

JENS SEEBERG

## STIGMA-STATISTIK

Når dagsordener sættes i dansk aids-politik

I 1798 udkom Sir John Sinclairs store værk, *A Statistical Account of Scotland*. Blandt andet under inspiration af en rejse til Tyskland var Sir John blevet begejstret for den nye vidensform, som tyskerne kaldte *Statistik*. De mente, det var en metode, der kunne anvendes til at måle en stats styrke, hvilket var et nyttigt fortrin for den, der havde planer om ved krig at udvide sit territorium. Men Sir John så helt andre kvaliteter ved den ny viden. For ham var der tale om et middel til at „spørge til et lands tilstand med det formål at bedømme det kvantum af lykke, som dets indbyggere nyder, samt midlerne for dets fremtidige forbedringer“ (citeret i Hacking 1990:16).

Selvom lykke er blevet vendt godt i statistikens historie og har fået navneforandring til „livskvalitet“, har det til trods for Sir Johns optimistiske visioner aldrig ladet sig kvantificere meningsfuldt. Måske var dette problem allerede fra starten medvirkende til, at statistikerne med ildhu gav sig til at klassificere og registrere alskens afvigere. De syge, de sindssyge, selvmorderne, morderne og alle andre kriminelle, de prostituerede – alle kunne de tages som udtryk ikke for indbyggernes lykke, men for samfundets patologi, og tallene kunne legitimere samfundets politiske sanktioner over for afvigerne.

Men – og lad os glemme Foucaults ånd og magtstruktureernes minutiøse gennemslagskraft et lille øjeblik – kunne man med inspiration fra Sir Johns optimisme ikke tænke sig scenariet anderledes? Kunne tallenes tale, der hurtigt blev kaldt objektiv, ikke have givet anledning til særlig støtte og omsorg for de udsatte mennesker? I princippet (og med parentes om magten) er svaret positivt, og heri gemmer sig risikogrupperns paradoks og dens dobbelte potentiale: Støtte eller udstødelse. Det handler denne artikel om. Med udgangspunkt i risikogrupperns paradoks skal jeg i det følgende fremlægge yderligere tre paradokser, som på forskellig vis uddyber, hvordan denne grundlæggende dobbelthed spalter sig, når aids-politikens dagsordener sættes, og parentesens om magten fortøner sig. Det første paradoks handler om tvangstestning af flygtninge med det angivelige formål at reducere hiv-smittespredning. Det er udtryk for en politisk dagsorden, der har til formål at bryde med den hidtidige danske aids-politikens frivilligheds- og anonymitetsprincipper, og hvor fokuseringen på flygtninge – eller asylansøgere – kan fungere som murbrækker, fordi deres retslige position i forvejen er skrøbelig. Eksplicit refererer dette paradoks imidlertid til en sundhedspolitisk diskussion, hvor især afrikanske flygtninge ses som en afgørende årsag til spredning af hiv i Danmark og blandt danskere.

Det andet paradoks vedrører modstillingen af hensynet til almenbefolkningen med hensynet til de smittedes menneskerettigheder. Det ligger i forlængelse af det første paradoks, ikke mindst fordi denne modstilling er særligt effektiv, når flygtninge/asylansøgere er involveret. Det centrale spørgsmål er her, om der i forbindelse med aids og flygtninge/asylansøgere er et reelt grundlag for at begrænse menneskerettighederne for at begrænse smitten.

Det tredje paradoks vedrører forebyggelsesindsatsen mere generelt og drejer sig om adskillelsen mellem forebyggelse og behandling i dansk aids-politik. Hvorfor er kontaktopsporing blevet et centralt omdrejningspunkt i kritikken af den eksisterende indsats, og hvad er denne (fraværende) kontaktopsporing et symptom på?

Det er den grundlæggende antagelse i denne artikel, at disse tre paradokser repræsenterer tre forskellige angrebspositioner, hvorfra den aktuelle „bløde linie“ i dansk aids-politik beskydes, uden at der eksisterer saglige og overbevisende argumenter, som taler for de positioner, hvorfra der skydes. Det ser ydermere ud til, at denne kritik tvinger aids-politikken ud i en defensiv position, hvorfra man forsøger at imødekomme kritikken for at minimere dens skadevirkninger, og at det er med til at fjerne opmærksomheden fra områder, hvor ny viden og forstærket indsats er påtrængende nødvendig.

## Tvangstestning

I såvel den danske udlændingeb debat generelt som i debatten om hiv-smittede udlændinge bliver spørgsmålet *hvor mange er der?* ofte stillet, især af debattører, som mener, der er for mange. Men svaret afhænger af definitionen af „udlændinge“ (Haour-Knipe og Dubois-Arber 1993). Organisationer som OECD og FN laver statistikker over migration, men mens FN definerer udlændinge som „født i udlandet“, omhandler OECDs statistik „nationalitet“. Hvilke landes borgere, der rejser rundt i verden, opgøres af de enkelte lande ved grænseovergangene, og statistikken er således udtryk for landenes nidkærhed eller omhyggelighed ved grænsen. Data vedrørende fastboendes nationalitet på et givet tidspunkt er derimod resultat af folketællinger, og her bliver præcisionen ofte mindre, desto mere marginaliseret en given befolkningsgruppe er i et samfund. Unøjagtighederne i de to typer af opgørelser er således af vidt forskellig karakter. Men resultatet af, om man vælger fødested eller nationalitet som udgangspunkt for opgørelsen, er også vidt forskelligt. Tabel 1 viser, at der er ca. en halv gang flere, som er født i udlandet og bosiddende i Danmark, end som bor i Danmark med udenlandsk statsborgerskab.

| „UDLÆNDINGE“ pr. 1.1.1995 |         |                       |
|---------------------------|---------|-----------------------|
|                           | Antal   | Procent af befolkning |
| Def. v. statsborgerskab   | 196.705 | 3,77%                 |
| Def. v. fødested          | 264.055 | 5,06%                 |

Tabel 1 (Kilde: Danmarks Statistik)

Uklarheden vedrørende definitionen af „udlændinge“ (eller „etniske minoriteter“ eller „indvandrede“) genfindes også i hiv/aids-statistikkerne. I „Epi-Nyt“, som udsendes af

Statens Seruminstitut, informeres kvartalsvis om hiv/aids-epidemiens udvikling i Danmark. Hiv-statistikken er baseret på hiv-meldesystemet, som trådte i kraft i august 1990, og som giver hiv-testende klinikker og læger pligt til i anonym form at indberette data om nye fund af hiv-smittede, herunder nationalitet, på et specielt skema. Skemaet er opbygget, så det opfordrer lægen til at placere den smittede i en af risikogrupperne, men der spørges også, om den hiv-smittede er *indvandrer eller flygtning*. Kriterierne for indvandrer- eller flygtningehed fastlægges af den enkelte læge eller sygeplejerske, som udfylder det. Jöhncke (1995) påpeger, at den enkelte behandlers klassifikation af udlændinge beror på et subjektivt indtryk af „fremmedhed“ baseret på hudfarve, sprog og navn snarere end på objektive kriterier som nationalitet eller fødested, men implikationerne heraf for statistikken er ukendte. Det kan både føre til underrapportering, som når eksempelvis skandinaver fejlagtigt ikke bliver klassificeret som indvandrere, og til overrapportering, som når eksempelvis andengenerationstyrkere fejlagtigt bliver klassificeret som indvandrere.

Sådanne forbehold er man antageligt klar over på Statens Seruminstitut, hvor opgørelserne som nævnt laves. Men det er man næppe i medierne, når man bruger statistikken som grundlag for en god historie. Et eksempel stammer fra Weekend-avisen (Davidsen-Nielsen og Stensgaard 1995), som satte dagsordenen under overskriften „Den afrikanske forbindelse“. Artiklen handler i vid udstrækning om danskere smittet i udlandet, men alligevel drejes opmærksomheden gradvist over til den fare, afrikanere i Danmark repræsenterer for danskere. Formanden for Folketingets Sundhedsudvalg – støttet af de Konservative og af Fremskridtspartiet – havde forstået budskabet og gik i Morgenavisen Jyllands-Posten ind i debatten med et konkret forslag:

Formand for Sundhedsudvalget, Ester Larsen (V), siger: 'Når vi beskytter mennesker mod forfølgelse, må vi også sikre os, at den danske befolkning ikke bliver påført en ekstra risiko. Derfor må der dæmmes op og gerne med noget, der nærmer sig et krav om hiv-test ved indrejse' (Nybroe 1995).

Karen Højte Hansen fra Det Konservative Folkeparti fandt det dengang „oplagt“ at undersøge for hiv og aids [sic] hos personer fra udvalgte højrisikolande (ibid.), og Jan Køpke Christensen fra Fremskridtspartiet fandt det „grotesk“ at „potteplanter [...] bliver undersøgt i alle ender og kanter, men udenlandske statsborgere fra risikoområder er der ingen sygdomskontrol med“ (ibid.). Han citeres i forlængelse heraf for at mene, at alle asylansøgere skal tvangstestes.

Det fremgik ikke i artiklerne fra februar 1995, hvad de tre politikere havde tænkt sig som konsekvens af en positiv hiv-test hos en asylsøger. Skulle det være grundlag for at nægte vedkommende asyl? Ellers vil der vel næppe være mening i at tvangsteste.

Et halvt år efter Weekend-avisens artikel gentager Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.95 historien under den selvsamme overskrift, „Den afrikanske forbindelse“. Grundlaget for artiklen, der strækker sig over halvanden side, er også her Seruminstitutets opgørelse pr. 2. kvartal 1995, der præsenteres i en særskilt boks på siden under overskriften „Fakta“ (jf. tabel 2).

Artiklen fokuserer på det forhold, at en stor andel af de heteroseksuelt smittede i Danmark kan antages at være smittet af afrikanere: De afrikanske smittede, de danskere, som har rejst i Afrika, og de danskere, som er smittet ved ubeskyttet sex med hiv-smittede afrikanere i Danmark. Men forsideartiklen, som henviser til hovedartiklen inde i bladet,

har overskriften „Danskere får aids fra Afrika“ (Koefoed 1995a). Udsagnet underbygges yderligere af, at professor Peter Skinhøj citeres for en kritik af Sundhedsstyrelsen for ikke at tage sig af „problemet“. Dermed bliver det et centralt budskab i avisen, at den heteroseksuelle smitte i Danmark overvejende skyldes, at afrikanerne smitter danskerne.

Flere eksperter anklager nu Sundhedsstyrelsen for at bruge alt for få kroner til målrettede oplysningskampagner om det afrikanske problem. En af dem er overlæge på Rigshospitalets epidemiologiske afdeling, professor Peter Skinhøj, der behandler omkring en tredjedel af alle aids-patienter i Danmark. Skinhøj mener, Sundhedsstyrelsen har værget sig ved at udbasunere det afrikanske problem af angst for at blive beskyldt for racisme. 'For mig at se har man ikke rykket ud med målrettede kampagner, fordi man er bange for at komme til at pege fingre ad nogen. Men når vi lige nu har dette afrikanske problem i forbindelse med heteroseksuel smitte, så må man også turde sige tingene lige ud: Hvis en pige vil i seng med en sort, så skal hun beskytte sig' [sic] (Koefoed 1995b).

For den vedholdende læser fremgår det imidlertid i slutningen af artiklen, at Sundhedsstyrelsen faktisk har anvendt penge netop til målrettede kampagner over for forskellige flygtninge- og indvandrergrupper. Alligevel giver artiklen anledning til fornyet politisk interesse om de afrikanske hiv-smittede. Det er denne statistisk bestemte føljeton, som artiklen i Morgenposten Fyens Stiftstidende giver anledning til at fortsætte. Allerede dagen efter „Den afrikanske forbindelse“ fremsættes i samme avis „Krav om ny aids-politik“:

Når Folketinget samles igen i oktober vil Ester Larsen, der er formand for Folketingets sundhedsudvalg, stille forslag om en obligatorisk hiv-test af folk, der kommer fra områder med høj risiko for aids-smitte. 'Indsatsen må koncentreres om smitekilderne. Vi må derfor ved hjælp af en sådan test sikre os, at vi ved, hvad det er for mennesker, der er smittet og sørge for, at de får en særlig målrettet information', siger Ester Larsen til Stiftstidende (Hjuler 1995).

Her angives et formål med testen – de smittede skal have særligt målrettet information. Det er et påfaldende beskedent formål for så drastisk en beslutning som tvangstestning, og det viser sig da også snart at være mere omfattende. Næste dag skriver Morgenposten Fyens Stiftstidende nemlig, at „Regeringen bøjer sig for kritik af hiv-politikken“ (Koefoed 1995c). Her beskrives formålet anderledes eksplicit:

Nu har [...] Ester Larsen [...] krævet, at man som indgangsbillet til flygtninge stiller krav om, at de skal lade sig hiv-teste. Vil de ikke lade sig teste, skal de ikke have opholdstilladelse, mener hun (Koefoed 1995c).

Det er altså ikke test-svaret, men selve det at blive testet, som skal afgøre, om vedkommede er kvalificeret til overhovedet at søge om at måtte være i Danmark. Hiv-testen ses her *i sig selv* som „løsningen“ på „det afrikanske problem“.

Forslaget om tvangstestning bygger antageligt på en hensigt om at begrænse smittespredning. Indbygget i forslaget om tvungen hiv-test for asylsøgere ligger imidlertid en modstilling mellem menneskerettigheder og aids-bekæmpelse, fordi tvungen test er et brud på menneskerettighederne. Ved at stille forslaget siger man samtidigt, at det ikke kan lade sig gøre *både* at overholde menneskerettighederne *og* bekæmpe epidemien. Det er ikke nogen enestående overvejelse, at det undertiden kan være nødvendigt at begrænse individers frihed, fordi de har en sygdom, hvis spredning man ellers ikke kan kontrollere.

Et eksempel er ebola-virus, som er langt mere smitsom end hiv, og hvor det er nødvendigt at isolere alle smittede fra omverdenen. I forhold til isolation kan tvangstestning måske være et mindre indgreb i individets rettigheder. Jeg vender tilbage til diskussionen om menneskerettigheder nedenfor; først er det rimeligt at spørge, om tvangstestning med nogen sandsynlighed ville medføre en reduktion af smittespredningen. Hvad var det egentlig, statistikken i Morgenposten Fyens Stiftstidende under overskriften „Fakta“ (jf. tabel 2) havde vist?

