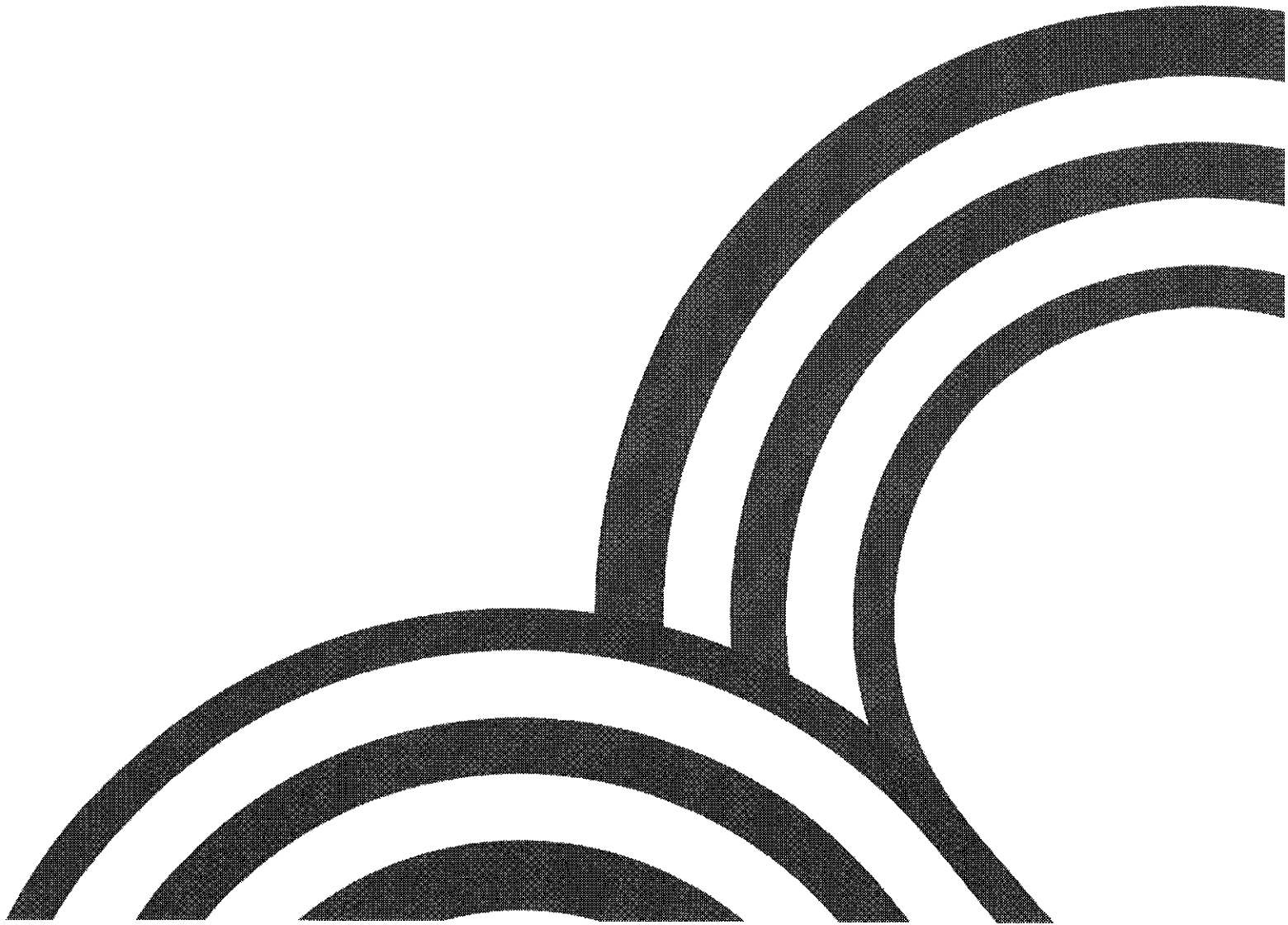




Folkhälsomyndigheten

Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar





Översyn och uppdatering av den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar

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, 20xx.

Artikelnummer: xxxxx

ISBN XXXX (pdf)

ISBN XXXX (print)

Foto/Illustration omslag: Förnamn Efternamn/Bildbyråns namn.

Foto inlaga: s. X Förnamn Efternamn/Bildbyråns namn.

Grafisk produktion: AB Företag.

Tryck: AB Företag, Ort, 20xx.

Förord

Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag om den nationella strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Enligt regeringens uppdrag att se över och vid behov lämna förslag på uppdateringar av innehåll, inklusive delmål, i den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar översänds härmed Folkhälsomyndighetens redovisning.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektören Johan Carlson. I den slutliga handläggningen har avdelningscheferna Anna Bessö och Anders Tegnell samt enhetschefen Louise Mannheimer deltagit. Utredaren Monica Idestrom har varit föredragande.

Innehåll

Folkhälsomyndighetens åiterrapportering av regeringsuppdrag om den nationella strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	5
Sammanfattning	8
Inledning	10
Översyn av huvudmål och förslag på uppdatering av delmål	12
Översyn av delmålen i den nationella hivstrategin	18
Hivprevention i ett folkhälsoperspektiv	21
Deklarationer och övrig internationell samverkan och samarbete	24
Hiv i Sverige	26
Personer som lever med hiv	28
Män som har sex med män	31
Personer som injicerar droger	35
Personer med utländsk bakgrund – migranter	38
Unga och unga vuxna	42
Utlandsresenärer	47
Personer utsatta för prostitution	49
Gravida	52
Referenser	56
Bilaga	64

Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten har på uppdrag av regeringen genomfört en översyn av innehåll och delmål i den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (S2016/03248/FS). Grunden för översynen utgörs av epidemiologiska data, beteendevetenskapliga studier, uppföljningar och utvärderingar av aktiviteter och insatser nationellt, regionalt och lokalt. Synpunkter på framtida prioriteringar har inhämtats från nyckelaktörer inom området.

I rapporten presenteras en översyn av huvudmålet och en uppdatering av delmålen för det framtida strategiska arbetet samt internationella åtaganden och folkhälsoperspektivet kopplat till hiv. Dessutom redogörs för epidemiologisk utveckling beträffande hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner under perioden 2006-2016 för strategins prioriterade nyckelgrupper samt framtida utmaningar.

Folkhälsomyndigheten konstaterar att den inhemska spridningen av hiv ligger på en låg och stabil nivå, men en ökning av andra sexuellt överförda infektioner, som gonorré och syfilis, har skett de senaste åren samt att klamydiainfektioner är utbredd bland unga och unga vuxna. Hepatit C- spridningen bland personer som injicerar droger är stor. Under perioden har successivt alla som känner till att de har hiv och har kontakt med sjukvården i Sverige fått tillgång till behandling som för de flesta innebär att virusnivåerna är omätbara.

Drygt 7 000 personer lever år 2016 med en diagnostiserad hivinfektion i Sverige. 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 avspeglar en stor del den epidemiologiska utvecklingen för hiv och till viss del andra sexuellt överförda infektioner människors mobilitet. Sverige deltar i det internationella hivarbetet globalt, inom EU och regionalt i Sveriges omedelbara närområde och stödjer FN:s, Världshälsoorganisationens och EU:s deklARATIONER samt rapporterar regelbundet den svenska situationen.

Folkhälsomyndigheten har genomfört en översyn av den nationella strategins samtliga preventionsgrupper: personer som lever med hiv, män som har sex med män, personer som injicerar droger, personer med utländsk bakgrund – migranter, unga och unga vuxna, utlandsresenärer, personer utsatta för prostitution och gravida. Preventionsgruppernas benämning, avgränsning och relevans behöver problematiseras, eftersom människor i regel inte kan tillskrivas en enda gruppstillhörighet. Preventionsgrupperna är inte homogena och riskutsatthet och risktagande varierar inom grupperna. Därför behövs såväl generella som behovsanpassade och riktade insatser.

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. Det finns en högre förekomst av hiv, sexuellt överförda infektioner,

hepatit B och C i situationer av risktagande, riskutsatthet och marginalisering. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver därför fortsatt prioriteras och upprätthållas på en hög nivå samt utvecklas för att risksituationer och riskbeteenden ska minska. Tidig identifiering av hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner minskar smittspridning och förbättrar hälsan hos den enskilde. Uppmärksamhet på och erbjudande om testning behöver därför öka inom primärvården men även generellt inom hälso- och sjukvården. Diskriminerande handlingar och attityder förekommer mot personer som lever med hiv. För att det ska upphöra krävs ökad kunskap och medvetenhet i hela befolkningen. Det finns en ojämlikhet i sexuella hälsa som är kopplad till allas lika rättigheter och möjligheter till en god sexuell hälsa. Det innebär också rätten till kunskap för att kunna göra egna välgrundade val och ta egna beslut.

Huvudmålet för samhällets insatser bör fortsatt vara att:

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

Det finns enligt Folkhälsomyndigheten skäl att fastställa fyra delmål:

- att behovs- och kunskapsbaserade hälsofrämjande och förebyggande insatser når hela befolkningen
- att tidigt identifiera och behandla hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner
- att stigma och diskriminering relaterad till hiv har upphört
- att öka jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa

En uppdaterad nationell strategi bör kopplas till Agenda 30 och avsikten är därför att delmålen ska vara uppnådda senast 2030.

Inledning

Regeringen beslutade den 4 maj 2016 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att se över och vid behov lämna förslag på uppdateringar av innehåll och delmål för den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (S2016/03248/FS). I uppdraget ingick en muntlig delrapportering den 1 oktober 2016, och denna skriftliga avrapportering den 1 mars 2017.

Folkhälsomyndigheten har sedan myndigheten bildades 2014 uppdraget att samordna, följa upp och fördela statsbidrag för det nationella arbetet utifrån den nuvarande strategin. Innan dess 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) har under strategiperioden 2006–2016 disponerats av ansvarig myndighet. Merparten har fördelats utifrån en årlig överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen, men sedan 2013 enligt förordning 2013:666 till landsting och kommuner (95 miljoner) och enligt förordning 2006:93 till ideella organisationer (21 miljoner). Resterande medel (29,5 miljoner) har myndigheten disponerat för samordning, uppföljning och insatser av nationellt intresse. Användningen av anslaget, uppnådda resultat och effekter samt i förekommande fall specifika utredningsuppdrag, har varje år rapporterats till regeringen med utgångspunkt i myndighetens regleringsbrev.

Huvudmålet för den befintliga strategin är att samhällets insatser ska begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. Konsekvenserna ska också begränsas för samhället och individen. Följande delmål gäller för arbetet:

- Antalet nyupptäckta fall av hivinfektion där smittöverföringen skett i Sverige ska halveras till år 2016.
- Hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare ska identifieras inom två månader och för övriga grupper som vistats i högendemiska områden inom sex månader.
- Kunskapen om hiv/aids och om hur det är att leva med sjukdomen ska förbättras i offentlig verksamhet, i arbetslivet och i samhället i stort.

Folkhälsomyndigheten har gjort en översyn av utvecklingen under 2006–2016 av strategins delmål samt av det förebyggande arbetet riktat till strategins preventionsgrupper. Grunden för översynen utgörs av epidemiologiska data, beteendevetenskapliga studier, uppföljningar och utvärderingar av aktiviteter och insatser nationellt, regionalt och lokalt.

Under hösten 2016 bjöd Folkhälsomyndigheten in 45 nyckelaktörer till en hearing om hiv- och förebyggande av sexuellt överförda infektioner (STI) i Sverige. De fick möjlighet att diskutera prioriterade områden för delmål i det framtida arbetet. Hearingen sammanställdes i en rapport som underlag i översynsarbetet. Höstens samverkansmöten med det civila samhällets organisationer, landstingens kontaktpersoner samt samverkansgruppen för hiv- och STI-prevention ägnades åt fortsatta diskussioner om de prioriterade områdena.

I del 1 av rapporten redovisar Folkhälsomyndigheten en översyn av huvudmålet och ger förslag på en uppdatering av delmål för det framtida strategiska arbetet mot hiv, STI och hepatiter. I del 2 redovisas en översyn av nuvarande delmål, internationella åtaganden och folkhälsoperspektivet kopplat till hiv. Myndigheten ger också förslag på en uppdatering av framtida prioriteringar, redovisar den epidemiologiska utvecklingen och delar av förebyggande insatser för strategins samtliga preventionsgrupper. Översynen berör inte organisering av eller förutsättningar och resurser för det framtida arbetet.

För att underlätta läsandet benämns i rapporten den nuvarande strategin mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar den nationella hivstrategin.

Bilaga

Epidemiologisk utveckling för hiv och andra sexuellt och blodburna infektioner samt tuberkulos i Sverige under perioden 2006–2016. Ytterligare epidemiologisk statistik finns på www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/

Översyn av huvudmål och förslag på uppdatering av delmål

Målet för samhällets insatser bör vara att:

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 en ökning av antalet inhemska fall av andra sexuellt överförda infektioner, som gonorré och syfilis, har skett de senaste åren. Förekomsten av klamydiainfektion är utbredd bland unga och unga vuxna. Den inhemska spridningen av hepatit C, bland personer som injicerar, är stor. Risktagande och en riskutsatthet får konsekvenser för samhället och den enskilde. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med hiv och andra sexuellt överförda och blodburna sjukdomar behöver därför fortsatt prioriteras och upprätthållas på en hög nivå. Landsting och kommuner ansvarar för det förebyggande arbetet inom området i samverkan med civila samhällets organisationer. Arbetet sammanfaller till stor del med det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för sexuell och reproduktiv hälsa. Som en del av folkhälsopolitiken ska det ske integrerat med arbetet för en god hälsa i hela befolkningen, och de övergripande målen i Agenda 2030 bör komma till uttryck. 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.

En rad av de områden som lyfts i tidigare internationella deklARATIONER och senast i den särskilda sessionen om hiv och aids som hölls i FN i juni 2016 har också relevans för arbetet med att förebygga och minska konsekvenserna av hiv och aids i Sverige. I juni 2016 antogs målet att senast 2030 ha utrotat aidsepidemin. Upprätthållandet av de mänskliga rättigheterna och att arbetet måste nå alla betonades också. Hiv är en global angelägenhet och det nationella arbetet bör inkludera relevanta internationella åtaganden. Utifrån det nationella arbetet och samordningen ska Sverige upprätthålla internationellt samarbete och följa upp deklARATIONER och andra överenskommelser rörande hiv och aids. Sverige uppnådde, som ett av de första länderna i världen, redan hösten 2016 målet 90-90-90 som satts av UNAIDS¹. Talen står för att 90 procent av de som bär på hiv ska känna till att de bär på hiv, 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.

¹ FN:s program för arbetet med hiv och aids. The Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS)

Uppbyggnad och underlag för det svenska arbetet och dess utformning ska bygga på kunskap utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det förebyggande arbetet ska betonas. I det arbetet ska Sverige också upprätthålla och utveckla epidemiologisk övervakning, stödja forskning som ger underlag för det preventiva arbetet samt ha en systematisk och regelbunden uppföljning och utvärdering av effekter av det förebyggande arbetet. Riskfaktorer som oskyddat sex och hälsofrämjande faktorer som sex- och samlevnadsundervisning bör följas nationellt, regionalt och lokalt.

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.

Enligt Folkhälsomyndighetens bedömning finns det skäl att fastställa fyra delmål:

- att behovs- och kunskapsbaserade hälsofrämjande och förebyggande insatser når hela befolkningen
- att tidigt identifiera och behandla hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner
- att stigma och diskriminering relaterad till hiv har upphört
- att öka jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa

En uppdaterad nationell strategi bör kopplas till Agenda 2030 och avsikten är därför att delmålen ska vara uppnådda senast 2030. Det sammanfaller också med målet för hiv och aids i FN:s deklaration för 2016. Folkhälsomyndigheten föreslår också att en halvtidsuppföljning av en uppdaterad nationell hivstrategi genomförs.

