

STEFFEN JÖHNCKE

## DE INDRE GRÆNSER

Forestillinger om kultur og subkultur i  
sociale konstruktioner af hiv/aids i Danmark

Denne artikel tager udgangspunkt i arbejdet med to praktisk orienterede undersøgelser vedrørende hiv/aids i Danmark. Formålet med artiklen er ikke primært at resumere undersøgelsernes resultater, men at demonstrere nogle perspektiver for antropologisk arbejde med hiv/aids som socialt og kulturelt fænomen. Ifølge den synsvinkel, der fremlægges her, er det langt fra tilstrækkeligt at udforske forskellige udsatte gruppers særlige „livsstil“ eller „kultur“ for at uddybe epidemiologisk indsigt eller anvise sundhedspolitisk indgriben – selvom dette nok umiddelbart vil blive anset for at være antropologers mest oplagte opgave. Det er snarere påkrævet at rette blikket den anden vej – nemlig „opad“ (Nader 1972, 1980) – og foretage en kritisk granskning af de sociale og politiske processer, der definerer og beskriver de pågældende „grupper“.

### Evaluering af Stop-aids-kampagnen

Etableringen af „indre grænser“ i forbindelse med hiv kan illustreres med afsæt i den evaluering, som i 1993 blev gennemført af *Stop-aids-kampagnens* aktiviteter over for „bøsser og andre mænd, der har sex med mænd“, som målgruppen for kampagnen betegnes (Jöhncke et al. 1993). Stop-aids-kampagnen var på det tidspunkt en del af Landsforeningen for Bøsser og Lesbiskes arbejde, men er siden blevet udskilt som en selvejende institution. Kampagnens mål er forebyggelse og støtte i forbindelse med hiv og aids. Først, i begyndelsen af 1980'erne, foregik det på helt privat og frivillig basis, på et tidspunkt hvor politikere eller myndigheder endnu ikke var videre optaget af det nye sundhedsproblem. Siden har kampagnen udviklet sig til en virksomhed med 15 ansatte og 100 frivillige, primært koncentreret i København og Århus, og statsligt finansieret over Finansloven. Stop-aids-kampagnen omfatter en række forskellige aktiviteter, spændende fra produktion og udbredelse af skriftligt materiale, over opsøgende kontakter og uddeling af kondomer, til rådgivning og støtte-grupper.

Baggrunden for kampagnen er den store udbredelse af hiv gennem sex mellem mænd i Danmark. Det epidemiologiske billede af hiv i Danmark har ændret sig i løbet af årene, således at andelen af heteroseksuelt smittede mænd og kvinder er steget. Men det er stadig sådan, at hiv er langt mere udbredt blandt homo- og biseksuelle mænd end blandt

heteroseksuelle: „Således er forekomsten af HIV ultimo 1995 mere end 200 gange så høj blandt homo/biseksuelle mænd [...] som blandt heteroseksuelle danskere“ (Smith 1997:588), som det siges på grundlag af et skøn ud fra den tilgængelige epidemiologiske viden. Det skønnes, at der lever 3500-4000 mennesker med hiv i Danmark, heraf er omkring halvdelen mænd, der er smittet gennem sex med mænd.

Stop-aids-kampagnens formål er ikke kun at begrænse smittespredningen gennem oplysning, idet hiv ikke kun opfattes som et sundhedsproblem. Snarere er det kampagnens sigte at styrke målgruppens evne til at håndtere hiv/aids som et bredt kompleks af problemer, der griber ind i hinanden, og som kan berøre alle sider af tilværelsen (seksuelt, socialt, følelsesmæssigt osv.). Kampagnen ønsker derfor at sætte ind over for både smittespredning, frygt, diskrimination og personlige problemer i forbindelse med hiv/aids.

Evalueringen skulle besvare følgende spørgsmål: „Hvordan har kampagnen evnet at tackle/imødegå/imødekomme de problemer og behov, som mænd, der har sex med mænd, har i forbindelse med hiv/aids?“ (Jöhncke et al. 1993:17). Udfordringen i dette spørgsmål ligger ikke i at aflæse kampagnens effekt med hensyn til ændringer i målgruppens seksualadfærd, men snarere i at vurdere kvaliteten af relationen mellem kampagnen og målgruppen: „Forholdet mellem på den ene side kampagnens indsats og hensigter, og på den anden side de problemer og behov, som målgruppen har i forhold til hiv/aids“ (ibid.) – eller sagt på en anden måde: forholdet mellem henholdsvis kampagnens og målgruppens *perspektiver* på de problemer, som hiv/aids rejser.

Sundhedsoplysning, herunder information om hiv/aids, kan ikke bare betragtes som en aktivitet, hvor en mængde objektivt sande meddelelser om sygdom, sundhed og gode vaner flyder fra dem, der ved besked, til dem, der endnu ikke gør det. Begge parter – både afsenderen og modtageren af informationen – er præget af bestemte holdninger, opfattelser og værdier, der har indflydelse på, hvordan de hver for sig forstår det problem, der behandles. En evaluering af et oplysningstiltag må derfor også se på, om holdningerne, opfattelserne og værdierne hos de to parter overhovedet kan *nå* hinanden, eller om de er så meget i konflikt, at budskaberne overhøres, misforstås eller måske ligefrem fremkalder modvilje.

At forstå kampagnens perspektiv betød først og fremmest at kortlægge hvilke områder, kampagnen havde prioriteret for at nå sine mål. De prioriterede områder viste sig ikke mindst at fokusere på oplysning og holdningsbearbejdning: positive markeringer af sikker sex og homoseksualitet, holdninger imod diskrimination af bøsser og hiv-smittede, samt fremme af en kritisk stillingtagen til bl.a. testning og hiv-politik. Brugen af sikker sex, hvilket først og fremmest vil sige at bruge kondom ved analsex og at undgå at få sæd i munden ved oralsex, blev gennemgående understreget som det helt centrale budskab. Fra kampagnens synspunkt var „sikker sex“ først og fremmest det afgørende middel til at hindre smitte med hiv, men derudover indebar „sikker sex“ også en understregning af et bestemt normsæt til opretholdelse af sexlivet mellem mænd i en tid med hiv. Som kampagnen understregede, er det afgørende ikke, hvor ofte, med hvem og hvor mange, man har sex – det afgørende er *hvordan*, man har sex. Dermed undgik Stop-aids-kampagnen bevidst – til forskel fra situationen i mange andre lande (Bolton 1992a) – at lancere generelle advarsler mod sex med flere forskellige partnere eller med partnere, hvis hiv-status man ikke kendte: „sikker sex hver gang“ gør sådanne overvejelser overflødige, og udelukker ikke hiv-smittede.

Det er i den forbindelse værd at se begrebet „sikker sex“, eller på engelsk det mere præcise „safer sex“, i dets historiske sammenhæng. Ideen om „sikker sex“ som en måde hvorpå man fortsat kunne have sex og samtidig undgå smitte, blev skabt af bøsser i USA i første halvdel af 1980'erne (Patton 1989:118-19). Dette var en reaktion imod omverdenens afstandtagen fra sex mellem mænd i lyset af den epidemi, der var under udvikling. „Sikker sex“ skal således også betragtes som en modstrategi, der markerer værdsættelsen af sex og de politisk aktive bøssers ønske om at sætte deres egen dagsorden i den aktuelle krise (Watney 1990).

