

# Menneskerettighederne - brugt og misbrugt

Menneskerettighederne - brugt og misbrugt

D E N N Y V E R D E N  
TIDSSKRIFT FOR INTERNATIONALE STUDIER

DIIS • København • 2007

DEN NY VERDEN 2006:4

1

# Hiv som et menneskerettighedsproblem

Denne artikel beskæftiger sig med sammenhængen mellem hiv og menneskerettigheder, og hvorledes denne sammenhæng med tiden har bevæget sig fra at fokusere på de hiv-smittedes rettigheder til også at inkludere udsatte gruppers rettigheder. Endelig diskuteres nogle af de aktuelle udfordringer i forhold til hiv og menneskerettigheder.

## Introduktion

I den årlige opgørelse af hiv-epidemien offentliggjort af UNAIDS og WHO kan det konstateres, at der stadig er et stigende antal smittede i verden. Konkret anslås det, at der er 39,5 millioner mennesker, der i dag lever med hiv-smitten. Langt hovedparten af de smittede kommer fra udviklingslande, og mere end 60 procent af alle smittede bor i Afrika syd for Sahara, som stadig er hiv-epidemiens centrum. Der er desuden en relativt stor stigning i hiv-spredningen i områder som Østeuropa og Centralasien samt Syd- og Sydøstasien.

<i>Region</i>	<i>Antal hiv-smittede</i>
Afrika syd for Sahara	24.700.000
Syd- og Sydøstasien	7.800.000
Østasien	750.000
Latin Amerika	1.700.000
Østeuropa og Centralasien	1.700.000
Vest- og Centraleuropa	740.000
Nordamerika	1.400.000
Karibien	250.000
Mellemøsten og Nordafrika	460.000
Oceanien	81.000
<i>I alt</i>	<i>39.500.000</i>

*Kilde: UNAIDS & WHO: AIDS epidemic update 2006*



En lang række forskellige faktorer har betydning for personers risiko for at blive udsat for hiv-smitte, for eksempel biologiske forhold, viden om hiv og forebyggelse, de sociale og økonomiske forhold, som folk lever under, kulturelle praksisser og forestillinger om f.eks. kønsroller. Generelt kan man konstatere, at personers evne til at træffe selvstændige beslutninger om deres eget liv og sundhed samt deres muligheder for at gennemføre sådanne beslutninger har betydning for, hvor udsatte folk er for hiv-smitte.

## Hiv-positives rettigheder

Da de første hiv-tilfælde blev konstateret i 1980'erne, stod de fleste lande uforberedt over for denne udfordring. Det blev særdeles klart, da det hurtigt viste sig, at hiv og aids rummede kimen til en egentlig epidemi eller pandemi (pandemi er en global epidemi).

En række lande reagerede på den nye udfordring ved at indføre begrænsninger i hiv-smittedes muligheder for at rejse ind og ud af lande (en regel, som bl.a. USA stadig har) og ved at placere hiv-smittede i karantæne. Sådanne metoder var tidligere benyttet i bekæmpelsen af smitsomme sygdomme, men viste sig ikke at have den ønskede effekt i forhold til hiv, bl.a. fordi mange hiv-smittede kunne være smittede i årevis, inden de fik symptomer, ligesom de også kunne være syge i årevis.

Derudover reagerede nogle lande ved at foretage obligatoriske/tvungne hiv-tests af udvalgte befolkningsgrupper, ligesom hiv-smittede blev nægtet adgang til uddannelse af frygt for smitte, deres ret til at arbejde blev begrænset, og nogle steder blev deres adgang til sundhedsydelser begrænset som konsekvens af frygt for smitte.

Nogle hiv-positive oplevede desuden, at tavshedspligten i mødet med sundhedsvæsenet ikke altid blev respekteret, hvilket kunne have alvorlige konsekvenser for den forurettede, for eksempel i forhold til arbejde, uddannelse samt i forholdet til familiemedlemmer. Mange af de indsatser, der blev gennemført dengang, var der ingen sundhedsmæssige argumenter for, de bundet i samfundets usikkerhed og utryghed over for hiv og aids.

Disse overgreb fik en række hiv-organisationer og menneskerettighedsaktivister til at sætte fokus på hiv-smittedes rettigheder og sammenhængen mellem menneskerettigheder og effekten af forebyggelsesindsatser. Erfaringerne viste, at effekten af hiv-forebyggelsesindsatser var langt større, hvis der var respekt for menneskerettigheder, blandt andet fordi man så undgik at presse hiv-smittede 'under jorden', hvor de er svære at få i tale. Desuden blev det anført, at restriktive indsatser kunne medføre, at hiv-smittede undlod at oplyse om deres status, ikke søgte behandling eller ikke blev testet og måske ikke brugte prævention med deres partnere

– indsatser, der ikke respekterede menneskerettighederne, kunne altså fremme spredning af hiv i stedet for at forebygge spredningen.

Hiv-smittedes menneskerettigheder kom således inden for de første år af epidemien til at stå relativt højt på dagsordenen – stærkt støttet af den vestlige verdens hiv- og bøsse-organisationer, som havde kapaciteten til at sætte denne dagsorden. Menneskerettigheder kom også til at stå forholdsvis centralt i WHO's første hiv/aids-strategi, hvilket allerede dengang var med til sikre, at et sundhedsspørgsmål som hiv blev forankret i international lov.

## Hiv og sårbarhed

Ved nærmere eftersyn er hiv-epidemierne i forskellige regioner på én og samme tid forskellige og meget ens. Hvor det i Afrika syd for Sahara hovedsagelig er kvinder, unge piger og migrantarbejdere, som er særligt udsat for smitte (selv om der også er en væsentlig andel af mænd blandt hiv-smittede afrikanere), er det i Centralasien og Syd- og Sydøstasien hovedsagelig stofmisbrugere og prostituerede, der er udsat for hiv-smitte, og i Vesteuropa har det hovedsagelig været homoseksuelle mænd.

Selv om de grupper, der er udsatte for hiv-smitte, varierer betragteligt mellem regioner og lande – og nogle gange inden for landene – er der alle steder en tendens til, at det er marginaliserede grupper, som er mest udsatte. Dette uagtet, at smitten måske oprindeligt er kommet til de enkelte lande i helt andre sociale lag. Således påpegede den tidligere leder af WHO Global Programme on AIDS, at selv om hiv først blev konstateret blandt personer tilhørende de højere sociale lag i eksempelvis Etiopien og Brasilien, så udviklede epidemierne sig på en sådan måde, at udsatte grupper blev gradvist hårdere ramt.

I alle samfund er det de personer, som var marginaliserede, stigmatiserede og som blev diskriminerede imod, inden hiv og aids kom, som har størst risiko for at blive smittet med hiv. (Mann 1996)

Det er altså kendetegnende for de grupper, som er mest udsat for hiv-smitte, at de også er socialt udsatte, marginaliserede, oplever diskrimination eller på anden måde får krænket deres menneskerettigheder. Det drejer sig for eksempel om overtrædelser af kvinders økonomiske, sociale og politiske rettigheder og dermed begrænsninger af deres muligheder for at træffe og gennemføre egne valg, eller om kriminalisering og stigmatisering af homoseksuelle og prostituerede, hvilket bidrager til en fortsat spredning i disse miljøer. Men det drejer sig også om unge pigers adgang til information om hiv og til kondomer, en ret som har indflydelse på pigers mulighed for at træffe informerede valg og gennemføre disse for

at beskytte sig mod hiv-smitte, men som nogle gange bliver udfordret af religiøse eller moralske grunde.

Med erkendelsen af, at marginalisering og udsathed var centrale problemstillinger i forebyggelsen af hiv, blev rettighedstilgangen mere centralt placeret i 1990ernes indsats. Det var ikke længere kun de hiv-smittedes rettigheder, der fokuseredes på, men også rettighederne for personer, der har relation til hiv-smittede (barn, kone, mand, søster etc.), og personer, der er marginaliserede i samfundet. Kriminalisering af bestemte typer af adfærd samt indførelse af restriktiv lovgivning for at forebygge yderligere hiv-smitte blev imødegået fra flere fronter, og blandt andre WHO påpegede, at der i lyset af hiv og aids ikke var nogle folkesundhedsmæssige argumenter for at indføre begrænsninger i personers rettigheder.

Det blev erkendt, at hiv-forebyggelse ikke kunne løses gennem oplysning og distribution af kondomer alene, og at personers adfærd ofte er betinget af andre forhold end deres viden om, hvad der objektivt er bedst for deres helbred. For eksempel var, og er, gifte kvinder i Afrika særligt udsatte for hiv-smitte – i Afrika syd for Sahara er mere end 60 procent af alle hiv-smittede kvinder. Det er generelt ikke kvindernes egen seksuelle adfærd, der er årsag til, at de bliver smittet med hiv: Gifte kvinder bliver som oftest smittet af deres ægtemand, som har haft ubeskyttet sex med andre kvinder. I en række lande har yngre gifte kvinder således en højere hiv-rate end tilsvarende seksuelt aktive ugifte piger. Den gifte kvinde har sjældent selv kontrol over sin egen seksualitet, det er f.eks. typisk manden, der bestemmer, om der skal bruges prævention. Derudover er kvinden er oftest økonomisk afhængig af manden og kan derfor dårligt forlade ham eller risikere, at han forlader hende. Før kvinders økonomiske og sociale status således styrkes, vil hiv-oplysning som oftest have ringe effekt på de mest udsatte kvinder. Faktorer som diskrimination, ejerskab til jord, adgang til arv, adgang til uddannelse, adgang til kredit mv. vil her blive centrale.

## Hiv og stigmatisering/diskrimination

Ud fra en rettighedsvinkel er stigmatisering og diskrimination nogle af de væsentligste udfordringer i forbindelse med en indsats mod hiv. Stigmatisering og diskrimination kan dels opleves som en konsekvens af en hiv-diagnose – hiv-positive bliver set ned på, mister deres job, får ringere adgang til sundhedsydelser osv. Dels kan stigmatisering og diskrimination være en årsag til, at folk bliver udsat for smitte, f.eks. at prostituerede ikke har adgang til ydelser i forbindelse med deres seksuelle sundhed, at homoseksuelle ikke har adgang til information og kondomer, at stofmisbrugere ikke har adgang til rene kanyler og sprøjter, samt at unge piger ikke har adgang til rådgivning og behandling i forbindelse med deres seksuelle og reproduktive sundhed.

Diskrimination forekommer, når personer, for eksempel hiv-positive, bliver udsat for forskelsbehandling på grund af deres formodede hiv-status på en måde, der forringer deres adgang til ydelser, viden og støtte.

Ved stigmatisering forstås, at en person eller en gruppe tillægges nogle uønskede og vanærende egenskaber. Stigma hænger ofte sammen med misinformation og mangel på viden, hvor en eller flere grupper bliver gjort ansvarlig for hiv-epidemien på grund af deres påståede promiskuøse eller amoralske adfærd. Samtidig styrkes stigmatiseringen af, at hiv er en dødelig sygdom, hvor der mange steder i Verden ikke er adgang til behandling. Det er blandt andet derfor, at dele af den sydafrikanske aids-bevægelse har fokuseret meget på at sikre adgang til hiv-medicin. Den sydafrikanske højesteretsdommer Edwin Cameron, som selv er hiv-positiv, har understreget betydningen af adgang til behandling i indsatsen mod stigmatisering af hiv-positive.

Behandling har uigenkaldeligt fjernet sammenhængen mellem aids og død. På den baggrund kan vi begynde at ændre den sociale stigmatisering og fobierne, som gør det vanskeligt at tale åbent om og gennemføre effektiv forebyggelse. (Cameron 2001, her fra Heywood 2002)

På trods af, at der er skabt øget adgang til behandling, er det i dag langt de færreste af dem, der har behov for behandling, som også har adgang til den.

