



Handlingsplan mot
HIV/AIDS-epidemien
1996–2000



SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTET

Utgitt av Sosial- og helsedepartementet
November 1996
Opplag: 20 000 eksemplarer
Idé, design og produksjon: Grafisk consult a.s
Illustrasjoner: Liv Andrea Mosdøl. Vignetter: Erik Karlsen

Forord

Sosial- og helsedepartementet presenterer her en ny handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien for perioden 1996-2000. Dette er den tredje handlingsplanen for å bekjempe HIV/AIDS-epidemien siden den ble merkbar i Norge i 1985.

Situasjonen i Norge er atskillig bedre enn fryktet for 10 år siden. HIV-insidensen har vært stabil siden 1986 og anslås til 80-100 tilfeller per år. Det antas at antall udiagnostiserte personer ligger mellom 250 - 500, og disse utgjøres nesten i sin helhet av homoseksuelt og heteroseksuelt smittede menn. Uten forandringer i de faktorene som påvirker spredning av HIV, vil det heller ikke skje store forandringer i HIV-situasjonen i Norge. I dagens situasjon er det lite som tyder på dette. Det er likevel grunn til å følge nøye med i utviklingen av enkelte forhold.

Norge har drevet forebyggende arbeid for å bekjempe HIV/AIDS-epidemien i mer enn 10 år. Helsemyndighetene har ikke tilstrekkelig kunnskap til å slå fast om det er fruktene av dette arbeidet som nå høstes. Det synes imidlertid dokumentert at mye av den innsatsen som har vært drevet har vært god og fantasirik, ikke minst pga det arbeidet de frivillige organisasjonene har stått for.

Befolkningen blir likevel stadig minnet om at HIV-infeksjonen er midt i blant oss, og at unge mennesker dør av AIDS. Det finnes enda ikke noen vaksiner mot å bli smittet, og det finnes ikke noen helbredende behandling når en person har utviklet AIDS.

Det kan gå mange år mellom HIV-smitte og utvikling av AIDS, og mange HIV-positive lever lenge med sin HIV-infeksjon, delvis uten å bli syke. Dette er for den enkelte smittede en svært vanskelig og smertefull tid. Dette krever nye og til dels andre virkemidler.

Bekjempelsen av HIV/AIDS-epidemien er derfor like viktig i dag som den var for 10 år siden. I den nye handlingsplanen er det satt to viktige hovedmål for å gjøre noe med dette:

1. I løpet av perioden 1996-2000 skal antall HIV-nysmittede reduseres i forhold til i perioden 1990-1995.

2. I løpet av perioden 1996-2000 skal personer med HIV og AIDS få bedret sin livskvalitet og forlenget levetid sammenlignet med perioden 1990-1995.

Hovedintensjonen er å arbeide offensivt for å innfri disse hovedmålene, særlig i forhold til spesifikke målgrupper. Foruten ungdom, folk som reiser til utlandet, fremmedspråklige og personell som kommer i kontakt med HIV/AIDS, retter tiltakene for å hindre nysmitte seg mer spesifikt mot personer med risikoatferd blant menn som har sex med menn, injiserende stoffmisbrukere og personer som kjøper og selger seksuelle tjenester. HIV-positive er svært viktige i det forebyggende arbeidet, og det legges i handlingsplanen stor vekt på å trekke disse mer aktivt inn. Mye kan i vår tid gjøres for å bedre livskvaliteten og behandlingstilbudet til HIV-positive og AIDS-syke. Dette vil det også bli satset på i kommende 5-årsperiode.

Jeg regner imidlertid med at denne handlingsplanperioden blir den siste i rekken, og at sentrale helsemyndigheter, regional statsforvaltning, fylkeskommuner og kommuner etter år 2000 vil ta like forsvarlig vare på det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet som de ellers er pålagt å gjøre på smittevernfeltet gjennom smittevernloven.

Sosial- og helsedepartementet,
den 24. september 1996



Gudmund Hernes

Gudmund Hernes
Helseminister

Innhold

Kapittel 1	Sosial- og helsedepartementets handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien. Mål og tiltak i perioden 1996-2000	7
Kapittel 2	Hva vi vet om HIV-epidemien i dag	13
2.1	Kunnskap om HIV-smittekjeden	13
2.2	Faktorer som har betydning for spredning av HIV	13
2.3	Den internasjonale epidemiologiske situasjonen	14
2.3.1	Forekomst av AIDS globalt	14
2.3.2	Forekomst av HIV-infeksjon globalt	15
2.3.3	HIV-epidemien i noen naboland	15
2.4	Den epidemiologiske situasjonen i Norge	17
2.4.1	Innledning	17
2.4.2	Menn som har sex med menn	18
2.4.3	Injiserende stoffmisbrukere	19
2.4.4	Heteroseksuell smitte	20
2.4.5	Personer smittet i høyendemisk fødeland	21
2.4.6	Blodoverført smitte	21
2.4.7	Barn smittet av HIV-positiv mor	21
2.4.8	Annen eller ukjent smittebakgrunn	22
2.4.9	Overvåking av den generelle HIV-testeaktiviteten	22
2.4.10	Konklusjoner og prognoser mot år 2000	22
2.5	HIV-infeksjonens forløp	23
Kapittel 3	Mål, organisering, strategier og virkemidler i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet i Norge 1983-1995	25
3.1	Målene for det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet	25
3.2	Organisering og finanisering av det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet	26
3.2.1	Organisering og gjennomføring av tiltak	26
3.2.2	Bevilgninger	28
3.2.3	Lovgivning	30
3.2.4	Internasjonalt samarbeid	31
3.3	Sentrale strategier og virkemidler i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet	31
3.3.1	Innledning	31
3.3.2	Atferds- og holdningspåvirkning	32
3.3.3	Kompetanseoppbygging	34
3.3.4	HIV-testing	34
3.3.5	Overvåking av HIV/AIDS-epidemien	35
3.3.6	Sikring av blod, blodprodukter og annet humant materiale	36
3.4	Norges forskningsråds evaluering av det HIV/AIDS-forebyggende arbeid i Norge	36

Kapittel 4	Innsatsområder	39
4.1	Innledning - generelle virkemidler	39
4.1.1	Overvåking og kartlegging av HIV/AIDS-epidemien som grunnlag for innsats	39
4.1.2	HIV-testing i det forebyggende arbeidet	39
4.1.3	Sikring av blod, blodprodukter og annet humant materiale til medisinsk bruk	40
4.1.4	Økning i kondombruk	41
4.1.5	Behandling av personer med seksuelt overførbart sykdom	41
4.2	Tiltak overfor hele befolkningen	41
4.2.1	Den generelle befolkningen	42
4.2.2	Ungdom	43
4.2.3	Folk som reiser til utlandet	44
4.3	Målrettede tiltak overfor spesielle grupper og problemområder	45
4.3.1	Menn som har sex med menn (homo- og biseksuelle menn)	45
4.3.2	Injiserende stoffmisbrukere	47
4.3.3	Kjøp og salg av seksuelle tjenester	51
4.3.4	Fremmedspråklige	52
4.3.5	HIV-positive i det forebyggende arbeidet	54
4.3.6	Personell og tjenesteapparat	55
4.4	Forskning og evaluering	56
Kapittel 5	HIV, holdninger, oppfølging og behandling	59
5.1	HIV og holdninger	59
5.2	Medisinsk oppfølging og behandling av HIV-positive og AIDS-syke	60
5.2.1	Generelle tiltak	60
5.2.2	HIV-positive stoffmisbrukere	61
5.2.3	HIV-positive fremmedspråklige	62
5.2.4	HIV-positive i fengsel	62
5.2.5	Medisinsk behandling av HIV-positive og AIDS-syke i de nærmeste årene	62
Kapittel 6	Oppgave- og ansvarsfordeling	65
6.1	Innledning	65
6.2	To-nivåmodellen i den sentrale helseforvaltning	65
6.3	Etatstyring og forholdet til de frivillige organisasjonene	65
6.4	Samarbeid med andre departementer	66
6.5	Samordning med det øvrige smittevernarbeidet	66
6.6	Nærmere om oppgavefordelingen sentralt	66
6.7	Regionalt nivå - fylkeslegene	67
6.8	Kommunene	67
Kapittel 7	Administrative og økonomiske konsekvenser	69
Vedlegg		71
Vedlegg 1	Å leve som hiv-positiv	72
Vedlegg 2	Litteratur	76
Vedlegg 3	Adresser	78



Kapittel 1

Sosial- og helsedepartementets handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien.

Mål og tiltak i perioden 1996-2000.

INNLEDNING

Mål- og resultatstyring brukes for å organisere innsatsen innen ulike områder av statlig forvaltning. Sosial- og helsedepartementet (SHD) anvender disse prinsippene også i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet for å synliggjøre hvilke mål myndighetene har satt, og hvilke virkemidler det er aktuelt å ta i bruk for å nå disse.

Målene nedenfor bygger på konklusjonene i kapitlene 4 og 5 og sammenfatter tiltaksplanen mot HIV/AIDS-epidemien. Hovedmålene 1 og 2 gir uttrykk for handlingsplanens overordnede siktemål. Delmålene er de viktigste elementene som er nødvendige for å oppnå hovedmålene. Det er ikke alltid mulig å etterprøve direkte om delmålene nås. Resultatmålene er derfor ment å gi indikasjoner på at delmålene er nådd eller i ferd med og oppnås. Tiltakene er konkrete virkemidler for å oppnå delmålene, ikke bare resultatmålene.

Under hvert tiltak er angitt hvem som bør ha hovedansvaret for å igangsette og koordinere tiltaket (uthevet), samt forslag til samarbeidspartnere (i parentes).

HOVEDMÅL

- 1. I løpet av perioden 1996 - 2000 skal antall HIV-nysmittede reduseres i forhold til i perioden 1990 - 1995.*
- 2. I løpet av perioden 1996 - 2000 skal personer med HIV og AIDS få bedret sin livskvalitet og forlenget levetid sammenlignet med perioden 1990 - 1995.*

DELMÅL

Delmål 1.1

Nysmitte av HIV blant menn som har sex med menn skal reduseres i forhold til utviklingen i perioden 1990 - 1995.

Resultatmål:

Redusere antall nysmittede blant menn som har sex med menn med 25% i forhold til i perioden 1990-95.

Tiltak:

Identifisere faktorer som gir økt risiko for HIV-smitte. (Se også delmål 1.10)

- **SHD** (forskningsmiljøer i Norge, frivillige organisasjoner)

Motvirke eller redusere omfanget av faktorer som gir økt risiko for HIV-smitte.

- **SHD** (Statens helsetilsyn (Helsetilsynet), frivillige organisasjoner)

Bedre tilgjengeligheten på kondomer.

(Se også delmål 1.7)

- **Helsetilsynet** (kommuner og frivillige organisasjoner)

Bedre rådgivningen knyttet til HIV-testing.
(Se også delmål 1.6)

- **Helsetilsynet** (Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa), landets leger)

Bedre smitteoppsporingen etter diagnostisering av HIV-infeksjon.

- **Helsetilsynet, Folkehelsa** (landets leger)

Styrke HIV-positives medvirkning i det HIV-forebyggende arbeidet.

- **Helsetilsynet** (HIV-positives interesseorganisasjoner)

Delmål 1.2

Nysmitte av HIV blant injiserende stoffmisbrukere skal ikke øke i forhold til i perioden 1990 - 1995.

Resultatmål:

Antallet nysmittede blant injiserende stoffmisbrukere skal ikke øke i forhold til i perioden 1990-95, det vil si ikke overstige 10 - 15 personer i året.

Tiltak:

Sikre tilfredsstillende tilgang på rene sprøyter og kondomer i alle aktuelle miljøer over hele landet.

- **Helsetilsynet** (kommuner (utekontakter), apoteker og frivillige organisasjoner)

Bedre det generelle helsetjenestetilbudet overfor stoffmisbrukere for å styrke deres helse, samt bedre behandlingen av SOS (seksuelt overførbare sykdommer). (Se også delmål 1.8)

- **Helsetilsynet** (kommuner)

Prioritere HIV-positive ved inntak til behandlingsinstitusjoner for stoffmisbrukere.

- **SHD, Helsetilsynet** (kommuner)

Styrke HIV-forebyggende tiltak overfor stoffmisbrukere med fremmedkulturell bakgrunn.

- **SHD, Helsetilsynet** (kommuner, innvandrersorganisasjoner)

Delmål 1.3

Nysmitte av HIV blant heteroseksuelle skal ikke øke i forhold til i perioden 1990 - 1995.

Resultatmål:

Antallet personer som smittes heteroseksuelt skal ikke øke i forhold til i perioden 1990 - 95, det vil si ikke overstige 30 personer i året.

Tiltak:

Gjøre folk som reiser til utlandet til en viktig målgruppe for HIV-forebyggende tiltak. Bedre samarbeidet om forebyggende tiltak med hotell- og reiselivsbransjen, Forsvaret, NORAD og firmaer som sender folk utenlands. (Se også delmål 1.9)

- **Helsetilsynet, Folkehelsa** (NORAD, reiselivsbransjen og andre)

Øke unge kvinners bevissthet om risiko for HIV og seksuelt overførbare sykdommer, f.eks som ledd i forebygging av uønskede svangerskap.