Dernæst gjorde evalueringen det nødvendigt at få indblik i målgruppens erfaringer med kampagnens aktiviteter, og dens erfaringer med hiv som en faktor i livet og i sexlivet. Til den del blev der gennemført 24 kvalitative interviews med medlemmer af kampagnens målgruppe – forskellige med hensyn til alder, bopæl i landet, seksuel identitet og hiv-smittestatus (Jöhncke et al. 1993:85-7).<sup>1</sup> Verden over er der gennemført utallige undersøgelser, der under indtryk af hiv/aids-epidemien forsøger at kortlægge seksuel adfærd og ændringer deraf, også blandt mænd, der har sex med mænd i Danmark (Fouchard 1994). Fouchard (ibid.:52-5) angiver, at man generelt kan have tillid til oplysninger om homoseksuel adfærd indsamlet f.eks. ved spørgeskemaundersøgelser. Modsat har andre beskrevet de metodiske vanskeligheder med at skaffe præcise og brugbare oplysninger om seksuel adfærd (f.eks. Bolton 1992; Abramson 1992). Opgaven for den evaluering, der omtales her, var imidlertid ikke at undersøge seksuel adfærd i snæver forstand, men snarere at få indblik i de interviewedes subjektive syn på egne erfaringer og problemer i en tid med hiv (Levine 1992:196-7) – herunder, i det omfang det var muligt, erfaringer og problemer med sex – for at belyse kampagnens evne til at afspejle og imødekomme denne virkelighed.

Interviewene tydede på, at mange i målgruppen både havde kendskab til kampagnens aktiviteter og dens forskellige råd om sikker sex; og de interviewede havde taget mange af kampagnens holdningsprægede budskaber til sig. Det sidste var ikke mindst tydeligt hvad angår holdningen til sikker sex som et personligt ansvar for begge parter i et seksuelt forhold (og ikke kun f.eks. hiv-smittedes ansvar), kritisk vurdering af hiv-testning, og udbredt tillid til kampagnens og Landsforeningens politiske stillingtagen og engagement i hiv/aids-spørgsmål. På denne måde var kampagnen en effektiv medspiller i mændenes håndtering af hiv som en faktor i tilværelsen. De havde ikke blot brug for informationer om hiv som sygdomsrisiko, men også for synspunkter om vigtige spørgsmål og vurderinger af aktuelle sager, f.eks. i medierne, der vedrørte hiv/aids.

Omvendt stod kampagnen svagere med hensyn til at afspejle og imødekomme de forskellige problemer med seksuelle og sociale relationer, som hiv har givet anledning til for alle i målgruppen. Opmuntrende og slagordsprægede påmindelser om sikker sex var i længden blevet monotone og irrelevante i forhold til mændenes egne erfaringer med sex i en tid med hiv: det var sjældent viden og vilje, det skortede på, men der kunne være problemer med altid at omsætte råd om sikker sex i praksis, når det gjaldt (jf. Anders Dahls artikel i dette nummer af Tidsskriftet Antropologi). Desuden kunne brugen af sikker sex ikke fjerne overvejelser om partners hiv-status og individuelle risiko-vurderinger af partnere. I praksis var sikker sex ikke *hele* svaret på frygten for at blive smittet med hiv, og det var slet ikke hele løsningen på de sociale og følelsesmæssige udfordringer, som hiv og aids indebærer for mænd, der har sex med mænd. Evalueringen pegede på, at „hiv har ændret alt“: Fremkomsten og udbredelsen af hiv har fundamentalt ændret vil-

kårene for seksuelle relationer mellem mænd, og har haft gennemgribende indflydelse på mændenes forhold til sig selv, deres partnere, familier, og sociale relationer i det hele taget. Særligt fremhævede evalueringen, at de hiv-smittede ikke mente, at kampagnen berørte deres specifikke problemer: Bl.a. ved at understrege det individuelle ansvar for ikke blive smittet, fremstod kampagnen som henvendt mere til de ikke-smittede end til de smittede – hvilket også fra et forebyggelsesperspektiv er yderst problematisk.

For at opsummere evalueringens indfaldsvinkel kan man sætte det lidt på spidsen ved at sige, at den modstillede kampagnens „rigtige meninger“ om, hvordan man skal forholde sig til hiv/aids – hvor en bestemt viden, bestemte holdninger og en bestemt adfærd blev anbefalet – med de „rigtige menneskers“ (de interviewedes) praktiske erfaringer og oplevelser:

„Rigtige meninger“:	Viden	Holdninger	Adfærd
„Rigtige mennesker“:	Erfaringer	Reaktioner, følelser, vurderinger	Handlerum: muligheder og begrænsninger

Den øverste linje rummer de tre grundlæggende begreber – „viden, holdninger og adfærd“ – som gennemgående ses benyttet i spørgeskemaundersøgelser af en befolkningsgruppes forhold til et givet sundhedsproblem, under navnet „KAB-“ eller „KAP-surveys“ (efter engelsk „knowledge, attitude, behaviour/practices“). Disse er i meget vid udstrækning blevet anvendt i forbindelse med undersøgelser af forskellige befolkningsgrupper og grupper forhold til hiv (alene for særlige målgrupper i EU-landene, se oversigten i Riper et al. 1996). Forestillingen er, at man ved disse undersøgelser kan få et overblik over hvilket vidensniveau, hvilke holdninger og hvilken adfærd med hensyn til risiko for hiv-smitte, der kendetegner forskellige „grupper“. Den underliggende opfattelse er videre, at „sund adfærd“ hos den enkelte må basere sig på, at han/hun har den rette viden om det sundhedsproblem, der fokuseres på, og den rette indstilling til dets løsning. Denne terminologi og de dertil knyttede antagelser har i høj grad påvirket oplysnings- og rådgivningsarbejdet vedrørende hiv/aids, og således også Stop-aids-kampagnen.

Hensigten med at opstille udtrykkene i den nedste linje – „erfaringer, reaktioner, følelser, vurderinger og handlerum“ – er at tilskynde til en udvidelse af perspektivet til at omfatte en mere dynamisk og mindre rationalistisk forståelse af, hvordan mennesker reagerer på og handler over for hiv/aids i det sociale liv. „Viden“ kan ikke reduceres til at være et spørgsmål om større eller mindre kendskab til medicinsk definerede facts om smitteveje osv., og „holdninger“ er ikke bare et spørgsmål om at have taget stilling til egen risiko, testning for hiv osv. Viden og holdninger opbygges og påvirkes gennem erfaringer med at håndtere hiv i praksis (socialt, seksuelt, følelsesmæssigt osv.). Ligeså er adfærd ikke et spørgsmål om at vælge, hvordan man vil opføre sig, og så gøre det; det er snarere nødvendigt at overveje hvilke muligheder og begrænsninger, der er for at handle – individuelt og i fællesskab. Forskellige sociale omstændigheder giver forskellige handlerum. Og i forholdet til andre mennesker er risikoen for at smitte eller blive smittet med

hiv stadig kun ét hensyn ud af utallige – en banal konstatering, der ikke desto mindre let kan glemmes.

I den aktuelle sammenhæng – evalueringen – fungerede elementerne i den nederste linje i skemaet som afsæt for at vurdere kampagnens evne til at beskæftige sig med de problemer, som de interviewede medlemmer af målgruppen faktisk oplevede.

Denne pointe må antages at have generel relevans for vurderingen af forskellige former for indsats over for hiv/aids, ikke blot i Danmark. Hvis man udelukkende betragter indsatsen oppefra-og-ned – fra afsenderen til modtageren – vil evalueringen reduceres til at handle om hvorvidt og hvordan, man har fået målgruppen til at antage den viden, holdning og adfærd, som man oppefra ønsker sig. Det vil faktisk sige, at det er målgruppen, der vurderes; indsatsen kan ganske vist derudfra fastslås som vellykket eller forfejlet, men dens indhold kan ikke problematiseres. Hvis den ikke når igennem, må man prøve igen – med større megafoner, så at sige. Ved at betragte hiv nedefra-og-op får man mulighed for tværtimod at lade målgruppen være afsæt for en vurdering af indsatsens indhold. Den afgørende målestok for succes er naturligvis udviklingen i smittespredningen. Men for at vide, hvad der virker og ikke virker, og hvordan, må man spørge målgruppen. Det er målgruppens erfaringer, opfattelser, vilkår, behov osv., der udgør den sociale og kulturelle virkelighed, som kvaliteten af indholdet i hiv-indsatsen skal bedømmes i forhold til.