I samfund, hvor der er udbredt stigmatisering og diskrimination, vil der være behov for at beskytte de hiv-smittede og udsatte grupper for at hindre yderligere smitte. Dette på trods af, at der ofte kan være et ønske om at straffe de 'skyldige'. Den australske højesteretsdommer Michael Kirby formulerede på denne baggrund det såkaldte aids-paradoks:

... en af de mest effektive love, der kan indføres for at bekæmpe spredningen af hiv, som fører til aids, er beskyttelse af personer, der lever med hiv og aids, deres pårørende og omgangskredse, mod diskrimination. Det er et paradoks, eftersom samfundet forventer, at love skal beskytte dem, der ikke er smittede, fra de smittede. (Kirby 1995)

At hiv-smittede og andre berørte grupper skal ydes særlig beskyttelse, skyldes dels, at det er en menneskeret at blive beskyttet mod diskrimination, og dels at der også er folkesundhedsmæssige argumenter for en sådan beskyttelse – da det i sidste ende beskytter hele befolkningen mod smitte.

## Fokusering på hiv og menneskerettigheder

Hiv og aids blev som nævnt knyttet tæt sammen med rettigheder i løbet af 1980'erne og 1990'erne. Det betød, at hiv- og aids-strategierne blev forankret i international lov, og at staterne dermed blev gjort ansvarlige for at sikre en række rettigheder i relation til hiv og aids.

På trods af det store fokus, der har været på hiv og aids, og på trods af at forebyggelse af hiv var et af de allerførste indsatsområder, der anvendte en rettighedsbaseret tilgang til forebyggelse, skulle der gå næsten 20 år fra hiv blev konstateret, til hiv-smittedes og udsatte gruppers rettigheder blev nævnt i FN-deklarationer. De væsentligste deklarationer, hvor hiv og aids bliver behandlet, er UN Millennium Declaration og Millennium Development Goals – 2015-målene – fra 2000, Declaration of Commitment fra 2001 og Political Declaration from the High Level Meeting on HIV and AIDS fra 2006.

Deklarationer er i modsætning til konventioner og traktater ikke juridisk bindende, men de har en væsentlig politisk betydning, da regeringerne trods alt har accepteret indholdet af deklarationerne ved FN-konferencer. Deklarationerne er derfor et godt udgangspunkt for civilsamfundets aktiviteter for at påvirke regeringers prioritering af forebyggelse og behandling af hiv og aids.

De rettigheder, deklarationerne refererer til f.eks. i forhold til forebyggelse og behandling af sygdom samt ikke-diskrimination, er taget fra de eksisterende og juridisk bindende konventioner, som de fleste lande har tilsluttet sig, og som de derfor er forpligtet til at implementere. Nogle af de væsentlige rettigheder, som har betydning for hiv og aids, vil kort blive gennemgået i det følgende. Rettighederne er sikret i konventioner som den internationale konvention om økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder, den internationale konvention om borgerlige og politiske rettigheder, konventionen om afskaffelse af alle former for diskrimination mod kvinder og konventionen om barnets rettigheder. Derudover er staters forpligtigelser i forhold til hiv beskrevet med udgangspunkt i UNAIDS' og OHCHR's internationale retningslinjer vedr. hiv/aids og menneskerettigheder.

*Ikke-diskrimination.* I konventionerne slås det fast, at alle mennesker er lige for loven og er berettiget til beskyttelse uden nogen forskelsbehandling. Desuden slås det fast, at diskrimination eller forskelsbehandling skal forbydes, og alle skal sikres en ligelig og effektiv beskyttelse mod diskrimination på grund af f.eks. race, hudfarve, køn, sprog, religion, politisk eller anden anskuelse, national eller social herkomst, formueforhold, fødsel eller anden stilling. FN fastslog i 1995, at 'anden stilling' i forbindelse med ikke-diskrimination inkluderer sundhedsstatus, herunder hiv og aids.

Ikke alene er diskrimination moralsk og juridisk forkert, den udgør også en hindring for en effektiv forebyggelses- og behandlingsindsats. For at hindre fortsat hiv-smitte er det væsentligt, at der er accept og forståelse for hiv-smittede, så de tør lade sig teste, stå frem som smittede og ikke mindst søge viden og information om, hvordan de undgår at smitte andre.

Diskrimination øger derudover nogle marginaliserede gruppers risiko for at blive smittet med hiv, det drejer sig blandt andet om prostituerede, homoseksuelle, stofmisbrugere, kvinder, børn og fanger.

*Sundhed.* Ethvert menneske har ifølge international menneskerettighedslovgivning ret til at “nyde den højst opnåelige fysiske og psykiske sundhed”, og staterne er forpligtet til at forebygge, behandle og bekæmpe epidemiske sygdomme, inkl. hiv.

For at forebygge og behandle hiv bør stater tilbyde information og uddannelse om hiv og aids, informere om forebyggelse af smitte, sikre adgang til kondomer og hiv-test, og hiv-screene blodforsyninger, samt sikre adgang til behandling og medicin. Den medicin, som stater som minimum bør tilbyde sin borgere, er de medikamenter, som er nævnt på WHO's liste over nødvendig eller basal medicin, *essential medicine*. Her er antiretroviral medicin (hiv-medicin) identificeret som en medicingruppe, der bør tilbydes.

Imidlertid vil det være mere end vanskeligt for mange ulande at opfylde alle disse forpligtigelser på kort sigt, hvorfor staterne er forpligtet til at sikre en gradvis implementering af rettighederne. Dog er staterne umiddelbart forpligtet til at sikre, at der ikke udøves nogen form for diskrimination i forhold til retten til sundhed, ligesom staterne skal iværksætte initiativer til at sikre retten til sundhed. Det vil være væsentligt at sikre, at også særligt udsatte og marginaliserede grupper sikres retten til sundhed, herunder forebyggelse og behandling af hiv.

*Privatlivets fred.* Ifølge konventionen om de borgerlige og politiske rettigheder må ingen udsættes for vilkårlig eller ulovlig indblanding i sit privat- eller familieliv. I forhold til hiv betyder det blandt andet, at stater skal sikre beskyttelse mod, at hiv-test bliver foretaget uden informeret samtykke, og at der er procedurer, der sikrer beskyttelse af personfølsom information. Dette er dels vigtigt for at sikre den enkeltes privatliv og dels for at sikre, at alle trygt kan henvende sig til sundhedsvæsenet for test, rådgivning og behandling.

Brugen af obligatorisk hiv-test i forbindelse med for eksempel ansættelser kan ligeledes ses som et indgreb i den enkeltes privatliv og bør derfor undgås.

Derudover er også den enkeltes seksuelle orientering beskyttet af ‘privatlivets fred’. Det gælder bl.a. homoseksualitet, som er forbudt i en række lande.

Ved at kriminalisere homoseksualitet risikerer man, at grupper med høj forekomst af hiv skjuler sig, og forebyggelses- og at behandlingsindsatser dermed bliver væsentligt vanskeliggjort.

*Adgang til information.* Ifølge konventionen om de borgerlige og politiske rettigheder har enhver ret til at søge, modtage og give oplysninger og tanker af enhver art. Denne rettighed betyder, at stater bør sikre, at der er informationsmaterialer til rådighed om, hvordan man beskytter sig mod hiv-smitte (UNAIDS & OHCHR 2006). Disse materialer skal gøres tilgængelige for alle relevante befolkningsgrupper, herunder kvinder, børn og unge, homoseksuelle og stofmisbrugere. Det medfører ligeledes, at det ikke skal være strafbart at formidle sådan information til homoseksuelle eller stofmisbrugere, selv om disse gruppers adfærd er kriminaliseret.

*Arbejde.* Ifølge konventionen om økonomiske, sociale og politiske rettigheder skal alle mennesker frit kunne søge og påtage sig et arbejde. Denne ret betyder, at en medarbejders adgang til eksempelvis sundheds- og pensionsordninger ikke må forringes på grund af personens hiv-status, og hverken medarbejdere eller kommende medarbejdere er forpligtet til at oplyse, om de er hiv-positive.

Selv om det er langt de færreste jobs, der kan indebære en risiko for overførsel af hiv-smitte, er arbejdsgiveren i de tilfælde, hvor der kan være en risiko, for eksempel i sundhedssektoren, forpligtet til at minimere denne risiko gennem træning og indførelse af sikkerhedsprocedurer.

*Kvindens rettigheder.* Diskrimination af kvinder medfører, at kvinder ofte i højere grad er udsat for hiv-smitte (samtidigt med at de biologisk er mere udsat). Kvinders lavere sociale og økonomiske status ses som en af årsagerne til, at en stadig større andel af de hiv-smittede er kvinder.

Diskrimination af kvinder begrænser deres muligheder for at forebygge smitte, søge behandling og imødegå konsekvenser af deres egen eller familiemedlemmers hiv-status. Staten skal bl.a. sikre, at der ikke diskrimineres mod kvinder, at kvinder får samme økonomiske muligheder som mænd, og at kvinder og piger får adgang til information og ydelser i forbindelse med deres seksuelle og reproduktive sundhed. Ligeledes skal kulturelle opfattelser af kvinders underordnede status i forhold til mænd imødegås.

*Børns rettigheder.* Børnerettighedskonventionen fastslår, at børn i vid udstrækning er berettiget til samme rettigheder som andre mennesker, og peger derudover på nogle særlige rettigheder for børn, som også kan have betydning i forbindelse med hiv-indsatser. Det drejer sig blandt andet om at sikre børn mod prostitution, seksuel udnyttelse og vold, som kan øge deres risiko for hiv-infektion. Derudover er børn sikret særlige rettigheder

til arv og omsorg, når deres forældre dør, ligesom retten til information – herunder om hiv – og uddannelse sikres. Endelig fastslås, at børn skal have medbestemmelse på beslutninger, der vedrører dem selv.

Ud over de her nævnte rettigheder er der en lang række rettigheder, som er væsentlige for en langsigtet hiv-indsats, bl.a. retten til uddannelse og retten til sociale ydelser. Det er staternes opgave at respektere, beskytte og realisere de rettigheder, der er nævnt i de konventioner, de har tiltrådt. Civilsamfundet og nationale menneskerettighedsinstitutioner har en væsentlig opgave i at monitorere, om staten lever op til sine forpligtigelser, og advokere for indsatser, der bedre beskytter udsatte gruppers rettigheder.

## Udfordringer i forbindelse med hiv og menneskerettigheder

I arbejdet med at sikre hiv-smittede og marginaliserede gruppers rettigheder er der gennem årene opnået ganske betydelige resultater. Blandt andet er sammenhængen mellem menneskerettigheder og effektive forebyggelsesprogrammer slået fast i flere internationale og nationale strategier til hiv-bekæmpelse og i en række FN-deklarationer.

Mange lande har desuden revideret deres lovgivning, så den er i overensstemmelse med internationale anbefalinger og sikrer hiv-smittede og udsatte gruppers rettigheder. En væsentlig indsats har også været at sikre adgang til antiretroviral behandling (hiv-medicin) af hiv-smittede i ulande. En indsats, der er væsentlig for at sikre den enkeltes overlevelse og familiers fortsatte eksistensgrundlag og for at imødegå stigmatisering af hiv-smittede, da dødelige sygdomme ofte er genstand for mere stigmatisering end sygdomme, der kan behandles. Adgangen til behandling hænger derfor tæt sammen med retten til sundhed, retten til basal medicin og er desuden væsentlig for at undgå stigmatisering, der igen hænger tæt sammen med diskrimination.

Imidlertid er der stadig en lang række udfordringer for at sikre, at menneskerettigheder bliver en integreret del af indsatsen mod hiv.

## Stigmatisering og diskrimination

Selv om stigmatisering og diskrimination har været centrale emner i hiv-forebyggelsen lige siden 1980'erne, pegede landekonsultationer i mere end 100 lande i 2006 på stigmatisering og diskrimination som nogle af de væsentlige hindringer for at styrke hiv-forebyggelse og -behandling.

Der er behov for oplysende indsatser og revision af de nationale lovgivninger, ligesom der er behov for at sikre implementering af love, der forhindrer

diskrimination af hiv-smittede og udsatte grupper. I en række lande er der blevet vedtaget love og politikker, som skulle beskytte hiv-positive og andre udsatte grupper, men i flere tilfælde bliver de ikke formidlet videre til ansatte i sundhedsvæsenet, fængselsvæsenet, retsvæsenet mv., som skal sikre deres faktiske implementering. Det har i forskellige lande haft betydning for særlige gruppers adgang til sundhedsydelse, for kvinders adgang til arv og til at eje jord, samt adgang til information, behandling og kondomer for bl.a. indsatte i fængsler og prostituerede.

Derudover har der i de senere år været øget fokus på at anvende straffeloven mod folk, der udsætter andre for hiv-smitte. I nogle tilfælde er lovene unødvendigt brede og definerer ikke tilstrækkeligt, om den hiv-positive skal have haft intention om at smitte andre, eller om skødesløshed er tilstrækkeligt til at straffe hiv-positive, ligesom det ikke altid fremstår klart, hvorfor alene hiv og ikke andre seksuelt overførte infektioner er strafbare at udsætte andre for. Der kan derfor være behov for at sikre, at strafferetslovgivningen i de enkelte lande ikke diskriminerer mod hiv-positive og ikke unødigt bidrager til stigmatisering, men alene sigter på at straffe det fåtal af personer, der bevidst søger at skade andre.

### *Hiv-test og -behandling*

I kølvandet på den øgede tilgængelighed af antiretroviral behandling er der kommet øget fokus på de mere 'tekniske' løsninger på hiv-epidemien, såsom adgang til behandling, til kondomer og til hiv-test og rådgivning. Derimod er der i mindre grad fokus på at iværksætte indsatser målrettet mod de sociale, økonomiske og andre underliggende faktorer, som har betydning for spredningen af hiv. Det kan blandt andet ses af UNAIDS' retningslinjer, som er udviklet til at udarbejde nationale mål i forbindelse med at "sikre universel adgang til hiv-forebyggelse, behandling og støtte". Ingen af de identificerede indikatorer forholder sig til faktorer som sårbarhed eller diskrimination.

Da effekten af at sikre adgang til behandling, til kondomer og hiv-test ofte er afhængig af netop sociale, økonomiske og kulturelle forhold samt stigmatisering og marginalisering, vil det være væsentligt fortsat at forholde sig til de problemer, der knytter sig hertil – altså sikre, at der fortsat er fokus på rettigheder. Eksempelvis kan mange kvinder i Afrika ikke selv bestemme, om de vil bruge kondom med deres mand eller partner, hvor forøget tilgængelighed og information om kondomer ikke er en tilstrækkelig forebyggelsesindsats. Ligeledes er der fra Sydafrika eksempler på, at aids-syge undlader at søge behandling af frygt for stigmatisering og skam.

I forbindelse med målsætningen om at sikre universel adgang til bl.a. behandling og test har der været behov for at udvikle metoder til at øge adgangen til hiv-test. Det skal helst ske, uden at patienters rettigheder bliver krænket. Det forslag, der aktuelt er fremlagt fra WHO's side, peger

på en tilgang til hiv-test i lande med høj hiv-forekomst, hvor tests tilbydes rutinemæssigt, når patienter har kontakt med sundhedsvæsenet. Flere undersøgelser peger på, at mange ønsker at lade sig teste for hiv, men oftest er det kun et fåtal af dem, der faktisk lader sig teste. Det kan skyldes faktorer som manglende eller besværlig adgang til test-steder og frygt for stigmatisering. At lægge op til en markant udvidelse af test-aktiviteten, hvor sundhedspersonale ikke giver neutral vejledning, men direkte anbefaler hiv-test, bør derfor følges op med indsatser til at sikre de hiv-positives privatliv. Altså at uvedkommende ikke får adgang til viden om patientens hiv-status, uden af patienten selv har givet tilladelse til det.