- **SHD, Barne- og familiedepartementet** (BFD) (Helsetilsynet, Folkehelsa, Kirke -, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF), kommuner - skolehelsetjeneste - helsetjeneste for ungdom, landets leger)

Styrke tiltakene rettet mot menn som kjøper sex, særlig i utlandet. (Se også delmål 1.9)

- **Helsetilsynet, Folkehelsa** (NORAD, Prostituertes interesseorganisasjon i Norge (PION), Helse utvalget for homofile (HU), reiselivsbransjen)

Sikre personer som selger sex nødvendig kunnskap om hvordan de skal beskytte seg selv, kjærester og kunder mot smitte.

- **Helsetilsynet** (kommuner, PION, HU o.l.)

Sikre fremmedspråklige personer i Norge et tilfredsstillende kunnskapsnivå for å beskytte seg selv og andre mot HIV/AIDS. (Se også delmål 1.9)

- **SHD, Helsetilsynet** (Justisdepartementet (JD), KUF, Kommunal- og arbeidsdepartementet (KAD)/Utlendingsdirektoratet (UDI), Kontaktutvalget mellom innvandrere og norske myndigheter, kommuner, Olafiaklinikken, innvandrersorganisasjoner o.l.)

Delmål 1.4

Ingen skal bli HIV-smittet som følge av medisinsk bruk av humant materiale.

Resultatmål:

Humane produkter som brukes i medisinsk sammenheng skal fortsatt ikke inneholde HIV.

Tiltak:

Sikre Norge fortsatt selvforsyning med blod og blodprodukter som benyttes i medisinsk sammenheng.

- **Helsetilsynet, Folkehelsa** (transfusjonsrådet, blodbanker, landets sykehus)

Fortsette å foreta virusinaktivering av blod og blodprodukter.

- **Helsetilsynet, Folkehelsa** (transfusjonsrådet, blodbanker, landets sykehus)

Sikre minimal risiko for HIV-smitte blant givere av blod og humant materiale.

- **Helsetilsynet, Folkehelse** (transfusjonsrådet, blodbanker)

Gjennomføre HIV-testing av givere av blod og humant materiale på en slik måte at det til enhver tid er i overensstemmelse med de beste internasjonale retningslinjer.

- **Helsetilsynet, Folkehelse** (blodbankene, mikrobiologiske laboratorier)

Sørge for at bruk av blod, blodprodukter og humant materiale foregår på anerkjente medisinske indikasjoner.

- **Helsetilsynet** (landets sykehus)

Delmål 1.5

Overvåkingen av HIV/AIDS-epidemien skal fortsette.

Resultatmål:

HIV/AIDS-kartleggingssystemene må gi minst like god oversikt over forekomst og nysmitte av HIV, samt over antall diagnostiserte AIDS-tilfeller som i perioden 1990-95.

Tiltak:

Fortsette HIV/AIDS-overvåkingen gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

- **Folkehelse** (landets leger, mikrobiologiske laboratorier)

Gjennomføre undersøkelser av HIV-testeaktiviteten.

- **Folkehelse** (HU, Olafiaklinikken, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning)

Få økt innsikt i epidemiutviklingen gjennom bedre bruk av tilgjengelige data.

- **SHD, Folkehelse, Helsetilsynet** (forskningsmiljøer)

Delmål 1.6

Antall utførte HIV-tester blant personer med risikoatferd må økes i forhold til i perioden 1990-95.

Resultatmål:

HIV-testing blant risikoutsatte grupper må økes med 25% sammenlignet med i perioden 1990-95.

Tiltak:

Formidle aktivt informasjon om betydningen av å la seg HIV-teste til personer i risiko for HIV-smitte.

- **Helsetilsynet** (landets helsepersonell, Olafiaklinikken, frivillige organisasjoner o.l.)

Gi bedre rådgivning om sikrere sex i forbindelse med HIV-testing.

- **Helsetilsynet** (landets helsepersonell, klinikker for seksuell opplysning/forebygging av seksuelt overførbare sykdommer (SOS), frivillige organisasjoner)

Gjøre HIV-testen lett tilgjengelig.

- **Helsetilsynet** (kommuner (landets helsepersonell, poliklinikker m.v.))

Sørge for at HIV-test er et rutinetilbud for personer som søker diagnostisering og behandling for seksuelt overførbare sykdommer (SOS).

- **Helsetilsynet** (landets leger, poliklinikker m.v.)

Vurdere løpende om det er behov for rutinemessig tilbud om testing til gravide.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse** (landets leger)

Sørge for at leger får bedre opplæring i å gjenkjenne symptomer og tegn på akutt og langt kommet HIV-infeksjon.

- **Helsetilsynet, Folkehelse** (landets leger)

Tilby alle asylsøkere og flyktninger HIV-test ved ankomst til Norge og kvalitetssikre tilbudet.

- **SHD, Helsetilsynet** (kommuner, asyl- og flyktningemottak)

Delmål 1.7

Kondombruk må økes i forhold til i perioden 1990-95.

Resultatmål:

Økt kondombruk blant personer med atferd som kan medføre økt risiko for HIV og seksuelt overførbare sykdommer.

Tiltak:

Utrede hvordan kondomtilgjengeligheten gjennom salg og utdeling kan bedres.

- **Helsetilsynet, Folkehelse** (kommuner, salgssteder)

Sørge for lettere kondomtilgjengelighet på «treffsteder» for både homoseksuelle og heteroseksuelle.

- **Helsetilsynet, Folkehelse** (kommuner, frivillige organisasjoner)

Bedre kondomtilgjengeligheten i fengsler.

- **Helsetilsynet** (JD, fengselshelsetjenesten)

Bedre kondomtilgjengeligheten på behandlingsinstitusjoner for stoffmisbrukere.

- **SHD, Helsetilsynet** (fylkeskommuner, kommuner)

Bedre kondomtilgjengeligheten på asyl- og flyktningemottak

- **Helsetilsynet** (kommuner, asyl- og flyktningemottak)

Bedre kondomtilgjengeligheten for HIV-smittede.

- **Helsetilsynet, Folkehelse** (helsepersonell, Pluss)

Delmål 1.8

Forekomst av seksuelt overførbare sykdommer skal reduseres.

Resultatmål:

Redusere antall nye tilfeller av genital klamydia-infeksjon med 70% i perioden 1996-2000 sammenlignet med perioden 1990-95.

Tiltak:

Sikre at diagnostisering og behandling av seksuelt overførbare sykdommer (genital klamydia, gonore, syfilis) er gratis (jfr. Smittevernloven § 6.2 og rundskriv I-18/96 (SHD)).

- **SHD** (Rikstrykdeverket (RTV), landets helsepersonell)

Gjøre diagnostisering og behandling av seksuelt overførbare sykdommer lettere tilgjengelig for menn generelt og for injiserende stoffmisbrukere.

- **Helsetilsynet, Folkehelse** (klinikker for seksuell opplysning/forebygging av SOS o.l.)

Bedre smitteoppsporingen etter SOS-diagnose.

- **Helsetilsynet, Folkehelse** (landets leger, klinikker m.v.)

Delmål 1.9

Kunnskap om HIV/AIDS i befolkningen må vedlikeholdes.

Resultatmål:

Ingen innen målgruppene for det HIV-forebyggende arbeidet skal bli smittet på grunn av manglende grunnleggende kunnskap om HIV-smittemåter, og hvordan den enkelte kan beskytte seg mot smitte.

Tiltak:

Sørge for at helsemyndighetene arbeider for å formidle informasjon om HIV/AIDS-forebyggende tiltak, og at de sørger for å formidle antidiskriminerende holdninger gjennom media.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse** (media, skoler, undervisningsinstitusjoner)

Ta initiativ på sentralt nivå til et samarbeid med skolemyndighetene for å utarbeide en handlingsplan for integrert seksualundervisning i skolen.

- **SHD** (KUF, lærerutdanningsinstitusjoner, lærerorganisasjoner)

Gjennomføre systematisert undervisning om HIV/AIDS og seksualitet såvel i grunnskolen som i videregående skole. Skolehelsetjenesten kan være en viktig ressurs både overfor ungdommen og i informasjonsformidling til lærere.

- **SHD** (KUF, skolene)

Formidle budskap om HIV/AIDS og SOS til ungdom i samarbeid med ungdommen selv.

- **Helsetilsynet** (frivillige organisasjoner, elevorganisasjoner, kommuner, klinikker for seksuell opplysning m.v.)

Gjennomføre særlige informasjonstiltak rettet mot fremmedspråklige i Norge for å sikre at disse gruppene har det samme informasjonsnivå som resten av befolkningen.

- **SHD, Helsetilsynet** (JD, KAD/UDI, KUF, Kontaktutvalget mellom innvandrere og norske myndigheter, kommuner, Olafiaklinikken og innvandrorganisasjoner)

Styrke informasjons- og andre typer tiltak overfor personer som reiser til områder i verden med høy forekomst av HIV. Etterprøve effekten av tiltakene for eventuelt å forbedre dem..

- **Helsetilsynet, Folkehelse** (Utenriksdepartementet (UD), Forsvaret, NORAD, reiselivsbransjen, organisasjoner/bedrifter med virksomhet i utlandet, innvandrorganisasjoner o.l.)

Føre videre undervisningen av yrkesgrupper som kommer i kontakt med HIV/AIDS-problemet, særlig fokusert på etiske- og holdningsspørsmål.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse** (helse- og sosialpersonell, ansatte ved asyl- og flyktningemottak, utlendingsmyndigheter, fengselstjenestemenn, politi o.a.)

Delmål 1.10

Skaffe til veie bedre kunnskap om hvilke HIV- og AIDS-forebyggende virkemidler som er effektive.

Resultatmål:

Øke forsknings- og evalueringsaktiviteten.

Tiltak:

Øke og vedlikeholde kompetanse i ulike norske fagmiljøer.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse**

Evaluere tiltak som gjennomføres via Stortingets HIV/AIDS-bevilgning som ledd i statlig styring av bevilgningen.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse**

Opprette et eget forskningsprogram under Norges forskningsråd (NFR).

- **SHD, NFR**

Delmål 2.1

I løpet av perioden skal de økonomiske og sosiale vilkårene til HIV-smittede og AIDS-syke bedres.

Resultatmål:

Sikre at alle HIV-smittede og AIDS-syke får tilgang på de trygder og sosiale ytelser de har rett til.

HIV-positive og AIDS-syke skal ikke møte diskriminerende holdninger.

Tiltak:

Sørge for bedre informasjon til HIV-positive og AIDS-syke om deres rettigheter.

- **Helsetilsynet** (Pluss, Aksept, helsepersonell)

Sørge for bedre informasjon til helse-, trygde- og sosialpersonell om HIV-positives og AIDS-sykes rettigheter.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse** (stat, kommuner, utdanningsinstitusjoner)

Gjennomføre holdningsskapende tiltak blant helse-, trygde- og sosialpersonell som kommer i kontakt med HIV-positive og AIDS-syke.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse** (stat, kommuner, utdanningsinstitusjoner, yrkesorganisasjoner)

Styrke HIV-positives og AIDS-sykes sosiale nettverk blant annet gjennom økonomisk støtte til organisasjoner for HIV-positive.

- **Helsetilsynet** (Pluss og andre aktuelle organisasjoner)

Delmål 2.2

Medisinsk behandling av HIV-positive og AIDS-syke skal bedres.

Resultatmål:

Redusere komplikasjoner og øke levetiden hos personer med HIV-infeksjon i forhold til i perioden 1990-95.

Tiltak:

Utvikle bedre behandlingsmetoder for immunsviktpasienter.

- **SHD, Helsetilsynet** (klinikere, helseinstitusjoner og forskningsmiljøer)

Ta i bruk nye behandlingsformer med dokumentert effekt.

- **SHD, Helsetilsynet** (fylkeskommuner, kommuner, helseinstitusjoner)

Stimulere forskning som kan øke kunnskapen om faktorer som påvirker HIV-infeksjonens forløp.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse** (forskningsmiljøer)

Sikre at HIV-positive og AIDS-syke kvinners spesielle helse- og livssituasjon blir et viktig område i forskningen om kvinners helse.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse** (Pluss, forsknings- og behandlingsmiljøer og andre aktuelle samarbeidspartnere)

Opprettholde og utvikle kompetanse blant personell i behandling av og omsorg for HIV-smittede og AIDS-syke personer.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse** (kommuner, fylkeskommuner, helseinstitusjoner)

Motvirke diskriminerende og utstøtende holdninger til HIV-positive og AIDS-syke blant personell i behandling av og omsorg for HIV-smittede og AIDS-syke personer.

- **SHD, Helsetilsynet, Folkehelse** (kommuner, fylkeskommuner, utdanningsinstitusjoner, yrkesorganisasjoner)



Kapittel 2

Hva vet vi om HIV-epidemien i dag

2.1 Kunnskap om HIV-smittekjeden

Sykdommen AIDS (Acquired immune deficiency syndrome - ervervet immunsviktsyndrom) forårsakes av humant immunsviktvirus (HIV). AIDS er bare det siste stadiet i den langvarige svekkelsen av immunforsvaret som HIV forårsaker. AIDS ble beskrevet første gang i USA i 1981, men det er senere kommet opplysninger om flere tilfeller av AIDS før dette året.

Smittestoffet

I 1983 ble det isolert et virus som ble identifisert som årsak til ervervet immunsvikt (AIDS). Det finnes to typer av HIV. HIV-1, som ble identifisert i 1983, er mest utbredt i Europa, Amerika og mesteparten av Afrika. HIV-2, som ble beskrevet noe senere, forekommer først og fremst i Vest-Afrika, sjelden i Nord-Europa. HIV-2 er antakelig mindre sykdomsfremkallende enn HIV-1. I tillegg finnes det flere ulike subtyper. Smittemåtene er de samme for alle subtypene, men det er mulig at smittsomheten er forskjellig.

Smittekilder

HIV finnes i praksis bare hos mennesker. Viruset er påvist i blod, sæd, skjedesekret og morsmelk. Viruset er også påvist i andre kroppsvæsker som svette, spytt og tårer, men dette har ingen praktisk betydning for smitteoverføringen.

Smittemåter

HIV kan overføres mellom mennesker ved:

- seksuell kontakt fra mann til mann, fra mann til kvinne og fra kvinne til mann
- deling av blodforurensete sprøyter og sprøytespisser
- overføring av smittet blod og annet humant materiale
- svangerskap, fødsel og amming (smitte fra mor til barn)

- direkte kontakt mellom smittet blod eller kroppsvæsker og sår eller slimhinner, f. eks. ved uhell.

Smittemottaker

Alle mennesker er trolig mottakelige for HIV-smitte. Det dannes vanligvis antistoffer mot HIV i løpet av tre til fem uker etter smitte, men hos noen tar det lengre tid. Antistoffene ser ikke ut til å ha noen begrenset funksjon ved å forhindre sykdomsutvikling eller fjerne viruset. Diagnostisering av HIV-infeksjon skjer som oftest ved å påvise antistoffer mot HIV i blodet (HIV-testing). HIV-infeksjon kan også diagnostiseres ved å påvise selve viruset eller deler av dette.

2.2 Faktorer som har betydning for spredning av HIV

Uten effektiv vaksine og behandling vil smittespredningen være avhengig av biologiske forhold, smittefarlig seksual- og sprøyteledingsatferd samt forekomst av HIV.

Biologiske forhold

Det er beregnet at smitterisikoen ved ett heteroseksuelt samleie med en HIV-positiv kan være lav hvis ingen spesielle risikofaktorer er tilstede. Det er imidlertid stor variasjon i smitterisiko. Noen faktorer

som øker sannsynligheten for smitteoverføring er identifiserte. Mange sider ved årsakene til den store variasjon i smitterisiko er ukjente. Det kan ikke forklares hvorfor en person kan ha et 10 års ubeskyttet seksuelt forhold til en HIV-positiv uten å bli smittet, mens en annen blir smittet ved første samleie. Antakelig er det ikke-identifiserte forhold ved viruset, den smittede eller ved smittemottakeren, som har betydning for smitterisikoen. Smitterisikoen er høyere hvis en av partene har en seksuelt overførbart sykdom (SOS). Kvinner ser ut til å være mer mottakelige for smitte enn menn.

Varighet av den smittsomme perioden har betydning for spredningen av HIV. Gjennomsnittlig levetid etter HIV-smitte blant homoseksuelle menn er beregnet til 11-13 år. Antakelig er en HIV-smittet person smittsom i hele denne perioden. Smittsomheten til en HIV-positiv er vanligvis størst i løpet av de første månedene etter smittetidspunktet og etter utvikling av alvorlig immunsvikt.

Seksuell atferd

Spredning av HIV gjennom seksuell atferd er avhengig av hyppighet av partnerskifte, samleiefrekvens, seksuell praksis og kondombruk i befolkningen. For at HIV skal spre seg, må et tilstrekkelig antall personer i gjennomsnitt ha minst to partnere, en å bli smittet av og en å smitte til. Dersom en regner levetiden etter HIV-smitte (11-13 år) som den smittsomme perioden, er det mulig å anslå at 15% av den norske befolkningen har to eller flere partnere i løpet av denne perioden. Dette er bare et anslag basert på Seksualvaneundersøkelsene i 1987 og 1992 utført av Folkehelse. Dersom det som et regneeksempel antas at bare de tre første månedene etter nysmitte er den smittsomme perioden, har bare 0,4% av befolkningen tilstrekkelig hyppig partnerskifte til å opprettholde en epidemi. Det er trolig at hyppig partnerskifte blant grupper av homoseksuelle menn har vært en viktig faktor for å igangsette og opprettholde epidemien i denne gruppen.

Samleiehyppighet har også betydning for HIV-smittespredning. Antas det at smittsomheten per heteroseksuelt samleie er 0,1%, og hyppigheten av samleie er 2 ganger i uken, vil 60% være smittet av sin HIV-positive partner etter 10 år.

Seksuell praksis har betydning for smitterisikoen. Det er trolig større risiko for HIV-smitte ved analsex enn ved vaginalsex. Munnsex utgjør sannsynligvis liten smitterisiko. Bruk av kondom virker beskyttende på smitteoverføring. Data fra Seksualvaneundersøkelsene viser at 17% av gifte/samboende norske kvinner i alderen 18 til 35 år brukte kondom ved siste samleie. De som hadde atferd som øker risikoen for smitte, brukte i minst grad kondom. Økt bruk av kondom vil redusere HIV-spredningen.

Sprøytedelingsatferd

HIV-spredning gjennom sprøytebruk forutsetter sprøytedelning med minst to personer, en å bli smittet av og en å smitte til. Omfanget av en HIV-epidemi blant stoffmisbrukere er avhengig av hvor mange som bruker stoff ved injeksjon, og av hvor stor andel av dem som deler urene sprøyter. En økt rekruttering av stoffmisbrukere eller redusert tilgang på rene sprøyter kan øke HIV-spredningen.

Risikofylt seksuell kontakt, sprøytedelning med grupper med høy HIV-forekomst

For personer med risikoatferd vil forekomst av HIV i den befolkningsgruppen en person velger sin seksualpartner fra eller deler sprøyter med, påvirke smitterisikoen. I de fleste land i verden er forekomst av HIV høyere, og spredningen raskere enn i Norge.

Hvilke faktorer er det mulig å påvirke?

Det er som nevnt ovenfor for liten kunnskap om årsakene til variasjonen i virusets smittsomhet eller til varigheten av den smittsomme perioden. Imidlertid er det trolig at moderne antiviral behandling kan redusere, men ikke eliminere smittsomheten. Samtidig smitte med annen seksuelt overførbart sykdom (SOS) øker smitterisikoen. Det er mulig å behandle de fleste av disse. Det virkemidlet myndighetene først og fremst har i det HIV-forebyggende arbeidet, er atferdspåvirkning for å redusere antall smittefarlige episoder.

2.3 Den internasjonale epidemiologiske situasjonen

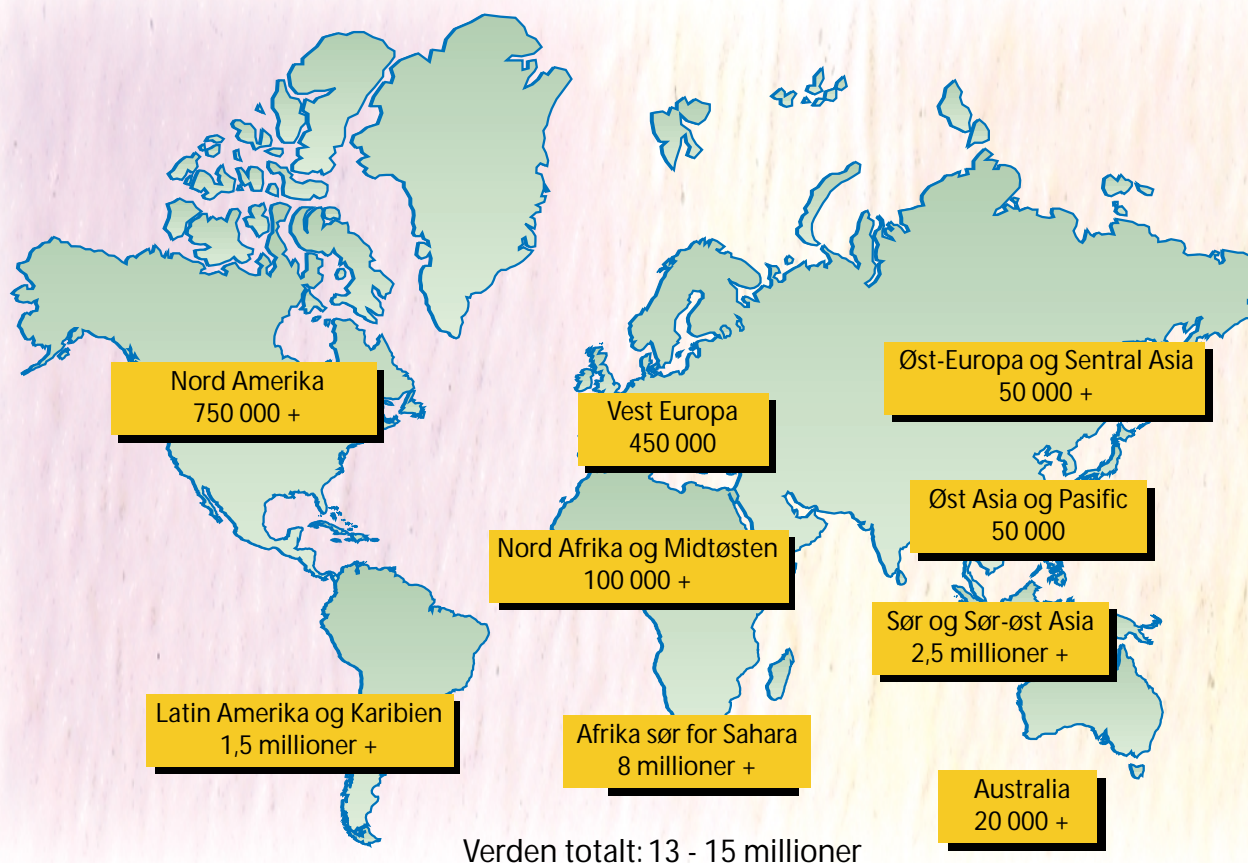
2.3.1 Forekomst av AIDS globalt

Fra 1981-82 til årsskiftet 1994-95 var det til sammen meldt litt over 1 million AIDS-tilfeller til Verdens helseorganisasjon (WHO). Fra 1993 til 1994 har det vært en økning på 20% i antall meldte tilfeller. USA alene meldte 402 000 tilfeller.

34% av alle meldte tilfeller var fra Afrika, hovedsakelig fra land sør for Sahara. Det er til dels stor forskjell i forekomsten av HIV-infeksjon mellom de forskjellige afrikanske land. Fra Europa var det meldt 128 000 tilfeller. Italia, Frankrike og Spania hadde til sammen meldt 85 000 tilfeller. 2% av alle tilfellene globalt har vært meldt fra Asia. Av de 20 000 meldte tilfellene fra Asia, var 13 000 meldt fra Thailand og 885 fra India. Det antas at det er langt flere AIDS-tilfeller enn de som faktisk er meldt. WHO regner med at det må ha vært omtrent 4,5 millioner tilfeller totalt. Av disse antas 70% å ha vært i Afrika og 4% i Europa.

Det er mange forhold ved AIDS-epidemien som gjør at spredning av denne sykdommen ofte vekker

Figur 2.1 Antatt fordeling av HIV-smittede i live i 1994



mer bekymring enn spredning av andre infeksjonssykdommer. Det første er den høye dødeligheten av AIDS. Det andre er lidelsen, smertene og angsten i den lange perioden hvor en person er smittet. Det tredje er at den nedbrytningen av immunsystemet som HIV-infeksjonen fører til, bidrar til reaktivering og spredning av andre infeksjonssykdommer som for eksempel tuberkulose og diareesykdommer. AIDS-epidemien bidrar dermed til å øke sykkelighet og dødelighet av andre infeksjoner, også blant mennesker som ikke er HIV-smittet. Dette får størst konsekvenser for fattige land og de fattigste i slike land, og fattige mennesker i rike land.

2.3.2 Forekomst av HIV-infeksjon globalt

Det er få land i verden som med stor grad av sikkerhet kan si hvor stor andel av befolkningen som er HIV-smittet. WHO antok ved årsskifte 1994-95 at omtrent 13-15 millioner mennesker globalt sett var smittet. En stor andel av disse, 8 millioner, bor i Afrika sør for Sahara. I Vest-Europa antas det at omtrent 450 000 mennesker er smittet. Vel 2 millioner mennesker antas smittet på det Amerikanske kontinent, fordelt med 750 000 i Nord- og 1,5 millioner i Sør-

Amerika. Man regner med at minst 2,5 millioner er HIV-smittet i Sør- og Sør-øst Asia. 90% av alle HIV-smittede er heteroseksuelt smittet. Globalt sett er like mange kvinner som menn smittet.

Det er beregnet at rundt år 2000 vil 43% av jordens HIV-smittede være i Asia og rundt 35% i Afrika. Det antas også at om 5-6 år vil bortimot 40 millioner mennesker globalt sett være HIV-smittet. (Se kart over HIV-forekomsten i verden, WHO, figur 2.1.)

2.3.3 HIV-epidemien i noen naboland

Tabell 2.1 gir en oversikt over HIV-infeksjon og AIDS i Danmark, Finland, Norge, Skottland og Sverige. Av tabellen framgår at Danmark har hatt flest AIDS-tilfeller og Finland færrest i forhold til folketallet. Det er vanskelig å vite i hvilken grad HIV-registrene i de ulike landene gjenspeiler det faktiske antallet HIV-smittede. Det er likevel grunn til å tro at Skottland har hatt en mer omfattende HIV-epidemi blant injiserende stoffmisbrukere enn de nordiske landene. Det vises ellers til omtalen under det enkelte land nedenfor.

Tabell 2.1 HIV-infeksjon og AIDS i Norge og noen naboland.

	AIDS		HIV-infeksjon					
	Totalt meldt		Meldt til og med 1994				Meldt i 1994	
	Antall	Per million innbyggere	Antall	Per million innbyggere	Msm. (%)	Inj. (%)	Antall	Per million innbyggere
Norge	450	105	1400	325	38	25	93	21
Sverige	1100	125	4000	460	43	17	260	30
Finland	200	40	650	130	50	4	70	14
Danmark	1600	310	5000 *	960 *			300	58
Skottland	600	115	2200	420	29	48	200	38

* Totaltallet for Danmark er usikkert fordi overvåkingen startet først i 1990.

Alle tall er avrundet.

Msm. betyr menn som har sex med menn.

Inj. betyr injiserende stoffmisbrukere.

Danmark (5,2 millioner innbyggere)

Ved inngangen til 1995 var det i Danmark meldt 1600 personer med AIDS. Tre fjerdedeler av disse er menn som har sex med menn, 7% injiserende stoffmisbrukere og 14% heteroseksuelt smittet, de fleste i Afrika før de kom til Danmark. Totalantallet for HIV-infeksjon i Danmark er usikkert fordi overvåkingen startet først i 1990. Mellom dette tidspunktet og 1995 har nesten 1500 mennesker blitt diagnostisert med HIV-infeksjon i Danmark. 330 personer ble diagnostisert i 1993, og 300 i 1994. Samlet i perioden har 41% av de diagnostisert smittede vært menn som har sex med menn, 10% har vært injiserende stoffmisbrukere, og 39% har vært smittet heteroseksuelt. Hvor mange HIV-smittede som ikke er diagnostiserte, er som i de fleste andre land, ukjent. Det relativt høye antallet AIDS-tilfeller i Danmark i forhold til andre nordiske land, kan skyldes at viruset tidligere ble introdusert der. Spredningen blant injiserende stoffmisbrukere og menn som har sex med menn kunne derfor pågå i lengre tid før problemet ble oppdaget og tiltak iverksatt.

Sverige (8,7 millioner innbyggere)

Sverige har siden epidemiens begynnelse hatt et godt meldingssystem for HIV-infeksjon og AIDS. Ved inngangen til 1995 var det meldt 4000 tilfeller av HIV-infeksjon i Sverige. 43% av disse er menn som har sex med menn, 17% injiserende stoffmisbrukere, og 33% personer som er smittet heteroseksuelt. De fleste av disse er innvandrere. I Sverige ble det i 1993 diagnostisert 380 personer med HIV, og i 1994 260 personer. Det har vært meldt til sammen 1100 AIDS-tilfel-

ler i Sverige. To tredeler av disse har vært menn som har sex med menn, 10% har vært injiserende stoffmisbrukere og 17% heteroseksuelle personer.

Finland (5,1 millioner innbyggere)

Ved inngangen til 1995 var det meldt 656 tilfeller av HIV-infeksjon i Finland. En fjerdedel av de som er diagnostisert HIV-smittet er født utenfor Finland. 50% er menn som har sex med menn, 34% er heteroseksuelt smittede personer og bare 4% er personer som er smittet gjennom injiserende stoffmisbruk. I Finland ble det i 1993 diagnostisert 62 personer med HIV-infeksjon, og i 1994 71 personer. 194 mennesker har utviklet AIDS. Tre fjerdedeler av disse har vært menn som har sex med menn.

Skottland (5,2 millioner innbyggere)

Den skotske HIV-epidemien har vært dominert av smitte blant injiserende stoffmisbrukere. Fra epidemiens begynnelse og ut 1994, var det meldt 2200 personer med HIV-smitte. 48% av disse er smittet gjennom deling av sprøyter, 29% ved sex mellom menn og 14% ved sex mellom mann og kvinne. Den siste gruppen representerer først og fremst personer som er smittet i utlandet eller gjennom sex i Skottland med innvandrere, stoffmisbrukere eller biseksuelle menn. Det ble meldt omlag 200 nye HIV-smittede i 1993 og i 1994. Stoffmisbrukerepidemien ser ut til å ha kommet under rimelig bra kontroll. Menn som har sex med menn utgjør nå de fleste som diagnostiseres som HIV-positive. 600 personer i Skottland har fått AIDS. 42% av disse er menn som

Tabell 2.2

AIDS i Norge etter risikofaktor og diagnoseår - meldt pr. 31.12.95 (MSIS, Folkehelse)

Risikofaktor	Antall tilfeller diagnostisert														Tot.	%
	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95			
Homo-/biseksuell	2	4	9	13	27	19	32	25	36	23	37	34	34	295	57,7	
Sprøytemisbruk			1		2	1	3	10	15	6	12	16	6	72	14,1	
Kombinasjon 1 + 2							1	2		2	1	2	1	9	1,8	
Hemofili/koagul. feil			1	2		1	1	2				2		9	1,8	
Fått blod/-blodprodukt				1	2	5	3		3	2	2		1	19	3,7	
Heteroseksuell praksis				1	3	3	2	11	5	11	8	9	17	70	13,7	
Høyendemisk fødeland					1		1	1	2	4	2	6	5	22	4,3	
Barn av HIV-positiv mor							1			1		1		3	0,6	
Annet/ukjent						1	1	2	1	3		3	1	12	2,3	
Total	2	4	11	17	35	30	45	53	62	52	62	73	65	511	100	

Tabell 2.2 viser antall AIDS-tilfeller i Norge etter risikofaktor og diagnoseår. Per 31.12.1995 er det tilsammen meldt 511 tilfeller, 438 menn og 73 kvinner. 409 av disse er døde. Median overlevelse fra AIDS-diagnosetidspunkt til død er i Norge vel ett år. Median alder ved AIDS-diagnosetidspunkt er 36 år. 55% av tilfellene er meldt fra Oslo. For øvrig er det nå meldt AIDS-tilfeller fra samtlige fylker. AIDS-insidensen har de siste fem år vært stabil med i gjennomsnitt 63 tilfeller per år. Antall døde av AIDS i samme periode har i gjennomsnitt vært vel 55 per år.

har sex med menn, 36% er injiserende stoffmisbrukere og 13% er heteroseksuelt smittede personer.

2.4 Den epidemiologiske situasjonen i Norge

2.4.1 Innledning

Det første kjente HIV-tilfellet i Norge var en mann som trolig ble heteroseksuelt smittet i Afrika midt på 60-tallet. Han smittet sin kone i Norge som igjen fødte et HIV-smittet barn i 1967. Alle tre døde av AIDS-liknende sykdom i 1976. Fra siste halvdel av 70-tallet er det kjent noen sporadiske tilfeller av heteroseksuell smitte blant sjømenn og menn som hadde arbeidsopphold i det sentrale Afrika. Det er oppdaget få sekundærtillfeller til disse tidlige HIV-tilfellene i Norge. HIV-epidemien blant norske homoseksuelle menn startet trolig også i siste halvdel av 70-tallet. I denne perioden ble de fleste smittet i utlandet, særlig USA. En mer omfattende spredning av HIV i Norge kom først blant homoseksuelle menn på begynnelsen av 80-tallet og blant injiserende stoffmisbrukere midt på 80-tallet. Den heteroseksuelle smittespredningen startet senere og var særlig preget av sekundær smitte fra misbrukermiljøene.

I HIV- og AIDS-statistikken er utlendinger tatt med under den aktuelle risikofaktor for smitte. *Unntatt* er personer fra «høyendemisk fødeland» som på grunn av antallet og problemene med å fastslå sikker smittebakgrunn er skilt ut som egen gruppe. Gruppen består i praksis av personer født og smittet i Afrika (se eget avsnitt). De fleste antas smittet heteroseksuelt da dette er den dominerende smitemåten i Afrika. Se nærmere om dette i pkt. 4.3.4.

HIV-testing ble tilgjengelig i Norge fra slutten av 1984; først i begrenset omfang på streng klinisk indikasjon. Fra våren 1985 kom de kommersielt framstilte antistofftestene som muliggjorde testing i større omfang. Blant homo-/biseksuelle menn og stoffmisbrukere startet umiddelbart en omfattende HIV-testeaktivitet som avdekket mange tilfeller som var smittet opp gjennom 80-tallet. Tabell 2.3 viser antallet HIV-positive *diagnostisert* per år og sier ikke noe om antallet som ble *smittet* (insidens) det året. Det høye antall positive som ble funnet de første årene i disse gruppene og den påfølgende betydelige nedgangen gjenspeiler altså ikke den reelle utviklingen av epidemien.

Tabell 2.3 HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og diagnoseår
- diagnostisert pr. 31.12.95 (MSIS, Folkehelse)

Risikofaktor	Antall tilfeller diagnostisert													Tot.	%
	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95			
Homo-/biseksuell	9	104	68	70	47	48	36	59	27	43	36	45	592	38,5	
Sprøytemisbruk	1	71	99	68	32	23	18	13	12	11	10	9	367	23,9	
Kombinasjon 1 + 2		5	8	2	2	5	3	2		1		2	30	2,0	
Hemofili/koagul. feil		20	1										21	1,4	
Fått blod-/blodprodukt		3		6	10	1		1	2	1	17		24	1,6	
Heteroseksuell praksis		5	11	29	32	23	17	18	28	23	18	20	223	14,5	
Høyendemisk fødeland		1	6	18	20	29	11	39	31	32		27	232	15,1	
Barn av HIV-positiv mor			1		3	2	3						9	0,6	
Annet/ukjent		1	1		5	2	3	5	6	2	12	2	39	2,5	
Total	10	10	195	193	148	134	90	140	106	113	93	105	1537	100	

Tabell 2.3 viser antall HIV-positive diagnostisert i Norge fram til 31.12.1995 fordelt på risikofaktor og diagnoseår. De 1537 HIV-tilfellene som tilsammen var meldt inntil årsskiftet 1995/96, fordeler seg på 1171 menn og 366 kvinner. De siste fem år er det i gjennomsnitt meldt 111 nye HIV-tilfeller årlig i Norge. Median alder på HIV-diagnosetidspunktet er vel 30 år. Det er nå meldt HIV-tilfeller fra alle fylker, men Oslo dominerer med 51% av tilfellene. I Norge er det påvist 11 tilfeller av infeksjon med HIV-2, alle med tilknytning til Vest-Afrika. I statistikken og i praktisk terminologi omtales begge virus under ett.

Den epidemiologiske overvåkingen av HIV-epidemien er som et puslespill med mange biter av informasjon. Hver bit kan ha god eller dårlig kvalitet. Norge er i den unike situasjon at det samlede data-materiale gir rimelig pålitelig informasjon om epidemiutviklingen i alle risikogrupper. Utviklingen og smittepotensialet i de ulike risikogruppene er forskjellig. Datagrunnlaget for å vurdere smittesituasjonen er også forskjellig fra gruppe til gruppe. Det er derfor hensiktsmessig å dele epidemien i undergrupper etter sannsynlig smitemåte.

2.4.2 Menn som har sex med menn

Det er per 31.12.95 meldt 592 tilfeller av HIV-infeksjon blant menn som har sex med menn. Siste fem år er det i gjennomsnitt diagnostisert 42 tilfeller årlig i gruppen. Både målt i totalt antall HIV-positive og i forhold til nyoppdagede tilfeller per år, utgjør menn som har sex med menn den største andelen av HIV-smittede i Norge. 67% av tilfellene er meldt fra Oslo. Dette skyldes sannsynligvis at det har vært en stor tilflytting av homoseksuelle menn til Oslo fra alle deler av landet. Median alder ved diagnosetidspunkt er 34 år, og dette har holdt seg uforandret over tid. Få av de smittede er under 23 år. Andelen unge blant de påvist nysmitede har ikke økt.

Et viktig formål med HIV-overvåkingen er å finne ut hvordan den *faktiske* insidensen i de forskjellige

risikogrupper utvikler seg, dette innbefatter også å beregne mørketallet, d.v.s. antall smittede som ennå ikke er diagnostisert. Særlig i gruppen menn som har sex med menn er det vanskelig å vurdere dette. Det finnes ikke sikre data om gruppens testeaktivitet eller størrelse.