1. Att behovs- och kunskapsbaserade hälsofrämjande och förebyggande insatser når hela befolkningen.

Ett brett och effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete ska finnas i hela landet. Ansvaret ligger främst hos landsting och kommuner, framförallt storstadskommunerna, och ska bygga på omvärldsanalys och epidemiologisk utveckling. Civila samhällets organisationer kan stödja och förstärka arbetet. Viktiga förebyggande åtgärder för att minska risken att få hiv och andra STI är användandet av kondom med nya eller tillfälliga partner samt förmågan att kunna kommunicera om sex och värdera risker. Studier visar att de flesta är positiva till att föreslå eller spontant använda kondom. Personer som injicerar droger behöver ha tillgång till egna rena sprutor och kanyler. Kunskapen om var man kan testa sig för hiv liksom inställningen till testning behöver förbättras. De som överför hiv till andra vet oftast inte att de bär på hiv. Tillgängligheten till testning måste därför säkras generellt men särskilt för riskutsatta och marginaliserade personer. Ett såväl generellt som riktat hälsofrämjande och förebyggande arbete behövs för att risksituationer och riskbeteende ska minska.

Vem som helst kan få en sexuellt överförd infektion men antalet sexuella partners, sexuell praktik och psykosociala faktorer påverkar sårbarhet och risk att smittas. Precis som tidigare träffas och 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 påverkas för både individer och grupper. Utbildningsnivå och ekonomiska villkor påverkar också förmågan att ta till sig kunskap som motiverar till förändring av levnadsvanor.

Preventionsgruppernas benämning, avgränsning och relevans behöver problematiseras, eftersom människor i regel inte kan tillskrivas en enda grupp tillhörighet. Grupp tillhörighet kan också skifta över tid. Det måste finnas en medvetenhet om att individer som kategoriseras som tillhörande en preventionsgrupp på samma gång även kan tillhöra en eller flera andra grupper. Detta måste beaktas vid prioritering och planering av förebyggande arbete liksom vid genomförande, uppföljning och redovisningar i form av statistik. Lika förutsättningar till hälsa innebär att man behöver nå hela befolkningen med generella erbjudanden för att identifiera dem som är riskutsatta och riskerar ohälsa.

Det finns en högre förekomst av hiv, sexuellt överförda infektioner, hepatit B och C i situationer av risktagande, riskutsatthet och marginalisering. Hiv kan inte ses isolerat utan i ett sammanhang med andra sexuellt och blodöverförda infektioner. De har liknande eller sammanfallande smittvägar, och de har högre förekomst i sammanfallande grupper. Även tuberkulos förekommer i Sverige, om än i liten utsträckning, bland personer som lever med hiv. Risken att insjukna i tuberkulos ökar väsentligt vid obehandlad hiv. Testning för andra infektioner ska övervägas till personer som testats positivt för hiv.

Hiv, hepatit B och C och andra sexuellt överförda infektioner är inte jämt fördelat i befolkningen. Sårbarhet och riskfaktorer varierar. För att uppnå större effekt och ett optimalt utnyttjande av tillgängliga resurser bör förebyggande insatser, testning, behandling och sjukvårdstjänster vara i linje med människors behov och kompletteras med aktiviteter som främjar de berördas kunskap och möjlighet att ta kontroll över sin hälsa. Preventionen behöver vara integrerad med arbetet att främja sexuell hälsa och när det är relevant mot injektion av droger, så att flera behov kan mötas samtidigt. Interventioner behöver anpassas till den rådande förekomsten i olika miljöer.

2. Att tidigt identifiera och behandla hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner

Under de senaste 10 åren har successivt alla som känner till att de har hiv och har kontakt med sjukvården i Sverige fått tillgång till effektiv behandling. Men fortsatt behöver antalet personer som lever med hiv utan att veta om det, det så kallade

mörkertalet², minska och diagnosen av hivinfektion måste ske så snart det är möjligt. Personer som har ett reaktivt test, som visar att personen har hiv, tas idag 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. Uppmärksamhet på och erbjudande om hivtest behöver därför öka både inom primärvården och 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 finnas överallt där testning erbjuds.

De senaste åren har antalet rapporterade fall av hiv, i Sverige, varit runt 450 varje år. Bland dem finns nyanlända migranter som har en hivinfektion när de kommer till Sverige. Alla asylsökande ska enligt lag erbjudas en hälsoundersökning där erbjudande om testning för hiv, hepatit B och tuberkulos ingår. Ett riktat arbete behövs till alla som kommer från eller har vistats i högendemiska områden eller som i Sverige lever i ett sammanhang med en ökad förekomst av hiv.

Uppmärksamhet på behov av testning av hiv och andra sexuellt och blodöverförda infektioner och vaccination för Hepatit B behöver alltid finnas inom hälso- och sjukvården. Testning för hiv erbjuds också inom det civila samhället med stöd av utbildad personal, men även kamratrådgivare. Möjlighet till självtaget prov för klamydia och gonorré finns i Sverige. 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. Förebyggande behandling med läkemedel, preexpositionsprofylax (PrEP)³ används i flera länder i Europa som en prevention för personer med hög risk att få hiv. En strukturerad användning och uppföljning av PrEP planeras i Sverige.

3. Att stigma och diskriminering relaterad till hiv har upphört

Samhället ska säkerställa att kunskapen om hiv och hepatit och skillnaden mellan hiv och aids samt hur det är att leva med en kronisk infektion fortsatt förbättras i offentlig verksamhet, arbetslivet och samhället i stort. En tillåtande och accepterande omgivning skapas genom ökad kunskap och medvetenhet i hela befolkningen och behovet av det är särskilt viktigt bland personer som arbetar på myndigheter och inom kommun och landsting. Bemötande av personer som lever med hiv och hepatit B och C samt tuberkulos ska ske professionellt och kunskapsbaserat vid myndighetsutövning och inom vård och omsorg. Tillgången till bästa tillgängliga behandling och uppföljning ska säkerställas oavsett, ålder,

² Mörkertalet beräknas kontinuerligt av Folkhälsomyndigheten utifrån fallanmälningar och sammanställningar från blodcentralernas infektionsscreening och med beaktande av den svenska epidemins karaktär (www.folkhalsomyndigheten.se).

³ Preexpositionsprofylax (PrEP) innebär att ett läkemedel mot hiv ges i förebyggande syfte till personer som bedöms löpa risk för att smittas med hiv.

kön, sexuell identitet eller praktik, bostadsort, etnisk eller kulturell och socioekonomisk bakgrund.

Trots att kunskapen om och bemötandet av personer som lever med hiv har förbättrats och kunskapen om hiv ökat i befolkningen sedan 1980-talet finns fortsatt fördomar och rädsla. Sexuellt och blodöverförda infektioner skapar ofta stigma. 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 kan bidra till att personer som varit utsatta för eller utsatt sig för risk undviker att testa sig. Det medför att personer med hiv inte får möjlighet till medicinsk behandling. Den nationella hivstrategin pekar på att man bör eftersträva en normalisering av hiv, och att ett framgångsrikt preventivt arbete mot hiv förutsätter att åtgärder riktas mot diskriminering och stigmatisering av personer som lever med hiv. Kunskap om den låga smittsamheten vid välbehandlad hiv behöver spridas för att påverka och förändra både attityder och beteenden.

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: oron för vad andra tycker om ens hivinfektion och självstigma (negativ självbild på grund av hivinfektionen). Rädslan för stigmatisering gör att var femte person som lever med hiv inte vågar berätta. Av dem som berättat för någon i sin omgivning att de lever med hiv upplever de flesta att de får det stöd som de behöver. Sverige ska vara ett samhälle där personer som lever med hiv är fullt ut accepterade och har goda livsvillkor under hela livet. Personer som lever med hiv och andra riskutsatta grupper ska involveras i frågor som berör dem nationellt, regionalt och lokalt.

4. Att öka jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa

Sexuell hälsa innebär ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, inte bara frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Den ojämlikhet som finns i sexuell hälsa måste upphöra. Med ökad jämlikhet och jämställdhet avses de faktorer som går att påverka på en övergripande samhälls nivå. Även en hälsofrämjande bild måste förmedlas, eftersom sexualitet är en av hälsans bestämningsfaktorer.

En grundläggande förutsättning för att begränsa spridningen av sexuellt och blodöverförda infektioner är 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, är att minska sexuellt risktagande och öka användande av skydd för både sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. FN och 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 när man utformar allt förebyggande arbete. Den deklaration som FN antog 2016 pekar på att dessa förutsättningar måste byggas upp och respekteras för att utrota aids.

Hela befolkningen behöver få kunskaper om mänskliga rättigheter, som även omfattar sexuella rättigheter, samt normer och värderingar som påverkar och lagstiftning inom området. De strukturella förutsättningarna påverkar graden av jämställdhet och jämlikhet i ett samhälle, vilket i sin tur påverkar över- och underordning och möjligheten för en god sexuell hälsa. Ett normkritiskt perspektiv sätter fokus på rättigheter, begränsande strukturer och normer.

Skolan har ett stort ansvar, eftersom sexualundervisningen är en obligatorisk del av skolans arbete och skolan i sig är obligatorisk och når alla under barn och ungdomsåren. Vetenskapliga studier pekar entydigt på skolan som den bästa arenan för att ge kunskap om sex och samlevnad, förutsatt att undervisningen är tillräckligt omfattande, involverar eleverna samt att lärarna är utbildade inom området. Internationella studier visar att en tydlig läroplan är en viktig förutsättning. Undervisningen har idag fokus på jämställdhet, relationer och sexualitet. Skolan måste utöver det ge eleverna tillräcklig kunskap om sexuell hälsa samt hiv och andra sexuellt överförda infektioner, för att eleverna ska kunna göra egna val som främjar den sexuella hälsan. Undervisningen måste bygga på kunskap, struktur och metoder som grundas på den vetenskap som finns inom området.

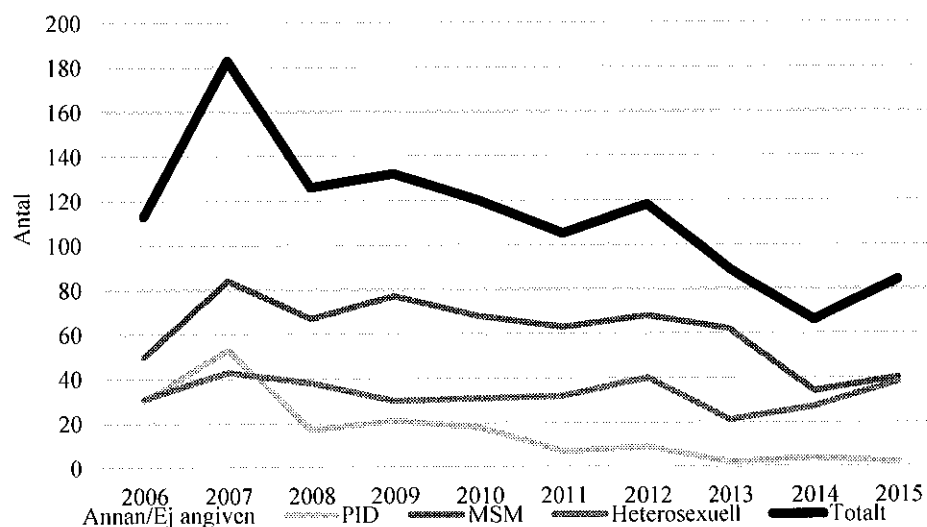
De värderingar som råder i samhället sprids genom många olika kanaler. Den som kommer till Sverige som ung vuxen eller vuxen måste också nås av kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Samhället har det yttersta ansvaret för att de normer och värderingar som omfattas av majoritetssamhället och som baseras på kunskap och lagar når hela befolkningen. Samhället ansvarar också för att alla nås av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Många unga, men inte alla, nås idag av skolans undervisning om sex och samlevnad. Skolan måste anpassa 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 funktionsnedsättning och unga som befinner sig i riskutsatta situationer. Mottagningar inom landsting, kommuner och civila samhället som arbetar med att främja sexuell hälsa och förebygga sexuell ohälsa måste vara platser som är tillgängliga och där alla känner sig trygga och inkluderade. Möjligheten till enskilda personliga samtal om sex och samlevnad finns idag på ungdomsmottagningar, men når i stor utsträckning bara unga kvinnor och bara till en liten del unga män. Ansvaret för att upprätthålla den sexuella hälsan är fortsatt i huvudsak fokuserad på kvinnor, eftersom de förväntas ta ansvar för att förhindra oönskade graviditeter och i hög utsträckning testas för sexuellt överförda infektioner. Samhällets organisation, institutioner, lagar och regler måste stödja arbetet med att uppnå jämlikhet och jämställdhet i sexuell hälsa.

Översyn av delmålen i den nationella hivstrategin

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

Figur 1. Antal rapporterade fall av hiv som överförts i Sverige 2006–2015 per smittväg⁴.



Antalet rapporterade fall av hiv, där smittöverföring skett i Sverige, har minskat med en tredjedel mellan åren 2006 och 2015. Men överföring av hiv kan oväntat öka, vilket skedde 2007 för att sedan successivt minska igen. Ökningen berodde på en spridning av hiv bland personer som injicerar droger och män som har sex med män (MSM). Uppgången skedde framför allt i Stockholms län men också i Region Skåne. Mellan 2007 när flest fall rapporterades (n=183) och 2014 när lägst antal fall (n= 66) rapporterades var skillnaden 117 fall vilket är mer än en halvering.

Under perioden har successivt alla som känner till att de har hiv och har kontakt med sjukvården i Sverige fått tillgång till behandling. Av dem som står på effektiv behandling har det för 95 procent inneburit att virusnivåerna är omätbara (1).

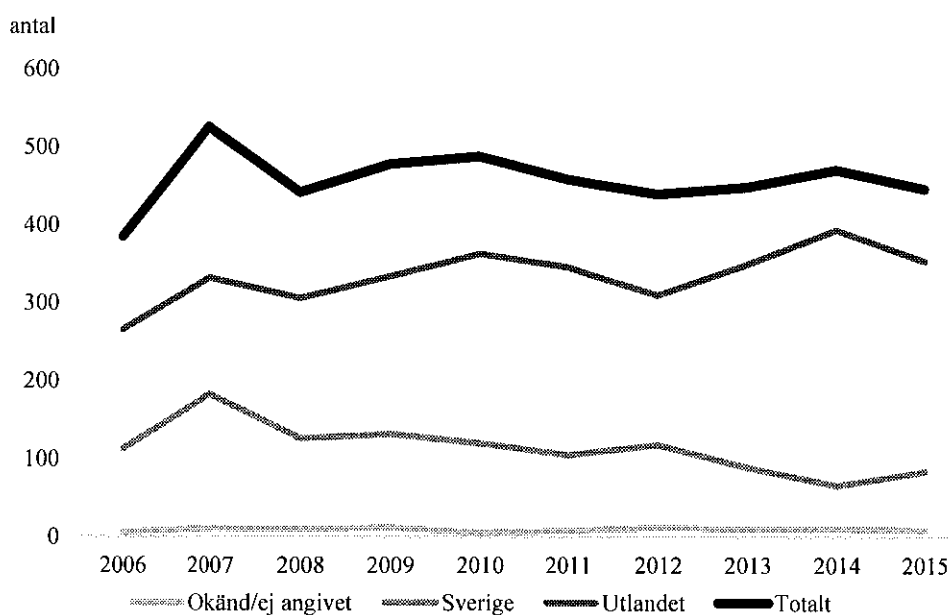
Hiv kommer, under överskådlig tid, fortsätta att finnas i samhället och oväntad spridning kan ske. Ett förebyggande arbete som minskar risktagande och

⁴ SmiNet är ett verktyg som administreras elektroniska fallanmälningar gällande smittsamma sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen. All epidemiologisk data är, om inget annat anges, hämtad där. PID avser personer som injicerar droger. MSM avser män som har sex med män.

riskutsatthet samt strukturer för ökad testning behöver fortsatt utvecklas. Effektiv vård och behandling bidrar till ökad hälsa hos individen och omätbara virusnivåer 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 välbehandlad patient, vid anala och vaginala samlag, bedöms som mycket låg även om kondom inte används och minimal om kondom används (2).

