöver, både generella och riktade insatser. Det finns även en stigmatisering kring dessa infektioner som motverkar det förebyggande arbetet och drabbar personer som lever med hiv. I rapporten finns exempel på viktiga strategiska områden inom vilka arbetet behöver effektiviseras för att spridningen och konsekvenserna av dessa infektioner ska begränsas i samhället och för enskilda personer samt för att diskrimineringen ska upphöra.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten