

# Epidemins aktörer. Patientkollektiv som maktfaktor: exemplet hiv/aids

David Thorsén

Vik. universitetslektor, Institutionen för idé- och lärdomshistoria,  
Uppsala universitet, Uppsala. E-post: david.thorsen@idehist.uu.se.

Hivepidemin är ett ofta använt exempel på hur enskilda patienter och större patientgrupper varit starka aktörer i relation till exempelvis myndigheter, läkemedelsindustri, makthavare och media. Samtidigt finns det betydande skillnader mellan hur olika patientkollektiv formerats och agerat. I artikeln urskiljs fyra kategorier av patientkollektiv utifrån 1980- och det tidiga 1990-talets svenska hivepidemi som exempel: "aktivisterna", "de tysta", "de marginaliserade" och "de osynliga". I artikeln understryks hur viktigt det är att erkänna patienter som kollektiva aktörer samt att undersöka hur olika patientgrupper kan påverka hur en epidemi förstås och hanteras.

The HIV epidemic is an often-used example of how individual patients and larger patient groups have been strong players in relation to, for example, government agencies, the pharmaceutical industry, policymakers and the media. At the same time there were significant differences between how different groups of patients was formed and what consequences it had. This article examines how different patient groups acted in the Swedish HIV epidemic in the 1980s and early 1990s. Four categories of patients are distinguished: "the activists", "the quiet", "the marginalized", and "the invisible". The analysis stresses that it is important to not only acknowledge patients as collective actors in epidemics, but also to investigate how different groups of patients act and influence how epidemics are understood and managed.

## Inledning

I den internationella forskningen är hiv ett sedan länge ofta använt exempel på en epidemi där patienter tagit plats i medial offentlighet och visat stor aktivitet i relation till makthavare, sjukvårdspersonal, myndigheter och läkemedelsindustri (Grmek 1990; Collins & Pinch 2002; Crimp 2002; Lupton 2004). Det har till och med talats

om 1980-talets hivpatient som en ny patienttyp få läkare tidigare stött på: påläst, driven, kapabel, krävande och utmanande (Epstein 1996). Ibland kunde reaktionen hos läkare och annan sjukvårdspersonal bli negativ, relationen konfliktfylld. Men oftare utvecklades en stark solidaritet mellan personal och patienter, ett engage-

mang som riskerade driva personalen att arbeta dag och natt tills de till sist brände ut sig (Bayer & Oppenheimer 2001).

Liknande erfarenheter går att hitta även i Sverige (Pehrson & Morfeldt-Månsson 1992). I den svenska epidemins inledning var det exempelvis många som reagerade starkt mot att beskrivas som ”drabbade” då de smittats av det nya viruset. Ordet uppfattades signalera maktlöshet och uppgivenhet. Att man som bärare av hiv förlorat kontrollen, att smitta och sjukdom tagit över kropp, identitet och framtid. ”Det lärde vi oss väldigt tidigt i epidemin, att inte kalla hiv-positiva för hiv-drabbade”, minns psykologen Mikael Westrell. ”Det ligger i just detta att komma ifrån stigmatiseringen av att man var ett passivt offer, som inte kunde göra någonting själv åt sin situation /.../ Man var långt ifrån offer, även om man sedan blev svårt sjuk och dog” (Östberg 2013:29).

Situationen är samtidigt komplex.

I Sverige liksom i andra delar av västvärlden var det i första hand välutbildade och välorganiserade homosexuella män i storstäderna som lyckades etablera sig som en förhållandevis stark aktör (Altman 1988; Voss 1990). Redan från början fanns det dock flera andra, betydligt mer lågmälda patientgrupper – som blödersjuka och de transfusionssmittade. Det fanns också patienter vars röster nästintill helt saknades i den offentliga diskussionen – som de som smittats utomlands – samt patienter som i praktiken ibland knappt ens räknades som patienter, exempelvis prostituerade, kvinnliga heroinister (Thorsén

2013). Även i ett globalt perspektiv har skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper, länder och kontinenter lyfts fram som stora (Follér & Thörn 2005; Kallings 2005; Engel 2006).

Hiv väcker därför många frågor om hur olika kollektiv skapas och agerar under en epidemi, samt vilka effekter det får för hur epidemin uppfattas och hanteras. Eller mer avgränsat: Vad finns att lära av det sena 1900-talets svenska hivepidemi sett till en mer kollektiv patienterfarenhet? Hur kom exempelvis olika patientkollektiv att formeras? Vilka strategier valdes och med vilket resultat? Och går det att säga något mer generellt utifrån det enskilda historiska exemplet? Vilka kunskaper kan tas tillvara inför framtiden, inför kommande epidemier?

## Strategier och patientkollektiv

Betraktat i siffor liknar den svenska hivepidemin den i andra västeuropeiska länder. Under 1980-talet dominerades rapporteringen av kategorierna homo- och bisexuella män (numera används kategorin män som har sex med män, MSM) och injektionsmissbrukare, även om det tidigt stod klart att också andra patientgrupper bar på viruset. Under det senaste kvartsdecenniet – från år 1990 – har rapporteringen istället dominerats av personer smittade utomlands och där den största gruppen utgörs av immigranter som smittats innan ankomsten till Sverige (Berglund et.al 2012).

Det är uppenbart att läkare, epidemiologer, myndigheter, massmedier och politiker måste ses som helt cen-

trala aktörer i hur en epidemi förstås, bemöts och hanteras (Rosenberg 1992). Lika självklart borde det vara att erkänna också smittades och sjukas individuella och kollektiva handlingsutrymme och aktörskap.

I en epidemi kan dock större patientkollektiv formeras och agera på en rad olika sätt. Utifrån den svenska hivepidemins exempel urskiljer jag här fyra idealtypiska patientkollektiv.

### Aktivisterna

En första kategori kan kallas för ”aktivisterna”. De är välorganiserade och offentliga, söker konfrontation kring symbolfrågor men är annars samarbetsinriktade i syfte att nå konkreta resultat. Som aktiva kunskapskonsumenter och kunskapsproducenter skapar de sin egen expertkunskap och en egen expertis. De är även produktiva i relation till media genom att använda olika (mass-)medier för att sprida sin egen röst och berättelse. I framförallt en amerikansk kontext finner man från början av 1980-talet ett snabbt ökande antal organisationer som lyckats få ett förhållandevis stort medialt och politiskt genomslag, lokalt som nationellt, och det ofta trots relativt blygsamma ekonomiska resurser (Altman 1986; Armstrong 2002).

I Sverige utfördes initialt ett omfattande hivarbete av RFSL (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande). RFSL, bildat 1950, hade redan innan ankomsten av hiv en lång tradition av starkt engagemang i sexualpolitiska frågor. Från 1970-talet hade organisationen en mer öppen aktivistisk framtoning samtidigt som man kom att få

ett ökat erkännande från myndigheter, politiker och media (Wasniowski 2007). Från mitten av 1980-talet kom även mer renodlade hivorganisationer som Noaks Ark (från 1987 Noaks Ark-Röda Korset) att bildas som en direkt följd av epidemin. Medan RFSL:s hivarbete primärt fokuserade på att förbättra homosexuella mäns situation, riktade sig Noaks Ark-Röda Korset till betydligt bredare grupper: kort sagt till alla hivpositiva och till alla som kände ett engagemang för att förbättra hivpositivas livssituation. Relationen mellan RFSL och Noaks Ark-Röda Korset var dock under perioder präglade av konflikt och i viss mån av konkurrens. Över tid skedde samtidigt en ökande professionalisering av de två organisationerna sett till såväl den interna organisationen som det kommunikativa arbetet. Även banden till svenska myndigheter förstärktes och det trots tidvis starka meningsskiljaktigheter i enskilda frågor. Även på individnivå går det att se en överföring av personer från de två organisationerna till olika expertfunktioner inom den offentliga byråkratin (Magnusson 1997).

### De tysta

En andra kategori patientkollektiv är ”de tysta”. Denna kategori verkar i det fördolda och undviker i möjligaste mån (öppen) konfrontation. Samtidigt saknas inte en intern organisation – ofta kan det vara tvärtom – även om den egna organisationen kan vara internt splittrad eller sektoriiserad på grund av svårigheter att diskutera och lösa för gruppen (internt

eller externt) kontroversiella frågor. Grupper som tillhör de tysta är ofta aktiva kunskapskonsumenter men mer sällan starka kunskapsproducenter. De har också en av gruppen och av andra erkänd sakkunskap men mer i rollen som referensgrupp än som expert: man deltar alltså i olika formella besluts- eller kunskapsprocesser men då i första hand baserat på vad man är/uppfattas vara alternativt vem man företräder/uppfattas företräda än utifrån vad man kan/uppfattas kunna. Relationen till media är primärt reaktiv. Ambitionen kan till och med vara att i möjligaste mån helt undvika medial exponering, något som emellertid utelämnar gruppen till andras berättande och till andras tolkningar av den egna gruppen och dess medlemmars erfarenheter.

I det svenska 1980-talet tillämpade Föreningen blödarsjuka i Sverige (FBIS) just en "tystnadens" strategi. FBIS bildades 1964 och samlade förutom de flesta av landets blödarsjuka även sjukvårdspersonal och företrädare för läkemedelsindustrin. Den svenska blödarvården hade också på många sätt varit en internationell framgångssaga. Med hjälp av de nya faktorpreparaten och en nationell behandlingsstrategi minskade de invalidiserande och livshotande blödingarna till ett minimum. Stärkt av framgångarna och den radikalt förbättrade livssituationen, genomförde FBIS som en av de första patientföreningarna i Sverige år 1978 en mycket uppmärksammat – och uppskattad – annonskampanj där man aktivt gick ut för att via media förändra allmänhetens bild av hemofili och blödarsju-

ka som patientgrupp. När det under mitten av 1980-talet blev uppenbart att de livgivande medicinerna tyvärr också lett till att många blödarsjuka smittades av hiv (och hepatit) blev chocken stor. Ankomsten av hiv och aids ledde till starka spänningar inom blödarkollektivet och mellan olika medlemsgrupper. Situationen uppfattades som ytterst känslig. FBIS uppmanade till och med sina medlemmar att inte tala öppet om kombinationen hiv och blödarsjuka, en strategi organisationen dock senare omvärderat (Thorsén 2013; FBIS 1986).

### De marginaliserade

"De marginaliserade" är en tredje kategori. Gruppen kännetecknas av svag formell organisering och att de ofta är formellt företrädda av andra snarare än medlemmar ur den egna gruppen. Man söker vidare varken konfrontation eller samarbete; istället är det just frånvaron av strukturerad aktion som dominerar. Kunskapspositionen är svag. De kompetenser och kunskaper som finns erkänns i många fall varken av den egna gruppens medlemmar eller av andra, ibland aktivt misskrediteras eller till och med helt underkänns. Relationen till media präglas av att medias egna intressen och perspektiv starkt styr rapporteringen.

För den svenska 1980-talsepidemin är kvinnliga prostituerade narkomaner med hiv det kanske mest extrema exemplet (Larsson 1985). Men även manliga narkomaner med infektionen beskrevs ibland snarare som en samhällsfara än som patienter: dels omfattades de oftare än andra av

olika tvångsåtgärder med stöd i smittskyddslagen (exempelvis internering på sjukhus), och dels identifierades de inte bara i massmedia utan även i offentliga myndighetskampanjer som en potentiell smittspridare att undvika (Hjertstrand 1986; AIDS-delegationen 1987). RFHL (Riksförbundet för hjälp till läkemedelsmissbrukare) var en av få organisationer som aktivt arbetade med och för de smittade narkomanerna. Men RFHL arbetade samtidigt med en rad andra frågor relaterade till nationell narkotikapolitik och narkomanvård. Organisationen hade också svårigheter att internt enas kring hur de utmaningar hiv orsakade skulle hanteras, exempelvis gällande inställningen till metadon (RFHL 1987). Enskilda läkare och socialarbetare varnade mot slutet av 1980-talet för att många hivsmittade narkomaner för mycket illa, att de trots komplexa infektionssymtom varken togs emot av sjukvård, narkomanvård eller socialtjänst utan istället ”in i det sista tvingas jaga knark på gatan med allt var det innebär av fortsatt smittspridning, prostitution, kriminalitet och svårigheter att få behandling för sin HIV-sjukdom” (Dagens Nyheter 1988).

### De osynliga

En fjärde kategori patientkollektiv är ”de osynliga”. Denna kategori faller på många sätt helt utanför etablerade organisationsformer med en mycket svag eller i vissa fall obefintlig formell organisation. De företrädare som finns är förhållandevis osynliga, knappt ens kända för den egna gruppen. Många

potentiella gruppmedlemmar saknar en känsla av gemenskap eller identifikation med gruppen som ett eget kollektiv (och det även om man som enskild individ kan uppfatta att man delar erfarenheter eller livssituation med andra). Istället är det just frånvaron av explicit identifikation med en gemensam gruppstillhörighet – eller konkurrensen från en stark tillhörighet till en annan av individen eller av andra erkänd gruppstillhörighet – som dominerar. I den svenska hivpidemin kan det vara svårt att hitta entydiga exempel även om några patientkollektiv skulle kunna identifieras, exempelvis personer som smittats under semesterresor utomlands eller innan de immigrerat till Sverige. Under 1980-talet användes information på olika språk, närradiosändningar och uppsökande verksamhet för att nå ut med kunskap och hälsovårdsinsatser till de grupper som inte talade svenska (Bredström 2008). Svenska myndigheter annonserade även i den så kallade ”herrpressen” (det vill säga olika pornografiska tidskrifter) för att kunna kommunicera informationsbudskap till de män som besökte prostituerade under sina utlandsvistelser (AIDS-delegationen 1990). Men det går även att se mer repressiva åtgärder. Exempelvis utgjorde smittade heterosexuella män från andra länder en betydande andel av dem som tvångsisolerades under tidigt 1990-tal (SOU 1999:51:157).

Osynlighet – men också okunskap, fördomar, missförstånd, felaktiga kategoriseringar och svepande generaliseringar – har dock tillsammans med en osäkerhet och rädsla att göra ”fel” (exempelvis föreslå åtgärder som skul-

le kunna uppfattas som diskriminera- de eller kränkande) under stora delar av epidemins historia påverkat diag- nosarbetet och därmed möjligheter att ge rätt behandling i tid (Patton 1990; Oppenheimer 1992; Treichler 1999). Situationen tycks vara densamma idag. ”Det förekommer tyvärr fortfarande att personer från områden där hiv är vanligt och som senare visar sig vara hiv-positiva behandlas under lång tid utan att hiv-prov ens diskuteras”, konstaterades det exempelvis i Läkartid- ningen så sent som våren 2012 (Mari- ons 2012). Den svenska statistiken är av olika skäl svår att tolka. Men kan- ske så många som upp mot var femte nydiagnostiserad med hiv får inte sin diagnos – och därmed behandling – förrän de uppvisar symtom som sam- tidigt leder till en aidsdiagnos, och det trots att det ofta understryks att det är av stor vikt både för den enskilde individen och av folkhälsoskäl att rätt diagnos och behandling kommer på plats så tidigt som möjligt (Folkhälso- myndigheten 2014).

## Avslutande diskussion

En enskild patient kan naturligtvis ingå i fler än ett patientkollektiv sam- tidigt. Det är vidare fullt möjligt att lyfta fram andra kollektiv och andra strategier, visa på överlappningar och kombinationer, på andra för just en enskild epidemi unika patientkollek- tiv. Det går också att se förändringar över tid. Exempelvis kan FBISs hand- lingsstrategier under 1970-talet kate- goriseras som tillhörande den första kategorin ”aktivisterna” för att sedan i samband med ankomsten av hiv un-

der 1980-talet byta till en ”tyst” stra- tegi, för att därefter, från början av 1990-talet, allt mer glida tillbaka till ett mer aktivistiskt agerande där man till sist offentligt gjorde upp med hur organisationen hanterat den kris hiv orsakat (FBIS 2005).

Med hänsyn taget till varje epidemis unika dynamik, alla andra potentiella och möjliga kategoriseringar och be- skrivningar: Vilka lärdomar kan dras av patientkollektiv som maktfaktor utifrån 1980- och det tidiga 1990-ta- lets svenska hivepidemi som exempel?

En första viktig slutsats är att pa- tientkollektiv måste erkännas som en central aktör. Den svenska hivepide- min är alltså ett tydligt exempel på hur olika patientkollektiv i en och samma epidemi inte bara har en rad olika erfarenheter och behov utan också agerar på olika sätt. En del kollektiv – och organisationer – formades som en direkt konsekvens av epidemin (som Noaks Ark) medan andra upp- stod i relation till tidigare redan eta- blerade patientföreningar (som FBIS) eller andra typer av sedan länge exis- terande organisationer (som RFSL). Utifrån det aktuella exemplet är det dock svårt att se någon entydighet när det gäller hur olika sammanslutningar formerades eller hanterade den kris hiv innebar. Exempelvis var RFSL re- dan innan epidemin en mycket aktiv organisation, om än med små ekono- miska resurser. Genom att tidigt age- ra i förhållande till myndigheter och rikta sig mot media, fortsatte de att använda de metoder för påverkan och inflytande som under 1970-talet visat sig framgångsrika för att lyfta vissa för organisationen viktiga frågor (som

exempelvis att få Socialstyrelsen att avskaffa sjukdomsklassificeringen av homosexualitet, något som skedde år 1979). FBIS å andra sidan, var en mer renodlad patientorganisation med en stark kollektiv identitet kopplad till själva sjukdomen hemofili (och i hög grad även den framgångsrika behandlingen av den). Där ledde ankomsten av hiv till att organisationen övergav en tidigare strategi att verka i offentligheten. Organisationen hade också svårigheter att hantera utmaningen som hiv skapade mot den starka identitet många av dess medlemmar hade som blödarsjuka och som del av ett nationellt blödarkollektiv när en stor grupp av dess medlemmar även upptäcktes vara bärare av hiv (och senare hepatit C). Det växte till och med fram en komplementär organisation – SPB (Stiftelsen Preparatmittade Blödarsjuka) – som riktade sig till blödarsjuka som smittats av hiv genom faktorpreparaten men som ändå i första hand uppfattade sig som blödarsjuka (Hafström 1992).

En annan viktig slutsats är att identitet och makt hänger samman. Vem man är, vad man gör och hur man uppfattas av sig själv och andra spelar en betydande roll för såväl individen som kollektiv, och därmed också till kollektivets relation till det omgivande samhället och till hur en epidemi i stort bemöts och hanteras. Att inte primärt betraktas som patient (utan som något annat, som missbrukare eller prostituerad exempelvis), eller att inte betrakta sig själv som del av ett större patientkollektiv (som smittade utomlands exempelvis), kan få en rad olika konsekvenser – inte minst medi-

cinska – för både individen och det större patientkollektivet som för befolkningen i stort. Men positioner och handlingsalternativ är samtidigt inte låsta. Exemplet FBIS visar tydligt hur en och samma organisation kan vara rörlig och föränderlig, att de över tid inte bara använder sig av en strategi utan av flera.

Effekterna av olika patientskollektivs agerande kan också spåras under lång tid och påverka hur vi idag kommit att uppfatta en epidemi i det förflutna. Frågan om hur en epidemis historia kan, bör eller ska skrivas kan alltså styras av konflikter, maktförhållanden, val och möjligheter hemmahörande i många olika samtider vid sidan av vår egen, något som blev särskilt tydligt i debatten kring Jonas Gardells roman och TV-serie ”Torka aldrig tårar utan handskar”: vems historia var det där som lyftes fram, valdes bort eller förtegs (Gardell 2012-4; Edenheim 2012; Britton 2012)?

Olika patientkollektivs agerande har kort sagt en potential att få en rad olika konsekvenser sett till såväl enskilda åtgärder – vad görs, av och för vem – som effekter av mer institutionell struktur och det under lång tid och i en rad skiftande sammanhang. Genom att erkänna att det inte bara finns många olika individuella patienter utan också flera olika och ibland snabbt föränderliga patientkollektiv kan vi inte enbart fördjupa vår förståelse för svunna epidemiers dynamik utan sannolikt även på ett mer effektivt sätt möta även framtida epidemiers komplexa utmaningar.

## Referenser

- AIDS-delegationen (1987). "Igår delade han spruta med tre kompisar". Affisch.
- AIDS-delegationen (1990). "Glädjehus 1940. Glädjehus 1990". Affisch.
- Altman, Dennis (1986). *AIDS in the mind of America*. New York: Anchor Press Doubleday.
- Altman, Dennis (1988). "Legitimation through disaster. AIDS and the gay movement" i *AIDS. The burdens of history*. Elisabeth Fee & Daniel M. Fox (eds.). Berkeley: University of California Press. 301-315.
- Armstrong, Elisabeth A. (2002) *Forging gay identities. Organization sexuality in San Francisco, 1950-1994*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Berglund, Torsten et.al (2012). "Hiv i Sverige – Epidemiologisk bakgrund" i *Bakgrundsdokumentation till SMI:s och RAV:s kunskapsunderlag 'Smittsamhet vid behandling av hivinfektion'*. Solna: Smittskyddsinstitutet. 1-12.
- Bredström, Anna (2008). *Safe sex, unsafe identities. Intersection of 'race', gender and sexuality in Swedish HIV/AIDS Policy*. Diss. Linköping: Linköpings universitet.
- Britton, Sven. "Det behövs inga ursäkter för hivhanteringen". *Svenska Dagbladet*. 2012-12-29.
- Collins, Harry & Pinch, Trevor (2002). *The Golem at large. What you should know about technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crimp, Douglas (2002). *Melancholia and moralism. Essays on AIDS and queer politics*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Dagens Nyheter (1988). "Väntar på döden inhysta på hotell". 1988-11-06.
- Edenheim, Sara (2012). "Gardell gråter bara för männen". *Dagens Nyheter* 2012-11-21.
- Engel, Jonathan (2006). *The epidemic. A global history of AIDS*. New York: Harper Collins.
- Epstein, Stephen (1996). *Impure Science. AIDS, activism, and the politics of knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- FBIS (1986). "Efterord". *Journalen* 1986; (2):56.
- FBIS (2005). *Katastrof på recept. En vitbok om läkemedelsskador*. Sundbyberg: Föreningen blödersjuka i Sverige.
- Folkhälsomyndigheten (2015). <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/hivinfektion/?t=com&p=16717> (2015-09-10)
- Follér, Maj-Lis & Thörn, Håkan, eds. (2006). *No name fever. AIDS in the age of globalization*. Lund: Studentlitteratur.
- Gardell, Jonas (2012-4). *Torka aldrig tårar utan handskar. Del 1-3*. Stockholm: Norstedts.
- Grmek, Mirko D. (1990). *History of AIDS. Emergence and origin of a modern pandemic*. Princeton. Princeton University Press.
- Hafström, Anne (1992). "Det är en jävla skillnad om man är smittad av preparat eller rajtan tajan", *Journalen* 1992;2:8-9.
- Hjertstrand, Marianne (1986). "Frisk smittbärrare tvångsförvaras i sjukrum. 'Det vore bättre i häktet'. *Dagens Nyheter*. 1986-01-26.
- Kallings, Lars-Olof (2005). *Den yttersta plågan. Boken om AIDS*. Stockholm: Norstedts.
- Larsson, Torbjörn (1985). "Vera, 21, är en riksangelägenhet". *Aftonbladet*. 1985-11-03.
- Lupton, Deborah (2003). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*. London: SAGE Publications.
- Magnusson, Jan Arne (1997). *Frivilliga organisationer och korporativ praktik. En fallstudie av Folkhälsostitutets, RFSUs, RFSLS och Noaks Arks samarbete om hivförebyggande samhällsinsatser*. Lund: Lunds universitet.
- Marions, Lena (2012). "Viktigt för både individen och samhället. HIV-testning bör erbjudas frikostigt". *Läkartidningen* 2012;109(12):616.



- Oppenheimer, Gerald M. (1992). "Causes, cases, and cohorts. The role of epidemiology in the epidemiology in historical construction of AIDS", i AIDS. The making of a chronic disease. Elisabeth Fee & Daniel M. Fox (eds.). Berkeley: University of California Press. 49-86.
- Patton, Cindy (1990). *Inventing AIDS*. New York: Routledge.
- RFHL (1987). "Några röster om metadonet". *Slå tillbaka!* 1987; (3):29.
- Rosenberg, Charles (1992). *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SOU 1999:51. *Smittskydd, samhälle och individ*. Stockholm: Fakta info direkt.
- Thorsén, David (2013). *Den svenska aidsepidemin. Ankomst, bemötande, innebörd*. Diss. Uppsala: Uppsala universitet.
- Treichler, Paula A. (1999). *How to have theory in an epidemic. Cultural chronicles of AIDS*. Durham & London: Duke University Press.
- Voss, Jon (1990). "Aids idag – en personlig betraktelse av vad aids inneburit för homosexuella individer och gaysamhället". *Socialmedicinsk tidskrift* 1990:67(4):175-179.
- Wasniowski, Andréaz (2007). *Den korrekta avvikelserna. Vetenskapsanvändning, normalitetssträvan och exkluderade praktiker hos RFSL, 1950-1970*. Diss. Umeå: Förlaget Holzweg.
- Östberg, Kjell (2014). *Vittnesseminarium om hiv-epidemin och rörelserna – den 12 april 2013 på Södertörns högskola*. Huddinge: Södertörns högskola.

## Socialmedicinsk tidskrift blir socialare

Socialmedicinsk tidskrift utvecklas kontinuerligt och söker ständigt efter nya vägar att nå läsare – både nya och potentiella. Vi har därför under en längre tid erbjudit vår målgrupp att kostnadsfritt läsa alla publicerade artiklar på vår hemsida. På hemsidan finns, förutom alla tidskrifter från 2004 och framåt, även information om vår verksamhet, prenumerationer, inköp av lösnummer och annonsmöjligheter. En nyhet är att vi numera även finns på sociala medier: Facebook och LinkedIn. På Facebook och LinkedIn publicerar vi nyheter kopplade till kommande nummer samt information om när nästa nummer finns att tillgå. Se till att följa oss där, och bjud gärna in nyfikna vänner, kolleger och bekanta!

### Ni hittar oss här:

<http://socialmedicinsktidskrift.se/>

<https://www.facebook.com/socialmedicinsktidskrift>

<https://www.linkedin.com/company/socialmedicinsk-tidskrift>