## Risikogruppe, målgruppe og subkultur

Evalueringen pegede også på problemer, der rakte ud over Stop-aids-kampagnen alene, fordi de har sammenhæng med visse grundlæggende elementer i dansk hiv/aids-politik. Det gælder den opfattelse, at *homoseksuelle og mænd, der har sex med mænd* udgør meningsfulde betegnelser for kategorier af mennesker i forebyggelsessammenhæng. Det gælder etableringen af dem som en *risikogruppe*, der udgør medlemmerne af en formodet sammenhængende og adskilt *subkultur* eller *miljø* i samfundet, kendetegnet af en særlig *livsstil*, hvorved de er blevet gjort til genstand for epidemiologiske, administrative og politiske overvejelser og dispositioner. Som det vil fremgå af det følgende, medfører denne tankegang problemer med at nå ud til alle dem, der kan have brug for information og støtte i forhold til hiv/aids.

Antallet af „bøsser og andre mænd, der har sex med mænd“ i Danmark er ukendt – men vurderes til at være fra under halvtreds tusinde (se f.eks. Smith 1997) til flere hundredetusinde, alt efter hvordan man skønner og hvem man tæller (Jöhncke et al. 1993:10). Hyppigheden af deres sex med andre mænd varierer meget, og det er langt fra alle, der opfatter sex med mænd som afgørende for deres identitet (Jöhncke 1994:44). Blandt de 24 interviewede betegnede de fleste sig som bøsser, nogle som biseksuelle, mens andre ikke ville betegne sig ud fra deres seksualitet. Betegnelserne afspejlede ikke nødvendigvis deres nuværende og tidligere seksuelle adfærd, men var deres aktuelle selvopfattelse. På samme måde viste det sig i den tidligere nævnte undersøgelse af mænd, der har sex med mænd, at „83% opfattede sig som homoseksuelle, 5% som biseksuelle, 1% som heteroseksuelle, og restgruppen på 12% ville ikke definere sig ud fra deres seksualitet“ (Fouchard 1994:87).

De 24 mænd i evalueringen havde haft vidt forskellige erfaringer med hiv i deres tilværelse: Nogle var selv hiv-smittede, nogle havde eller havde haft partnere eller venner,

der var hiv-smittede eller havde aids, mens andre ikke havde haft hiv meget tæt inde på livet personligt. De boede i forskellige egne af landet og havde meget forskellig grad af social kontakt til andre mænd, der har sex med mænd, og til mødesteder og foreninger. Nogle identificerede sig ikke med „bøssemiljøet“ og Landsforeningen for Bøsser og Lesbiske (og dennes Stop-aids-kampagne), hvis aktiviteter af nogle opfattedes som for åbenlyst homoseksuelt orienterede, for prægede af københavnske forhold eller for politiske.

Pointen er, at mænd, der har sex med mænd, nok har ét fælles træk – sex med mænd – men derudover har de vidt forskellige perspektiver på denne seksuelle adfærd og meget forskellige perspektiver på og konkrete erfaringer med hiv/aids. I øvrigt er de lige så forskelligartede som befolkningen som helhed. Alligevel forvaltes de under ét som målgruppe for samme kampagne. Hvad er baggrunden for det?

Epidemiologisk viden om hiv etablerede fra starten en række risikogrupper, defineret ud fra fællestræk hos dem, der blev registreret som syge med bestemte symptomer, og senere – da man blev i stand til at teste for antistoffer mod hiv – dem, der fandtes smittet med hiv. Sådanne epidemiologiske sammenfatninger giver et overblik over udbredelsen af smitte, og er som sådan et vigtigt led i udviklingen af den videnskabeligt anerkendte viden om hiv/aids. Fra en antropologisk synsvinkel er det interessante imidlertid bl.a. *hvilke* fællestræk, der udvælges til at sammenfatte de epidemiologiske data (Glick Schiller 1992:240) – hvordan en risikogruppe defineres, og med hvilke resultater. En af risikogrupperne for hiv i Europa, USA og en række andre lande defineredes som „homo- og biseksuelle mænd“, ud fra konstateringen af, at mange af de syge var bøsser. Men en sådan indkredsning af en risikogruppe forklarer ikke nødvendigvis i sig selv nærmere *hvor* dan sygdommen opstår og udbredes: hvad er det ved gruppen, der bringer den i risiko?

Det er efterfølgende blevet påvist (se bl.a. gennemgangen i Levine 1992), at de første års medicinske forskning i årsagerne til aids blev vildledt af forskernes kulturelt bestemte opfattelser af amerikanske storby-bøsser, hvorfor man ikke alene ignorerede aids-tilfælde blandt andre grupper, men også stirrede sig blind på at finde årsagen i bøssernes formodede livsstil (multi-promiskuitet, stofmisbrug) eller særlige biologiske (f.eks. hormonelle) dispositioner. Først senere begyndte forskningen i en smitte-agent (f.eks. et virus) som årsag til sygdommen.

Med opdagelsen af hiv-virus kunne smittevejene – måderne smitten kan overføres på – bedre klarlægges. I sammenhæng med disse overvejelser har der generelt været stor tilslutning til at forsøge at omdefinere problemet til at handle om „risikoadfærd“ snarere end „risikogrupper“: muligheden for hiv-smitte afhænger ikke af tilhørsforholdet til en bestemt social gruppe, men af, om man befinder sig i konkret, fysisk risiko for smitte. For det første er alle mennesker principielt i risiko for hiv, uanset hvilken gruppe de tilhører, fordi enhver kan smittes af hiv; for det andet er man kun i *reel* risiko for smitte, hvis man faktisk har ubeskyttet sex eller anden risikabel adfærd. „Risikogruppe“-begrebet er derfor i oplysningssammenhæng problematisk, fordi det fjerner opmærksomheden fra det afgørende forhold: hvad man fysisk gør, og ikke hvem man er. (Se f.eks. Clatts 1995 for illustrationer af skæbnesvangre misforståelser i den anledning). Et overordnet problem er, at mens „risikogrupper“ defineres ud fra statistiske forekomster og til dels formodninger om årsagssammenhænge, er disse risikogrupper ikke nødvendigvis „grupper“ i nogen meningsfuld, sociologisk forstand – dvs. mennesker i sociale formationer med en vis grad af sammenhæng og social interaktion, og med et fælles identifikationsgrundlag.

Brugen af „risikogruppe“-begrebet har imidlertid andre aspekter, bl.a. politiske. I Stop-aids-kampagnen har man valgt at betegne sin målgruppe med hybridet „bøsser og andre mænd, der har sex med mænd“: dvs. både identitet og adfærd. Dermed sammensmelttes en social kategori af mænd med en bestemt selvopfattelse og en epidemiologisk kategori vedrørende hiv. I kampagnens interne forståelse bliver de dog ikke opfattet som én stor, ensartet gruppe, men nuanceres på en ny måde. Mændene gradbøjes efter deres holdningsmæssige og geografiske nærhed til kampagnen: bøsser i de større byer udgør „kernemålgruppen“, og forventes fortrinsvis at bestå af bøsser, der lever åbent med deres seksuelle præferencer over for omgivelserne, og bruger bøsse miljøets mødesteder, osv. Denne gruppe regnes som de mest „bevidste“ og nemmeste at nå. Mænd, der ikke betegner sig som bøsser, og som skønnes at gøre mere brug af skjulte former for kontakt (f.eks. i parker og offentlige toiletter), udgør en såkaldt „grå zone“ længere ude, længere væk fra kampagnen. Mænd uden for de større byer ligger også i de ydre cirkler. Kampagnen har dermed i praksis etableret et etnocentrisk verdensbillede omkring sig, hvor der tages afsæt i de holdninger, normer, værdier og livsbetingelser, der kendetegner kernen og dermed kampagnen selv. Effekten af denne opfattelse er, at kampagnen placerer sig selv som centret for oplysning og holdningsbearbejdelse over for en målgruppe, der – som tidligere omtalt – ikke nødvendigvis deler dette billede. En del af målgruppen opfatter i nogle tilfælde snarere kampagnen som perifer for deres situation: den er for åbenlyst (homo)-seksuel, for københavnsk, for politisk, eller kun for de ikke-smittede.