| <b>FAKTA</b>   |             |            |             |
|--|-------------|------------|-------------|
| <b>Førstegangsm HIV-positive</b>                         |             |            |             |
| fordelt på køn og risiko 1/8 1990 – 31/7 1995            |             |            |             |
|  | Mænd        | Kvinder    | Total       |
| Homo/biseksuel   | 669         | -          | 669         |
| Stofmisbrug  | 106         | 64         | 170         |
| Heteroseksuel  | 328         | 303        | 631         |
| Blodtransfusion  | 10          | 6          | 16          |
| Spædbørn/nyfødte   | 10          | 13         | 23          |
| Andet/uoplyst  | 99          | 20         | 119         |
| <b>Total</b>   | <b>1222</b> | <b>406</b> | <b>1628</b> |
| <b>Heteroseksuelt smittede førstegangsm HIV-positive</b> |             |            |             |
| fordelt på smittested og -måde 1/8 1990 – 31/7 1995      |             |            |             |
|  | M           | K          | Total       |
| <b>Smittet i udland:</b>                                 |             |            |             |
| Person født i udland                                     | 60          | 129        | 189         |
| Person født i Danmark                                    | 78          | 22         | 100         |
| Uoplyst fødested   | 7           | 12         | 19          |
| <b>Smittet i Danmark:</b>                                |             |            |             |
| Sex m/stofmisbruger (stik)                               | 16          | 5          | 21          |
| Sex m/biseksuel mand                                     | -           | 21         | 21          |
| Sex m/person fra højrisikoområde                         | 16          | 22         | 38          |
| Sex m/prostitueret                                       | 17          | -          | 17          |
| Sex m/person m/ukendt adfærd                             | 79          | 40         | 119         |
| Andet  | 15          | 17         | 32          |
| <b>Smittested uoplyst:</b>                               |             |            |             |
| Antal personer   | 40          | 35         | 75          |
| <b>Total</b>   | <b>328</b>  | <b>303</b> | <b>631</b>  |
| Kilde: Statens Seruminstitut                             |             |            |             |

Tabel 2: „Fakta“ om HIV-smitten i Danmark. Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.1995

Af de 346 heteroseksuelt smittede, som havde forbindelse til såkaldte højrisikoområder, var de 88% smittet uden for Danmark.<sup>1</sup> Kun i 12% af tilfældene var der altså tale om, at udlændinge havde smittet danskere i Danmark. Der er tale om 38 mennesker. Det er 38

for mange, eftersom enhver hiv-smittet er én for meget, men de udgør ikke en stor andel af de smittede. De udgør som sagt 12% af de smittede, der på en eller anden måde kan henføres til udlandet. De udgør 6% af alle heteroseksuelt smittede og 2,3% af samtlige hiv-smittede i Danmark. Det er disse 2,3%, tvangstestningen skal forebygge. Et relevant spørgsmål i denne sammenhæng er, om dette tal berettiger til brud på de internationale konventioner og aftaler, Danmark har tilsluttet sig, herunder WHO's og Europaparlamentets anbefalinger.<sup>2</sup> Spurgt på den måde ville de fleste politikere formodentlig svare nej. Det interessante er, at der er etableret et fundament baseret dels på 1980'ernes epidemiologiske beskrivelser af hiv/aids og risikogrupper, dels på mediernes beskrivelser af Afrika generelt og aids og Afrika specifikt (Seeberg 1996b), og dels på den aktuelle polarisering i indvandrer/flygtninge-debatten, som tilsammen næsten på forhånd synes at bestemme, hvordan statistikken skal fejllæses („danskere får aids fra Afrika“). Skylden for smitten synes at være placeret på forhånd, og det politiske råb på handling virker tilsvarende automatiseret, skønt der ikke er belæg for denne tilskrivning af skyld i statistikken.

Resultatet af alt dette er, hvad jeg indledningsvis betegnede som det første paradoks: *Forslag om tvangstestning er en irrelevant handling* (fordi det ikke vil have smittebegrænsende effekt), *der legitimerer ikke-handling, hvor handling var relevant* – og relevant handling kunne være rådgivning, støtte og behandling til de allerede smittede.

Men under denne diskussion gemmer sig et mere principielt spørgsmål. Det har to beslægtede aspekter, nemlig for det første, om stigmatisering og dens legitimerede følgesvend, diskrimination, er anvendelige midler i bekæmpelsen af smittespredning? Og for det andet, om der er en modsætning mellem frygt for stigmatisering/diskrimination og hensynet til at beskytte den ikke-smittede befolkning? Kritikken af Sundhedsstyrelsen antog jo, at der var tale om et misforstået hensyn til indvandrere og flygtninge – at man for at undgå en sammenblanding af aids og racisme satte hensynet til den danske befolkning på spil.<sup>3</sup>

## Menneskerettigheder vs. stigmatisering-som-middel-mod-smittespredning

Gilmore og Somerville (1994) diskuterer, i hvilket omfang udstødelse, diskrimination og stigmatisering kan have et formål ud fra et samfundsmæssigt perspektiv. Stigmatisering kan, siger de, være beskyttende i forhold til en risiko eller trussel, det kan være styrkende og skabe enshed i fællesskabet, og det kan være et middel til social kontrol.

Kontrolforanstaltningerne etableres med stigmatisering som legitimerende faktor. Der er tale om at tilskrive skylden for at smitte den danske befolkning til en afgrænset gruppe. Gruppen er i forvejen beskrevet ved kulturelt definerede negative attributter, som medvirker til at legitimere kontrollen i form af begrænsning af rettigheder i det afgrænsede rum, der er nødvendigt for at kunne gennemføre kontrollen, og som i det aktuelle tilfælde udgøres af asylcentrene. Der er ikke mulighed for, at den smittede kan få kontrol med informationen om, at han eller hun er smittet; ej heller er der i sagens natur tale om, at de pågældende som befolkningen i øvrigt kan vælge en anonym test. Der er kun mulighed for at føje sig for testkravet eller forføje sig. Hvis man ikke vil lade sig teste, er man næppe „rigtig“ flygtning, og så kan man ikke accepteres i landet. Så er det legitimt at afslå at behandle asylsagen.

Fordi hiv er en smitsom sygdom, har skyldsspørgsmålet en særlig karakter. Det er ikke blot et spørgsmål om skyld for sin egen situation. Det er i høj grad et spørgsmål om skyld for sygdommen som sådan – skyld for, at andre potentielt kan smittes.

Det er, som Gilmore og Somerville nævner, stigmatiseringen, der legitimerer den forskelsbehandling, som skal tjene til at beskytte mod en opfattet risiko. Stigmatiseringen er imidlertid ikke midlet, men den legitimerende faktor, der gør forskelsbehandling væsentligt nemmere at gennemføre i praksis. Det ville være ulig vanskeligere for en førende politiker at foreslå tvangstestning af alle danske turister eller rejsende, som havde opholdt sig i Afrika eller Sydøstasien. Stigmatiseringen kan også tjene til at udelukke bestemte identificerbare grupper fra adgang til knappe ressourcer (Finerman og Bennet 1995). Begge dele genkendes fra den offentlige debat om hiv og aids både herhjemme og i udlandet, men inden for hvad der er defineret som to forskellige felter, nemlig forebyggelse (beskyttelse mod risikogrupper) og behandling (læger, sygeplejersker og tandlæger, der nægter at behandle hiv-smittede; diskussioner mellem konkurrerende hospitalspecialer og i offentligheden om, hvem der skal have hvor store midler til at behandle hvilke typer patienter). Jeg skal vende tilbage til adskillelsen mellem forebyggelse og behandling nedenfor. Spørgsmålet her var imidlertid, om stigmatisering kan anvendes som middel til begrænsning af smitten. Det foreløbige svar er: Stigmatisering kan anvendes til legitimering af diskrimination. Svaret afhænger dermed af, om diskriminationen har som effekt at begrænse smitten.

Jeg har peget på en række forhold, som peger i den modsatte retning. For det første overdrives forestillingen om spredning fra afrikanere til danskere voldsomt. For det andet ses testen som en løsning i sig selv. Ideen om testen som løsning bygger på en forestilling om, at der nok er en lavere testhyppighed blandt indvandrere/flygtninge end blandt danskere. Denne antagelse nærer frygt for, at der er mange utestede hiv-positive udlændinge.