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

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



I Sverige liksom i övriga Europa speglar till stor del den epidemiologiska utvecklingen för hiv, och till viss del andra sexuellt överförda infektioner och smittsamma sjukdomar hur utvecklingen ser ut i hela världen. En majoritet av de fall som rapporteras smittade utomlands är smittade före ankomsten till Sverige.

År 2006 när den nationella hivstrategin infördes och åren närmast därefter kom många till Sverige från länder i Afrika. De flesta kom från Somalia och Eritrea, där hiv var och fortfarande är vanligt. Från 2012 och framåt har successivt en påtaglig ökning av nyanlända skett, framför allt asylsökande från Syrien och Afghanistan, varav många ensamkommande barn. En markant ökning har under åren 2014 och 2015 också skett från Somalia, Eritrea och Etiopien (3). 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 svensk, vilket innebär att de inte omfattas av landstingens skyldighet att erbjuda en hälsoundersökning. Thailand är ett av fem länder i Sydostasien där flest personer lever med hiv (4).

Det finns idag ingen struktur för att regelbundet följa upp delmålet inom ramen för den nuvarande fallrapporteringen till Folkhälsomyndigheten. I rapporteringen saknas information om migranternas juridiska status, det vill säga det framgår inte på individnivå om personen är asylsökande eller tillhör en annan grupp. Även den del i målet som handlar om att personer som vistats i högendemiska områden ska nås inom sex månader går inte att följa upp systematiskt, 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 diagnos ställts inom 2 månader efter ankomst till Sverige.

Av Folkhälsomyndighetens analys av 2015 års data för personer som lever med hiv födda utanför Sverige med uppgift om diagnosdatum och ankomstdatum (n = 226) framgår följande:

- Cirka 40 procent av migranterna identifieras 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 övervakning och uppföljning, för att kunna rikta preventiva insatser till olika migrantgrupper.

För att nå målet med att tidigt diagnostisera hiv och andra smittsamma sjukdomar hos migranter krävs stora preventiva insatser bland annat för att öka genomförandegraden av hälsoundersökningar hos asylsökande, men även andra migranter oavsett juridisk status. Den årliga statistik som presenteras från Sveriges Kommuner och Landsting visar, under en lång följd av år, på en låg genomförandegrad av hälsoundersökningar av asylsökande. Nationell aggregerad data visar att de understiger 50 procent, men med relativt stora skillnader mellan landstingen. Dessutom genomgår ofta de nyanlända hälsoundersökningen senare än två månader från att de kommit till Sverige.

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.

En nationell studie av livskvalitet relaterat till hälsoutfall, levnadsvanor och livsvillkor för personer som lever med hiv genomfördes 2014 av Folkhälsomyndigheten tillsammans med Karolinska institutet (5). Överlag skattade studiedeltagarna sin livskvalitet som hög. Men resultaten visade tydliga kopplingar mellan lägre livskvalitet och två typer av stigma relaterat till hiv – negativ självbild

i form av att känna skuld och känna sig mindre värd på grund av hiv, samt 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 7 procent hade berättat om hivinfektionen för en arbetskamrat och ännu färre hade berättat för sin chef.

Folkhälsomyndigheten, och tidigare ansvariga myndigheter, har sedan 1987 följt allmänhetens kunskap och attityder om hiv och om beteenden påverkas av att hiv finns i samhället, i en befolkningsbaserad studie (6). Det har skett en viss förbättring av allmänhetens attityder till hiv, men det finns okunskap om hur det är att leva med hiv idag. Det påverkar öppenheten om hiv för de personer som lever med infektionen. Det tar tid att nå ut med ny kunskap och att förändra attityder som beror på fördomar och felaktiga föreställningar om hiv. Det betyder att insatser fortsatt behövs, för att stigma och diskriminering ska upphöra.

Hivprevention i ett folkhälsoperspektiv

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Sveriges folkhälsopolitik och de internationella strategier och styrdokumenterna inom hälsoområdet bygger på insikter om vilken betydelse socioekonomiska faktorer har för att minska 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 dock påtagligt mellan olika grupper i samhället. Gapet mellan de som har den bästa och de som har den sämsta hälsan har ökat under de senaste årtiondena (7).

Folkhälsopolitiken tydliggör nödvändigheten av att prevention inom sexuell hälsa samt hiv och STI-prevention inordnas i ett större sammanhang. Det gäller exempelvis hälsofrämjande arbete där bland annat kunskap, förändring av normer och värderingar, stärkandet av individens förmåga och möjlighet att ta kontroll över sin hälsa samt behovet av stödande miljöer för tillgång och tillgänglighet behöver lyftas för att stärka förutsättningar för en god hälsa.

Människors hälsa påverkas även av mekanismer som ligger utanför hälsosektorn 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 (8).

FN:s generalförsamling antog i september 2015 de globala utvecklingsmålen, Agenda 2030 (9). De planeras vara vägledande för en svensk samstämmig politik inom olika politikområden varav mål 3 avser god hälsa och välbefinnande. Mål 3.3

syftar specifikt till att utrota aids och 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 till ojämlikhet i hälsa tas också upp i diskrimineringslagen (2008:567) (10). Lagen syftar till att motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter utifrån 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 – att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen – ska skapa en struktur som gör folkhälsoarbetet möjligt och hållbart, och pekar också på ett rättighetsperspektiv. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är en av bestämningsfaktorerna för hälsa, som också är 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) är alla relevanta målområden som påverkar hivprevention ur ett folkhälsoperspektiv (11).

Riskutsatta och marginaliserade grupper

För homo- och bisexuella samt transpersoner (hbt-personer) är det framför allt den psykiska ohälsan som är sämre i jämförelse med heterosexuella och cispersoner.⁵ Psykisk ohälsa i form av nedsatt psykiskt välbefinnande och även självmordsförsök är dubbelt så vanligt bland hbt-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner (12, 13). En förklaring är minoritetsstress, dvs. 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 (14, 15).

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 utsatta för hedersförtryck som 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

⁵ En person vars kropp, juridiska kön, könsidentitet och könsuttryck stämmer överens med normen för det kön hen tilldelades vid födseln. Ett annat ord för den som inte är transperson.

utsatthet samt kulturella eller religiösa traditioner påverkar de komplexa mekanismer som påverkar 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.

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 (16). 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 hbtq-gruppen, men även specifikt bland transpersoner (17-21).

När det gäller risken för hiv bland hbtq-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. Den höga prevalens av hiv som dokumenterats i studier från andra delar av världen går inte att belägga i Sverige. Förekomsten av hiv bland transpersoner i Sverige återspeglar troligen den låga prevalensen av hiv i befolkningen. I den senaste studien som genomförts i Sverige, rörande transpersoners hälsa, rapporterar en av 796 respondenter (0,2 procent) att den 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 också ger ett bra bemötande. Brist på respekt och bra bemötande från yrkesverksamma i hälso- och sjukvården är områden som framkommit i Folkhälsomyndighetens studier, 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 (22, 23).

Arbetet med förbättrade rättigheter och möjligheter för hbt-personer har utvecklats de senaste tio åren och rättighetsperspektivet – rätten till hälsa – har fått genomslag på strukturell nivå i regelverk, lagar och strategier (24). 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 vården ska vara säker, hålla en god kvalitet och att tillgängligheten ska vara god för alla oavsett bland annat sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Den vård som erbjuds ska i möjligaste mån utformas och genomföras i samråd med patienten. Den ska bygga på respekt för människors lika värde. I detta ligger att ingen ska avstå från vård av rädsla för att utsättas för ett kränkande bemötande. För att åtgärda 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 kön utan även könsidentitet och könsuttryck behöver beaktas i uppföljning och utvärdering (25). Det finns också behov av att följa upp hiv och STI i gruppen.

Deklarationer och övrig internationell samverkan och samarbete

Även om Sveriges inhemska spridning av hiv är fortsatt låg och stabil kan omständigheter medföra att en ökad spridning av både hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner kan uppstå. Sverige behöver därför och har en skyldighet att delta i det internationella hivarbetet globalt, 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 (26).

Sverige är en del av den internationella gemenskapen och deltar och stödjer FN:s, Världshälsoorganisationens (WHO) och EU:s deklarerationer och arbete inom området. WHO:s främsta uppgift är att leda och samordna internationell hälsa inom FN-systemet, och var fram till bildandet av UNAIDS 1996 ansvarig för arbetet med hiv och aids. Sverige ställde sig 2001 tillsammans med övriga medlemsstater bakom FN:s deklaration om omedelbara åtgärder för att bekämpa den globala spridningen av hiv och aids (27). Det förebyggande arbetet var då liksom nu grundläggande, men behandling, stöd och mänskliga rättigheter är bidragande faktorer för arbetet med 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 bekämpa aids, tuberkulos och malaria.

Med utgångspunkt i FN:s deklaration 2001 och den deklaration som togs på ministermötet i Dublin 2004 som utgångspunkt för Europa (28), tog Sverige 2005 fram den första nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (29). Den statliga samordning som FN föreslagit för att öka effektiviteten har sedan Sverige tog fram sin nationella strategi flyttats från Socialstyrelsen via Smittskyddsinstitutet till dagens Folkhälsomyndighet. Den nationella samordningen innebär samordning av de aktörer som är framskrivna i strategin, men även ett ansvar för uppföljningen av arbetet samt att ta fram kunskapsunderlag och vägledning till landsting och civila samhällets organisationer. Deklarationen betonar vikten av uppföljning och utvärdering av handlingsplaner och mål, ett epidemiologiskt uppföljningssystem samt övervakning av behandlingseffektivitet, något som Sverige hörsammar.

Sverige rapporterar vartannat år till UNAIDS och EU om Sveriges åtagande utifrån de indikatorer som tagits fram. Det rör Sveriges nationella arbete utifrån strategin och 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, inom ramen för EU:s nordliga dimension, som bildades 2003 (30).

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. De innebär att 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 (31). Sverige har uppmärksammats för att som första land redan 2016, med marginal, ha nått målen (1).

En uppdaterad politisk deklaration antogs av FN:s medlemsländer i juni 2016 om att påskynda och öka tillgång till behandling av hiv med målet att utrota aids senast 2030 (32). Antalet dödsfall per år i aids globalt har sedan den högsta noteringen 2005 minskat med 45 procent. Deklarationen är kopplad till de 17 globala hållbarhetsmål som antogs vid FN:s toppmöte den 25 september 2015 av världens stats- och regeringschefer (9). Från den 1 januari 2016 fram till 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 (33, 34). Mäns sexuella utnyttjande av kvinnor och barn bidrar dessutom till att öka spridningen 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, främja, skydda och uppnå de mänskliga rättigheterna och minska stigma och diskriminering av dem som lever med hiv eller med risk för eller påverkas av hiv och aids samt deras familjer och närstående. Det innebär ett omfattande arbete för världen att ta fram resurser och logistik för att alla människor ska få behandling mot hiv. Trots den idag effektiva behandlingen så 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 Ebolaepidemin 2015 visade att det fortfarande finns svårigheter med att behandling och vård inte når fram till de människor och de delar av världen som bäst behöver hjälp.

Sveriges medlemskap i EU gör det möjligt för Sverige att delta i breda internationella forsknings- och metodutvecklingsprojekt och 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 utvecklingen av fem strukturerade metoder för kvalitetssäkring och under 2015 har ett av dem – ”Att lyckas med hivprevention” – översatts och anpassats till svenska förhållanden (35).

Hiv i Sverige

Allmänheten

Cirka 12 000 fall av hiv har rapporterats i Sverige sedan 1983, när 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 betraktas som en kronisk infektion. Möjligheten att behandla kom i mitten av 1990-talet, och dagens behandling är mycket effektiv. Den kunskap om hiv samt de attityder och värderingar som formades tidigt i epidemin finns ändå, till dels, kvar.

Ett svenskt ställningstagande om hiv och smittsamhet vid effektiv behandling togs 2013 fram av dåvarande Smittskyddsinstitutet tillsammans med referensgruppen för antiviral terapi (RAV)⁶ (2). Ställningstagandet bygger på flera randomiserade studier som pekade på att smittriskerna vid vaginala och anala samlag, där kondom används, är minimal om den som har hiv uppfyller kriterierna för välinställd behandling.

Folkhälsomyndigheten har sedan dess arbetat med att sprida kunskapen till hälso- och sjukvården och till allmänheten. Att förändra kunskap och attityder tar tid. Det betyder att insatser behövs under lång tid framöver, för att den kunskap som vi idag har om behandling och smittsamhet ska bli rådande, och därigenom minska det stigma och den diskriminering som fortfarande omger hiv.

Personer som lever med hiv idag tycker generellt 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 (5). Under perioden 2006–2016 har det genomförts 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. Kamratstöd och psykosocialt stöd för personer som lever med hiv och anhöriga samt hälsofrämjande och förebyggande insatser för att förbättra den sexuella hälsan erbjuds på många håll i landet av civila samhällets organisationer.

Sedan 1987 har ansvarig myndig följt allmänhetens kunskap, attityder och beteenden i fråga om hiv (6). Att hiv smittar genom sex och blod vet många. Över tid minskar fördomar och rädsla för personer som bär på hiv. Allt färre uppger att de skulle undvika en nära kontakt med en person som bär på hiv, men det finns också kvarvarande fördomar om sexuella relationer med personer som lever med hiv. Hiv är något som de flesta inte frågar eller pratar med sin sexpartner om, men

⁶ RAV och Läkemedelsverket har sedan 2002 regelbundet publicerat rekommendationer för antiviral behandling av hivinfektion.

man förväntar sig att den som bär på hiv ska berätta. En ny datainsamling har genomförts under hösten 2016 och Folkhälsomyndigheten planerar att publicera en rapport under 2017.

Hösten 2015 genomfördes en nationell informationsinsats till allmänheten utifrån den nya kunskapen om hiv och smittsamhet. Informationsinsatsen ”Hiv idag” med 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.hiv idag.se var att uppdatera allmänhetens kunskap om hiv, för att på så sätt minska stigma och diskriminering av personer som lever med hiv. Som en förberedelse för informationsinsatsen till allmänheten gjordes ett utskick om hiv och behandling samt vikten av hivtestning till samtliga chefer på vårdcentraler i Sverige och till andra strategiskt viktiga mottagningar, exempelvis ungdomsmottagningar och tandvårdsmottagningar. På Folkhälsomyndighetens webbplats publicerades en kunskapsbank för hälso- och sjukvården med information om hiv, behandling, smittsamhet och testning. Kunskapsbanken finns på www.folkhalsomyndigheten.se/hiv idag.

Under perioden 2006–2016 har flera informationsinsatser genomförts riktade 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 olika informationsinsatser visar studien *Hiv i Sverige* att det är ovanligt att allmänheten möter frågor om hiv i samhället. Det finns fortfarande stora behov av kunskaper om hur det är att leva med hiv och hur situationen för hiv ser ut i Sverige och övriga världen. 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 vid ungdomsmottagningar, STI-mottagningar, mödrahälsovård och i samhällets olika informationskanaler på internet (6).

Offentlig verksamhet och arbetsliv

Som beskrivits ovan är oro över andras attityder det som gör att personer som lever med hiv undviker att berätta att detta. Av deltagarna i studien om livskvalitet hade färre än 7 procent berättat om sin hivinfektion för en arbetskamrat, och ännu färre hade berättat för sin chef.

Brister i kunskap om hiv och symtom relaterade till hiv inom hälso- och sjukvården gör att många personer som har hiv inte får erbjudande om hivtest. Därmed får de inte en diagnos även om de har haft kontakt med hälso- och sjukvården. Migranter nås inte heller, i önskad omfattning, i samband med migrationen till Sverige. En studie visar att drygt hälften av nyupptäckta fall av hiv under perioden 1 oktober

2009 till 31 januari 2012 (n=575) hade diagnosticerats sent⁷ (36). Heterosexuellt infekterade, personer över 40 år och utlandsfödda hade störst sannolikhet att diagnosticeras sent. 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 mer än ett år före diagnos, och två tredjedelar av samtliga sent diagnostiserade hade inte provtagits för hiv i samband med migrationen till Sverige.

Okunskap och negativa föreställningar specifikt kopplade till hiv och smittsamhet vid behandling finns fortsatt i samhället. Inom ramen för det förebyggande arbetet med hiv har personal inom landsting och kommun utbildats om hiv, smittsamhet och bemötande. Detta har bidragit till ökad kunskap hos arbetsgrupper inom vård och omsorg, till exempel infektionskliniker, primärvård och äldreomsorg. Men det är ett arbete i en pågående process och det behövs en fortsatt satsning på kunskap och kompetens framför allt inom landstingens primärvård, kommunens socialtjänst och till personal som arbetar med hälsoundersökningar. Vård och omsorg av äldre personer som lever med hiv behöver utvecklas då den förväntade livslängden hos den som lever med hiv numera är jämförbar med livslängden hos den som inte har hiv. Ökad kunskap om hiv, indikatorsjukdomar och andra markörer för hiv samt riskbeteende associerat med hiv behövs för att personal inom vård- och omsorg ska vara uppmärksamma på behov av att erbjuda hivtestning. Kunskap om preexpositionsprofylax (PrEP) är ett område där kunskap behöver spridas till yrkesgrupper som möter riskutsatta och risktagande personer (37, 38).

Personer som lever med hiv

Drygt 7 000 personer lever år 2016 med en diagnostiserad hivinfektion i Sverige. Detta innebär en prevalens på cirka 74 personer per 100 000 invånare (cirka 0,07 procent), vilket är en av de lägsta i Europa. Den nationella hivstrategin framhåller att förutsättningarna för att motverka diskriminering mot personer som lever med hiv måste förbättras och att det finns behov av stödinsatser för att minska konsekvenserna av hiv för den enskilde.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och tillgång till preventiva insatser som inkluderar testning för sexuellt och blodburna infektioner är nödvändiga utgångspunkter för förebyggande och hälsofrämjande insatser för personer som lever med hiv.

Personer som lever med hiv är en heterogen grupp. Det kvarstår behov av fördjupade studier om kvinnor och barn, ungdomar och unga vuxna som lever med

⁷ "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 symptom på aids.

hiv och deras behov av stödjande hälsofrämjande insatser. Samtidigt är det viktigt att fortsätta att följa behandlingsresultat av den medicinska behandlingen av hiv inom hälso- och sjukvården, eftersom följsamhet har avgörande betydelse för en fungerande behandling. Tillgången till behandling, rådgivning och psykosocialt stöd samt handläggning av förhållningsregler bör vara jämlik, enhetlig och utgå från samma principer. Personer som lever med hiv måste fortsätta att involveras i utformning av insatser inom både primär- och sekundärpreventionen. Stigma och diskriminering måste upphöra.

Personer som lever med hiv är fortsatt en viktig och prioriterad målgrupp för hälsofrämjande och förebyggande insatser kopplade till 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 är i hög grad beroende av den effektiva behandlingen som kraftigt har minskat dödligheten, och av förändringar i migrationen till Sverige. Mer än hälften av de som lever med hiv idag är utlandsfödda. Många av dem hade hiv redan när de kom till Sverige. 70 procent av alla personer som lever med en känd hivinfektion bor och är knutna till kliniker för behandling i de tre storstads länen, och bland MSM med hiv lever nio av tio i en storstad.

Hiv kan överföras på olika sätt och när hiv diagnosticeras 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.

En dryg tredjedel av dem som lever med hiv i Sverige är kvinnor, en andel som varit oförändrad över tid. Av alla är cirka 140 personer under 18 år (2016) – en fördubbling 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 anmälningsystemet SmiNet. Antalet fall av aids har minskat över tid till följd av den effektiva behandlingen. Immunförsvaret återhämtar sig när behandling av hiv påbörjas hos i

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

stort sett alla som har hunnit få symtom eller sjukdom med anledning av hivinfektionen. Numera benämns aids oftare som symptomgivande hivinfektion än just aids.

Risksattthet och risktagande

Hiv kan ännu inte botas. De som lever med en känd hivinfektion i Sverige idag 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. Insatser behövs för att motivera och stödja personer till att ta sina mediciner enligt förskrivning, så att behandlingen fungerar och biverkningar minimeras. Uppdaterad kunskap inom hälso- och sjukvården och andra instanser som möter personer som lever med hiv är viktigt för att stödja, motivera och förmedla ny kunskap och ett professionellt förhållningssätt.

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. Det gäller i fråga om anledningar till att komma till Sverige, hur länge man varit i Sverige, utbildning, ekonomi och integration. Möjlighet att kommunicera, språkkunskaper och olika syn på hälsa, sjukdom och stigma kan också variera. Stödjande 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 som gonorré, syfilis och hepatit C.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Under strategiperioden 2006–2016 har som tidigare nämnts kunskapen ökat om hur smittsamhet påverkas av och minskas vid en välbehandlad hivinfektion. Vetenskapliga studier har genomförts som bekräftar den effektiva behandlingen och flera länder, däribland Sverige, har publicerat nationella ställningstaganden som påverkat tolkningen av brottsbalken (2, 39).

Även kunskapen om livskvalitet kopplat till hiv har ökat, vilket framgår av den första större studien *Att leva med hiv i Sverige* om hiv och livskvalitet som genomfördes 2013 (5). I styrgruppen för arbetet ingick personer som lever med hiv, genom civila samhällets organisationer. Totalt svarade var sjunde person som lever med hiv (n= 1096) 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 att det bland personer som lever med hiv 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 har insatser gjorts för att motverka stigma genom att synliggöra, stödja och öka självkänslan hos personer som lever med hiv. Informationsinsatser har även genomförts mot allmänheten och till personal inom hälso- och sjukvården för att öka kunskapen om hur det är att leva med hiv idag. 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 sedan 2008 Karolinska universitetssjukhuset 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 skapas möjligheten 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 för personer som inte bor i storstadsområdena är begränsad.

Män som har sex med män

Den nationella hivstrategin konstaterar att män som har sex med män (MSM) allt sedan början av hivepidemin i Sverige, utifrån det epidemiologiska läget, utgör en prioriterad grupp för preventiva kontinuerliga insatser. Det finns därför behov av en utvecklad epidemiologisk övervakning och analys samt kunskapsuppbyggnad av MSM utifrån kunskap, attityd och beteende. Kompetens inom hälso- och sjukvården samt förebyggande insatser inom ramen för civila samhällets organisationer är prioriterade områden.

En omfattande utveckling av de prioriterade områdena har genomförts. Nationella enkätundersökningar av MSM har genomförts regelbundet i Sverige sedan 2006 med syfte att följa kunskaper, attityder, beteenden och behovet av prevention (40-42). Sverige har även deltagit i en motsvarande europeisk undersökning (43). 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 området, eftersom det bidrar till tillgänglighet och når grupper som annars inte skulle testa sig. Utifrån ett rättighetsperspektiv måste tillgång och kompetens på området fortsatt 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 sexuellt överförda infektioner (STI).

MSM omfattar män som identifierar sig som homo- och bisexuella, men också män som har sex med män som av olika skäl inte identifierar sig som tillhörande en viss kategori. I förhållande till sin andel i befolkningen har MSM 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 liksom tillgång till prevention, testning och behandling för hiv och STI varierar både inom Sverige och mellan länder, vilket 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, vilket försvårar det förebyggande arbetet där men också påverkar epidemiologisk utveckling och emigration bland hbtq-personer.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är ett område som fortsatt måste prioriteras och utvecklas, och därför följs utvecklingen regelbundet av kunskap, attityder och beteende i gruppen. Kunskapen om transpersoner och sexuell hälsa behöver öka.

Sammantaget framträder i olika studier 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 att trots att reformer i lagstiftning har genomförts, för hbtq-personers rättigheter och möjligheter, består en generell ojämlikhet i hälsa för MSM jämfört med övriga befolkningen. Befolkningsstudier visar på sämre utfall både vad gäller psykisk som fysisk hälsa bland homo- och bisexuella män (12). MSM har en ökad risk för hiv och andra STI, psykisk ohälsa, våldutsatthet samt 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 (15).

Utlandsfödda MSM har under strategiperioden ökat 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 utvecklas och ta hänsyn till detta.

Det MSM-förebyggande arbetet behöver ökad struktur och systematik för att tillgodose likvärdig tillgång till insatser och jämlik hälsa i hela Sverige för MSM.

Områden där kunskapen behöver öka och utvecklas är bland annat förebyggande läkemedelsbehandling (PrEP) (37) samt droganvändning, kontakter via internet, mobilitet och relationer. En trend som uppmärksammats de senaste åren i Europa är att subgrupper av MSM använder droger i samband med sex (44, 45). Kunskapen om svenska förhållanden är begränsad.

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 den totala trenden för incidensen av hiv varit nedåtgående. Men av de rapporterade fallen av hiv i Europa 2014 var 42 procent MSM jämfört med 30 procent 2005. I Sverige utgör MSM idag fortsatt cirka 30 procent av de personer som lever med hiv. Av MSM är ungefär hälften av de diagnostiserade fall av hiv som rapporterats smittade i Sverige.

En tydlig minskning har skett av antalet nya fall av hiv smittade i Sverige, som rapporteras med MSM som smittväg under perioden 2006–2015. Minskningen beror troligen på en jämförelsevis hög testfrekvens bland MSM och att så gott som alla MSM som lever med diagnosticerad hiv i Sverige har effektiv behandling och därför låg smittsamhet (42).

Mellan 2006 och 2015 har 90 procent av alla fall av hiv bland MSM rapporterats från de tre storstadslänen (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 (42). 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 minskats noteras en kraftig ökning av andra STI, som gonorré och syfilis med en överrepresentation bland MSM som lever med hiv. Utlandsfödda MSM utgör över tid en ökad andel av MSM som lever med hiv. Många har redan fått hivdiagnos innan de kom till Sverige, andra får den i Sverige. Att andelen ökar kan tyda på risktagande och riskutsatthet både i Sverige och utomlands.

Den höga andel MSM som lever med hiv och har effektiv behandling med låg risk för överföring av hiv, kan ses som en skyddsfaktor på gruppnivå och som en av de viktigast bidragande faktorerna till minskningen av rapporterade inhemska fall av hiv de senaste åren. Samtidigt noteras en tendens till minskad kondomanvändning över tid bland MSM, särskilt bland män i åldrarna 15–25 år, vilket bidrar till ökningen av andra sexuellt överförda infektioner som gonorré och syfilis (42). En ökad motståndskraft mot antibiotika har utvecklats hos gonokock bakterier vilket påverkar möjligheten att behandla.

MSM-studien 2013 visade att yngre och de som var osäkra på sin hivstatus skattade sina kunskaper om hiv, STI och sex lägre än övriga. Det framgick också

att kunskap inte alltid påverkar riskbeteende, då de som skattade sina kunskaper om risk och hiv och STI högst samtidigt, i högre grad, än övriga män, hade erfarenhet av riskhandlingar. (42). 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 (46).

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 (40-42) samt i ett europeiskt samarbete (EMIS) (43). En strategisk utveckling av metoder för datainsamling bland MSM har också gjorts i samverkan med Karolinska institutet (47). Jämförelser över tid visar att var man bor i Sverige har betydelse för både självskattad kunskap, kondomtillgång, 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 oskyddat sex, inleder eller avslutar en relation. Oro och rädsla för konsekvenser av ett positivt provsvar och faktorer relaterade till mottagningars bemötande och tillgänglighet är vanliga anledningar till att aldrig ha testat sig för hiv. Möten med preventiva och påminnande insatser som uppsökande arbete bidrar till testning.

En del av det förebyggande arbetet på nationell nivå har varit att delta i europeiskt och annat internationellt arbete. Smittskyddsinstitutet arrangerade 2011 en europeisk konferens (FEMP, The Future of European Prevention among Men Who have sex with Men) om framtidens hiv- och STI-prevention riktad till MSM (48). Folkhälsomyndigheten deltog under 2013–2014 i en europeisk studie (SIALON II) med målet att förbättra det förebyggande arbetet med hiv och sexuell hälsa (49). Resultaten jämfördes mellan de olika europeiska länderna och gav underlag till att utveckla behovsanpassade förebyggande insatser. Det gav också information till det svenska preventiva arbetet om inställningen till spontant erbjudande om testning utanför hälso- och sjukvården och vilka arenor som fungerar för detta arbete.

Landsting och kommuner har genomfört satsningar på både bredare hbtq- och mer specifik MSM-kompetens. Folkhälsomyndighetens uppföljning visar att landstingen rapporterade fler mottagningar för testning och rådgivning 2016 med denna kompetens än 2012. Sju landsting kunde inte erbjuda någon sådan mottagning. Två tredjedelar av huvudmännen angav att de genomförde uppsökande arbete riktad 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 MSM.

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

Personer som injicerar droger

Personer som injicerar är en prioriterad målgrupp för preventiva insatser. I den nationella strategin betonas särskilt vikten av att förhindra att individer börjar injicera droger. Den evidens som finns om tillgång till rena sprutor, kanyler och parafernalia⁹ (hädanefter sammantaget kallat injektionsverktyg), som ett effektivt sätt att förhindra spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner tas också upp i strategin.

Begreppsanvändningen har förändrats under strategiperioden och idag beskrivs gruppen som personer som injicerar droger i stället för personer med injektionsmissbruk för att tydliggöra att det är injektionsbeteendet i sig som är centralt i relation till risk för överföring av infektioner, inte riskbruk, missbruk eller beroendet av droger.

Personer som injicerar överför 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 (50). En översyn av den svenska missbruks- och beroendevården gjordes 2011. Utredningen föreslog ett antal reformområden, bland annat bättre kvalitet, kunskap och kompetens samt en tydlig ansvarsfördelning för en effektivare vård (51).

Flera områden har utvecklats under de senaste åren med syfte att nå personer som injicerar droger med förebyggande och hälsofrämjande insatser både för blodsmitta och sexuell hälsa. Trots detta är tillgången till insatser begränsad och ojämnt fördelad i landet. Rätten till hälsa och vård på lika villkor måste stärkas. Det innebär både att underlätta för fler sprututbytesprogram, men också att minska för tidig död bland personer som injicerar droger.

För att tillgodose preventiva behov behöver landsting, regioner och storstadskommuner utveckla lågtröskelverksamhet och sprututbyte på en eller flera platser utifrån lokala behov. Unga och kvinnor som injicerar droger är särskilt

⁹ Parafernalia är ett samlingsnamn för den kringutrustning som används för att förbereda injektionslösning.

utsatta. Andra strategiska arenor för prevention är Kriminalvården, SiS-institutioner, hälso- och sjukvården samt 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 utbyggnad av mottagningar för sprututbyten pågår nu. Folkhälsomyndigheten har under flera år framhållit sprututbyten som ett hälsofrämjande och förebyggande arbete inom ramen för allas rätt till hälsa (52). Socialutskottet tillstyrker Socialdepartementets förslag om förändringar i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler. En lagändring kommer att träda i kraft den 1 mars 2017. Förslaget innebär att landstinget blir ensam huvudman för sprututbytesverksamheterna och att de som fyllt 18 år, mot tidigare 20 år, kan delta i verksamheten (53).

Uppföljning, övervakning och analys av den epidemiologiska utvecklingen 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 utveckling av förebyggande arbete.

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 en grupp om cirka 8 000 personer som injicerade droger i Sverige (54).

Antalet rapporterade fall av hiv bland personer som injicerar droger har under de senaste fem åren varit stabilt lågt i Sverige. Innan dess hade det under 2006–2007 skett en ökning beroende på ett begränsat och kortvarigt utbrott i Stockholm. Sedan 2008 rapporteras varje år cirka 15 fall av hiv som överförts 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 idag den dominerande smittvägen för hiv i Östeuropa och Centralasien, där antalet nya infektioner ökade med cirka 57 procent 2010–2015 (55). 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 mellan 35 000–45 000 personer bära 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. En botande behandling finns idag.

Även för hepatit B rapporteras runt 2 000 fall per år i Sverige. Flertalet är kroniska bärare som fått hepatit B 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. Uppmärksamhet på riskgrupper och erbjudande om vaccination för hepatit B behöver finnas i hela hälso- och sjukvården. Gravida i Sverige erbjuds screening för bland annat hepatit B. Syftet är att behandla 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 riskutsatta situationerna att dela spruta, kanyl och parafernalia, att blanda bruk av opiater och centralstimulerande droger, att ha sex utan kondom och att köpa eller sälja sex.

Data som tidigare samlats in på häkten inom ramen för Socialmedicinska häktesprojektet och Svenska häktesprogrammet i framför allt Stockholm visar att drogdebut sker runt 14–15 års ålder och injektionsdebut runt 18–19 års ålder (56). 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.

Bland 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 samtidigt som följsamheten i 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 (57). Skadereduktion, med Naloxone, 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 ansvarar för hem med särskilda bestämmelser om vård av unga. Inom ramen för deras uppdrag tvångsvårdas unga med missbruksproblem. Bland de intagna hade en av tre unga kvinnor fått erbjudande om att sälja sexuella tjänster. Utsattheten för kvinnor i hemlöshet och på härbärgen är också stor (58).

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Det har under perioden inom det hivpreventiva arbetet genomförts flera studier som bidragit med ny kunskap på området bland annat inom Kriminalvården och vid SiS-institutioner.

Den vetenskapliga evidensen av skadebegränsande insatser har stärkts 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 inte helt införda eller utbyggda i Sverige (59).

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 varit riktat också 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 drivits inom Kriminalvården, med stöd av den myndighet som ansvarade för den nationella hivstrategin, sedan 1987, med uppehåll under 1999–2002 och därefter fram till 2012. Erbjudande om vaccination av hepatit B och testning av hiv ingår idag i Kriminalvårdens ordinarie arbete.

Personer med utländsk bakgrund – migranter

Enligt den nationella hivstrategin är personer med utländsk bakgrund en riskutsatt grupp. Kategorin ”personer med utländsk bakgrund” innefattar i sig ett antal olika migrantgrupper som asylsökande, anhöriginvandrare och papperslösa.¹⁰ I den nuvarande strategin finns tre delmål fastställda, varav det andra delmålet handlar om migranter – asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare.

Under de tio år som strategin har 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* och även *mobility* (60, 61), vilket representerar ett mer dynamisk synsätt. Det är framför allt migrationsprocessen som innebär en ökad risk

¹⁰ Ordet **papperslös** används för att beteckna människor som, utan tillstånd, befinner sig i ett land.

för risktagande och riskutsatthet, inte primärt att man är en person med utländsk bakgrund (62).

Hälso- och sjukvården och hälsoundersökningar för nyanlända har enligt den nationella hivstrategin stor betydelse i det förebyggande arbetet. Vid hälsoundersökningar har 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. Den årliga statistik som presenteras från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar på 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 efter mer än två månader från att de kommit till Sverige. För att öka antalet genomförda hälsoundersökningar och därmed möjligheten att nå fler nyanlända migranter med erbjudande om testning har området varit i fokus för preventionsarbetet. Trots dessa insatser behöver det ske ett fortsatt arbete med att nå migranter med erbjudande om hälsoundersökningar, som innehåller hivtest och tester för andra smittsamma sjukdomar. Hälsoundersökningen ska också ha en god tillgänglighet och vara 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 positivt för den egna hälsan och livskvaliteten. Även SFI-skolan har varit ett viktigt utvecklingsområde för information om hiv och SRHR.

Det är angeläget att kontinuerligt arbeta för ett förbättrat och fokuserat hiv- och STI-preventivt arbete 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 (36). Men det finns migrantgrupper som lever i samhället utan att finnas med i officiell statistik, t.ex. 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. Stärkt samverkan behöver fortsatt utvecklas mellan offentlig sektor och organisationer 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 personer är 75 procent utlandsfödda, varav majoriteten smittats 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.

I Sverige liksom i övriga Europa speglar till stor del den epidemiologiska utvecklingen för hiv och till viss del andra STI och smittsamma sjukdomar migrationsmönstret. Vid tiden för den nationella hivstrategins införande 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 (63). Detta gäller för minst 50 procent av de som fick sin hivdiagnos på Island, i Storbritannien, Norge, Irland, Frankrike och Sverige. Det finns även evidens för att personer som kommer från områden där hiv är endemiskt, smittas med hiv efter att man kommit till EU/EEA (64-66).

Den minskning av antalet fall av hiv som skett 2014–2015 kom att sammanfalla med det stora antalet som sökte asyl i Sverige 2015, 163 000 personer. Under de föregående åren hade antalet asylsökande legat runt 25 000–30 000 per år (3). 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, som Syrien, Afghanistan och Irak.

Andelen utlandsfödda bland personer som rapporterats ha fått hiv via heterosexuella kontakter har varit runt 80 procent sedan sent 1980-tal, men minskade något 2015. För de fall där sex mellan män rapporterats 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/region tar emot samt landstingens förmåga att nå nyanlända med en inbjudan till hälsoundersökningar inklusive testning för hiv och tuberkulos.

Globalt är tuberkulos vanligt framförallt i 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 låg. Vid diagnos av aktiv tuberkulos rekommenderas samtidigt screening för hiv. Någon allmän screening för att upptäcka och behandla latent tuberkulos hos personer som lever med hiv i Sverige rekommenderas inte, eftersom de flesta har en välfungerande behandling för hiv. Detta ställningstagande bygger på hittillsvarande erfarenheter i Sverige av långvarig uppföljning av patienter från hög- och lågendemiska länder (67).

Risksatthet och risktagande

Migration är en generell påfrestning som i många fall får negativa konsekvenser för hälsan. Forskning visar på ökad risk för psykosocial ohälsa i utsatta migrantgrupper, framför allt på grund av socioekonomiska faktorer som kan leda till utanförskap och isolering. Men studier visar också på motsatsen, att migration i vissa fall kan ge förbättrade förutsättningar till en god hälsa (68).

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 omständigheter både före och efter migration samt under migrationsprocessen. Sammanställningen nedan ger en bild av komplexiteten:

Före migration: Ursprungsland – utvecklingsnivå, socioekonomi, politik, konflikt/krig, mänskliga rättigheter (kvinnor, barn, SRHR, hbtq), kultur, utbildningsnivå, hälsolitteracitet, sjukdomspanorama (hiv, tuberkulos, hepatit), tillgång till vård och behandling. Migrationens orsaker – frivillig planerad arbetsrelaterad flytt eller av omständigheter påtvingad flykt.

Under migration: Ensam, kön, familj, ålder, ekonomi. Kortvarig och säker resa eller flerårig osäker resa genom många länder med hög grad av risksituationer med risktagande och risksatthet (stress, våld, trafficking).

Efter migration: Migrationsstatus (asylsökande, papperslös, uppehållstillstånd) påverkar grad av stressrelaterad ohälsa, erbjudande om hälsoundersökning (tidig identifiering av ohälsa – hiv, tuberkulos, hepatit, psykisk ohälsa) och tillgång till annan vård och behandling. Socioekonomisk status (utbildning, arbete, ekonomi) har stor betydelse för den enskildes och gruppens risktagande och risksatthet (stress, våld, trafficking) liksom närhet till anhörig, släkt och vänner.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

För att få en evidensbaserad grund för det nationella preventionsarbetet riktat till migranter lät ansvarig myndighet ta fram två kunskapsöversikter inom området (62). Senare gjordes också en kartläggning av det förebyggande arbetet i Sverige (69). Den syftade till att ge vägledning för hur arbetet med målgruppen kan utvecklas eftersom hiv och STI-preventiva insatser till migranter bör styras av kontinuerliga och systematiska analyser av epidemiologi och migrationsströmmar.

För att uppnå strategins andra delmål om att eventuell hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare ska identifieras inom två månader, 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 system och samverkan om hälsoundersökningar av nyanlända. Projektet har bidragit till att skapa en modern digitaliserad informationsöverföring mellan Migrationsverket och landstingen för nyanlända som ska erbjudas hälsoundersökning samt att utveckla

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 visade resultatet att migranterna såg hälsoundersökningen som ett positivt erbjudande, men att det fanns stora brister kring hur information och kommunikation genomfördes (70-74).

Några av det civila samhällets organisationer deltar som komplement till och i samverkan med landstingen till ökad tillgänglighet till hivtest. 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 (75). 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(76, 77).

Unga och unga vuxna

Den nationella hivstrategin pekar på behovet av ökad kunskap om ungas kunskap om, attityder och beteenden till hiv, andra sexuellt överförda infektioner och graviditeter. Men även smittspridningsmönster bland unga samt deras möjlighet till hivtestning och rådgivning. Den nationella strategin pekar också på att ungdomsmottagningar och motsvarande verksamheter bör tas bättre tillvara i det förebyggande arbetet, liksom ansträngningar att nå ut till pojkar. Behov 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 (78, 79).

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 sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt hiv och sexuellt överförda infektioner. En tydlig läroplan har i internationella studier visat sig vara en viktig förutsättning (80). Det som förmedlas ska vara kunskapsbaserat och följa skolans styrdokument och värdegrund (81, 82). Undervisningen ska nå alla unga i skolan och vara återkommande genom alla grundskolans stadier och gymnasiet. I enlighet med WHO (83) ska undervisningen gradvis ge barn och unga information, kompetens och positiva värderingar samt stärka individens egen identitet och självkänsla, för att de ska förstå och njuta av sin sexualitet, ha säkra och berikande relationer och ta ansvar för sin egen och andras sexuella hälsa och välbefinnande. Unga ska också känna till sina egna och respektera andras sexuella rättigheter,

förstå nyttan av prevention och förstå sexualitetens olika yttringar. På så sätt ska skolan ge verktyg både för nuet och för framtiden.

Ett programbaserat förebyggande arbete för unga och unga vuxna bedrivs av elevhälsan. 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 hälsofrämjande livsstil. Det sker bland annat genom utbildning och stödsamtal. Vaccinationer utförs enligt ett nationellt vaccinationsprogram. Vaccination mot humant papillomvirus (HPV) ingår för flickor. Ungdomsmottagningar är en lågröskelverksamhet som arbetar efter lokala riktlinjer. Dessa följer ofta det policyprogram som Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) tagit fram. Verksamheten vänder sig vanligen till unga upptill 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 individinriktat, 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 (84).

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 idag också samtidig analys för både klamydia och gonorré.

En nationell handlingsplan för klamydiaprevention (85) och ett kunskapsunderlag (86) 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 funktionsnedsättning.

Ansvar för sexuell hälsa bland heterosexuella unga behöver bli mer jämställt. Unga kvinnor tar ansvar både för preventivmedel och testning i större utsträckning än unga män. Unga män rapporterar sämre sexuell hälsa än unga kvinnor (87). Ett ökat fokus på mäns sexuella hälsofrågor för att förändra stereotypa föreställningar om sexualitet kan ses som en del i ett jämställdhetsarbete som gynnar både män och kvinnor. 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, sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter utgår från hur unga förhåller sig till risktagande. Sexuellt risktagande omfattar handlingar som kan leda till överföring av hiv, STI eller oönskad graviditet. Genom forskning och de återkommande studier som genomförts inom

ramen för hivpreventionen finns idag kunskap om riskutsatthet och risktagande i olika grupper av unga och unga vuxna (16, 42, 78, 79, 88).

Unga i migrations- och tidig integrationsprocess behöver kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (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 att utveckla och anpassa preventionen så att den når de personer som är mest riskutsatta både för hiv, STI samt hepatit B och C. Därför finns det behov av att fortsätta att utveckla ett behovsanpassat och integrerat preventivt arbete inom verksamheter som möter unga och unga vuxna med särskilda behov samt risktagande, riskutsatta och marginaliserade unga som exempelvis unga hbtq-personer. På nationell nivå finns behov av att regelbundet följa utvecklingen av kunskaper, attityder och beteenden i relation till sexuell hälsa, både generellt bland unga och unga vuxna samt i särskilda nyckelgrupper som hbtq-ungdomar och unga med funktionsnedsättning.

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 hög. Den har varierat något men under åren 2009–2015 rapporterades varje år cirka 37 000 klamydiafall, varav drygt 80 procent av alla fall inträffade i åldersgruppen 15–29 år. Antalet fall av gonorré har under senare år ökat från låga nivåer både bland 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. En ökande antibiotikaresistens har utvecklats för gonorré.

Antalet aborter har sedan 2006 varit cirka 37 000 per år. Flest aborter görs bland kvinnor mellan 20 och 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 under 2006. Minskningen antas bero på mer utvecklade preventivmetoder och subventionering av preventivmedel.

Av de fall som 2015 rapporterades med hepatit C 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 bland ungdomar i åldersgruppen 15–19 år var majoriteten kvinnor, 9 av 15 (60 procent). Unga från 18 år kommer den 1 mars att få tillgång till sprututbyte (53).

Riskutsatthet och risktagande

Riskutsatthet, risktagande och preventiva behov är inte jämnt fördelade bland unga och unga vuxna. Studier visar att riskfaktorer som kan kopplas till sexuellt risktagande är erfarenhet av sexuella övergrepp, svåra uppväxtvillkor, känslor av hopplöshet, depression och självmordsförsök. Andra riskfaktorer är hög konsumtion av alkohol, bruk av droger, att ha debuterat sexuellt före 15 år, fler än 10 partner det senaste året, sexuella handlingar mot sin vilja och socioekonomiskt utsatta levnadsförhållanden (78, 79).

Unga och unga vuxnas risktagande hänger också nära samman med riskutsatthet som de inte lika självklart kan styra över, som socioekonomiska svårigheter, erfarenhet av kränkningar och självupplevd diskriminering. 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-hem, barn- och ungdomspsykiatri, och boenden vid Statens institutionsstyrelse.

Unga hbtq-personer är en grupp som på många håll i landet saknar arenor 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 bär ansvar för att alla unga nås.

Studien UngKAB09 visar att många unga tar sexuella risker. Till exempel använde bara hälften av de unga som hade sex med en ny eller tillfällig partner kondom. Förekomst av klamydia visade även ett samband med social utsatthet. Resultat från 2009 och preliminära resultat från 2015 visar att unga som rapporterar en högre andel ohälsa inom flera områden finns bland unga hbt-personer, unga med erfarenhet av sex mot ersättning, unga med ≥ 10 partner senaste året, unga med erfarenhet av sex mot sin vilja, unga med dålig ekonomi samt 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. Abort och klamydia är 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 debuterat före 15 års ålder (78, 79). Fler studier om riskutsatthet och risktagande bland olika grupper av unga har genomförts med stöd från Folkhälsomyndigheten som ökat kunskapen om riskutsatthet och risktagande (16, 58). Subgrupper av riskutsatta och risktagande unga behöver uppmärksammas och få tillgång till det stöd som ska erbjudas till alla.

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 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 har ökat under perioden, bland annat genom studier av ungas kunskap, attityd och beteende i relation till hälsa och sexualitet UngKAB09 och UngKAB15 som genomförts på nationell nivå (78, 79).

Många insatser har genomförts med stöd av statsanslaget med fokus på unga och unga vuxna. Insatserna har varit både breda hälsofrämjande insatser till alla unga samt inriktade 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 varit riktade till skolans sex- och samlevnadsundervisning med syfte att stärka och förbättra undervisningen. Olika utbildningsmaterial har tagits fram och kunskap om området har förmedlats i olika utbildningssammanhang. Framför allt har ett material på lätt svenska varit av betydelse för undervisning till nyanlända och unga med intellektuell funktionsnedsättning (76, 77).

Ungdomsmottagningarnas arbete har varit i fokus för olika utvecklingsinsatser, bland annat för att öka kondomanvändningen bland unga. Olika informationsinsatser i samband med den så kallade Klamydiamåndagen har utvecklats i samarbete med landstingen, med syfte att öka provtagningen av klamydia bland unga och unga vuxna. Utåtriktad, uppsökande verksamhet har bedrivits på festivaler eller andra arenor med utomhusaktiviteter i samarbete med det civila samhällets organisationer. På olika platser i landet har unga och unga vuxna generellt men också specifikt hbtq-personer nåtts med information och rådgivning om hiv och andra STI.

För att nå unga genom andra kanaler så har Folkhälsomyndigheten, landsting och det civila samhällets organisationer tagit fram insatser som visats på internet och bio och andra sociala medier, där fokus i huvudsak har varit på kondomanvändning. 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 fördjupning och förstärkning av förebyggande insatser riktade till utlandsresenärer. Risk- och spridningsmönster bör analyseras utifrån beteendevetenskaplig och epidemiologisk analys och förebyggande metoder för olika grupper av resenärer bör utvecklas och utvärderas.

Studier visar att långt ifrån alla utlandsresenärer har sex under resor och en minoritet av dem har ett sexuellt beteende som utsätter dem för risk för hiv eller STI(89). Unga och MSM som redan tar risker tenderar att ta risker även utomlands (90). 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 ha behov av stödjande och riskreducerande förebyggande insatser som gäller risktagande generellt och utifrån mobilitet. Boende i Sverige reser utomlands, men Sverige är också ett resmål för personer från andra länder. Ett preventionsarbete som uppmärksammar mångfalden av mobilitetsaspekter kopplat till sexuellt riskbeteende behöver därför utvecklas. Utlandsresenärer är ingen homogen grupp, utan bör nås av det generella preventionsarbetet.

Kunskap om behovet av testning för hiv, hepatit B och C samt STI för personer som kommer från eller vistats i högendemiska områden eller länder behöver spridas och området bör också uppmärksammas inom 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 har en diagnosticerad eller odagnosticerad hiv redan innan ankomsten 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 utlandsvistelse. Av dessa är 17 procent kvinnor.

Majoriteten av dem som fått hiv utomlands, 53 procent, har fått hiv genom heterosexuell kontakt och 40 procent genom sex mellan män. 58 procent är födda i Sverige medan 42 procent är födda utomlands i 55 olika länder. Thailand är det vanligaste landet där överföring skett 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 generellt (Personlig kommunikation: Jean-Marie Skoglund, Transportstyrelsen). Mobilitet är ett begrepp som allt oftare används i samband med studier av migranter eller resenärer

från Sverige, för att förtydliga att rörligheten och att vara ny på en plats eller helt enkelt "inte hemma" ökar riskutsatthet och risktagande. 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 en mobil grupp med stor riskutsatthet (91). Personer med utländsk bakgrund som bor i Sverige, är i hög utsträckning fortsatt mobila med återkommande resor till sina ursprungsländer. Hedersförtryck och tvångs gifte kan ytterligare öka riskutsattheten i dessa sammanhang.

En internationell systematisk översikt visade att cirka 20 procent av resenärer i allmänhet, har tillfälliga sexuella relationer i samband med utlandsresa (89). Förekomsten av hiv samt tillgång 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. Kunskapen om sexuellt risktagande i samband med utlandsvistelse är begränsad, men studerades i den senaste studien av sexualvanor i Storbritannien (92). Att ha tillfälligt sex med ny partner utomlands var starkt associerat med annat sexuellt risktagande som 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 (6, 93). 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 även i Sverige tenderar att också göra det utomlands (90). Samma mönster framgår i olika MSM-studier som gjorts de senaste åren. I den senaste MSM-studien (42) 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 (92).

Även om de forskningsstudier som genomförts sammantaget tyder på att majoriteten av resenärer inte har tillfälligt sex under sina utlandsvistelser, visar en nyligen genomförd studie att svenska och brittiska backpacker-resenärer i Thailand använde kondom i mindre utsträckning än resenärer från andra länder när de hade tillfälliga sexpartner på resan (94).

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

På uppdrag av Folkhälsomyndigheten har studier gjorts om beteende vid utlandsresor. En litteraturöversikt över riskfaktorer vid och förebyggande metoder inför utlandsresor gjordes under 2016 (95).

Flera lokala informationsprojekt har genomförts direkt riktade till utlandsresenärer med uppmaning att ta med kondomer hemifrån, att använda kondom och att testa sig för hiv och STI vid hemkomst från utlandsresan. 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 vid utlandsvistelsen även visar 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 generellt 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 låg grad av anknytning till det svenska samhället och dess stödsystem. Det medför att det är svårt att nå personer med erfarenheten i studier och kartläggningar. 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 (91).

Befolkningsstudier som frågat om erfarenhet av sex mot ersättning har bidragit med kunskap om förekomsten av och risktagande i relation till sex mot ersättning i olika delar av befolkningen (6, 93). 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, oberoende av könsidentitet, som säljer sex ofta är utsatta för sexuellt våld och tvång. Riskutsattheten och risksituationer varierar, men hälsofrämjande och förebyggande insatser behövs när det gäller prevention och sexuell hälsa. Insatserna ska vara lättillgängliga.

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 är områden som bör utvecklas i hela landet.

Personer som köper sex behöver känna till gällande lagstiftning som förbjuder köp av sexuella tjänster, få kunskap om kopplingen till organiserad brottslighet och människohandel, men också utifrån ett hiv- och STI-förebyggande perspektiv få kunskap om smittrisker, kondomanvändning och vikten av testning. De transnationella aspekterna behöver 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. En studie inom området har gjorts i Norge (96). För att minska efterfrågan på sexköp behövs också förebyggande insatser med fokus på normer och värderingar om frågor som

maskulinitet och jämställdhet i relation till sex mot ersättning. Insatserna behöver ske parallellt med och oberoende av riktade hiv- och STI-förebyggande insatser.

År 2008 fattade regeringen beslut om en handlingsplan för att bekämpa prostitution och människohandel för sexuella ändamål fram till 2010. Dåvarande Smittskyddsinstitutet var bland annat delaktiga i Socialstyrelsens framtagande av utbildningsmaterial riktat till yrkesverksamma (97). Regelbunden samverkan sker fortsatt i nätverk av myndigheter och civila samhällets organisationer. Nätverket samordnas av Länsstyrelsen i Stockholms län.

Epidemiologisk utveckling

Hiv- och STI-anmälningar saknar information om personen har haft sex mot ersättning. Därför saknas systematisk rapportering i Sverige av antalet fall av hiv och STI bland personer som köper eller säljer sex. Folkhälsomyndigheten har ingen specifik epidemiologisk data för personer med dessa erfarenheter, eftersom frågan inte heller ställs rutinmässigt i befolkningsbaserade enkäter. Senast gjordes det 1996 när 12,7 procent av männen uppgav att de betalat för att vara sexuellt tillsammans med någon. Den andel som tagit emot ersättning var, 0,5 procent bland män och 0,3 procent av kvinnorna (93). En studie som gjordes av Linköpings universitet visar att de som köpt sex med få undantag är män som i hög grad är sexuellt risktagande. Totalt 0,8 procent av männen och 0,6 procent av kvinnorna hade 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. 8 av 10 som köpt sex uppger att det senaste sexköpet skedde utomlands, och 78 procent använde kondom vid det senaste sexköpet (98).

Totalt sett skattas en hivprevalens på 12 procent bland kvinnor som säljer sex i låg- och medelinkomstländer, men det finns stora variationer mellan olika länder (99). I Europa är skattningarna lägre och de flesta länder ligger på 1–5 procent bland kvinnor och något högre bland män som säljer sex (100).

Riskutsatthet och risktagande

Det finns inga homogena grupper av personer 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. Några av anledningarna till den höga hivförekomsten globalt bland personer som säljer sex är högt antal sexpartner, inkonsekvent kondomanvändning, samtidigt injektionsmissbruk samt sociala och legala faktorer som påverkar möjligheterna till kondomtillgång, tillgång till skadereducerande insatser och alternativa försörjningsvägar (99).

Lagstiftningen ser mycket olika ut i Europa för köp och sälj av 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, Frankrike har sexköpslagar som förbjuder köp av sex utan att reglera försäljning, liksom Kanada utanför Europa. Stödet för

sexköpslagen i Sverige är högt och 72 procent ger lagen sitt stöd (85 procent av kvinnorna och 60 procent av männen) (98).

En ökning av antalet fall av människohandel för sexuella ändamål har noterats de senaste åren i Europa, och även om Sverige ansetts mindre attraktivt för detta ändamål utifrån sin lagstiftning förekommer det också här (91). 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, 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 kärleks- 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). 62 procent av männen och 70 procent av kvinnorna som sålt sex har någon gång hivtestat sig, jämfört med 28 procent respektive 48 procent bland dem som inte sålt sex. 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 som gjorts bland köpare av sex överensstämmer 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 (98).

Studien UngKAB15 (79) visar att, av alla unga mellan 16-29 år hade drygt 2 procent 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 mellan 16-29 år hade 3 procent gett ersättning för sex men det fanns skillnader utifrån kön och ålder och killar mellan 20-24 år (4 procent) och mellan 25-29 år (8 procent) hade gett ersättning i högre grad än övriga.

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 (101). I en senare rapport (46) framgår att kondom användningen och hivtestning 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 (16). Det finns tecken på ett högre risktagande bland de män som haft sex mot ersättning än bland övriga MSM (42). Många av männen som fått ersättning angav att de testat sig regelbundet medan en hög andel av männen som gett ersättning i samband med oskyddat analt samlag aldrig hivtestat sig.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

Kunskapen om gruppen och gruppens riskutsatthet och behov av insatser har ökat under de senaste åren, framförallt genom olika studier inom olika preventionsgrupper som visar att det finns en riskutsatthet relaterat 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. Därmed har kunskapen om gruppen ökat om 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 åren har utvecklat sitt hivpreventiva arbete riktat till köpare och säljare av sex. Även om insatsområden utvecklas är det inte tillräckligt för att säkerställa att gruppen nås med hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Gravida

Den nationella hivstrategin konstaterar att informationen till gravida behöver förbättras om risken för överföring av hivvirus till fostret samt hur det kan förhindras. Vid tidpunkten för utredningen som föregick strategin erbjöds inte gravida i samtliga landsting rutinmässig screening för hiv. Föreskrifter om infektionsscreening utfärdades av Socialstyrelsen 2004.

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 partner inkluderas och uppmuntras att delta.

I Sverige är det mycket ovanligt att hiv överförs i samband med graviditet, förlossning eller amning. Det beror både på att de som vet om att de har hiv står på 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 personer som lever med hiv idag 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 partner 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 utvecklas mer systematiskt för att sprida kunskap.

Epidemiologisk utveckling

Mellan åren 1986 och 2005 fick totalt 245 personer hivdiagnos i samband med screening av gravida inom mödrahälsovården i Sverige. Under 2006–2015 diagnosticerades 168 gravida personer med hiv, dvs. cirka 17 per år jämfört med 12 per år i genomsnitt före 2006. De flesta av dessa, 95 procent under perioden 2006–2015, är födda utomlands med Thailand, Eritrea och Etiopien som de vanligaste födelseländerna. Jämfört med före 2006 har andelen svenskfödda minskat, från cirka 15 procent till 5 procent.

Det finns ingen statistik på nationell nivå över antalet gravida som avstår från screening, men det är troligen få. Under 2006–2015 har det fötts ett fåtal barn i Sverige där överföring av hiv skett innan den gravida har fått diagnos och tillgång till effektiv behandling.

Antalet barn i världen som lever med hiv i högendemiska områden 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 behandling. Det finns också skillnader mellan länder när det gäller antalet gravida som har tillgång till behandling under graviditet och förlossning, och även hur många 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 där hiv ökar. Antalet aidsrelaterade dödsfall bland kvinnor i fertil ålder har minskat med 45 procent under de senaste fem åren, men det är fortsatt den vanligaste dödsorsaken bland fertila kvinnor i världen (26). UNAIDS har tagit fram en global plan för de 22 länder som under 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 (102).

Gravida från länder med hög tuberkulosincidens

Aktiv tuberkulos hos en gravid innebär en risk för smittöverföring till fostret. Symtomen på tuberkulos, under graviditet, kan vara diffusa och svårtolkade, eller i vissa fall saknas. Risken finns därmed att diagnosen ställs först efter förlossningen när det nyfödda barnet redan exponerats för en smittsam förälder. 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. Inom mödrahälsovården nås gravida som är 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 (103).

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.

Risksatthet och risktagande

Risksatthet i relation till graviditet ser mycket olika ut över världen. Det förebyggande arbetet i Sverige behöver ha kännedom om 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 gör kvinnor risksatta 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 har en nästan 100 procentig anslutning till programmet, och det ska anpassas utifrån medicinska, psykosociala och individuella förhållanden. Forskning som genomförts vid Malmö Högskola (104) och Uppsala universitet (105) visar att utlandsfödda gravida deltar i programmet som mödrahälsovården erbjuder i mindre utsträckning och 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, som 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. Utifrån att det är en person som är gravid så har provtagning och andra erbjudanden som ges inom mödrahälsovården fokus på den gravida och barnet. Detta gäller också infektionsscreening. Testning av partner till den gravida kan vara medicinskt motiverat för att utesluta att hen bär på en odiagnostiserad hivinfektion som skulle kunna överföras under graviditeten.

Betydelsefulla resultat och insatser 2006–2016

För att förhindra överföring av hiv mellan den gravida och barnet erbjuds alla gravida i Sverige numera infektionsscreening av hiv, hepatit B och syfilis. Syftet är att kunna erbjuda behandling under graviditet och i samband med förlossning för att förhindra överföring av hiv till barnet, 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). Vi kan se att dessa har haft genomslag under 2006–2015. Gravida nås numera i hög utsträckning av erbjudande om provtagning för hiv, hepatit B och syfilis i tidig graviditet.

Referenser

1. 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.
2. 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>.
3. 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>.
4. 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>.
5. 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>.
6. 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/>.
7. 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.
8. 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.
9. 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/>.
10. Regeringen. Diskrimineringslag (2008:567) In: Kulturdepartementet, editor. 2008.
11. Regeringen. Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik,. 2008.
12. 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>.

13. Statens Folkhälsoinstitut. Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Återrapporering 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>.
14. 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.
15. 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.
16. 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>.
17. 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.
18. 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.
19. Meyer IH, Northridge ME. *The health of sexual minorities*: Springer; 2007.
20. 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/>.
21. 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.
22. Folkhälsomyndigheten. Rätten till hälsa – Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa [Elektronisk resurs].Folkhälsomyndigheten, 2016. 9789176036785.
23. 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.
24. 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>.
25. 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.

26. 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.
27. United Nations. Declaration of commitment on HIV/AIDS United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS 25-27 June 2001. , 2001. [citerad 10 Jan 2017]. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_en_0.pdf.
28. 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>.
29. Regeringen. Regeringens proposition 2005/06:60 : nationell handlingsplan 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.
30. 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.
31. 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>.
32. 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>.
33. 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>.
34. Regeringen. Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck SOU 2015:55. 2015.
35. 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/>.
36. 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.
37. 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.
38. 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.

39. 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.
40. 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.
41. Tikkanen R. MSM-enkäten : riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola; 2010.
42. 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>.
43. 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%93t-he-european-msm-internet-survey-2010.pdf>.
44. Knoops 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.
45. 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.
46. Darj F, Jonsson J, Summanen E. Sex för X: Sex mot ersättning bland unga hbtq-personer. RFSU Ungdom Stockholm: 2015.
47. 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>.
48. 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/>.
49. 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.
50. 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.
51. 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>.
52. 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>.

53. 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>.
54. Socialstyrelsen. En uppskattning av omfattningen av injektionsmissbruket i Sverige. Stockholm: 2013. Dnr 5.4-144443/2013.
55. 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>.
56. 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>.
57. 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-halsofarliga-varor/narkotikabruk-och-halsa/narkotikarelaterad-dodlighet/>.
58. 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>.
59. 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.
60. Relman DA, Choffnes ER, Mack A. Migration, Mobility, and Health. In, *Infectious disease movement in a borderless world: workshop summary*: National Academies Press; 2010.
61. Thomas F, Haour-Knipe M, Aggleton P. *Mobility, sexuality and AIDS*: Routledge; 2009.
62. Smittskyddsinstitutet (SMI). *Migration, sexuell hälsa och prevention*. Solna: Smittskyddsinstitutet 2012. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12840/migration-prevention-sexuell-halsa.pdf>.
63. European Centre for Disease Prevention and Control. *Annual Epidemiological Report 2016 – HIV/AIDS*. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2016 [cited 11 Jan 2017]. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/surveillance-reports/Pages/Annual-Epidemiological-Report-2016.aspx>. [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/surveillance-reports/Pages/Annual-Epidemiological-Report-2016.aspx>.
64. 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.
65. 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.

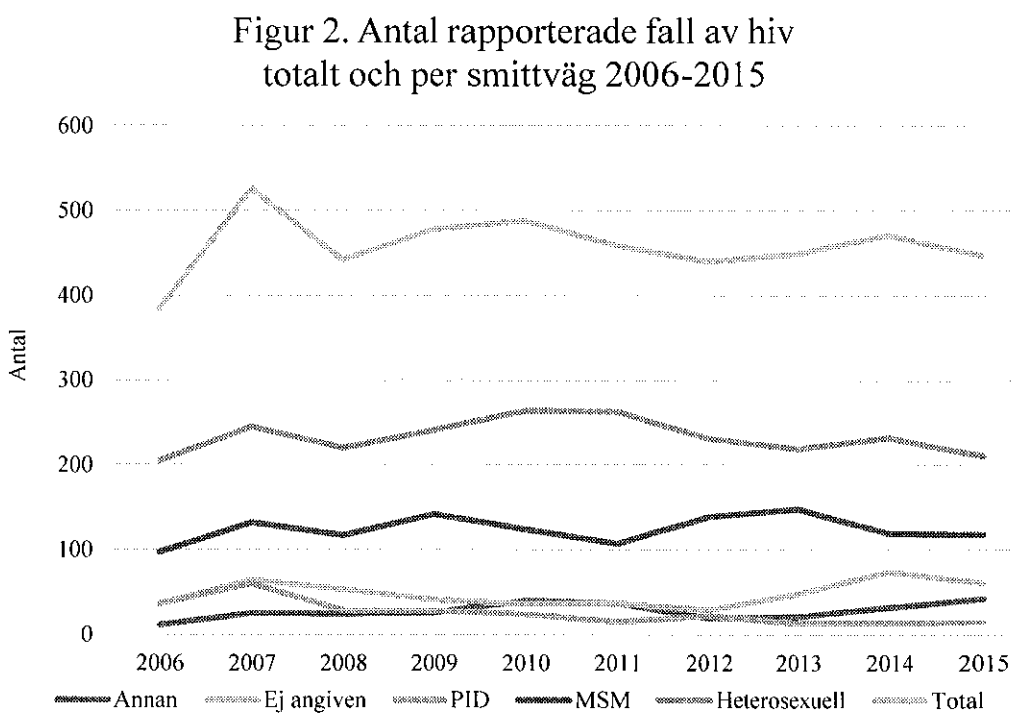
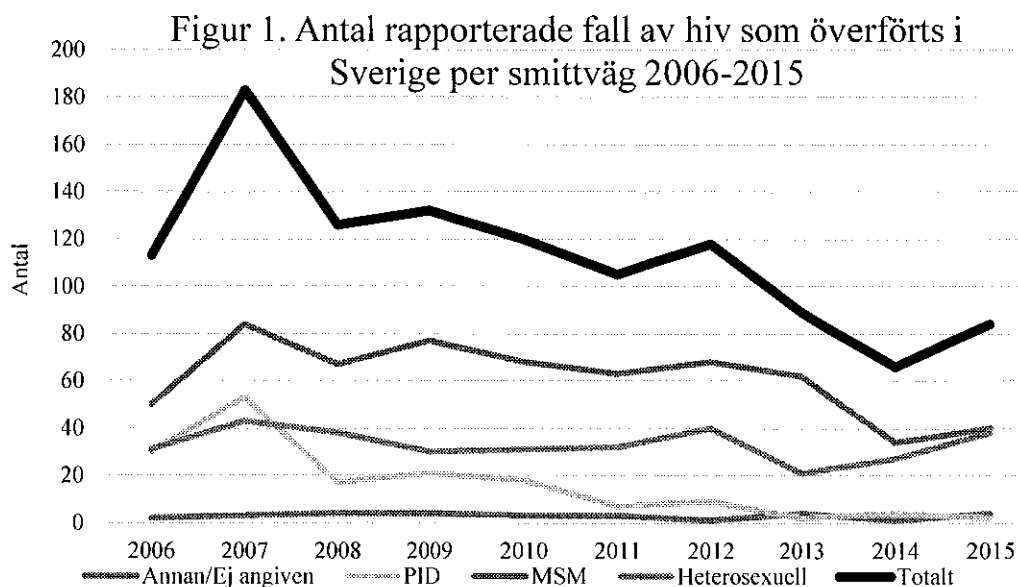
66. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Monge S, Copas AJ, Gennotte A-F, Volny-Anne A, et al. Advancing Migrant Access to Health Services in Europe (AMASE): Protocol for a Cross-sectional Study. *JMIR research protocols*. 2016;5(2):e74.
67. Referensgruppen för Antiviral Terapi, (RAV). Antiretroviral behandling av hivinfektion 2016, Behandlingsrekommendation 2016. Hämtad från: http://www.sls.se/Global/RAV/Dokument/RAV_HIV_2016_160524.pdf.
68. 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.
69. 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/>.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. Lobo LL, Jonzon R, Hurtig A-K. Health Assessment and the Right to Health in Sweden: Asylum Seekers' Perspectives. *PloS one*. 2016;11(9):e0161842.
74. Folkhälsomyndigheten. Möten om hälsa. Vägledning inför hälsoundersökningar för migranter. . Solna: 2014. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/18233/Moten-om-halsa-vagledning.pdf>.
75. 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>.
76. Dahné A, Hellstrand V. Sexualundervisning på lättare svenska. Lektionsunderlag. Stockholm: Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU); 2015.
77. Dahné A, Hellstrand V. Sexualundervisning på lättare svenska. [Lärohandledning och metoder]. Stockholm: Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU); 2015.
78. Tikkanen R, Abellsson J, Forsberg M. UngKAB09 : [kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga]. Göteborg: Inst. för socialt arbete, Göteborgs universitet; 2011.
79. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige, UngKAB15 - en studie om kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga 16-29 år. Solna Under tryckning.
80. 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.

81. Skolverket. Skolverket: Regelverk: Skolverket; 2017 [citerad 11 Jan 2017]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/regelverk>.
82. Skolverket. Sex- och samlevnadsundervisning i gymnasieskolan : sexualitet, relationer och jämställdhet i de gymnasiegemensamma ämnena. Stockholm: Skolverket ; 2013.
83. 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.
84. 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.
85. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention [Elektronisk resurs] : med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009-2014. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
86. 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.
87. 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>.
88. 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.
89. 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.
90. 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.
91. Mujaj E, Netscher A. Prostitutionen i Sverige 2014 : en omfattningskartläggning. Stockholm: Länsstyrelsen Stockholm; 2015.
92. 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.
93. Lewin B, Fugl-Meyer K. Sex i Sverige : om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1998. 91-88563-27-8.
94. 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.
95. Skarpås Emma. Så länge säsongen inte tar slut. En intervjustudie om säsongarbete, relationer och sexuell hälsa. Malmö Högskola; 2014.

96. Kristvik E. Sterke hovud og sterke hjarte. Thaiandske kvinner på den norske sexmarknaden. Oslo: Universitetet i Oslo; 2004.
97. 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>.
98. 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>.
99. 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.
100. 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>.
101. 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>.
102. 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.
103. Socialstyrelsen. Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos – hälsokontroll, smittspårning och vaccination 2013.
104. Ny P. Swedish maternal health care in a multiethnic society - including the fathers. Malmö: Faculty of Health and Society, Malmö University; 2007.
105. 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>.

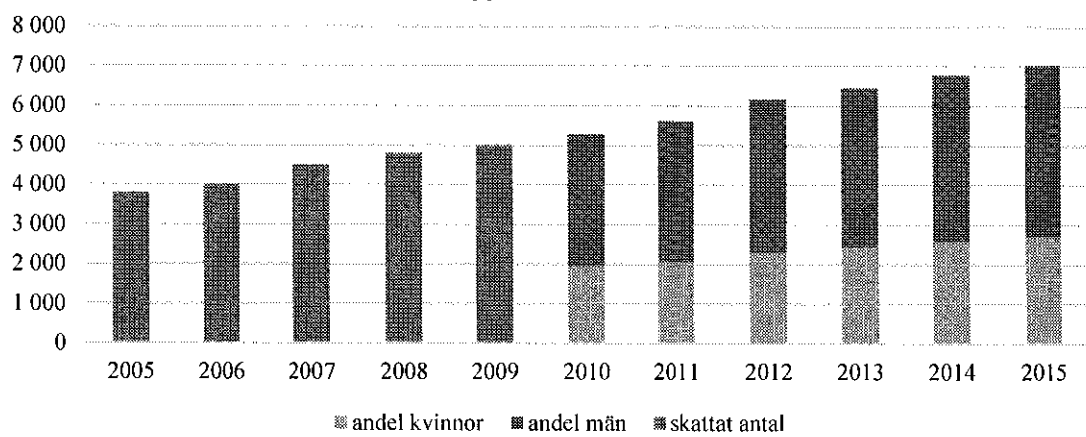
Bilaga

Epidemiologisk utveckling för hiv, hepatit B och C, klamydia, gonorré, syfilis och tuberkulos i Sverige under perioden 2006 – 2016.

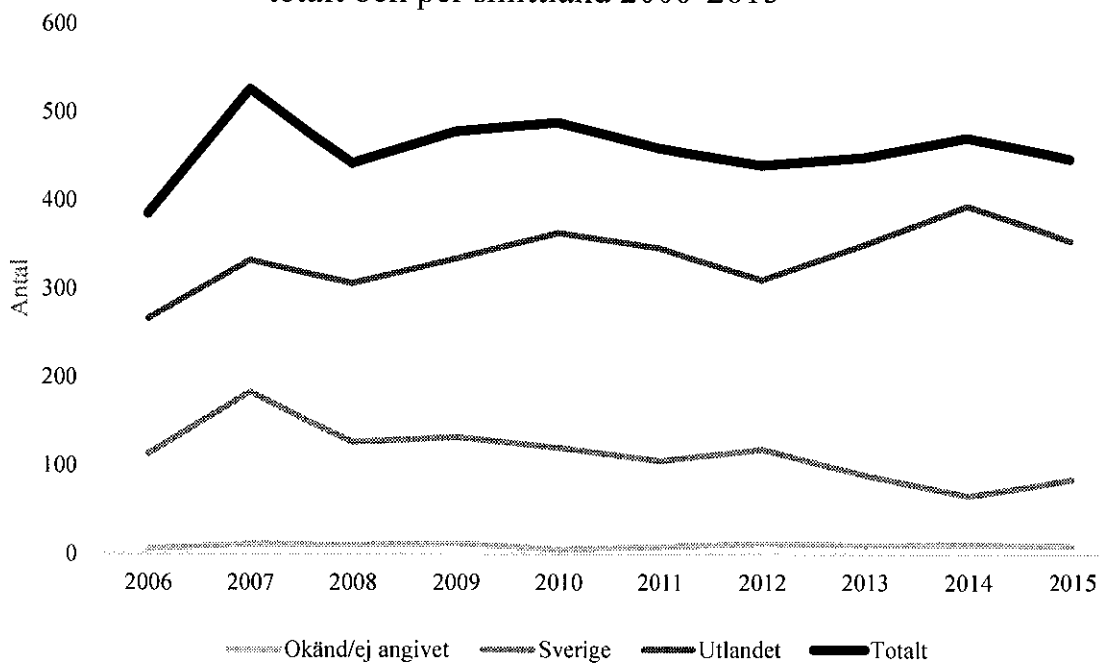


Figur 3. Antal personer som lever med känd hivinfektion i Sverige

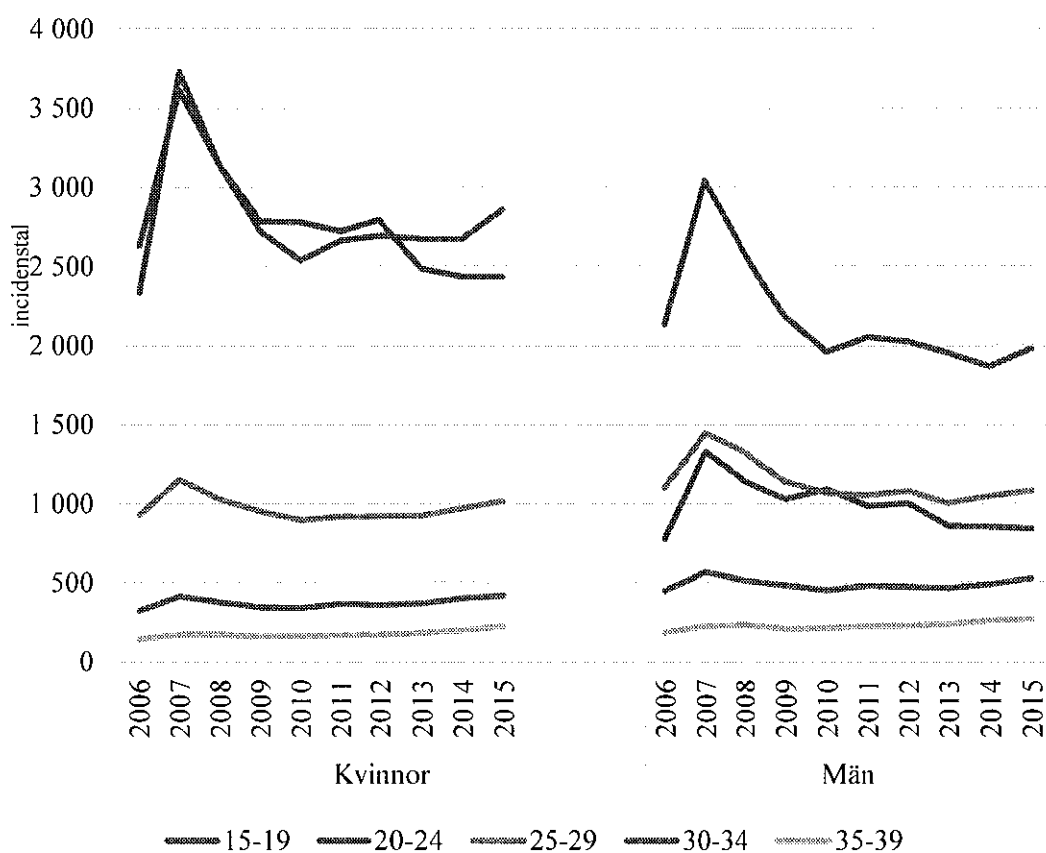
(Källa: 2005-2009 uppskattat SMI; 2010-2015 InfCareHIV)