11 år med HIV-testing og detaljert melding av samtlige diagnostiserte tilfeller, blant annet med vekt på å kartlegge *smittetidspunkt*, gir indikatorer for omfanget av nysmitte. Ved å ha kjennskap til smittetidspunkt for de diagnostiserte HIV-positive og HIV-testeaktiviteten, kan det lages kurver som illustrerer antall nysmitede per år.

Av de 592 meldte HIV-positive menn som har sex med menn, ble omlag 350 sikkert eller sannsynlig smittet før 1986. Helsemyndighetene kjenner imidlertid ikke smitteåret for disse. Gis epidemien starttidspunkt i f. eks. 1977, er det mest realistisk å fordele de 350 på en kurve som starter med noen få smittetilfeller og vokser fram mot midten av 80-tallet. Kurven når da en topp på rundt 70 smittetilfeller årlig midt på 80-tallet. Fra 1986 påvises langt færre smittetilfeller. Dette bekrefter at kurven ble brutt, og at insidensen falt mot 1986-87 (se figur 2.2).

Hva så med antall HIV-positive fra denne tidlige perioden som ennå ikke er diagnostisert? Tilgjengelig kunnskap tilsier at dette mørketallet nå

bare kan utgjøre en liten andel i forhold til de oppdagede tilfellene. Omlag halvparten av de smittede vil ha utviklet AIDS og ytterligere en fjerdedel betydelige HIV-relaterte symptomer og tegn etter 10 år. Av de 180 diagnostisert HIV-positive i gruppen i 1984-86 (d.v.s. minimum 9 år med HIV-infeksjon) er 63% meldt med AIDS per 31.12.1995. Erfaringene viser at menn som har sex med menn har hatt stor villighet til å teste seg helt siden 1985. Det er derfor rimelig å anta at mange av de som ble smittet før 1986, og som ennå er friske, senere har testet seg på eget initiativ. Det er dermed også sannsynlig at de aller fleste som ble smittet før 1986, er diagnostiserte. En bekreftelse på dette er at 75% (181/240) av AIDS-tilfellene i gruppen meldt i tidsrommet 1988 - 1995, har vært kjent HIV-positive før de utviklet AIDS.

Fordeles de øvrige meldte HIV-tilfellene i gruppen etter sannsynlig smittetidspunkt, ser det ut til at antallet smittetilfeller er nokså stabilt med ca. 30 i året i perioden 1986 - 1991. Dette er altså en dokumentert minimumsinsidens. Mange som ble smittet i disse årene, har ikke utviklet sykdomstegn eller HIV-testet seg ennå. Det er derfor sannsynlig at det årlige mørketallet har økt fram mot 1994.

Kunnskap om HIV-testeaktiviteten i gruppen er avgjørende for å vurdere mørketallet. Undersøkelser viser at 50-80% av menn med homoseksuell atferd har testet seg en eller flere ganger, og at testeaktiviteten har økt med risikonivået. Resultatene indikerer imidlertid at testeaktiviteten kan ha gått noe ned i senere tid. Dette vil i såfall øke usikkerheten ved insidensutviklingen de siste årene. Helsemyndighetene vet ikke noe om hvorvidt testeaktiviteten har gått ned blant de reelt risikoutsatte, eller om det er et naturlig frafall blant de som ikke lenger risiksetter seg. Forutsatt at den høye testeaktiviteten er rimelig representativ for de risikoutsatte i gruppen, kan det anslås at det reelle antall nye smittede etter 1986 mest sannsynlig lå rundt 40 - 50 tilfeller per år; altså omtrent midt mellom den påviste minimumsinsidensen på 30 smittetilfeller etter 1986 og den beregnede maksimumsinsidensen på rundt 70 tilfeller før 1986 (figur 2.2). Usikkerheten i anslaget er økende mot 1995. Basert på de samme forutsetninger ligger det totale mørketallet trolig mellom 150 og 250 HIV-tilfeller i gruppen menn som har sex med menn.

Antakelig skjedde det en betydelig atferdsendring blant menn som har sex med menn da HIV-trusselen ble erkjent i gruppen, og forebyggende tiltak ble iverksatt. De epidemiologiske data indikerer også at insidenskurven ble brutt midt på åttitallet. Etter 1986 kan det ikke sannsynliggjøres noen vedvarende nedgang i insidens. Risikoatferden blant menn som har sex med menn har derfor fortsatt et omfang som opprettholder en relativt høy HIV-insidens i gruppen.

2.4.3 Injisierende stoffmisbrukere

Det er per 31.12.95 meldt 367 HIV-positive injiserende stoffmisbrukere, 219 menn og 148 kvinner. 55 % av tilfellene er meldt fra Oslo. Median alder på diagnosetidspunktet er 27 år, 28 for menn og 25 for kvinner.

I tabell 2.2 går det fram at AIDS-epidemien blant stoffmisbrukerne startet senere enn hos menn som har sex med menn. Undersøkelser av lagrede blodprøver fra stoffmisbrukere har ikke vist positive funn før 1983. Dette viser at HIV-epidemien blant injiserende stoffmisbrukere først skjøt fart fra 1983-84. Sannsynligvis kulminerte den nokså raskt når kunnskap om epidemien spredte seg i miljøet, og forebyggende tiltak ble iverksatt fra 1985-86. Antall diagnostiserte HIV-positive har falt siden 1988 og har de siste årene holdt seg på rundt 10 tilfeller i året.

Sprøytemisbrukere ble tidlig oppfordret til å ta HIV-test, og etter alt å dømme har HIV-testeaktiviteten blant injiserende stoffmisbrukere vært meget høy helt siden 1985. Mange sprøytemisbrukere har selv tatt initiativ til testing. Andre får rutinemessig tilbud om HIV-test ved sykehusinnleggelses, i rehabiliteringsinstitusjoner og i fengsler. Den høye testeopplutningen har jevnlig blitt bekreftet i flere studier. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning utførte i 1987 og 1990 «stikkmerkeundersøkelser» ved politiarresten i Oslo. Henholdsvis 78% av 338 og 90% av 800 sprøytemisbrukere svarte at de hadde HIV-testet seg. En spørreundersøkelse blant misbrukere som oppsøkte sprøytebussen i Oslo i 1992, viste at 94% av 286 hadde HIV-testet seg en eller flere ganger. 81% av disse i løpet av siste år. Undersøkelsen ble gjentatt høsten 1994. 92% av 465 injiserende stoffmisbrukere anga at de hadde testet seg; 65% i løpet av 1994 og 83% i løpet av 1993-94.

Dødeligheten blant injiserende stoffmisbrukere har vært høy i Oslo-området de siste årene. Blant omlag 250 obduserte misbrukere ved Rettsmedisinsk Institutt i perioden 1992-94 ble det ikke funnet noen nye HIV-positive. Ved Akuttinstitusjonen for stoffmisbrukere ved Ullevål sykehus ble 262 misbrukere HIV-testet i 1993-94. Det ble ikke funnet noen HIV-positive. Siden 1988 er det meldt 69 AIDS-tilfeller i gruppen. 96% av disse var kjent HIV-positive før de utviklet AIDS. Mange HIV-positive personer har dødd av overdose før de har utviklet alvorlig immunsvikt.

Det er trolig at HIV-insidensen blant injiserende stoffmisbrukere for tiden er stabil med 10 - 15 smittede per år. Det samlede mørketallet i gruppen er trolig lite. Heteroseksuell smitte blant injiserende stoffmisbrukere er sannsynligvis en vel så aktuell smittemåte som fellesbruk av urene sprøyter. Situasjonen i gruppen må imidlertid alltid betraktes

som labil og kan påvirkes av flere faktorer. Det er blant injiserende stoffmisbrukere helsemyndighetene har erfart at HIV har hatt det raskeste spredningspotensialet.

2.4.4 Heteroseksuell smitte

Det er per 31.12.95 meldt 223 personer, 127 menn og 96 kvinner med HIV-infeksjon etter sannsynlig heteroseksuell smitte. (Personer født i og smittet i høyendemisk område, se neste hovedavsnitt, er skilt ut som egen gruppe i statistikken). Totalt antall tilfeller som er heteroseksuelt smittet, og som har blitt diagnostisert, har vært stabilt siden 1987 med i gjennomsnitt 23 tilfeller per år. Median alder ved diagnostidspunkt er 31 år; 28 år for kvinner og 37 år for menn. En tredjedel av tilfellene er meldt fra Oslo. De heteroseksuelt smittede er geografisk mer spredd enn tilfellet er for menn som har sex med menn og stoffmisbrukere. Både for kvinner og menn har antall tilfeller som er sikkert smittet i Norge gått ned de siste to år.

I gruppen heteroseksuelt smittede ser vi en økende andel utenlandsk fødte personer, særlig fra Asia, men også fra Europa og Sør-Amerika. Totalt 20% (45/220) av de heteroseksuelt smittede er født i utlandet.

Ses det bort fra utlendingene, er det 178 nordmenn som er heteroseksuelt smittet - 100 menn og 78 kvinner. Omlag 80% av mennene er smittet utenlands, ofte ved prostitusjonskontakt eller annen seksuell kontakt under arbeids- eller ferieopphold. De fleste er smittet i land i Afrika sør for Sahara, men det er en økende tendens til smitte i Thailand og Brasil. For kvinner er forholdet omvendt. Tre fjerdedeler er smittet i Norge. Viktigste smitemåte er seksuell kontakt med sprøytemisbruker (26 kvinner), biseksuell mann (9 kvinner) eller person fra høyendemisk område (11 kvinner).

Epidemiologiske data tyder på at epidemien har utviklet seg langsomt blant heteroseksuelle med en nokså stabilt lav eller svakt økende insidens.

Fordeles de meldte HIV-positive etter sannsynlig smittetidspunkt, går det fram at den avdekkede insidensen har vært stabil siden 1988 med rundt 15-20 smittetilfeller årlig. For å vurdere den reelle insidensen og mørketallet, finnes det verdifulle seroepidemiologiske data å støtte seg til.

HIV-forekomst i ulike grupper heteroseksuelle

Siden september 1987 har alle *gravide* blitt tilbudt HIV-test. Ved utgangen av 1995 er det alt i alt utført 647 000 HIV-tester blant gravide og 26 nye HIV-positive er blitt funnet. Prevalensen har ikke vært økende. Testeopplutningen var 99,8% fram til 1992, men har på grunn av praktiske omlegninger av testetilbudet

gått ned til 96% i 1994. Tilsvarende har *rekrutter* blitt tilbudt HIV-test. Omlag 25 000 er testet årlig. Tre er funnet HIV-positive, den siste i 1989. Testeopplutningen er vel 90%. Blant ca. 100 000 HIV-testede *blodgivere* årlig siden 1985 er det funnet seks HIV-positive, den siste i 1992. Ved tidligere Seksjon for seksuelt overførbare sykdommer, Miljøetaten, Oslo kommune, ble det fra 1986 gitt tilbud om HIV-test til personer som henvendte seg med mistanke om seksuelt overført sykdom. Gruppen besto overveiende av heteroseksuelle og testeopplutningen var vel 80%. Fram til høsten 1993, da seksjonen ble omorganisert til Olafiaklinikken og testetilbudet lagt om, ble ca. 6 000 testet årlig. Dette utgjorde alt i alt 46 350 personer i perioden 1987-1993. 14 heteroseksuelt smittede ble funnet. Det ble ikke påvist noen økende andel smittede gjennom årene.

Disse undersøkelsene retter seg inn mot selekterte grupper. Tilsammen representerer de likevel et godt barometer på HIV-utviklingen blant heteroseksuelle. De fleste kvinner vil i løpet av livet bli gravide. Gravidscreeningen vil derfor gi et bilde av HIV-utviklingen blant seksuelt aktive kvinner. Den heteroseksuelle smitterisikoen ved et samleie er noe høyere for kvinner enn menn. Det er derfor rimelig å anta at en økende heteroseksuell epidemi i Norge vil slå ut blant kvinner.

Overvåkingen av epidemien blant heteroseksuelle menn er dårligere enn blant kvinner. Seksualvaneundersøkelsen i 1992 viste at 19% av menn i Norge i alderen 18-60 år var HIV-testet. Tendensen til å være testet økte med risikoaktiviteten. Opplysninger fra de kliniske miljøer tyder også på at testeaktiviteten blant heteroseksuelle menn må ha et betydelig omfang. Mange får tilbud om HIV-testing i forbindelse med helsekontroller etter utenlandsreise, ved mistanke om seksuelt overført sykdom og ved innleggelse i sykehus etc. Flere hundre kunder avprostituerte tester seg årlig bare i Oslo. Det antas at større endringer i HIV-insidensen blant heteroseksuelle menn vil fanges opp av den samlede testeaktiviteten. Men det er først og fremst i denne gruppen at usikkerheten med hensyn til epidemiutviklingen er størst.

Blant norske menn smittet heteroseksuelt i Afrika har det vært en økning i antall smittetilfeller etter 1988. Risikoerkjennelsen i gruppen er lav, og det er sannsynlig at mange risikoutsatte personer ikke har testet seg.

59% (23 av 39) heteroseksuelt smittede menn meldt med AIDS siden 1988 var kjent med sin HIV-infeksjon ved AIDS-debut. Tilsvarende var 72% (18 av 25) av heteroseksuelt smittede kvinner kjent HIV-positive. Årlig antall AIDS-tilfeller blant heteroseksuelle har imidlertid ikke økt siden 1990.

Et grovt anslag for årlig antall heteroseksuelt HIV-smittede vil være 20 - 30 tilfeller per år. Det totale antallet udiagnostiserte ligger sannsynligvis mellom 100 og 200 smittede. Det er lite som tyder på en omfattende heteroseksuell HIV-epidemi i Norge. En eventuell økning i insidens framover vil skje langsomt.

2.4.5 Personer smittet i høyendemisk fødeland

Det er per 31.12.95 meldt 232 HIV-positive smittet i høyendemisk fødeland, 129 menn og 103 kvinner. De fleste antas smittet heteroseksuelt. Median alder ved diagnosetidspunkt er 28 år. Siste fem år er det i gjennomsnitt diagnostisert 29 tilfeller årlig.

Begrepet «høyendemisk område» ble tidlig tatt i bruk internasjonalt som betegnelse på områder i verden der HIV-infeksjonen hadde spesielt høy forekomst. Begrepet har lenge vært modent for revisjon, og land som ligger i andre verdensdeler, og som kan karakteriseres som høyendemiske, burde vært inkludert. Begrepet brukes imidlertid fortsatt primært om land i Afrika sør for Sahara og om Haiti. De fleste av de 232 meldte i denne gruppen er asylsøkere/flyktinger eller studenter fra Afrika. Det er meldt noen få HIV-positive nordafrikanere, og de er av praktiske grunner inkludert i denne gruppen. Enkelte afrikanere som er påvist smittet i Norge er imidlertid rubrisert under respektive smitteområde.

Antall personankomster til Norge fra Afrika, fikk først et visst omfang midt på 80-tallet med 110 ankomne i 1985 og nådde en foreløpig topp i 1988 med 1400 ankomne. I 1995 var tallet sunket til 400. Allerede fra 1986 ble det gitt rutinemessig tilbud om HIV-test til denne gruppen i forbindelse med den obligatoriske helsekontrollen av asylsøkere/flyktinger kort tid etter ankomst til Norge. Testeoppslutningen var nær 100% fram til 1993. Da desentraliserte sentrale helsemyndigheter HIV-testingen av praktiske grunner til sekundærmottakene. Dette har trolig ført til redusert testeoppslutning de senere år. Helsemyndighetene mistet også muligheten til å overvåke testeoppslutningen i gruppen. Se ellers om dette i pkt. 4.3.4.

En stor andel av registrerte HIV-positive personer fra HIV-endemiske områder oppholder seg ikke lenger i Norge. Selv om det er en viss usikkerhet om antall HIV-positive siste to år, vil mørketallet være lite, neppe mer enn 50. Mørketallets størrelse vil imidlertid være avhengig av i hvilken grad tilbud om HIV-testing er tilgjengelig og følges opp for personer fra høyendemisk fødeland. Det er oppdaget få tilfeller av sekundærsmitte fra denne gruppen i Norge.

2.4.6 Blodoverført smitte

Første kjente smittetilfelle via blodtransfusjon i Norge er fra 1980 og siste kjente er fra desember 1985. I alt er det funnet 24 personer smittet etter vanlig blodtransfusjon. 16 av disse er smittet i Norge. I tillegg ble 21 blødere funnet HIV-positive i 1985-86 da denne gruppen ble tilbudt HIV-test. HIV-testing av blod og annet humant donasjonsmateriale kom igang fra høsten 1985 og ble landsdekkende fra januar 1986. Ingen er påvist smittet etter 1986.

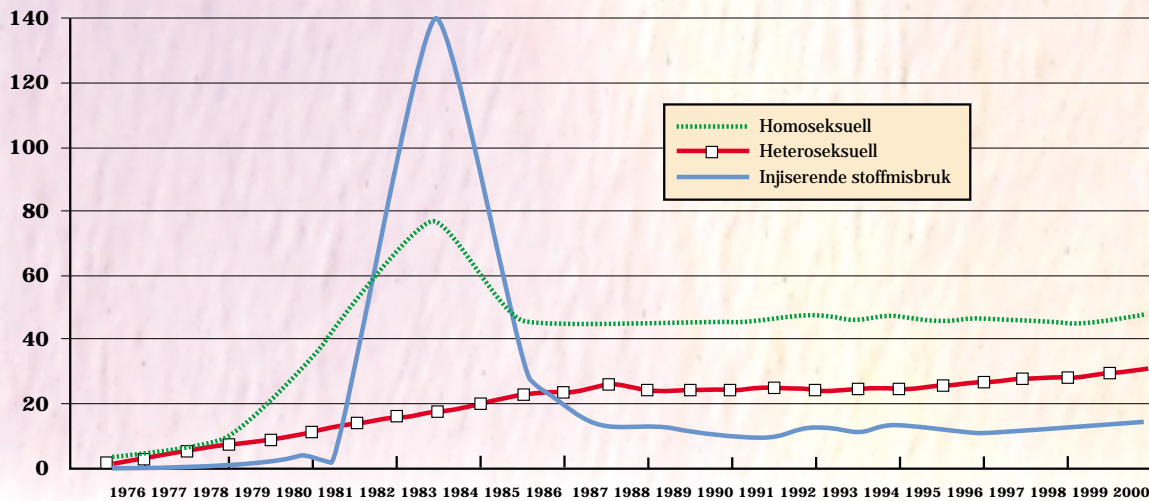
Det er ialt kjent at 9 HIV-positive blodgivere som har gitt blod i Norge, var i sikker eller antatt smitteførende fase før testingen av blodgiverne begynte. I alt 60 antatt infiserte blodfraksjoner er gitt fra disse. På den tiden hadde de fleste blodbanker ikke mulighet for å spore seg tilbake til blodmottakerne. Det har altså vært flere smittetilfeller som ikke har blitt diagnostisert. De fleste transfusjoner gis imidlertid til eldre pasienter eller alvorlig skadede eller syke med høy dødelighet. De fleste smittede har trolig dødd med sin HIV-infeksjon og ikke av. Etter 1988 har antall *diagnostiserte* tilfeller i denne gruppen avtatt sterkt. Ti år etter at denne smitemåten effektivt ble brutt, må det antas at det er svært få, om noen udiagnostiserte igjen i denne gruppen. Med dagens forebyggende tiltak regner man med ingen eller ytterst få nye smittetilfeller her.

2.4.7 Barn smittet av HIV-positiv mor

Det er i alt per 31.12.95 meldt 9 HIV-positive barn født av HIV-positiv mor. Seks av disse barna er født i Norge. Etter at tilbud om HIV-test til gravide ble innført i 1987, er det rimelig å gå ut fra at HIV-status er kjent hos de fleste fødende kvinner. Et meldings-system om barn født av HIV-positiv kvinne ble innført fra høsten 1993 (med tilbakevirkning) og vil gi fortløpende data om utviklingen. Foreløpige data viser at 50 barn er født av HIV-positiv mor i Norge siden 1983. Det høyeste tallet var i 1988 og 1989 med 9 og 10 fødsler, mens det de tre siste år har vært 3 - 6 per år. De fleste mødrene er smittet ved injiserende stoffmisbruk. Forutsatt at HIV-epidemien blant kvinner ikke øker vesentlig de kommende år, vil antall barn født av HIV-positiv mor trolig ligge på dette nivået.

Smitterisikoen ved mor-barn smitte er i Afrika og i minoritetsgrupper i USA opp mot 50%; i europeiske studier ned mot 15%. I Norge er 47 barn født av HIV-positiv mor fulgt opp i mer enn ett år etter fødsel og 6 barn (13%) er påvist smittet. Kunnskap om HIV-status til de fødende med mulighet for antiviral profylakse (AZT) i tiden før fødselen og forholdsregler mot smitteoverføring til barnet i forbindelse med forløsningen og nyfødtperioden (ikke amming), kan ha betydning for den lave smittsomheten i Norge.

Figur 2.2 Sannsynlige HIV-epidemikurver for de tre viktigste risikogrupper i Norge fra epidemistart til år 2000



Barn med HIV-infeksjon vil vanligvis utvikle sykdomstegn etter kort tid. Mørketall i denne gruppen er derfor antakelig lik null. HIV-smitte fra mor til barn vil trolig representere en beskjeden tilvekst til antallet HIV-positive i årene som kommer.

2.4.8 Annen eller ukjent smittebakgrunn

For 39 (2,5%) av 1537 meldte HIV-positive har man ikke klart å kartlegge smitemåte. Enkelte har dødd akutt før det var mulig å spørre om risikobakgrunn. I de fleste tilfellene har legene hatt klar mistanke om at en av de vanligste smitemåtene lå til grunn uten at vedkommende ville erkjenne sin risikoatferd. Dette er det rimelig å regne med i forhold til en så sensitiv tilstand, der både sykdommen og atferden som kan ligge til grunn, er stigmatisert. Bare i et par tilfeller har selv erfarne «HIV-leger» ikke klart å finne en sannsynlig smitemåte. Det er ikke dokumentert tilfeller av yrkesrelatert HIV-smitte i Norge.

2.4.9 Overvåking av den generelle HIV-testeaktiviteten

Omfanget av den generelle kliniske HIV-testeaktiviteten inngår som en del av det epidemiologiske puslespillet. Hver måned melder de medisinske mikrobiologiske laboratorier inn data om antall utførte kliniske HIV-tester. Antallet tester var 21 700 i 1986, økte til 104 000 i 1987 og har siden ligget stabilt på vel 100 000 tester årlig. Totalt 997 500 tester er utført fra 1985 til 1996. HIV-testingen av gravide, rekrutter og blodgivere kommer i tillegg. Antall nye positive per 1000 prøver har gått ned fra 10,8 i 1986 til 2,4 i 1987, og deretter ligget stabilt mellom 1,5 - 1,0. Det finnes ikke data om antallet personer som tester seg eller deres risikobakgrunn. Det antas at en betydelig andel prøver tas på personer uten reell HIV-risiko. Forutsatt at det er mulig å opprettholde en høy teste-

aktivitet hos risikoutsatte, vil utviklingen i antall HIV-positive prøver fungere som et grovt barometer på HIV-utviklingen.

2.4.10 Konklusjoner og prognoser mot år 2000

HIV-insidensen i Norge har vært stabil siden 1986 og anslås til 80 - 100 tilfeller per år. Det antas at antallet udiagnostiserte personer ligger mellom 250 - 500 og utgjøres nesten i sin helhet av homoseksuelt og heteroseksuelt smittede menn. I figur 2.2 vises de mest sannsynlige epidemikurver for de tre største risikogrupperne i Norge fra HIV-epidemien startet og framskrevet til år 2000.

Uten forandringer i de faktorene som påvirker spredning av HIV, vil det heller ikke skje store forandringer i HIV-situasjonen i Norge. Det er lite i dagens situasjon som tyder på dette. Det er likevel grunn til å følge med i utviklingen av enkelte forhold spesielt nøye:

- Det kan tenkes at epidemien kan skyte fart hvis oppmerksomheten om den avtar. Særlig gjelder det gruppen homoseksuelle menn. USA ser nå i 1990-årene en ny bølge av nysmitte blant yngre homoseksuelle menn. Denne gruppen krever ekstra oppmerksomhet også i Norge i årene framover.
- Forekomst av HIV øker i store deler av verden. Dette vil kunne få konsekvenser for HIV-situasjonen i Norge. Nordmenn som har seksuell kontakt med personer fra områder med høy HIV-forekomst, vil i økende grad være utsatt for smitte og også kunne føre smitte videre, dersom de ikke beskytter seg.

2.5 HIV-infeksjonens forløp

HIV gir hos de fleste smittede en gradvis svikt i immunsystemet. Grad av immunsvikt kan fastsettes ved hjelp av sykdomsmarkører (antall CD4+ lymfocytter, tilstedeværelse av HIV-antigen o.a.) og /eller tilstedeværelse av definerte symptomer eller sykdommer. Det finnes ulike systemer i ulike deler av verden for klassifikasjon av stadier av HIV-infeksjonens forløp. Det klassifikasjonssystemet som anvendes i Norge og de fleste land i Europa, er en europeisk modifikasjon av Centers for Disease Control (USA) reviderte versjon fra 1993. AIDS-diagnosen er tilstedeværelse av en eller flere definerte infeksjoner,

enkelte kreftformer, demens eller avmagring. Gjennomsnittlig tid fra HIV-smitte til AIDS blant homoseksuelle menn i USA er beregnet til 10-12 år. Det er stor variasjon i tid blant HIV-smittede personer når det gjelder utvikling av immunsvikt. Noen HIV-smittede får AIDS i løpet av 1-3 år etter smitte mens andre først utvikler AIDS etter 15-20 år eller mer. Hvor stor andel av HIV-smittede som vil utvikle AIDS, er ikke med sikkerhet kjent. Noen HIV-smittede dør av andre årsaker før immunsvikt er utviklet. Blant injiserende stoffmisbrukere i Norge, har overdose vært en mer utbredt dødsårsak enn AIDS.



Kapittel 3

Mål, organisering, strategier og virkemidler i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet i Norge 1983-1995

I dette kapitlet beskrives målsettingene for og organisering av arbeidet med HIV/AIDS og de strategier helsemyndighetene har valgt å bruke. En utfyllende omtale av tiltakene overfor befolkningen og grupper av den, gis i kapittel 4.

3.1 Målene for det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet

I 1985 kom den første samlede planen for tiltak mot HIV/AIDS-epidemien; *“Helsedirektørens kontrollprogram for AIDS-sykdommen”*, som var utarbeidet av Helsedirektoratet (nå Helsetilsynet) på bakgrunn av et notat fra Folkehelse. Denne planen skisserte foruten målene også de hovedinnsatsområdene som siden har vært hovedpilarene i det norske HIV/AIDS-forebyggende arbeidet. På grunnlag av planen tok Sosialdepartementet et initiativ overfor Regjeringen som medførte at det ble bevilget ekstra midler til dette området. Målene for det forebyggende arbeidet kom senere også til uttrykk i St.meld. nr. 29 (1987-88) *Om HIV/AIDS epidemien* hvor det bl.a. står:

«Regjeringens handlingsplan er konsentrert om tiltak som kan kartlegge smitteutbredelsen og hindre smittespredning. Oppsporing av smitekilder og oppfølging av disse, samt informasjon til risikogrupper, til utsatte grupper og til befolkningen som helhet er i denne sammenheng viktige tiltak. Målsettingen er å bidra til atferds- og holdningsendring. Dette for å lære hver enkelt å:

- beskytte seg selv og andre mot smitte ved å unngå risikoatferd og risikosituasjoner
- forholde seg rasjonelt til risikogrupper, til HIV-smittede og AIDS-syke for å hindre stigmatisering og utskillelse.

Det er derfor viktig å sikre at befolkningen har et generelt høyt kunnskapsnivå om HIV og AIDS.» (s. 13)

De viktigste målsettingene med det atferds- og holdningsskapende arbeidet om HIV/AIDS ble formulert på følgende måte i Helsedirektørens andre handlingsplan: *“Helsedirektørens tiltaksplan mot HIV/AIDS-epidemien 1990-1995”*:

- Gi befolkningen kunnskap om HIV og AIDS
- Forebygge smittefarlig atferd
- Forebygge diskriminering og utstøtning av smittede og personer i risiko
- Øke kompetansen hos helse- og sosialpersonell

Disse målformuleringene har vært overordnede styringsredskaper. De ulike tiltakene har imidlertid svært ofte vært innrettet mot to eller flere av målene samtidig.

3.2 Organisering og finansiering av det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet

3.2.1 Organisering og gjennomføring av tiltak

Det første tiltaket av betydning for forebygging av HIV i Norge var etableringen av Helseutvalget for homofile (HU) i 1983. Før dette hadde imidlertid enkeltpersoner innen det homofile miljøet og i helsevesenet blitt oppmerksomme på beskrivelser av en ny alvorlig sykdom i USA. Omtrent samtidig ble det fra Helsedirektoratet, blodbankene og de homofiles organisasjoner sendt oppfordringer om at personer i risikogrupperne ikke måtte gi blod, og Folkehelsa advarte gjennom meldingsbladet MSIS om den nye sykdommen. Helsedirektørens rådgivende utvalg for infeksjonsmedisin (RUFIM) nedsatte samme året en egen arbeidsgruppe for AIDS-spørsmål. Høsten 1983 etablerte Oslo Helseråd en egen helsetjeneste for homofile som tilbød undersøkelser for seksuelt overførbare sykdommer og AIDS.

Disse tiltakene som ble etablert så tidlig som i 1983, la et svært viktig grunnlag for det senere HIV/AIDS-forebyggende arbeidet i Norge. Representanter for personer i risiko, etter hvert også representanter for personer med HIV og AIDS, helsepersonell og helsemyndigheter har hatt en løpende dialog og stor grad av samarbeid om planlegging og gjennomføring av strategier og virkemidler.

HIV-testing ble tilgjengelig i Norge fra slutten av 1984, først i begrenset omfang. Tidlig i 1985 kom testen som gjorde det mulig å påvise HIV-smitte i større omfang. I løpet av dette året ble det i Norge gjennomført screening av alt blod og alle blodprodukter som ble brukt i medisinsk behandling. Testen gjorde det mulig å etablere et kontinuerlig overvåkingssystem, og i 1986 ble det innført meldeplikt for HIV-infeksjon. Overvåkingen ble integrert i Folkehelsas veletablerte Meldingssystem for infeksjonssykdommer (MSIS).

Tiltakene som er gjennomført fra 1985 og fram til i dag er beskrevet i flere dokumenter. Det viktigste, i tillegg til St.meld. nr. 29 (1987-88) Om HIV/AIDS-epidemien og Helsedirektørens to tiltaksplaner - den første av 15. oktober 1986 (AIDS-skriv nr 17) og den andre av 15. november 1990 (AIDS-skriv nr 41), er "Forslag til målrettet smitteoppsporing og konkrete tiltak og virkemidler rettet mot smittemottakere og smittetilførsler" av 1. mars 1987 (AIDS-skriv nr 21). Utover dette er det gitt en mengde rundskriv om ulike sider ved epidemien og laget en lang rekke brosjyrer for ulike målgrupper.

Lovgrunnlaget for arbeidet med alle smittsomme sykdommer ble revidert fra 1.1.95 med ikrafttreden av ny lov om vern mot smittsomme sykdommer.

Nedenfor gis det en kort beskrivelse av organiseringen av og ansvarsfordelingen i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet til nå.

Nasjonalt nivå

Statlige myndigheter har i perioden siden 1985 nedsatt ulike råd og utvalg for å bidra med faglige råd og sikre et bredt nasjonalt engasjement i arbeidet. Hvilke råd og utvalg som har vært mest hensiktsmessige har vært vurdert løpende.

Sosial- og helsedepartementet er ansvarlig departement når det gjelder HIV/AIDS-spørsmål.

- Sosialdepartementet opprettet i 1986 et statssekretærutvalg bestående av statssekretærer fra Sosialdepartementet, KAD, KUF og JD. Utvalget ble nedlagt i 1989.
- Sosialministeren etablerte i 1987 en referansegruppe som var sammensatt av personer med ulik faglig, politisk og organisatorisk tilknytning. Denne gruppen ble i 1989 erstattet av en ny referansegruppe. Denne gangen for Sosialdepartementet og Helsedirektoratet med representasjon fra frivillige organisasjoner og de fagmiljøer som var involvert i de forskjellige sidene ved arbeidet. Denne gruppen ble nedlagt i 1992.
- Det ble i 1983 nedsatt en særskilt arbeidsgruppe for AIDS under Helsedirektørens rådgivende utvalg i forebyggende infeksjonsmedisin, RUFIM. Arbeidsgruppen ble i 1985 gjort om til Helsedirektørens rådgivningsgruppe for AIDS-sykdommen og besto av landets fremste eksperter på de fagfelt som var direkte berørt av epidemien. Gruppen ble nedlagt i 1986/87, og funksjonen ble senere ivaretatt av RUFIM som i 1988 etablerte en arbeidsgruppe for spørsmål omkring AIDS.

På nasjonalt nivå har **Helsetilsynet** og **Folkehelsa** hatt de viktigste utøvende funksjonene.

Helsetilsynet har i nært samarbeid med SHD utviklet overordnede strategier og lagt årlige planer for bruk av de bevilgede midler til epidemibekjempelsen. Helsetilsynet etablerte tidlig et tverrfaglig team og har i tillegg i perioder knyttet til seg ulik spesialkompetanse for å arbeide med HIV-forebygging. Det har vært lagt stor vekt på å utvikle og opprettholde bred samfunnskontakt for å sikre den best mulige målretting av tiltak. Oppgavene har spent fra tildeling av midler til et bredt spekter av organisasjoner og offentlige etater, og kompetanseutvikling og skoling av fagfolk til iverksetting av nasjonale informasjonskampanjer og initiering av prosjekter.

Folkehelsa har, ved siden av å være en viktig medspiller i strategiutviklingen, hatt ansvaret for

overvåking av epidemien, samt epidemiologisk og annen forskning. Folkehelse har også sikret jevn tilgang på informasjonsmateriell til befolkningen og helsepersonell gjennom Aids-informasjonsenheten. Denne enheten er et nasjonalt senter for HIV/AIDS-informasjon som ble etablert i september 1987, og som var det første i sitt slag i Norden. Aids-informasjonsenheten har sørget for oppdaterte kataloger over tilgjengelig materiell og foretatt løpende registrering av HIV/AIDS-materiell utgitt i Norge i egen database. Dokumentasjons- og referansetjenesten har vært og er en viktig service til forskningsmiljøene og helsetjenesten. Folkehelse har i tillegg drevet betydelig skolering av helsepersonell og samarbeidet med Helsetilsynet i utarbeiding av rundskriv og veiledende skriv til helsetjenesten og andre grupper. Folkehelse har også bistått andre laboratorier når det gjelder kvalitetskontroll og bruk av testsystemet for HIV-infeksjon.

Fylkeslegene

I 1985 ble landets **fylkesleger** pålagt å etablere lokale ressursgrupper for AIDS. I tillegg til fylkeslegekontorene besto disse av representanter for kommune- og fylkeshelsetjenesten samt fagfolk og organisasjoner med særlig erfaring fra arbeid med menn som har sex med menn og stoffmisbrukere. Ressursgruppene førte tilsyn med at nødvendig lokal planlegging ble gjennomført, og at den desentraliserte helsetjenesten tok sitt ansvar for informasjons- og opplysnings tiltak. Ressursgruppene spilte også en avgjørende rolle i skolering av helse- og annet sentralt personell.

Mot slutten av åttiårene ble behovet for disse gruppene mindre, og fylkeslegekontorene ble stilt fritt med hensyn til fortsatt drift av ressursgruppene. Noen fylkeslegekontorer har fortsatt slike, men aktiviteten er betydelig redusert og i mange fylker er gruppene nedlagt.

Fylkeslegene har årlig blitt tilstilet midler til sin del av handlingsplanen mot HIV-epidemien. Disse midlene er brukt til en serie lokale tiltak i regi av kommuner, fylkeskommuner og organisasjoner. Nasjonale helsemyndigheter, såvel som fylkeslegene, har lagt stor vekt på å gi flest mulig tiltak en lokal forankring. Ettersom det har vist seg at epidemien ble begrenset i omfang de fleste steder i landet, har informasjonsaktivitetene avtatt. Fylkeslegene har imidlertid fortsatt bidratt til å sikre kompetanse i helsevesenet, og til aktiviteter rettet blant annet mot ungdom og særlig utsatte grupper. Nedgangen i tildelinger til fylkeslegene reflekterer en nedgang i lokal aktivitet. Fylkeslegene har hvert år hatt mulighet til å søke ytterligere tilskudd.

Helsevesenet

Det offentlige helsevesen har et særskilt ansvar og en viktig rolle overfor utsatte grupper og befolkningen generelt. Kvaliteten på forebyggende arbeid, herunder individuell rådgivning samt diagnostisering, behandling og oppfølging er et offentlig ansvar. Helsemyndighetene har lagt vekt på å skolere ansatte i alle deler av helsevesenet.

Rikshospitalet, Ullevål og Haukeland sykehus har likeledes spilt viktige roller i kompetanseutvikling. Fagmiljøer der har bidratt med klinisk og annen forskning og har gjennom egne publikasjoner, kontakt med internasjonale fagmiljøer, deltakelse i råd og utvalg og ofte i daglig uformell kontakt, vært viktige rådgivere for helsemyndighetene. Det er utviklet tiltak blant annet for hjemmebehandling av personer med AIDS, oppfølging av stoffmisbrukere med AIDS og ekspertise på barn født av HIV-positive kvinner.

Kommuner og fylkeskommuner

Flere **kommuner** og **fylkeskommuner** etablerte midt på åttitallet egne rådgivningskontor for HIV og AIDS delvis finansiert via statlige midler. Disse hadde stor betydning for den enkelte pasient og bidro aktivt i opplysningsarbeidet. Ettersom epidemien viste seg å bli mindre omfattende enn fryktet, er mange av disse aktivitetene integrert i den ordinære kommune- og fylkeshelsetjenesten. Enkelte større byer som Oslo og Tromsø har opprettholdt spesialtilbud. Her kan spesielt nevnes Olafiaklinikken som er knyttet til Ullevål sykehus i Oslo, og som på mange måter har fungert som kompetansesenter for helsetjenesten i andre deler av landet.

Skolen

Skolen har en viktig rolle i epidemibekjempelsen. Det har vært gjennomført tiltak på nasjonalt og lokalt nivå. Kirke- og undervisningsministeren la 1. februar 1987 frem et ti-punkts handlingsprogram for skolen som omtalte utvikling og distribusjon av læremateriell, skolering av lærere og undervisning av elever.