Effekten af kampagnens selvforståelse er imidlertid også, at den skaber en – ganske vist forskelligartet, men dog tilsyneladende sammenhængende – social gruppering ud af den diffuse fællesbetegnelse „mænd, der har sex med mænd“, som Stop-aids-kampagnen har påtaget sig at informere og støtte. Der fremkommer et billede af, at „mænd, der har sex med mænd“ nok er forskellige, og alligevel grundlæggende er variationer over samme tema – at de grundlæggende er dele af samme fællesskab. Stop-aids-kampagnens legitimitet som offentligt finansieret virksomhed er afhængig af, at denne fremstilling af målgruppen opretholdes, fordi man da kan påberåbe sig at tale for hele målgruppen, uanset dens variationer.

Forestillingen om, at „mænd, der har sex med mænd“ kan betegnes som en gruppe i samfundet er imidlertid på ingen måde blot Stop-aids-kampagnens opfindelse. F.eks. kan man læse Sundhedsstyrelsens publikationer siden epidemiens opdukken i Danmark som et vedvarende forsøg på forstå, at „mænd, der har sex med mænd“ på den ene side er en epidemiologisk konstruktion, der betegner udbredelsesmønstre for hiv, men på den anden side ikke udgør nogen særskilt og klart afgrænset befolkningsgruppe. Det påpeges, at „homoseksuelle ikke er nogen homogen gruppe, men består af forskellige undergrupper“ (Sundhedsstyrelsen 1986:20) og at „gruppen bøsser og andre mænd, der har sex med mænd er meget heterogen, og adskiller sig væsentligt ud fra bevidsthedsmæssige, aldersmæssige, sociale og geografiske forhold“ (Sundhedsstyrelsen 1987:54). Senere reduceres opdelingen imidlertid til et spørgsmål om kontakt med „bøsser og biseksuelle, som ikke færdes i det åbne bøsse miljø, udgør en vanskelig udfordring“ (Sundhedsstyrelsen 1991:60), hvilket ganske modsvarer af Stop-aids-kampagnens opfattelse.

I kontrast til disse nuanceringer bruges der også udtryk, der tværtimod tyder på bestemte karakteristika for hele gruppen: „de særligt udsatte grupper *livsformer og normer*“ (Sundhedsstyrelsen 1992:10, forfatters udhævning); ligesom når det hævdes, at

„størstedelen af de hiv-positive føler tilhørsforhold til grupper med særlig livsstil“ (Sundhedsstyrelsen 1988:24, forfatters udhævning), og at der „findes særlig mange tilfælde af smitte inden for bestemte subkulturer, hvis livsstil øger risikoen for at blive smittet“ (ibid.:44, forfatters udhævning). Eftersom blødere, heteroseksuelle og transfusionsmittede betegnes som „uden tilhørsforhold til subkulturerne“ (ibid.:45), og stofbrugere i det hele taget betragtes som „en særlig problemstilling“ (ibid.:102), kan „subkulturen“ kun udgøres af mænd, der har sex med mænd.

En „subkultur“ er imidlertid ikke en tilfældig massebetegnelse. Udtrykket formidler igen et billede af en sammenhængende undergruppe af befolkningen, der har sine særlige kendetegn (f.eks. „livsstil“), som afgrænser den fra „befolkningen i almindelighed“ (ibid.:34). I hiv-sammenhæng giver udtrykket „subkultur“ legitimitet til en gruppes eksistens i samfundet, samtidig med at den underordnes og marginaliseres fra det normale (Herdt 1992:9). Det er naturligvis ikke valget af *ordet* „subkultur“, der udvirker dette, men den tankegang, ordet er udtryk for: forestillingen om, at dele af befolkningen, der afviger fra normen på bestemte måder – i dette tilfælde i deres seksuelle praksis – kan indkredses, således at de fremstår som socialt separate, og først og fremmest er karakteriseret ved deres subkulturelle anderledeshed.

Der er åbenlyst vanskeligheder med at få „risikogruppen“ til at passe med en overbevisende fremstilling af det sociale livs mangfoldighed – ikke mindst i betragtning af, hvordan de berørte mænd opfatter sig selv og deres problemer med hiv/aids. Det afgørende er imidlertid, at der ikke blot tale om forskellige, velmenende forsøg på at beskrive en kompleks virkelighed, men også om politiske positioner i håndteringen af hiv/aids.

Selv om Sundhedsstyrelsen (1991:60) hævder, at „der også fremover i de generelle informationskampagner [vil] være elementer med direkte appel til bøsser og biseksuelle“, har tendensen i det danske forebyggelsesarbejde netop været en opdeling af indsatsen: Dels tiltag vedrørende sex mellem mænd, hvilket ikke mindst har været overladt til Stop-aids-kampagnen, dels en offentlig indsats rettet til „befolkningen generelt“, der i denne sammenhæng tilsyneladende betyder „generelt heteroseksuelle“. En tilsvarende arbejdsdeling kan findes i andre lande (Patton 1990:13).

I en analyse af udviklingen af den danske hiv/aids-politik betegner Albæk (1990) aids som et „ukontroversielt emne“ i Danmark, især fordi der ret hurtigt blev opnået enighed om principperne for indsatsen, og fordi der hurtigt skabtes en alliance mellem politikere, sundhedsmyndigheder og repræsentanter for den antalsmæssigt mest berørte del af befolkningen, nemlig bøsserne. Også Lægeforeningens Sundhedskomiteés aids-udvalg noterer sig (1994:3926), at der har „været ro om aids-politikken“ i Danmark. Denne „ro“ bygger imidlertid bl.a. på en arbejdsdeling, der har tildelt Stop-aids-kampagnen ansvar for og finansiering af oplysningsindsatsen over for mænd, der har sex med mænd, og samtidig stort set holdt dette emne ude af Sundhedsstyrelsens offentlige kampagner. Inden for de seneste år har hiv-kampagner fra Sundhedsstyrelsen med plakater og annoncer i massemedierne ganske vist inkluderet budskaber til mænd, der har sex med mænd. Dette er dog sket bemærkelsesværdigt sent (mere end ti år efter hiv-arbejdet begyndte), og det er ikke blevet gennemført uden modstand (Thomsen 1995). Det generelle billede er stadig, at arbejdsdelingen opretholdes.

Forestillingen om, at befolkningen kan opdeles i en „heteroseksuel offentlighed“ og en „homoseksuel subkultur“ er en hindring for at nå alle mænd, der har sex med mænd i Danmark med oplysning og rådgivning om hiv, fordi de simpelthen ikke alle deltager i



eller føler sig knyttet til nogen sådan „subkultur“. Imidlertid må de antages at være i lige så stor risiko som alle andre mænd, der har sex med mænd. Dette er da også blevet påpeget af repræsentanter for Stop-aids-kampagnen selv. Brugen af mødesteder, medier og foreninger i arbejdet mod hiv/aids har været vigtig og nyttig, men indsatsen berører ikke alle de mænd, det er relevant at nå. Dette stiller krav til udformningen af den offentlige indsats på hiv-området (Jöhncke et al. 1993:72; Kippax et al. 1992:116), fordi en del af disse mænd formentlig kun kan nås gennem indsatser henvendt til „befolkningen i almindelighed“, der altså ikke kan antages at bestå udelukkende af mennesker med udelukkende heteroseksuel adfærd.