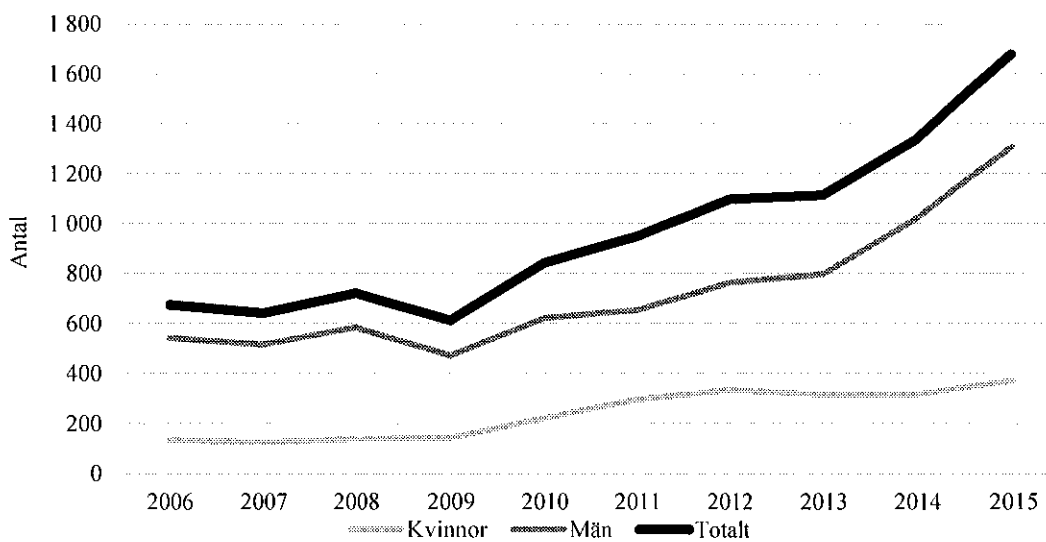
Figur 4. Antal rapporterade fall av hiv totalt och per smittland 2006-2015



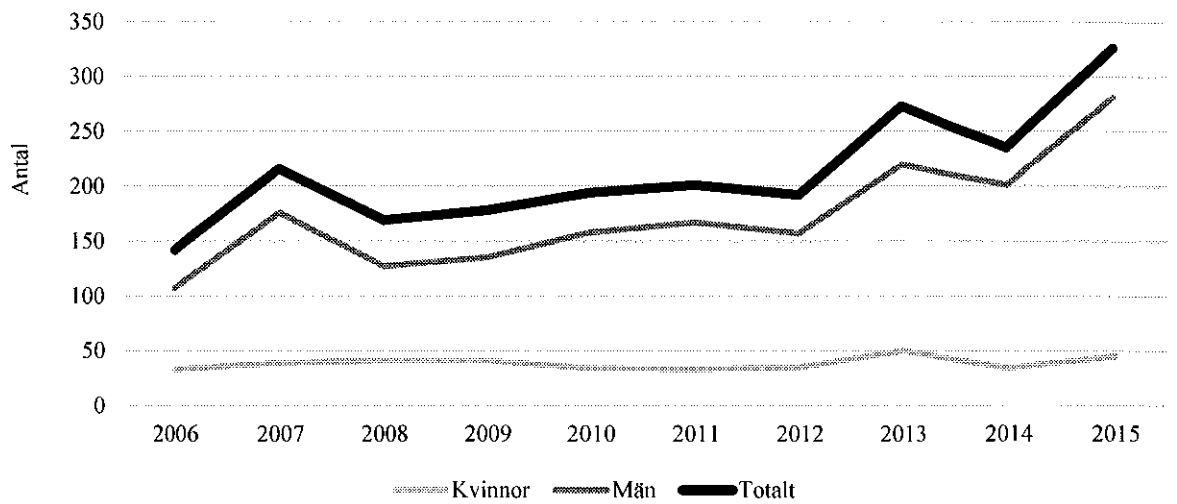
Figur 5. Klamydiaincidens per 100 000 invånare i åldersgrupper och kön 2006-2015



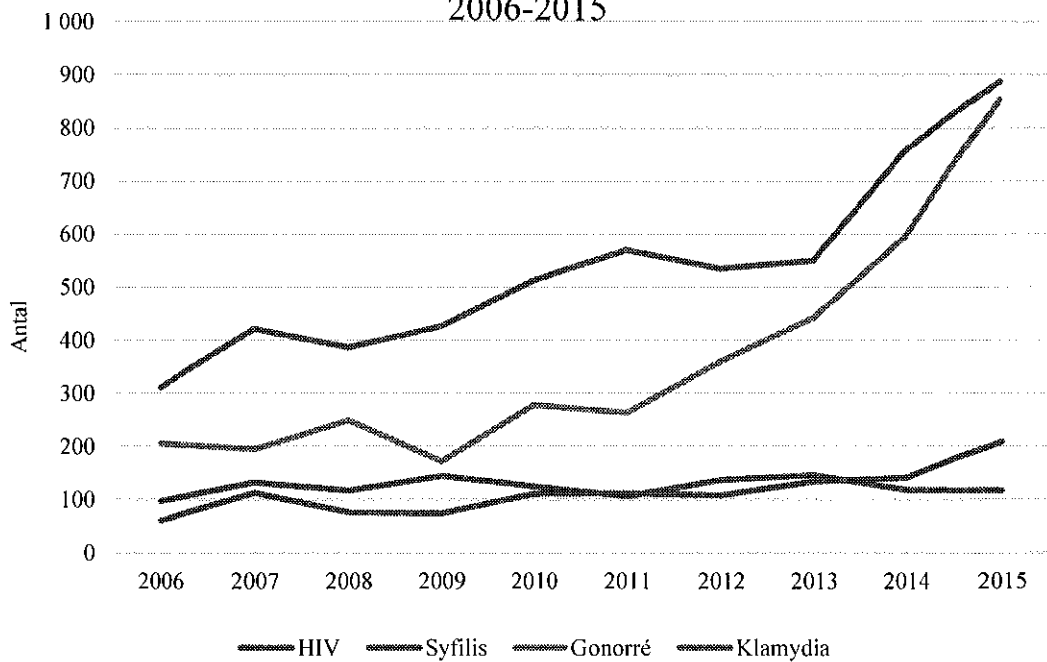
Figur 6. Rapporterade fall av gonorré per kön 2006-2015



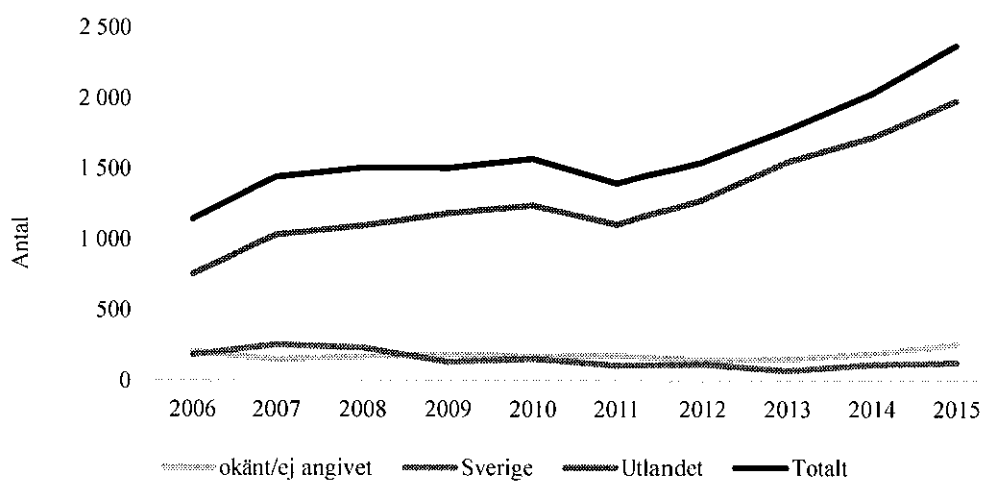
Figur 7. Rapporterade fall av syfilis per kön 2006-2015



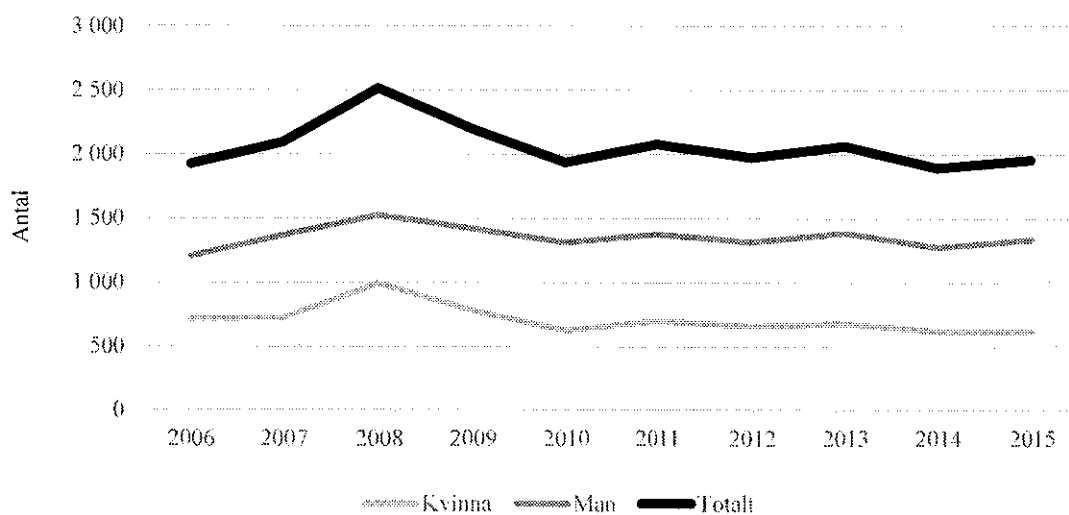
Figur 8. Rapporterade fall av hiv och STI bland MSM 2006-2015



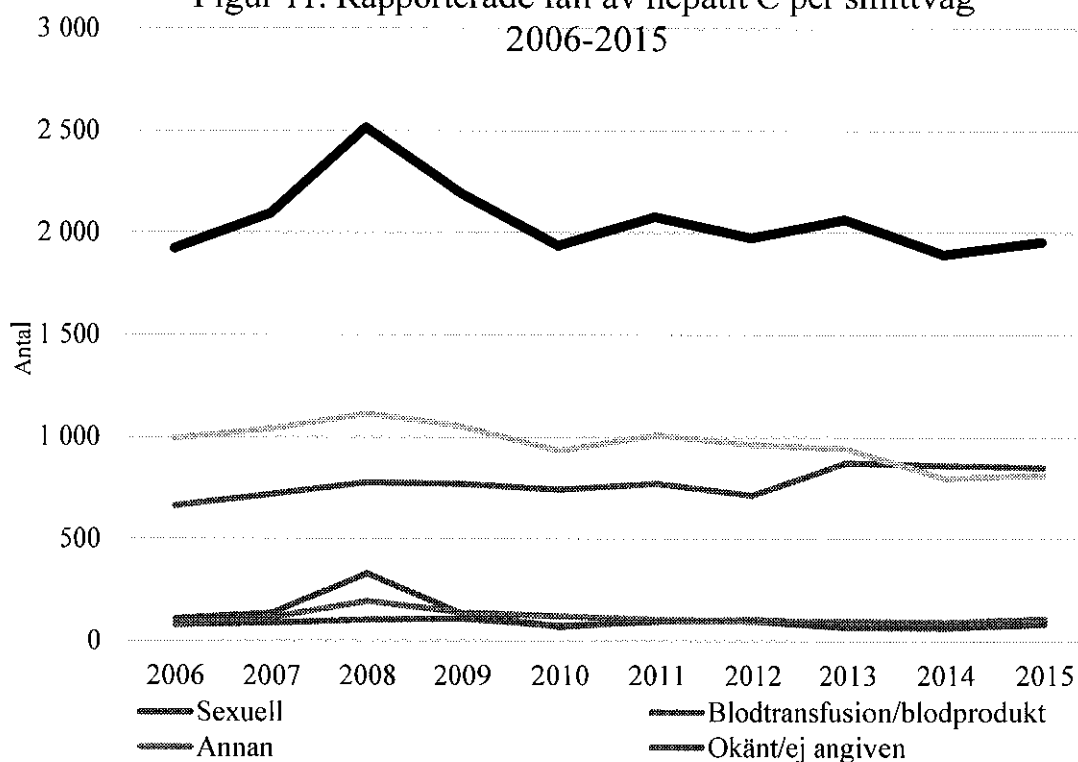
Figur 9: Antal rapporterade fall av hepatit B
totalt och per smittland 2006-2015



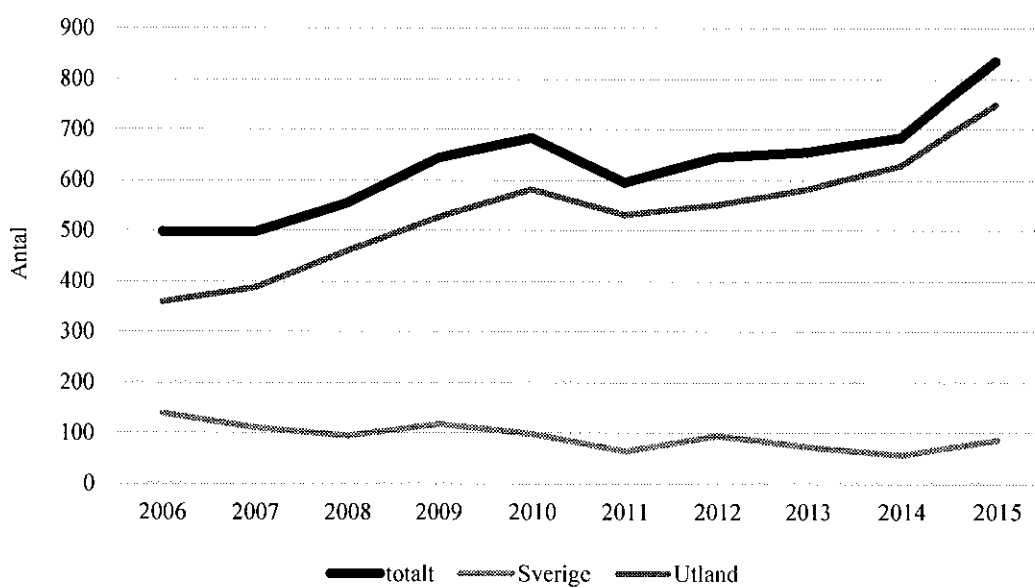
Figur 10. Rapporterade fall av hepatit C-infektion per kön
2006-2015



Figur 11. Rapporterade fall av hepatit C per smittväg
2006-2015



Figur 12. Antal rapporterade fall av TB totalt och per
födelseland 2006-2015





Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se