Ved at tvangsteste kan man ikke undersøge, om denne forestilling om lav testhyppighed er rigtig, men man kan gøre den irrelevant. Baggrunden for frygten og for forslaget om tvangstestning er altså i høj grad, at der ikke findes et overblik i form af statistisk viden i Danmark om hvem, der lader sig teste. Således kan statistisk ikke-viden tilsyneladende være en eksplicit baggrund for at foreslå tvangstiltag over for en lille og særligt sårbar gruppe.

Der kan være grund til en formodning om, at hiv-test af indvandrere og flygtninge i højere grad finder sted i forbindelse med kontakter til sundhedsvæsenet, som har at gøre med generelle helbredsundersøgelser eller specifikke sygdomme (Seeberg 1996a); men dét kunne vel lige så vel indebære, at indvandrere og flygtninge bliver testet hyppigere end befolkningen generelt, som det modsatte.

Det er sandsynligt, at holdninger i befolkningen til forslag om tvangstestning af en bestemt gruppe til en vis grad vil afspejle befolkningens holdninger til gruppen generelt. Således kan man antage en sammenhæng mellem en overvejende negativ holdning til indvandrere/flygtninge og en overvejende positiv holdning til tvangstestning af netop dem. Der findes ikke analyser af dette spørgsmål i Danmark, men antagelsen finder støtte i eksempelvis undersøgelser af holdninger til tvangstestning af bøsser i USA (Schwalbe og Staples 1992). Hvis tvangstestning var svaret på aids-epidemien, burde man imidlertid tvangsteste befolkningen som sådan.

Forslaget om tvangstest af asylansøgere rejser imidlertid også en lang række spørgsmål i forhold til dem, der måtte blive fundet hiv-positive ved tvangstest. Et af argumen-

terne er jo, at man vil teste for at hjælpe dem til at komme ind i behandlingssystemet. Men hvis testen er en forudsætning for at kunne søge asyl, hvad sker der så med behandlingen af den hiv-smittede, hvis asylsag afvises? At kræve en test indebærer et ansvar for den pågældende, hvis eneste humane konsekvens ville være, at hiv-smitte i sig selv medfører anerkendelse af asylkravet.

At få at vide, man er hiv-smittet, mens man bor i en dansk flygtningelejr under ofte meget store psykiske belastninger, kan næppe være gavnligt for den pågældendes muligheder for at håndtere den ledsagende krise. Det vil være vanskeligt eller umuligt for den smittede i asylcentret at opretholde kontrollen over, hvem der får at vide, at han er smittet, og det vil være vanskeligt eller umuligt at få udbytte af eventuel rådgivning, når man ikke ved, om man skal sendes tilbage eller må blive boende.

I øjeblikket er der ikke engang tilstrækkelige ressourcer til at hjælpe alle de, der frivilligt er blevet testet hiv-positive, selv med så simple ting som at kommunikere med behandlerne (Seeberg 1996b). Det er nødvendigt at etablere de relevante behandlingstilbud, før man forivrer sig i sin søgen efter dem, der skal bruge dem.

Sammenfattende kan man sige om det konkrete forslag om tvangstestning, at det 1) hviler på en systematisk fejlslænsning af statistikken, som overdriver betydningen af smitte fra afrikanere til danskere; 2) medvirker til stigmatisering af hiv-smittede og puster til fremmedangsten; 3) underbygger befolkningens forestilling om, at sygdommen kun smitter inden for velafgrænsede grupper; 4) fejlagtigt ser testning som et tilstrækkeligt redskab mod smittespredning; 5) indebærer et brud på menneskerettighederne, som ydermere vil fungere som et signal til andre lande om, at menneskerettighederne kan overtrædes efter forgodtbefindende i Vesten; 6) fjerner opmærksomheden fra en løsning af de faktiske problemer, der er forbundet med hiv-smittede udlændinges situation; og 7) har til formål at give befolkningen et falsk indtryk af politikeres handlekraft.

Disse forhold hænger alle sammen med etableringen af en grundlæggende modsætning mellem hiv-smittedes og den øvrige befolknings interesser. Modsætningen hænger sammen med de to typer sygdomskontrol, som vil blive diskuteret i næste afsnit. Foreløbig giver den grundlag for at formulere det andet paradoks, som er knyttet til risikogrupperterminologiens sociale liv: *Modsætningen mellem smittede og ikke-smittede er grundlæggende falsk. Men den politik, som modsætningens tilhængere advokerer for, skaber modsætninger mellem smittede og ikke-smittede. Derved sløres sammenfaldet mellem smittedes og ikke-smittedes interesser.*

## To typer kontrol

I det foregående har jeg diskuteret tvangstestning i lyset af forholdet mellem menneskerettigheder og aids-forebyggelse. Goldin tager dette spørgsmål op som et generelt problem ved kontrol med hiv/aids-epidemien.

Når de defineres i en kontekst af stigmatisering, er borgerrettigheder *i konflikt* med den offentlige sundhedsindsats til kontrol af aids-epidemien. [...] Spændingen mellem rettighederne for det individ, der er i risiko for synliggørelse og fordømmelse på grund af stigma, og rettighederne for resten af samfundet, kolliderer med udviklingen af omfattende effektive sundhedsprogrammer (Goldin 1994:1365).



Udgangspunktet for at diskutere Goldins antagelse af denne konflikt er, at *kontrol med epidemien* ses i to aspekter. Det ene er det, som fortalene for tvangstestning advokerer for, nemlig bekæmpelse af epidemien ved hjælp af direkte kontrol med hiv-smittede, også kaldet „den hårde linie“. Det andet aspekt er bekæmpelse af epidemien ved hjælp af kontrollen med sygdommen, „den bløde linie“. „Den hårde linie“ kan karakteriseres ved en række punkter :

- Ved hel eller delvis registrering af hiv-smittede, hvilket også indebærer, at anonymitet enten ikke er mulig eller kun er mulig for ikke-smittede.
- Ved tvungen testning i en række sammenhænge, herunder ofte indrejse.
- Ofte også ved mulighed for internering af smittede, som skønnes at ville opføre sig uansvarligt i fremtiden (eks. Sverige og Cuba) (Krasnik et al. 1989).

Det er udelukkende ved anvendelse af denne „hårde linie“, der eksisterer en modsætning mellem hiv-smittedes rettigheder og smittebekæmpelsen.

I Danmark har man anvendt den bløde linie. Folketinget har med sin dagsorden af 31.3.1987 besluttet, at hiv-testning i Danmark skal være frivillig og skal kunne være anonym. Hermed anerkendte man tidligt hiv som en stigmatiseret sygdom, hvor det – især i betragtning af, at der ikke kan tilbydes en egentligt helbredende behandling – blev opfattet som vigtigt, at så mange som muligt lod sig teste, og at det kunne ske i fuld tillid til den myndighed, der foretog testen. At testen skal være frivillig er i overensstemmelse med fundamentale borgerrettigheder i Danmark. Anonymitet forudsætter denne frivillighed, men rummer også udsagnet om, at der i forbindelse med testen tilbydes den testede fuld kontrol over informationen. Det er interessant, at hiv og aids allerede fra starten af den politiske indsats var bredt anerkendt af de politiske partier som en særligt stigmatiseret sygdom, hvor man måtte tage specielle hensyn til de smittede. Det antyder, at risikogrupperne i Danmark ikke entydigt har været opfattet som særligt farlige; de er også blevet set som særligt sårbare, som nogen, der i et vist omfang kunne skabe sympati for deres situation. Blødersagen er et godt eksempel herpå. Her fik Bløderforeningen afvist deres erstatningskrav til hiv-smittede blødere, der i løbet af firserne var blevet smittet ved ubehandlet faktormedicin, som foreningen holdt Statens Seruminstitut og Novo Nordisk ansvarlige for. Foreningen tabte retssagen, men fik efterfølgende en godtgørelse bevilget af Folketinget, som derved indirekte anerkendte et offentligt ansvar for den ubehandlede medicin – dog uden at drage nogen konkret til ansvar. Men det er på den anden side svært at forestille sig andre risikogrupper, eksempelvis stiknarkomaner, opnå en lignende almindelig sympati. Det ser man i fængselsvæsenet, hvor fængselsmyndighederne nægter at udlevere engangsprøjter, fordi man hellere vil acceptere smittespredning end „sanktionere“ narkotikamisbruget (se f.eks. Søndergaard Hansen 1993). I skrivende stund er konflikten samlet om den mulige udlevering af rensevæske til kanyler.