## Hiv-smittede udlændinge

Beskrivelsen af evalueringen af Stop-aids-kampagnen ovenfor antydede, at undersøgelsens genstandsfelt bredte sig ud i løbet af arbejdet. Først var forholdet mellem kampagnen og målgruppen i fokus, men med afsæt i dette udviklede diskussionen sig til at gælde den proces, hvorigennem målgruppen konstrueredes som en særlig „subkultur“ i indsatsen mod hiv i Danmark, og den sociale og politiske kontekst, inden for hvilken denne konstruktion skete. I den næste undersøgelse, der kort skal præsenteres her, viste dette fokus på konstruktionen af „grupper“ sig også at være uomgængeligt: En undersøgelse af indsatsen for hiv-smittede udlændinge blev nødvendigvis til en undersøgelse af *opfattelser* af hiv-smittede udlændinge hos dansk personale i social- og sundhedsvæsenet (Jöhncke 1995, 1996).<sup>2</sup> Undersøgelsen valgte betegnelsen „professionel hjælper“ for medlemmer af dette personale.<sup>3</sup>

Andelen af udlændinge blandt de hiv-smittede i Danmark har været stigende gennem årene. Siden august 1990 har Statens Seruminstitut indsamlet summariske oplysninger om de personer, der findes hiv-smittede ved testning. I perioden august 1990 – maj 1997<sup>4</sup> udgjorde personer, der registreredes som „flygtninge eller indvandrere“ knap en fjerdedel af alle de fundne hiv-smittede i Danmark, nemlig 516 ud af 2141 personer. Hiv blandt udlændinge her i landet afspejler den globale udbredelse af smitten, således at afrikanere udgør langt den største andel: 70% af udlændingene (361 ud af 516). Smith (1997:587) fortæller ud fra nogle af de senest tilgængelige tal om hiv-smittede i Danmark, at „50% af alle anmeldte [dvs. fundne hiv-smittede] kvinder og 15% af mænd var indvandrere/flygtninge, født og opvokset primært i et afrikansk land“.

Formålet med den undersøgelse, der kort skal refereres her, var i første omgang at kortlægge, hvordan det egentlig så ud med indsatsen for de udlændinge, der udgjorde (og stadig udgør) så stor en del af de hiv-smittede her i landet. Hvilke dele af sundheds- og socialvæsenet havde kontakt til dem, og hvordan blev deres behov for behandling, pleje og støtte egentlig varetaget? Denne kortlægning viste, at det overvejende var det offentlige hospitalsvæsen, der havde forbindelse til de hiv-smittede udlændinge, mens andre former for private og offentlige tilbud til henholdsvis hiv-smittede og udlændinge kun havde sporadiske kontakter. Overalt henviste man i øvrigt til et generelt princip om at behandle alle ens, uanset om de var hiv-smittede eller ej, og uanset om de var danskere eller udlændinge. Sådanne overordnede hensigtserklæringer gav imidlertid ikke den enkelte professionelle hjælper nogen anvisninger på, hvordan spørgsmål, der kunne opstå i kontakten til hiv-smittede udlændinge, skulle håndteres. Og det viste sig, at arbejdet med

udlændingene i vidt omfang blev opfattet som *problematiske*: det var vanskeligt at forstå hinanden, og der var megen tøven og tvivlrådighed over for, hvordan kontakten og arbejdet skulle gribes an. For at granske dette nærmere gennemførtes en interview-undersøgelse med 30 forskellige professionelle hjælpere, omfattende læger, sygeplejersker, socialrådgivere, psykologer, andre rådgivere samt enkelte administrativt beskæftigede. Formålet med interviewene var flere, bl.a. konkret at få indblik i hvilke erfaringer og kontakter, der fandtes hvor. Det, der skal beskrives her, er imidlertid den del af undersøgelsen, der handlede om de professionelle hjælpers syn på udlændingene, eller nærmere bestemt: konstruktionen af udlændingenes kulturelle anderledeshed.

## Hvem er udlændinge?

Omtalen ovenfor af antallet af hiv-smittede udlændinge i Danmark antydede, at det er et spørgsmål i sig selv, hvem og hvordan man skal tælle, når man taler om hiv-smittede udlændinge. Statens Seruminstitut samler oplysninger vedrørende „flygtninge/indvandrere“, mens de statistikker, der siden præsenteres, som regel taler om „personer født i udlandet“. Definitioner og kategorier er udlændinge, indvandrere og etniske mindretal i statistikker om hiv/aids veksler fra land til land, og der kan være god grund til at overveje, hvilken betydning og anvendelse forskellige måder at tælle på har (Hauor-Knipe & Dubois-Arber 1993).

Nærværende undersøgelse greb det an fra en anden vinkel: Definitionen på en „udlænding“ var ikke fastsat på forhånd, idet det var en del af formålet at belyse, efter hvilke kriterier „danskhed“ og „ikke-danskhed“ overhovedet blev bestemt i praksis af de professionelle hjælpere, der havde kontakt til udlændingene i deres arbejde i sundheds- og socialvæsenet. Nedenstående skema giver et overblik over de kriterier, som blev udtrykt i interviewene som grundlag for at vurdere fremmedhed. Hvilken grad af fremmedhed, den enkelte tilskrives, afhænger af de professionelle hjælpers indtryk af og/eller forestilling om indre og ydre karakteristika hos den pågældende, og af en række specifikke vanskeligheder i den konkrete kontakt og kommunikation.

### Kriterier nævnt af de professionelle hjælpere for deres vurdering af udlændinges „fremmedhed“

	Sprog	Kultur	Geografi	Hudfarve	Religion	Uddannelse	Ophold i Danmark
Mest som dansk/ mindst fremmed	• Dansk	• Vestlige, udviklede samfund	• Nord-europa, vestlige lande	• Hvid/lys	-	• Vestligt uddannet	• Lang tid
	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕
Mest fremmed/ anderledes	• Engelsk • Andet sprog • Tolkning • Ingen kommunikation	• Ulande • Afrika	-	• Sort/neger	• Islam • Kristne sekter	-	• Nytilkomne

Note: „-“ indikerer, at intet kriterium på denne plads er direkte udtrykt i interviewene. (Jöhncke 1996:56).

Nogle er mere udlændinge end andre, idet fremmedhed, ikke-danskhed, kan gradbøjes. Jo *flere* af kriterierne for anderledeshed, som den enkelte opfylder i de professionelle hjælperes øjne, og jo *større* afstand, der er til kriterierne for at være dansker, jo *mere fremmed* regner de professionelle hjælpere den pågældende for at være. Kriterierne har således betydning for i hvilken grad en ikke-dansk patient/klient ses som udlænding eller ej, eller, som det udtrykkes i et interview, om det er en, „der er meget forskellig fra os“ eller en, „der lever lidt ligesom os andre“.

Ud over de konkrete, praktiske vanskeligheder med sproget er „kultur“ det kriterium for fremmedhed, som de interviewede hyppigst angiver. „Kultur“ fungerer som samlebetegnelse for en lang række forhold, hvor anderledesheden er fællesnævner. Det er naturligvis ikke sådan, at udlændinge opfattes som kulturelt ens på tværs af åbenlyse etniske og nationale forskelle. Tværtimod slår de interviewede ofte fast, at „udlændinge“ er en meningsløs kategori, fordi de er så indbyrdes forskellige. Alligevel har de forskelligheden fra danskere til fælles gennem de træk, som de professionelle hjælpere noterer sig og lægger vægt på. Den betragtning, at det grundlæggende er „kulturen“, der markerer forskellen mellem danskere og ikke-danskere, er dominerende i interviewene. Der kan dog også udledes et andet, om end langt mindre fremherskende perspektiv af interviewene: en fremhævelse af de ofte vanskelige sociale og personlige vilkår, som er knyttet til at leve med hiv i et fremmed land. Her fokuseres ikke på udlændingen som bærer af en fremmed kultur, men konkret på den enkeltes livssituation, som i mange tilfælde var kendetegnet af social isolation og en usikker fremtid. Disse to perspektiver – fokus på kultur henholdsvis på individets situation – har vidt forskellige perspektiver i praksis, som vi skal se. Først skal vi imidlertid se nærmere på, hvad den kulturelle anderledeshed indeholder.

Især fire bestemte temaer nævnes med stor regelmæssighed i interviewene som udtryk for denne anderledeshed: Udlændingenes „lukkethed“ om hiv, deres seksualitet, deres måde at bruge tilbudene på, og endelig deres forhold til sygdom og død. Inden for hvert af disse områder rummer interviewene en række eksempler på udlændinges forskellighed fra danskere – forskelligheder, der dog kan pege i modsatte retninger, som det vil fremgå. Dette kan illustreres med citater fra interviewene.

Så godt som alle de interviewede professionelle hjælpere var enige om, at hiv-smitte de udlændinge var mere „lukkede“ om deres hiv-status end danskere i samme situation. Ifølge de interviewede fortalte udlændingene ofte ikke om deres hiv-smitte til nogen, og ofte ville de heller ikke tale med de professionelle hjælpere om det. „Med de danske familier er det ikke særligt vanskeligt at komme til at tale med dem om, hvad de føler og hvordan de har det. ... Men det tror jeg ikke man kulturelt har nogen tradition for at gøre i Afrika“. På den anden side var nogle af udlændingene for åbne om det, „og [de] siger det til hvem som helst, som gider høre på det“, som en interviewet fortalte. For megen åbenhed om hiv regnes heller ikke for tilrådeligt.

Vedrørende seksualitet er følgende udtalelse ret typisk for interviewene: „... folk fra de her kulturer er generelt ikke vant til at tale om sex, forholde sig til sex, på den måde vi er“. Men selv om mange udlændinge således nødtigt vil tale åbent om seksuelle emner med de professionelle hjælpere, har nogen af dem tilsyneladende ingen problemer med at praktisere det: „Og så deres levevis. De har jo lov til at bolle til højre og venstre og alle vegne, også selv om de er gift“. Uanset om de således beskæftiger sig for lidt eller for meget med sex, afviger en del udlændinge fra, hvad der anses for hensigtsmæssigt.

Ifølge flere interviewede er en del udlændinge ikke vant til at have adgang til sociale og sundhedsmæssige tilbud, som de findes i Danmark, og mange havde i deres hjemland fået en indgroet mistillid til myndighederne, hvilket nu også kom til at rette sig mod danske myndighedspersoner. Desuden havde udlændingene vanskeligt ved at stille krav på den rigtige måde i f.eks. hospitalsambulatoriet: „De siger ikke noget, de sidder bare dér... De stiller ikke nogen krav – ikke tilnærmelsesvis som den homoseksuelle gruppe, som nok skal finde ud af at stille krav!“. På den anden side er der også de udlændinge, der stiller for mange krav: „De har nogle krav indimellem, hvor man siger: ‘det kan ikke være rigtigt, det her!’“.

Det sidste område, der kort skal omtales, vedrører perspektiver på sygdom og død. De interviewede fortæller, at nogle hiv-smittede udlændinge egentlig ikke forstår, at de er smittet med hiv. Dette bliver oftere forklaret med kulturelle forhold end med manglende rådgivning og information, idet „patienten ud fra det kulturelle ikke kan forstå, at man kan være syg [dvs. smittet], når man er rask. Det er jo en indstilling, du ser mange steder i Afrika“. Formodningen synes her at være, at „det kulturelle“ forhindrer en videnskabelig korrekt forståelse af viruset. På den anden side er der nogle udlændinge, der forlanger for meget af videnskaben og sundhedsvæsenet: „Der er jo opfundet piller mod alt – hvorfor ikke dette også?“, som en af de interviewede citerede en af udlændingene for. Til gengæld for den manglende videnskabelige forståelse af hiv og mulighederne for helbredelse, holder mange udlændinge sig til religionen: „Danskerne intellektualiserer døden mere, mens for eksempel udlændinge fra muslimske lande mere betragter døden som en del af livet“. Derved kan religionen være en hensigtsmæssig trøst og støtte. På den anden side er det ikke godt, når religion bliver til fatalisme: „Allah ... bestemmer alting; ... det er meget svært at få en person til at forstå, at vi [danskere] tror nu ikke på, at Allah bestemmer alting, og at der er nogle ting, vi også bestemmer selv“.

De forskelligartede karakteriseringer af udlændinge, der er nævnt eksempler på her, udspringer som regel af de vanskeligheder, som de professionelle hjælpere i deres arbejde har med at kommunikere med og forstå forskellige udlændinge. Vanskelighederne leder de professionelle tilbage til et grundlæggende problem: udlændingenes kulturelle baggrunde. Som en af de interviewede sammenfatter det: „Det er den kultur, de har... det er dér, der ligger en barriere“. „Kultur“ har ikke nogen bestemt betydning, men opsummerer snarere adfærdsmønstre, holdninger og følelsesudtryk, som de professionelle hjælpere ikke forstår eller blot finder fremmedartede og uvante. Udlændingenes forskelligartede kulturelle baggrunde udgør barrieren for gensidig forståelse, og er dermed en hindring for at de professionelle hjælpere kan udføre deres arbejde til patienternes/klienternes eget bedste. Nogle af de professionelle hjælpere er eksplicit kritiske over for udlændingene, men mange er snarere bekymrede for situationen og opsat på at forbedre den – spørgsmålet er blot hvordan. Fokuseringen på udlændingenes kulturelle baggrund indebærer, at årsagerne til problemerne éntydigt placeres på udlændingenes side, foruden at de placeres i fortiden og langt væk – dér hvorfra den udenlandske patient/klient engang kom – og dermed udenfor rækkevidde.

## Hvis kultur?

Blandt de påtrængende spørgsmål, som de professionelle hjælperes karakteriseringer af udlændinge rejser, er disse: Hvilke kulturelle forestillinger om forholdet mellem patienter og hjælpere er det, der fremstilles her? Hvad er det, man forventes at leve op til som patient på hospitalet eller som klient på rådgiverens kontor? Hvis man analyserer materialet i dette lys fremkommer et ret detaljeret billede af den *ideelle* patient/klient i social- og sundhedssystemets kulturelle univers, selvom dette naturligvis også rummer store variationer. Hvis vi her begrænser os til de udsagn, der er anført ovenfor, fremkommer i store træk dette billede: Den ideelle patient er åben og tillidsfuld over for den professionelle hjælper, men er forsigtig med åbenhed over for andre. Den ideelle patient forstår og værdsætter samtaler som en integreret del af hjælpen til hiv-smittede. Den ideelle patient er åben over for at tale om sex, men er tilbageholdende med sex i praksis. Den ideelle patient har tillid til myndighedspersoner, og beder om hverken mere eller mindre end den hjælp, der kan tilbydes. Den ideelle patient betragter grundlæggende hiv/aids i overensstemmelse med den videnskabelige forståelse; han eller hun kan godt være religiøs, i det omfang det kan være til trøst, men kun for så vidt som dette ikke kommer i konflikt med at være rationel og ansvarlig for sig selv.

Man kan med en vis ret argumentere for, at det normsæt for den ideelle patient, der tegner sig, mest passer på en yngre middelklasse-dansker med et vist uddannelsesniveau; en person, der er vant til at *tale om tingene*, bl.a. om sex, og hvis eventuelle religiøsitet ikke strider mod sund fornuft. Det er klart, at også mange danske patienter/klienter ikke vil passe ind i dette billede – men udlændinge vil oftere og i større grad afvige, også fordi de har færre erfaringer med det danske social- og sundhedsvæsen, og ringere mulighed for at have indblik i, hvad der kræves af dem der.

Eftersom de professionelle hjælpere udpeger udlændingenes kulturelle baggrunde som den underliggende barriere i forholdet mellem parterne, er det ikke overraskende, at „mere viden om kultur“ er den løsning, som de selv foreslår. Som beskrevet andetsteds (Jöhncke 1995:67-69) er det imidlertid tvivlsomt, om et detaljeret kendskab til en mængde etnografiske data om en lang række forskellige nationale og etniske grupper vil være et overkommeligt projekt for professionelle hjælpere i det danske social- og sundhedsvæsen. Foruden at man kan spørge sig, hvor praktisk anvendelig denne viden vil være i den konkrete, individuelle kontakt. Det afgørende vil under alle omstændigheder være at spørge den enkelte patient/klient selv, om hvilke forhold, der har betydning for hans/hendes liv her og nu. En generel opmærksomhed om kulturelle forskelle kan muligvis fremme evnen til at stille relevante spørgsmål. I de fleste tilfælde vil det nok være mere nyttigt at få øget kendskab til de sociale og økonomiske forhold, som den enkelte udlænding lever under her og nu, og hvilke erfaringer med det danske samfund, han eller hun har – i stedet for at fokusere på hendes fortid og udelukkende opfatte hende som bærer af (og styret af) en fremmed kultur. Just dette var der da også nogle af de interviewede professionelle hjælpere, der pegede på, som ovenfor nævnt: I en anden forståelse af udlændingene lægges der vægt på den enkeltes situation, og en opmærksomhed over for de problemer, som kan følge af at leve med hiv i et fremmed land. Endelig vil det være oplagt, at de professionelle hjælpere udnytter deres erfaringer med kontakten til udlændingene til at reflektere kritisk over deres *egne* kulturelle antagelser og hvilke forventninger, der stilles til patienterne/klienterne i det system, som de professionelle varetager. Dette bør

også sætte dem i stand til at rette kritikken mod utilstrækkeligheder i dette system – f.eks. manglende brug af tolkebistand og to-sproget personale – i stedet for mod brugerne.

Forestillingen om udlændinge som først og fremmest *kulturelt anderledes* er ikke særegen for de professionelle hjælpere i denne undersøgelse – snarere må det ses som et eksempel på en fremherskende begrebsliggørelse af udlændinge i det danske samfund. I sin analyse af debatten om indvandrere og etniske mindretal i Danmark påpeger Carl-Ulrik Schierup bl.a.:

'Kultur' er ... blevet et af den moderne tids mest brugte og misbrugte gummibegreber, som i tide og utide anvendes som en forklaring eller bortforklaring af de problemer, som de etniske minoriteter konfronteres med i samfundet. Man kan sige, at mange i grunden sociale og politiske spørgsmål er blevet 'forklaret' skabelonmæssigt i 'kulturelle' termer. Det vil sige *kulturaliserede*. Der er gået inflation i begrebet 'kultur'. Dermed har vi udviklet en hel bestemt måde at tale om os selv og 'de fremmede', De Andre, på, som får konsekvenser for såvel de talende som de omtalte (Schierup 1993:15).

I forlængelse heraf må de professionelle hjælpere forestillinger om udlændinge ikke bare betragtes i forhold til deres erfaringer med kontakten til denne gruppe patienter/klienter, men også sættes i sammenhæng med de forestillinger om hiv/aids og kultur, der mere generelt gør sig gældende i Danmark. Sådanne sammenhænge er en væsentlig del af temaet for Jens Seeberg's afhandling om stigmatiseringen af hiv-smittede afrikanere i Danmark (Seeberg 1996). På grundlag af en serie interviews beskriver Seeberg først erfaringer med stigmatisering hos afrikanske hiv-smittede i Danmark. Dette stilles derefter op over for de beskrivelser af hiv/aids, risikogrupper og kultur, som kan findes såvel i epidemiologien og den dertil knyttede videnskabelige litteratur, i de trykte massemedier, som hos hospitalspersonalet, der har med hiv-smittede at gøre. Seeberg peger på, hvordan en række ensartede formationer i forestillingerne om afrikanere og hiv/aids i Afrika – såsom kulturelt determineret smitteudbredelse, seksualitet, prostitution, promiskuitet etc. – kan genfindes i de forskellige kontekster, og gensidigt understøtter hinanden. Opfattelserne hos hospitalspersonalet udspringer derfor ikke nødvendigvis snævert af deres egne erfaringer med kontakten til afrikanere. Deres opfattelser skal måske snarere ses som afspejlinger af en generel forestillingsverden om afrikanere og hiv/aids, der gør sig gældende i Danmark.

## Antropologi, kultur og hiv/aids

Denne artikel har forsøgt at kaste lys over nogle af de sociale processer, der har været involveret i etableringen af kulturelle grænsesætninger omkring bøsse og udlændinge i Danmark i indsatsen mod hiv/aids. Det, der har påkaldt sig antropologisk interesse, er hvordan disse grupper konstrueres som henholdsvis subkulturelt og kulturelt anderledes.

Kultur-begrebet har i vidt omfang været antropologers adgangskort til at medvirke i udforskningen af hiv, dets udbredelse og konsekvenser (Feldman 1990; Herdt 1992, ten Brummelhuis & Herdt 1995). Det er ikke vanskeligt at argumentere for, at de adfærdsmønstre, som betinger udbredelsen af hiv, må forstås i hele deres sociale og kulturelle sammenhæng – hvilket synes at kalde på involveringen af antropologer. Det samme kan siges at gælde for en klarlægning af de forestillinger om og erfaringer med hiv/aids, som

kendetegner en bestemt befolkningsgruppe – en klarlæggelse, som er nødvendig for at kunne sætte ind med kulturelt tilpasset og relevant oplysning og sundhedsarbejde (Bolton & Singer 1992). Så vidt, så godt. Situationen er bare den, at antropologer ikke har eneret på at definere, hvad „kultur“ er: Kultur er blevet en del af den måde, befolkningsgrupper beskriver sig selv og – især – hinanden på, og hvormed der markeres forskellighed og afstand. Disse beskrivelser finder sted i samfundsmæssige og politiske sammenhænge, der afgør, hvem der taler, og hvem der tales om, og hvad der bliver sagt – ja, hvad der overhovedet *kan siges*. Disse sammenhænge er antropologer – selv nok så velmenende – ikke herre over, og de kan dårligt undslå sig for at overveje, hvordan deres beskrivelser af kultur vil blive læst; hvilke sociale processer, de bidrager til, og hvilke konsekvenser, de kan få.

I sammenhæng med hiv/aids er begreberne „kultur“ og „subkultur“, uafhængigt af antropologer, allerede blevet tildelt en bestemt betydning, der henviser til kategorier snarere end til mennesker. De risikogrupper, som epidemiologerne fandt frem til, blev sideløbende i vid udstrækning defineret i *kulturelle* termer (Glick Schiller et al. 1994): den adfærd og de omstændigheder, der indebar risiko for smitte, blev betragtet som *kulturelle* karakteristika, mens f.eks. sociale og økonomiske vilkår og uligheder på nationalt og globalt plan blev ignoreret. Risikogrupper – og hele risiko-områder i den tredje verden – blev karakteriseret ved deres *kulturelle* forskellighed fra det normale, hvide og heteroseksuelle befolkningsflertal i Europa og USA. De var enten som afrikanere eller haitianere kulturelt anderledes (Sabatier 1988; Farmer 1992; Schoepf 1995), eller subkulturelle afvigere inden for landets grænser, såsom stofmisbrugere og bøsser (Kane & Mason 1992; Glick Schiller 1992). Disse befolkninger og grupper fremstilles samtidig som internt ensartede, reduceret til kulturelle stereotyper. Dette kan ikke blot medvirke til at fremkalde stempling og fordømmelse, men hindrer effektiv forebyggelse: Personer, der faktisk er i risiko, tror sig sikre, hvis de ikke mener at tilhøre „risikogrupperne“, fordi de ikke kan eller vil identificere sig med det billede, der fremstilles af disse. Det kan også være en hindring for effektiv omsorg for de allerede smittede, fordi de reduceres fra at være forskellige individer med forskellige behov og vilkår til at være uforståelige kulturbærere.

Hiv/aids er gennemsyret af politik – eller med Merrill Singers formulering: „Aids er blevet den formentlig mest politiske lidelse, der har hjemsøgt menneskeheden i moderne tid“ (Singer 1994:1322). At lave antropologiske studier af hiv/aids er derfor uomgængeligt et politisk forhavende, som fordrer en ansvarlig og professionel stillingtagen i valget af teoretisk perspektiv.

## Noter

1. Disse interviews, ligesom undersøgelsen som helhed, blev gennemført af forfatteren sammen med cand.psych. Stephan Jørgensen og stud.scient.anth. Jeppe Hald, som begge takkes for godt samarbejde.
2. Arbejdet blev finansieret af den Europæiske Kommission (Generaldirektorat V), Sygekassernes Helsefond samt Hiv-Danmark, Landsforening for hiv-smittede, der også gav projektet hjerte- og husrum. Alle takkes for støtten. En varm tak skal også rettes til sygeplejerske og stud.scient.anth. Tine Skak, der assisterede med projektet overalt og også forestod nogle af interviewene.

3. Undersøgelsen, der udsprang af et større europæisk projekt, brugte den engelske betegnelse „service provider“, der betyder en person eller institution, der yder en form for service, det være sig behandling, rådgivning, praktisk hjælp eller andet.
4. Statens Seruminstitut, Epidemiologisk Afd., takkes for at have lavet en særlig opgørelse til brug for denne artikel.