Samtidig skal det også sikres, at der reelt er adgang til behandlingstilbud. Selv om der er sket store fremskridt i adgangen til antiretroviral behandling i ulandene, er det i langt de fleste lande under 20 procent af dem, der har behov for det, som har adgang til denne behandling. Det vil være væsentligt at sikre, at adgangen til denne behandling generelt øges, og at også udsatte grupper får adgang til behandling. I lande i Østeuropa og Centralasien er op mod 70 procent af de hiv-positive stofmisbrugere, ikke desto mindre er det langt de færreste af dem, der modtager behandling, som kommer fra denne gruppe. En lignende tendens ses i andre regioner, hvor de mest udsatte og dem med højest forekomst af hiv har den ringeste adgang til antiretroviral behandling. Så længe der ikke inden for det eksisterende sundhedssystem er adgang til antiretroviral behandling, skal der som et minimum sikres adgang til behandling for følgesygdomme.

## Marginaliserede gruppers rettigheder

Som det blev illustreret ovenfor, er bl.a. adgangen til behandling relativt begrænset for marginaliserede grupper. I det hele taget er marginaliserede gruppers adgang til sundhedsydelser, forebyggelse og andre ydelser begrænset, og den politiske vilje til at hjælpe prostituerede, stofmisbrugere, homoseksuelle og indsatte i fængsler er ofte begrænset. Det kunne blandt andet ses i forbindelse med FNs møde om hiv og aids i juni 2006, hvor netop benævnelsen af disse grupper som udsatte viste sig at være problematisk for mange lande – og endte med at udgå i den endelige deklARATION fra mødet.

Ud over at der vil være behov for at sikre adgang til ydelser for denne gruppe, vil også adgang til juridisk bistand til udsatte grupper være væsentlig. Den findes allerede i enkelte lande, men er endnu ikke et tilbud, som de fleste har adgang til. Ligeledes vil støtte til styrkelse af civilsamfundet være af betydning for de udsatte grupper, da erfaringerne viser, at stater sjældent af sig selv prioriterer disse grupper.

*Niels Sandøe er cand.scient.soc. og tidligere sekretariatsleder ved Institut for Menneskerettigheder. Arbejder nu i Sundhedsstyrelsen*

## Litteratur

Gruskin, Sofia, Katarina Tomasevski & Art Hendriks. 1996. Human rights and responses to HIV/AIDS. In *AIDS in the world*, see Mann & Tarantola 1996.

Gruskin, Sofia & Daniel Tarantola. 2001. Discrimination and human rights – HIV/AIDS and human rights revisited. *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review* vol. 6, no. 1/2.

Heywood, Mark. 2002. HIV and AIDS: from the perspective of human rights and legal protection. In *One Step Further– Responses to HIV/AIDS*, SIDA Studies no 7, Stockholm: SIDA. [http://www.sida.se/shared/jsp/download.jsp?f=SIDA1693en\\_Studies\\_No7.pdf&ca=2469](http://www.sida.se/shared/jsp/download.jsp?f=SIDA1693en_Studies_No7.pdf&ca=2469), 09.05.2007.

Heywood, Mark. 2004. Human rights and HIV/AIDS in the context of 3 by 5: time for new directions? *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review* vol. 9, no 2.

Kirby, Michael. 1995. *HIV and law – a paradoxical relationship of mutual interest*. Abstract, IUVDT World STD/AIDS Congress, Singapore.

Mann, Johathan & Daniel Tarantola, eds. 1996. *AIDS in the world II – the global AIDS policy coalition*. Oxford and New York: Oxford University Press.

Open Society Institute Law and Health Initiative. 2006. *Human rights and HIV/AIDS: now more than ever*. New York. [http://www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles\\_publications/publications/human\\_20060802/humanrights\\_20060802.pdf](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles_publications/publications/human_20060802/humanrights_20060802.pdf), 09.05.2007.

UNAIDS. 2006. *2006 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva. [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp), 09.05.2007.

UNAIDS & OHCHR. 2006. *International guidelines on HIV and human rights*. Geneva. [http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/docs/consolidated\\_guidelines.pdf](http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/docs/consolidated_guidelines.pdf), 09.05.2007.