Kontrollen med sygdommen kontrolleres selv i kraft af statistiske opgørelser, som blandt andet har til formål at undersøge, om sygdommen stadig „kun“ er udbredt i risikogrupper, eller om den også breder sig i den „normale“ heteroseksuelle befolkning. Det statistiske grundlag, som epidemiologien arbejder på, er i forhold til hiv (i modsætning til aids) relativt spinkelt. I august 1990 indførtes hiv-overvågningssystemet, der forpligter screeningsklinikker og praktiserende læger til at indberette hiv-positive testresultater samt oplysninger om formodet smitemåde og oplysninger om eksempelvis køn, alder og nationalitet anonymt til Statens Seruminstitut. Foruden denne statistik har man tallene

for aids-syge, som registreres som alle andre patienter på det behandlende hospital (det vil sige ikke-anonymt, ligesom indberetningen til registret hos Statens Seruminstitut også er med CPR-nr.). Disse tal er langt mere pålidelige fordi aids er en diagnose, der kun stilles af de behandlende læger, der skal indberette tallene. I den forstand har man ikke aids, før man er blevet diagnosticeret, hvorimod man kan være hiv-smittet uden at være hiv-testet. Aids-tallene er også mere pålidelige i kraft af, at stort set alle aids-patienter vil have behov for hospitalsbehandling i større eller mindre omfang og derfor vil komme i kontakt med sundhedssystemet. Men aids-tallene er samtidigt mindre pålidelige på grund af sygdommens latensperiode, som ofte vil være omkring 10 år, men som kan variere voldsomt for den enkelte. Aids-tallene viser dermed ikke, hvor mange, der aktuelt er smittet, men hvor mange der blev smittet for en halv snes år siden. Denne statistiske utilstrækkelighed er en naturlig konsekvens af, at man ikke tvangstester hele befolkningen. I forhold til smittespredning anerkendes det, at den overvågningsmæssige gevinst, der ville ligge i tvangstestning, ville forsvinde, fordi den konkrete smittespredning, især ved seksuel smitte, blandt andet afhænger af personlig motivation i en given social kontekst – i det enkelte seksuelle forhold.

Der er i lyset af den eksisterende viden om hiv ikke grundlag for sådanne tvangstiltag. Den officielle danske politik på området fastholder også, at der ikke er en modsætning mellem menneskerettigheder og smittebekæmpelse. Således gik sundhedsminister Yvonne Herløv Andersen i Morgenposten Fyens Stiftstidende imod Ester Larsens krav om tvangstestning. Imidlertid skete det med den samtidige iværksættelse af et såkaldt „motiveret tilbud“ til asylansøgere om at blive hiv-testet i forbindelse med opholdet i Røde Kors' asylcentre:

I dette forsøg er det vigtigste budskab til flygtningene, at de godt kan sige nej – uden at det koster en returbillet eller en permanent dansk opholdstilladelse. Vi vil i tilbudet fortælle alt om, hvilken hjælp og hvilke muligheder, det danske samfund stiller på benene for dem, hvis de har hiv. Og det er et løfte, vi vil overholde, lover Yvonne Herløv Andersen (Koefoed 1995c).

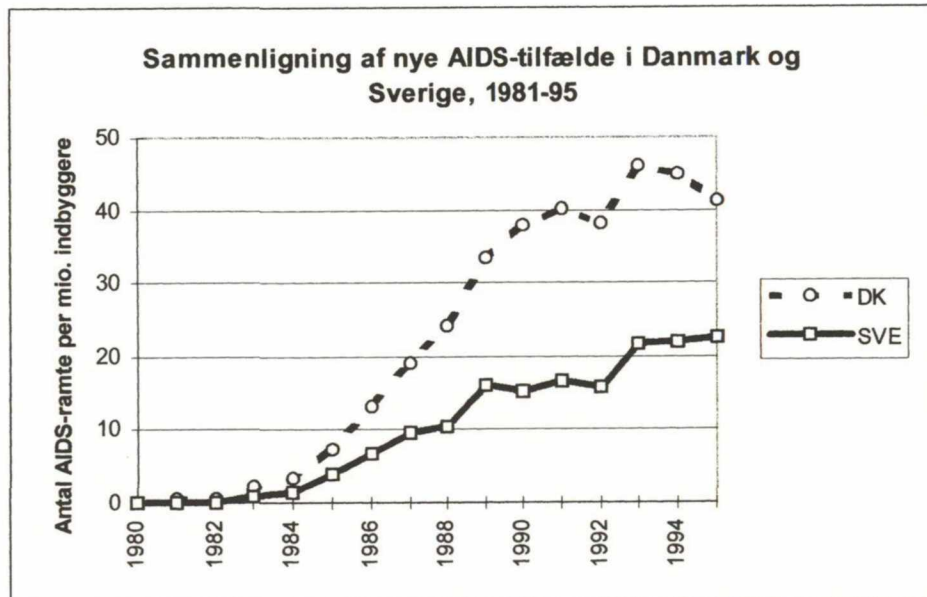
Jeg skal ikke her gå nærmere ind i en diskussion af Røde Kors' initiativ, blot nævne det som et eksempel på den defensive udvikling i aids-politikken, jeg nævnte indledningsvis, hvor man i stedet for at undersøge og forbedre behandlingstiltagene for smittede indvandrere og flygtninge kun har ambitioner om at afværge kritikken. Sundhedsministerens udtalelse peger imidlertid på et andet væsentligt forhold. I modsætning til Ester Larsen kæder hun testen sammen med behandling af de pågældende snarere end med forebyggelse af smitten. Det er interessant, fordi behandling ikke sædvanligvis tænkes som et væsentligt led i forebyggelsen.

## Forebyggelse og behandling

Opfattelsen af hiv/aids i Danmark er karakteriseret ved en adskillelse af forebyggelse og behandling. Hvor tvangstestning og lignende kontrolforanstaltninger tager sigte på at kontrollere de smittede, rummer behandlingen nemlig det andet kontrolaspekt i forhold til hiv, kontrollen med selve sygdommen.

En af de få, som herhjemme har påpeget betydningen af den hiv-smittedes kontakt med sundhedsvæsenet, har været overlæge Hugh Zachariae. Imidlertid har han gjort det med et ganske snævert fokus på smitteopsporing. Zachariae har krævet, at man for at skærpe kravene til kontaktopsporing indfører „svenske tilstande“. Sverige praktiserer „den hårde linie“ i aids-politikken, herunder en væsentligt højere prioritering af smitteopsporing, som er den proces, hvor lægen og den hiv-smittede forsøger at finde frem til, hvem der kan have smittet vedkommende, og om flere kan være blevet smittet, med henblik på at undgå yderligere smittespredning.