## Litteratur

- Abramson, Paul R.  
1992 Sex, Lies, and Ethnography. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Albæk, Erik  
1990 *AIDS: The Evolution of a Non-Controversial Issue in Denmark*. Stencil. Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. (Senere publ. i: David L. Kirp & Ronald Bayer (eds.): *AIDS in the Industrialized Democracies: Passions, Politics, and Policies*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press 1992).
- Bolton, Ralph  
1992a *AIDS and Promiscuity: Muddles in the Models of HIV Prevention*. I: Ralph Bolton & Merrill Singer (eds.): *Rethinking AIDS Prevention. Cultural Approaches*. Montreux: Gordon & Breach Science Publ.  
1992b *Mapping Terra Incognita: Sex Research for AIDS Prevention – An Urgent Agenda for the 1990s*. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Bolton, Ralph & Merrill Singer:  
1992 Introduction. *Rethinking HIV Prevention: Critical Assessments of the Content and Delivery of AIDS Risk-Reduction Messages*. I: Ralph Bolton & Merrill Singer (eds.): *Rethinking AIDS Prevention. Cultural Approaches*. Montreux: Gordon & Breach Science Publ.
- ten Brummelhuis, Han & Gilbert Herdt  
1995 Introduction. *Anthropology in the Context of AIDS*. I: Han ten Brummelhuis & Gilbert Herdt (eds.): *Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS*. Luxembourg: Gordon and Breach Publishers.
- Clatts, Michael C.  
1995 *Disembodied Acts: On the Perverse Use of Sexual Categories in the Study of High-Risk Behaviour*. I: Han ten Brummelhuis & Gilbert Herdt (eds.): *Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS*. Luxembourg: Gordon and Breach Publishers.
- Farmer, Paul  
1992 *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.
- Feldman, Douglas A.  
1990 Introduction: *Culture and AIDS*. I: Douglas A. Feldman (ed.): *Culture and AIDS*. New York: Praeger.
- Fouchard, Jan  
1994 *Seksuel adfærd med risiko for HIV-smitte – blandt mænd i Danmark, der har sex med andre mænd*. Ph.d.-afhandling, Institut for Almen Medicin, Biostatistik, Medicinsk Videnskabsteori og Socialmedicin, Københavns Universitet.
- Glick-Schiller, Nina  
1992 *What's Wrong with this Picture? The Hegemonic Construction of Culture in AIDS Research in the United States*. *Medical Anthropology Quarterly* 6(3):237-54.
- Glick Schiller, Nina, Stephen Crystal & Denver Lewellen  
1994 *Risky Business: The Cultural Construction of AIDS Risk Groups*. *Social Science and Medicine* 38(10):1337-46.



- Haour-Knipe, Mary & Francoise Dubois-Arber  
1993 Minorities, Immigrants, and HIV/AIDS Epidemiology: Concerns about the Use and Quality of Data. *European Journal of Public Health* 3:259-63.
- Herd, Gilbert  
1992 Introduction. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Jöhncke, Steffen  
1994 Køn – fra essens til proces. Kvinde- og kønsforskningens videnskabsteoretiske grundlag – status og perspektiver. *Samkvinds Skriftserie nr.16*. København.  
1995 Hvis kultur? Politik og praksis i indsatsen for hiv-smittede udlændinge i Danmark. København: Hiv-Danmark.  
1996 Culture in the Clinic: Danish Service Providers' View of Immigrants with HIV. I: Mary Haour-Knipe & Richard Rector (eds.): *Crossing Borders. Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis.
- Jöhncke, Steffen, Stephan Jørgensen & Jeppe Hald  
1993 Mere end blot „sikker sex“. Evaluering af Stop-aids-kampagnen. København: Forlaget Pan.
- Kane, Stephanie & Theresa Mason  
1992 "IV Drug Users" and "Sex Partners": The Limits of Epidemiological Categories and the Ethnography of Risk. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Kippax, Susan, June Crawford, Bob Connell, Gary Dowsett, Lex Watson, Pam Rodden, Don Baxter & Rigmor Berg  
1992 The Importance of Gay Community in the Prevention of HIV Transmission: A Study of Australian Men Who Have Sex with Men. I: Peter Aggleton, Peter Davies & Graham Hart (eds.): *AIDS. Rights, Risk and Reason*. London: The Falmer Press.
- Levine, Martin P.  
1992 The Implications of Constructionist Theory for Social Research on the AIDS Epidemic Among Gay Men. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Lægeforeningens Sundhedskomité's AIDS-udvalg  
1994 Forebyggelse af hiv/aids i Danmark. *Ugeskrift for Læger* 196(26):3922-34.
- Nader, Laura  
1972 Up the Anthropologist – Perspectives Gained from Studying Up. I: D. Hymes (ed.): *Reinventing Anthropology*. New York: Pantheon Books.  
1980 The Vertical Slice: Hierarchies and Children. I: GERAL M. BRITAN & RONALD COHEN (eds.): *Hierarchy and Society. Anthropological Perspectives on Bureaucracy*. Philadelphia: ISHI.
- Patton, Cindy  
1989 The AIDS Industry. Construction of "Victims", "Volunteers" and "Experts". I: Erica Carter & Simon Watney (eds.): *Taking Liberties. AIDS and Cultural Politics*. London: Serpent's Tail.  
1990 What Science Knows: Formations of AIDS Knowledges. I: Peter Aggleton, Peter Davies & Graham Hart (eds.): *AIDS. Individual, Cultural and Policy Dimensions*. London: The Falmer Press.
- Riper, Heleen, Dina Berkeley & Carmen Sanchis  
1996 Study of the Knowledge, Attitudes and Behaviour in Respect of HIV/AIDS of Specific Target Groups in the European Union. London: ECAST, LSE, University of London.
- Sabatier, Renée  
1988 Blaming Others. Prejudice, Race and Worldwide AIDS. London: The Panos Inst.
- Schierup, Carl-Ulrik  
1993 På kulturens slagmark. Mindretal og størretal taler om Danmark. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag.

- Schoepf, Brooke Grundfest  
 1995 Culture, Sex Research and AIDS Prevention in Africa. I: Han ten Brummelhuus & Gilbert Herdt (eds.): Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS. Luxembourg: Gordon and Breach Publishers.
- Seeberg, Jens  
 1996 Kulturens sorte kasse: Aids og Afrika i Danmark. Ph.d.-afhandling, Institut for Etnografi & Socialantropologi, Aarhus Universitet.
- Singer, Merrill  
 1994 The Politics of AIDS. Introduction. Social Science and Medicine 38(10):1321-4.
- Smith, Else  
 1997 Status over hiv/aids-situationen i Danmark ved udgangen af 1995. Ugeskrift for Læger 159(5):585-90.
- Sundhedsstyrelsen  
 1986 Sundhedsstyrelsens redegørelse til Indenrigsministeriet om sygdommen AIDS samt forslag til smittebekæmpende foranstaltninger. København: Sundhedsstyrelsen.  
 1987 Sundhedsstyrelsens redegørelse til Indenrigsministeriet vedrørende initiativer til bekæmpelse af aids. København: Sundhedsstyrelsen.  
 1988 Hiv og aids. Virkelighed og visioner. Ideer til samordning af behandling, pleje og psykosocial støtte. København: Sundhedsstyrelsen.  
 1991 Hiv og aids. Redegørelse for gennemførte foranstaltninger. Status. Informationsindsatsen 1991-1992. København: Sundhedsstyrelsen.  
 1992 Aids. Psykosocial støtte i forbindelse med HIV-infektionen og sygdommen aids. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thomsen, Claus Blok  
 1995 Solkongen i Sundhedsstyrelsen. Månedstidsskriftet Press 113.
- Watney, Simon  
 1990 Safer Sex as Community Practice. I: Peter Aggleton, Peter Davies & Graham Hart (eds.): AIDS. Individual, Cultural and Policy Dimensions. London: The Falmer Press.