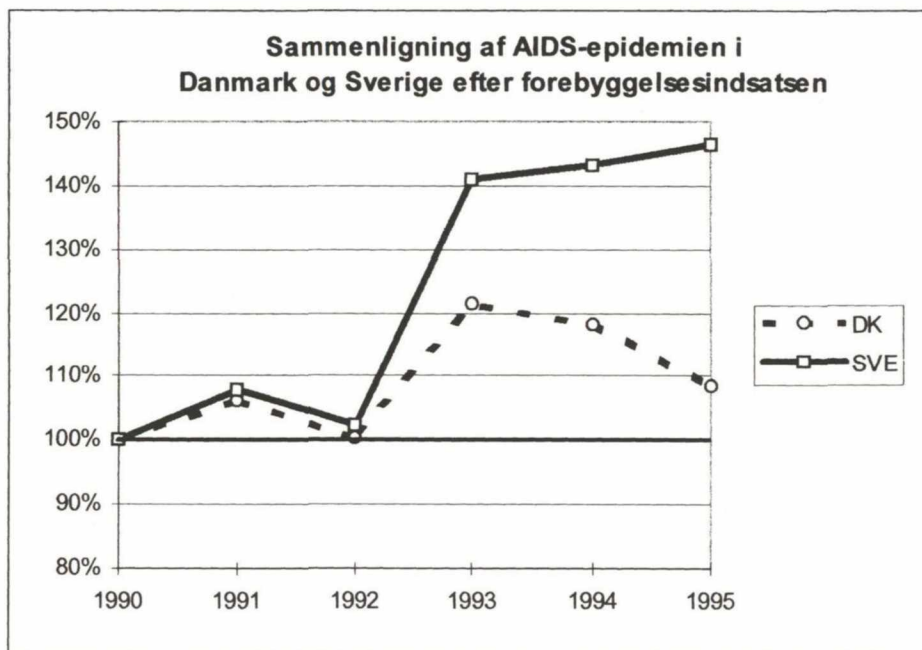
Zachariae påpeger, at smitteopsporingen stort set ophørte med afskaffelsen af køns- sygdomslovgivningen i 1988 (Zachariae 1992a, 1992b, 1992c, 1993, 1994). Han mener, at de danske principper om anonymitet og frivillighed er langt mindre effektive end de svenske håndfaste kontrolmetoder, og at det især på grund af det stigende antal heteroseksuelt smittede er på tide at ændre den danske politik. Zachariae har underbygget sit krav med en sammenligning af aids-tallene for Danmark og Sverige, som blandt andet viser, at man i Sverige har haft en langsommere stigningstakt i løbet af firserne, hvad angår antallet af aids-tilfælde (Zachariae 1995). Zachariae opstiller fire grafer, som henholdsvis viser antallet af nye aids-tilfælde pr. år pr. mio. indbyggere og nye aids-tilfælde blandt homo-/biseksuelle mænd pr. mio. mandlige indbyggere for hhv. Danmark og Sverige og København og Stockholm (Zachariae 1995: Fig. 1-4). Zachariaes fire grafer er ikke gengivet her, men de viser det samme forhold mellem Danmark og Sverige, som ses i figur 1, der er baseret på de to landes indberetninger til WHO. Mens Zachariaes statistikker kun går frem til 1993, går denne frem til 1995.



Figur 1

Zachariae vælger angiveligt aids-statistikkerne, fordi de er mere pålidelige end hiv-statistikkerne, eftersom aids-diagnosen under alle omstændigheder er forbundet med regi-

strering, hvorimod hiv-statistikken er afhængig af test-hyppigheden. Problemet med at anvende aids-statistikkerne er som nævnt, at de afspejler spredningen af hiv omtrent ti år tidligere. De personer, som optræder i Zachariaes aids-statistikker, er altså i vidt omfang smittet, inden der overhovedet var iværksat forsøg på at begrænse smitten i nogen af landene. Derfor viser Zachariaes statistik ikke det, han påstår, nemlig at den svenske forebyggelsesindsats skulle være mere effektiv. Forskellen må derfor skyldes andre forhold, som eksempelvis kan have at gøre med Københavns status i perioden som fristed for bøsse – en rimelig betragtning, eftersom aids-statistikkerne i langt højere grad end hiv-statistikkerne er domineret af bøsser. Men man kan faktisk godt anvende en sammenligning af aids-statistikken i henholdsvis Danmark og Sverige til at få en fornemmelse af forebyggelsesindsatsens værdi.



Figur 2

Figur 2 viser en sådan sammenligning. Her er aids-tallene for 1990 sat som et nulpunkt. Før dette tidspunkt har smitten på grund af den ca. ti-årige latensperiode spredt sig, uden at man overhovedet kendte til dens eksistens. Tidligst omkring 1990 kan man antage, at smitten herefter har fundet sted, mens der i de to lande har været iværksat forskellige forebyggelsestiltag. Skal man tillægge forebyggelsesindsatsen æren for opbremsningen i smittefrekvensen, som Zachariae jo vil, må man konkludere, at Danmark med en stigning på ca. 20% i 1993 har været dobbelt så effektiv som Sverige med en stigning på ca. 40%, og at forskellen er endnu større i 1994 og 1995, hvor Sverige har en stigning i antallet, mens Danmark har et fald.

Selvom det er en tvivlsom antagelse at tillægge den officielle forebyggelsesindsats ansvaret for epidemiens udvikling, eftersom en lang række faktorer foruden den frivillige forebyggelsesindsats er afgørende for smittespredningen, så giver sammenligningen i

hvert fald *ikke* grundlag for at overtage den svenske „hårde linie“. Men i sin kampagne peger Zachariae ikke desto mindre på noget væsentligt: „Ophævelsen af den danske lov om bekæmpelse af kønssygdomme medførte et øjeblikkeligt fald til det ubetydelige i enhver form for kontaktopsporing“ (Zachariae 1993).

Det væsentlige ligger næppe i kontaktopsporingen som sådan. Et forsøg med ansættelse af en „hiv-detektiv“ i Fyns Amt, som skulle tage sig af smitteopsporing, afstedkom intet resultat (Stevnhøj 1995; Davidsen-Nielsen og Stensgaard 1995). Men kontaktopsporing er principielt en del af den rådgivning, som lægen skal give patienten. Ansvar for denne rådgivning ligger hos den læge, som giver den smittede testsvaret. I nogle tilfælde vil det være et aids-ambulatorium, hvor man har en specifik erfaring og rutine i forhold til hiv/aids, og hvor der eventuelt er tilknyttet psykolog og socialrådgiver med særlig indsigt i området. Men i mange tilfælde foregår rådgivningen hos den praktiserende læge. Her vil der være langt større spredning i den konkrete erfaring med hiv-smittede, herunder rådgivning og støttetilbud. Der eksisterer ikke noget egentligt grundlag for at vurdere kvaliteten af en sådan rådgivning. Men hvis Zachariae har ret i, at de praktiserende læger i almindelighed har et lemfældigt forhold til kontaktopsporing og i henvisningen af patienten antager, at man i forbindelse med hospitalsbehandlingen vil foretage en sådan opsporing, kunne man frygte, at det også kunne gælde støtte og rådgivning.

Jeg antyder ikke, at de praktiserende læger ikke gør deres arbejde ordentligt, men der er et stort behov for at undersøge, hvordan den nuværende rådgivning og støtte foregår i lægens praksis (jf. også Jacobsen 1991). En enkelt undersøgelse viser, at i en gruppe på tyve somaliske mænd og kvinder i Danmark var tretten testet, heraf ti i Danmark; men *ingen gav udtryk for at have modtaget rådgivning om hiv i den forbindelse* (Seeberg 1996a). Det er et alvorligt fingerpeg om, at der er et helt utilstrækkelig behandlings- og rådgivningstilbud til hiv-smittede udlændinge. Adskillelsen af forebyggelse og behandling har bevirket, at behandling af hiv-smittede ikke i almindelighed er defineret som noget, der har med smitteforebyggelse at gøre; behandlingens formål ses udelukkende som kontrol af den enkeltes sygdomsforløb. Zachariae har ret, når han vil fokusere på behandlingens betydning for smittespredning. Men erfaringerne fra Fyn viser, at han overdriver smitteopsporingens gavn. Derimod er der grund til at opprioritere den psykosociale støtte til hiv-smittede i erkendelse af, at mennesker i krise reagerer forskelligt, og at der er brug for støtte både i den akutte krise og i de kriser, der opstår senere i forløbet med sygdommen. Man forventer jo af den hiv-smittede, at hun skal udvise et større hensyn overfor andre, end hun udviste over for sig selv, da hun blev smittet; der er al mulig grund til at støtte hiv-smittede positivt i denne bestræbelse.

Snarere end øget begrænsende kontrol med hiv-smittede er der behov for øget støtte til de smittede til at kontrollere deres sygdom, såvel (i det omfang, det nu lader sig gøre) medicinsk som psykisk og socialt, og uanset etnisk baggrund.<sup>4</sup> Her er det ikke tvangstest med efterfølgende smitteopsporing, der er brug for, men en målrettet politisk handling, der gør det lettere for smittede og for behandlere at afhjælpe de mange problemer, hiv giver anledning til for den enkelte. Alt taler for, at det er den mest effektive strategi til bekæmpelse af smitten, og at kritikken af den danske „bløde linie“ både hvad angår tvangstestning og smitteopsporing hviler på forkerte beskrivelser af den danske politiks hidtidige effektivitet. Derimod kan der være grund til at kritisere den markante adskillelse af forebyggelse og behandling i måden at håndtere hiv/aids på. Denne kritik kan sammenfattes i det tredje paradoks: *Behandling af hiv-smittede og aids-patienter er defineret*

*som adskilt fra aids-forebyggelsen, skønt behandlingen af hiv-smittede med al tilgængelig viden må anses for afgørende for forebyggelse og smittebegrænsning.*

## Paradokserne igen

Denne artikel har med udgangspunkt i risikogrupperens grundlæggende dobbelttydighed beskrevet tre paradokser. Det første paradoks handlede om tvangstestning. Tvangstestning kan demonstrere politikeres „handlekraft“ over for den „udefra kommende smitte“: Det er ikke danskerne, men de Andre, som er skyld i aids-problemet, og „vi“ må dæmme op for det. Men denne retoriske handlekraft fjerner opmærksomheden fra det egentlige problem: Hvad skal vi (dvs. beholdersystemet) stille op med de, der faktisk er smittet? 1: *Tvangstestning er en irrelevant handling, der legitimerer ikke-handling, hvor handling var relevant.*

Det andet paradoks havde sammenhæng med det første og handlede om menneskerettigheder og kontrol med smittespredning. Her siger man, at hensynet til de smittedes rettigheder må vige for hensynet til almenbefolkningen. Man antager, at smitten bedst bekæmpes ved at bekæmpe dem, der bærer den, og som ellers ville sprede smitten til den øvrige befolkning. Den danske aids-politik har aldrig baseret sig på denne holdning, men tværtimod ret konsekvent antaget, at denne modsætning ikke eksisterer. Det har givet anledning til voldsom kritik for „ikke at se problemerne i øjnene“ og for at „tage for store hensyn til de smittede“ med det resultat, at man udsatte ikke-smittede for øget risiko. 2: *Modsætningen mellem smittede og ikke-smittede, som kritikken baseres på, er falsk. Men den politik, som modsætningens tilhængere advokerer for, skaber modsætninger mellem smittede og ikke-smittede. Derved sløres sammenfaldet mellem smittedes og ikke-smittedes interesser.*

Det tredje paradoks hang sammen med de to foregående. Det handlede om adskillelsen mellem forebyggelse og behandling. Den væsentlige indsats for oplysning, som bør opretholdes, har formodentlig fjernet opmærksomheden fra vigtigheden af den psykosociale indsats til støtte for hiv-smittede. Kampagneslogans som „hiv kan ikke helbredes, kun forebygges“ har formodentligt medvirket til at forstærke denne tendens. Indsatsen har overvejende været henvist til blandt andet HIV-Danmarks initiativer, som fra år til år har været afhængige af velvilligheden fra diverse fonde og puljer, skønt det måske er her, det vigtigste og billigste forebyggende arbejde i den nuværende situation kan gøres. Forebyggelsesindsatsen har været koncentreret om oplysningskampagner, og behandling er overvejende blevet defineret som medicinsk behandling. Resultatet har været, at rådgivningsarbejdet i høj grad har været henvist til frivillige organisationer, hvilket medvirker til at friholde sundhedsmyndighederne for ansvaret for, hvordan denne rådgivning fungerer i praksis. 3: *Behandling af hiv-smittede og aids-patienter er defineret som adskilt fra aids-forebyggelsen, skønt behandlingen af hiv-smittede med al tilgængelig viden må anses for at være afgørende for forebyggelse og smittebegrænsning.*

Dette tredje paradoks hænger tæt sammen med prioritering i Danmark af let adgang til at blive testet. Der er i Danmark en relativt stor testhyppighed med over 87.870 tests i første halvår af 1995 (Smith 1995). Gevinsten ved tests er (foruden det epidemiologiske overblik) den rådgivning, der skal ledsage testen. Det er som nævnt kvaliteten af denne rådgivning, man bør indhente mere viden om, men der er et fundamentalt paradoks ind-

bygget, nemlig at 4: *Decentralisering af hiv-testen til praktiserende læger medfører stor spredning af erfaringen med rådgivning til hiv-smittede, hvilket antageligt betyder, at flere bliver testede, men færre hiv-smittede får tilstrækkelig støtte og rådgivning i forbindelse med testsvaret.* Ingen ved, hvor mange af dem, der ikke har kontakt med behandlingssystemet, som har modtaget en fyldestgørende rådgivning i forbindelse med hiv-diagnosen (se Anders Dahls artikel i dette nummer).

Dette fjerde paradoks er i modsætning til de andre ikke en central kampplads i medierne i aids-diskussionen i Danmark. Måske er paradokset udtryk for et af de problemer, der ikke levnes plads i kampens hede, hvor falske modstillinger og tvivlsomme tolkninger af de seneste statistikker kører debatten længere og længere ud på et sidespor. Skønt tvangstestning måske aldrig bliver gennemført for nogen grupper i Danmark, har forslaget i sig selv gjort det sværere at fokusere på de eksisterende problemer, og det har næppe øget de berørte etniske minoriteters vilje til at involvere sig i aids-forebyggelse.

## Stigmastatistik

Statistik har siden Sir Johns dage udviklet sig til en af grundpillerne i den moderne verdens måde at konstruere sin viden på. Statistikken anvendes til at give et udsagn slagkraft som grundlag for handling. Som sådan er det en vidensform, der ofte bruges som et redskab til kontrol; man vil nogen noget. Statistik kan være et godt epidemiologisk redskab til at overvåge, om den førte sundhedspolitik giver en tilfredsstillende grad af kontrol med spredningen af hiv. Det kan også anvendes til at skaffe sig øget kontrol over grupper i befolkningen, hvis rettigheder man ønsker at begrænse.

Dobbeltheden i epidemiologiens anvendelse af statistik genfindes i risikogruppe-betegnelsen. Det kan fortolkes som en gruppe, der er i en særlig risiko, og som derfor har behov for særlig støtte for at minimere denne risiko; eller det kan fortolkes som en gruppe, der udgør en særlig risiko for andre. Denne dobbelthed placerer risikogruppen mellem støtte og stigma. Udenlandske hiv-smittede bliver i medierne og i den politiske debat altovervejende defineret som en gruppe, der udgør en særlig risiko for den danske befolkning. Det er stigmatiseringens strategi. Såvel ud fra et almenmenneskeligt som ud fra et smittebekæmpelsessynspunkt tyder alt imidlertid på, at det er hensigtsmæssigt at anvende støttens strategi over for hiv-smittede. Det gælder også over for udlændinge, som i nogle tilfælde har været i langt større risiko for at blive smittet i deres hjemland som følge af den globale smittesprednings fordeling, og som efter ankomsten til Danmark ofte lever i en marginaliseret position i det danske samfund, og som på grund af hiv-smitten også risikerer udstødelse blandt deres landsmænd i Danmark.

At antage at statistikken er et middel til at vurdere befolkningers kvantum af lykke med henblik på fremtidige forbedringer er stadig for optimistisk. Derimod ligger det lige for at konstatere, at statistik er et glimrende udgangspunkt for politisk begrænsning af rettigheder for minoriteter. Aids-politikken bevæger sig i en balanceakt, hvor risikogrupperens støttende aspekt med kvartalsvis præcision i takt med den seneste aids-statistikks offentliggørelse angribes af det stigmatiserende aspekt – at problemet kan løses ved at undertrykke og isolere „smittebærerne“ fra „den almindelige befolkning“. Snarere end at måle befolkningens lykke bidrager statistikken på denne måde til den hiv-smittedes sociale ulykke.

## Noter

1. Tallet 346 fremkommer således: Totalen for smittet i udland er  $189+100+19=308$ ; hertil lægges 38 i kategorien „sex m/ person fra højrisikoområde“.
2. I deklARATIONEN fra WHO's Paris-topmøde om aids 1994, som Danmark er medunderskriver af, bekender man sig til en indsats mod aids, der på én gang bekæmper stigmatisering/diskriminering og laver en særlig indsats for migranter: „We, the Heads of Government or Representatives of the 42 States assembled in Paris on 1 December 1994 [...], mindful that it not only causes physical and emotional suffering but is often used as justification for grave violations of human rights, [...] solemnly declare [...] our determination to fight against poverty, stigmatization and discrimination, [...] Undertake in our national policies to protect and promote the rights of individuals, in particular those living with or most vulnerable to HIV/AIDS, through the legal and social environment, [...] ensure equal protection under the law for persons living with HIV/AIDS with regard to access to health care, employment, education, travel, housing and social welfare, [...] intensify the following range of essential approaches for the prevention of HIV/AIDS: [...] specific risk-reduction activities for and in collaboration with the most vulnerable populations, such as groups at high risk of sexual transmission and *migrant populations*. (WHO 1994, min fremhævning)
3. DR1 tog i TV-Avisens Søndagsmagasin søndag d. 13.10.96 endnu engang denne travet op, og endnu engang var grundlaget en tilsyneladende bevidst fejllæsning af statistikken, hvor al smitte, der kunne henføres til udlandet (danskere på rejse, udlændinge smittet i udlandet etc.) blev tørret af på indvandrere og flygtninge i Danmark, som befolkningen skulle „advares imod“.
4. En temadag afholdt i begyndelsen af 1995 med deltagelse af amts-kontaktpersoner, rådgivere og sundhedspersonale gav tilsyneladende udbredt opbakning til denne holdning (Stevnhøj 1995). Det næste skridt må være at bevilge midlerne til at muliggøre en opprioritering af sundhedspersonalets vilkår for at varetage denne del af forebyggelsen.

## Litteratur

- Davidsen-Nielsen, Hans & Pernille Stensgaard  
1995 Den afrikanske forbindelse. Weekend-avisen 3.-9.2.
- Finerman, Ruthbert & Linda A. Bennett  
1995 Guilt Blame and Shame: Responsibility in Health and Sickness. *Social Science & Medicine* 40(1):1-3
- Gilmore, Norbert & Margaret A. Somerville  
1994 Stigmatization, Scapegoating and Discrimination in Sexually Transmitted Diseases: Overcoming 'Them' and 'Us'. *Social Science & Medicine* 39(9):1339-58
- Goldin, Carol S.  
1994 Stigmatization and AIDS: Critical Issues in Public Health. *Social Science and Medicine* 39(9):1359-66
- Hacking, Ian  
1990 *The Taming of Chance*. Cambridge: Cambridge University Press
- Haour-Knipe, Mary & Françoise 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
- Hjuler, Bo  
1995 Krav om ny aids-politik. *Morgenposten Fyens Stiftstidende* 28.8.
- Jacobsen, Jan Krag  
1991 Samtalen i forebyggelsen af aids. Lægeforeningens Aids-konference den 12.11.1990. Bibliotek for læger 183(1):89-94



- Jöhncke, Steffen  
 1995 Hvis kultur? Politik og praksis i indsatsen for hiv-smittede udlændinge i Danmark. København: HIV-Danmark.
- Koefoed, Holger  
 1995a Danskere får aids fra Afrika. Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.  
 1995b Den afrikanske forbindelse. Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.  
 1995c Regeringen bøjer sig for kritik af hiv-politikken. Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.
- Krasnik, Allan, Jakob Bjørner & Birgit Westphal Christensen  
 1989 Community and Individual Considerations in Legislation and Test Policy Regarding HIV-Infection in the Nordic Countries – A Cross National Comparative Study. Social Science & Medicine 29(4):577-84
- Nybroe, Jeppe  
 1995 Krav om hiv-test for afrikanske asyløgere. Morgenavisen Jyllands-Posten 16.2.
- Schwalbe, Michael L. & Clifford L. Staples  
 1992 Forced Blood Testing: Role Taking, Identity, and Discrimination. Joan Huber & Beth E. Schneider (eds.): The Social Context of AIDS. American Sociological Association Presidential Series. California: Sage Publications.
- Seeberg, Jens  
 1996a Fire farlige ord. Evaluering af Sundhedsstyrelsens hiv/aids-oplysning til somaliere i Danmark. Sundhedsstyrelsen.  
 1996b Aids og Afrika i Danmark. Upubliceret ph.d.-afhandling, Århus Universitet.
- Smith, Else  
 1995 Hiv og aids i aktuelle tal. KursHiv 4.11.:27-8
- Stevnhøj, Anna Louise  
 1995 Kontaktopsporing i etisk modvind. KursHiv 2.5.:28-9
- Søndergaard Hansen, Bo  
 1993 Aids-fare oven i fængselsdom. Kristeligt Dagblad 1.11.
- WHO  
 1994 Declaration of the Paris AIDS Summit. 1.12.
- Zachariae, Hugh  
 1992a Smitteopsporing frem for alt. Stud. Med. 55(67):20-1  
 1992b Vigtigste våben i kampen mod aids. Jyllands-posten 27.9.  
 1992c Fatal fiasko for dansk aids-strategi. Berlingske Tidende 21.12.  
 1993 Kondomer gør det ikke. Vi bør lære af de svenske erfaringer. Politiken 10.12.  
 1994 Vi går fra bøsse-epidemi over i heteroseksuel epidemi. Frivilligheden i dansk aids-politik er ikke noget at prale med. Information 2.6.  
 1995 Aids i Danmark og Sverige. Ugeskrift for Læger 157(2):198-201