Andre offentlige instanser

En rekke departementer som **KUF**, **KAD**, **Kulturdepartementet (KD)**, **BFD**, **JD** samt andre offentlige etater som **fengselsvesen** og **politi** har bidratt med gjennomføring av kampanjer og utvikling av informasjonsmateriell.

Landets **utekontakter** har spilt en særlig viktig rolle ved å nå ungdom i risiko. Utekontaktene har etablert en egen arbeidsgruppe for AIDS, URFA, som har utviklet tiltak, skolert ansatte i oppsøkende virksomheter og vært rådgivere overfor Helsetilsynet.

NORAD, har utviklet og gjennomfører en egen handlingsplan for å forebygge HIV blant nordmenn som arbeider i land med høy forekomst av HIV og AIDS. NORAD og Helsetilsynet har en samarbeidssavtale som blant annet omfatter ett årsverk som NORADs faglige rådgiver på AIDS.

Frivillige og private organisasjoner

Frivillige og **private organisasjoner** er viktige samarbeidspartnere for offentlige myndigheter. Det har vært lagt stor vekt på å identifisere de organisasjonene som best kan nå en gruppe eller del av befolkningen og ha den høyeste troverdigheten som budskapsformidlere. Deres legitimitet i det norske samfunn og brede kontaktflate gjør at slike organisasjoner utfyller offentlige instanser. Helsemyndighetene har samarbeidet med og gitt økonomisk støtte - både til drift og til ulike prosjekter - til en rekke organisasjoner. De viktigste er nevnt nedenfor.

Helseutvalget for homofile (HU) har gjennomført den overveiende delen av HIV-forebygging blant menn som har sex med menn. Utvalget, som er en landsdekkende sammenslutning av de ulike interesseorganisasjonene for homofile og lesbiske, har gjennomført informasjonskampanjer, oppsøkende virksomhet og kulturaktiviteter.

Interesseorganisasjonene for homofile og lesbiske og **aviser og tidsskrifter rettet mot homofile og lesbiske** har formidlet informasjon og opprettholdt en aktiv dialog med myndighetene om ulike sider ved epidemibekjempelsen.

Pluss, interesse- og selvhjelpsorganisasjonen for HIV-positive i Norge, fungerer både som et støtte-miljø for personer med HIV eller AIDS, som pressgruppe overfor myndigheter, og som en viktig samarbeidspartner i informasjonsvirksomhet og annet forebyggende arbeid. Pluss har klart å samle ulike grupper med tilsynelatende ulike interesser i en organisasjon. Pluss driver for tiden et viktig arbeid med å støtte kvinner med HIV eller AIDS og har også etablert en gruppe for fremmedspråklige HIV-positive.

Landsforeningen mot AIDS (LMA) er en paraplyorganisasjon med medlemmer som spenner fra arbeidstakerorganisasjoner og homofiles organisasjoner til kirkelige og humanitære organisasjoner. LMA har gjennomført informasjonskampanjer og utviklet annet informasjonsmaterieell, spesielt beregnet på ungdom og kvinner, ved siden av å bidra til den generelle samfunnsdebatten om HIV og AIDS.

Kirkens bymisjon driver et kontaktsenter for personer med HIV og deres pårørende, **Aksept**. Bymisjonen gjør også et viktig arbeid gjennom integrering av HIV-forebygging i sitt arbeid med stoffmisbrukere.

Norges Røde Kors har siden epidemien startet deltatt i informasjonsvirksomhet og annet faglig utviklingsarbeid nasjonalt og internasjonalt. Røde Kors har produsert materieell for fremmedspråklige, for reisende og for ungdom.

Organisasjoner for innvandrere og flyktninger fra forskjellige land har utviklet informasjonsmaterieell, gjennomført kurs og kulturaktiviteter og samarbeidet med helsemyndighetene i utvikling av strategier og tiltak.

PION, Prostituertes interesseorganisasjon i Norge ble etablert i 1990. PION driver oppsøkende informasjonsarbeid overfor kvinner som arbeider i massasjeinstitutter i Oslo. PION har engasjert aktive og tidligere prostituerte fra Norge og andre land som har betydelig legitimitet i dette miljøet. Ved siden av direkte informasjonsarbeid om HIV, spiller PION en rolle ved å holde helsemyndighetene oppdatert om viktige trekk av betydning ved prostitusjonen i Norge.

Medisinernes seksualopplysning (MSO) integrerte tidlig HIV og AIDS i sin informasjons- og opplysningsvirksomhet. MSO når en del av norsk ungdom gjennom sitt arbeid. MSO bidrar også til at andre medisinstudenter får god opplæring om seksualitet.

Stoffmisbrukere har ikke hatt noen interesseorganisasjon i Norge som har eksistert over lengre tid. Enkeltpersoner har imidlertid samarbeidet med Helsetilsynet og lokale myndigheter i utvikling av materieell og strategier. I tillegg har det, på initiativ fra Helsetilsynet, vært gjennomført prosjekter i flere norske byer som har engasjert aktive misbrukere i endringsarbeid i egen kultur.

3.2.2 Bevilgninger

Storparten av de tiltakene som er beskrevet i pkt. 3.2.1 har vært finansiert av de midler Stortinget årlig har stilt til disposisjon for handlingsplanen mot HIV-epidemien. Bevilgningene har gjort det mulig å støtte tiltak der behovet har vært tilstede og bidratt til å utvikle nye og bedre modeller. Det har vært nødvendig og mulig å tillate en viss prøving og feiling for å oppnå ønskede resultater. Midlene har vært fordelt til en lang rekke offentlige instanser, særlig innen skoleverk og helsevesen, og til mange små og store frivillige organisasjoner.

Til arbeidet med HIV/AIDS i Norge har Stortinget totalt bevilget over 800 millioner kroner i perioden 1985 til og med 1995. Av disse gikk ca 450 millioner i slutten av åttiårene og begynnelsen av nittiårene til en betydelig utbygging og opprusting av behandlingssinstitusjoner for stoffmisbrukere. Dette vil ikke bli ytterligere omtalt her.

I perioden 1987 - 1992 bevilget Stortinget over en egen tilskuddsordning på statsbudsjettet i underkant av 57 millioner kroner til opprusting av sykehus. Disse midlene ble fordelt av Helsetilsynet til utstyrsmessig forbedring og oppbygging av kompetanse ved landets sykehus. Midlene er dels fordelt direkte til fylkskommunene som sykehuseiere og dels etter søknad til regionsykehusene. Fra og med 1993 ble det forutsatt at sykehusene hadde foretatt den nødvendige oppjustering.

HIV/AIDS-handlingsplanen

Siden 1986 har det vært en egen post til handlingsplanen mot HIV under kapittel 719 (tidligere 778). I perioden 1986 t.o.m. 1995 er det bevilget 340 millioner kroner over dette kapitlet. I tillegg er det bevilget tre ekstra stillinger i Helsetilsynet og tre ekstra stillinger ved Folkehelsa.

SHD har i perioden 1989 t.o.m. 1992 tilstilet 12 millioner kroner av midlene til handlingsplanen til et eget forskningsprogram om HIV og AIDS under Rådet for Medisinsk Forskning. De øvrige midlene ble fram til 1994 tildelt Helsetilsynet for videre fordeling. Fra da av har SHD på bakgrunn av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltning, tildelt midler direkte til Helsetilsynet og Folkehelsa.

En grov inndeling av Helsetilsynets fordeling av midlene fra kap 719, post 70 - Handlingsplan mot HIV-epidemien - i perioden 1989 t.o.m.1994 og unntatt midler til forskning ser slik ut:

Den grove inndelingen i kategorier for forbruk må tas med forbehold. Kategorien skolering vil for

eksempel overlappet med andre kategorier. Skoleopplæring kan være alt fra langvarig inngående skolering av personell som arbeider med stoffmisbrukere til en studietur for nøkkelpersonell i infeksjonsmedisin for å innhente erfaringer for videreformidling til kolleger.

Inndelingen gir heller ikke et korrekt bilde av de enkelte tiltaks prioritet eller betydning for forebygging av epidemien. F.eks. kan tiltak for fremmedspråklige ha vært arbeidskrevende og omfattende uten at de i kostnader kan sammenlignes med kostnadene ved informasjonskampanjer i media eller andre dyre tiltak.

Sentrale informasjonstiltak omfatter enkeltkampanjer i media eller plakater på offentlige transportmidler, drift av den nasjonale informasjonstelefonen om AIDS, tiltak i regi av Folkehelsas Aids-informasjonshenhet osv. Tiltak rettet inn mot ungdom, både gjennom skolen og i media utgjør en ikke ubetydelig del av den samlede summen her. Posten utgjorde tidligere ca. 10 mill. kroner årlig. Det har vært en reduksjon til ca. 7 mill. kroner fra og med 1994 på grunn av at midler til Folkehelsa har vært tildelt direkte fra departementet, og at det ikke har vært gjennomført større informasjonskampanjer.

Lokale tiltak omfatter bevilgninger til tiltak i regi av fylkeslegene. Dette kan f.eks. være informasjon rettet inn mot den generelle befolkning, skolering av lærere eller helsepersonell eller tiltak for menn som har sex med menn. Lokale tiltak omfatter også drift av kommunale eller fylkeskommunale rådgivnings-

Sentrale informasjonstiltak, inkludert drift av infotelefon, Aids-infoenheten, tiltak rettet mot ungdom etc	28,9%
Lokale tiltak i regi av fylkeslegene og lokale organisasjoner, inkludert drift av AIDS-rådgivningskontor i de største byene	29,5%
Drift av og tiltak i regi av frivillige organisasjoner, i all hovedsak Helseutvalget for homofile, Pluss og Landsforeningen mot AIDS	24,3% (Herav HU 11,1%)
Tiltak blant stoffmisbrukere, inkludert tilskudd til distribusjon av sprøyter	6,9%
Tiltak blant andre med spesielle behov eller særlig sårbarhet	4,7%
Skolering av personell	5,7%

kontorer for AIDS som har hatt tilbud til den generelle befolkningen, inkludert ungdom, og som har gjort en betydelig innsats overfor menn som har sex med menn og stoffmisbrukere. Posten er sterkt redusert fra 1990 hvor den hadde en topp på 15 mill. kroner, til 5,5 mill. kroner i 1995. Dette har skjedd bl.a. på grunn av opphør av drift av AIDS-kontorer samt betydelig nedgang i søknader om midler til lokale tiltak.

Frivillige organisasjoner har spilt en viktig rolle i epidemibekjempelsen. Helsetilsynet har vurdert organisasjonenes arbeidsområder og muligheter for å gjennomføre tiltak av betydning for det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet og tillagt dette en betydelig vekt med hensyn til tilskuddets størrelse.

Tilskuddet til f.eks. Helseutvalget for homofile har vært på 3,5-4 mill. kroner årlig. Ca. 75% av tilskuddet har gått til drift i form av lønn til ansatte som bl.a. driver feltarbeid i miljøene. Denne delen av tilskuddet har derfor vært relativt stabil mens tilskuddet til spesielle prosjekter har variert over tid. Støtten til Pluss og LMA har ligget på henholdsvis ca. 2 og 1 mill. kroner per år. Støtten til Pluss har hatt en fordeling på ca. 80% til drift og 20% til prosjekter. LMAs støtte har hatt en fordeling på ca. 50% mellom drift og prosjekter.

Når det gjelder stoffmisbrukere er det verd å merke seg at landets største kommuner allerede før HIV-epidemien hadde etablert oppsøkende virksomheter rettet mot denne gruppen. Det var derfor ikke nødvendig med øremerkede midler til HIV/AIDS-forebyggende arbeid til nye stillinger for å nå misbrukergruppen. De største utgiftene har knyttet seg til sprøytebussen i Oslo, etablering av sprøyteautomater i en del byer samt skoleringsvirksomhet av ansatte i oppsøkende virksomheter, kollektiver, behandlingsinstitusjoner og sykehus. Tiltak overfor gruppen har vært støttet med ca. 2 mill. kroner årlig.

Prosjekter overfor andre grupper med spesielle behov som sexarbeidere og innvandrere og fremmedspråklige har blitt støttet med mellom 0,5-1,5 mill. kroner per år. Variasjonen skyldes at forbruket er avhengig av den aktivitet som til en hver tid drives. Skolering av personell la i begynnelsen av handlingsplanperioden 1990-95 beslag på ca 2,5 mill. kroner, men har nå sunket til mellom 0,5 og 1 mill. kroner. Nedgangen har bl.a. sammenheng med lavere interesse i kommuner og fylkeskommuner.

3.2.3 Lovgivning

Lovgivningen som har betydning for HIV-positive/AIDS-syke faller grovt sett i to grupper: 1) Den lovgivningen som direkte regulerer helsetje-

nestens arbeid med sykdommen, og som berører spørsmål som taushetsplikt, smitteoppsporing og rett til smittevern hjelp, og 2) den lovgivningen som regulerer HIV-positives forhold til våre alminnelige sosiale og borgerlige rettigheter som rett til helsehjelp, sosiale tjenester, trygdemessige ytelser, bolig, arbeid og utdanning.

Lovgivningen har bare i begrenset utstrekning vært brukt som virkemiddel i HIV/AIDS-arbeidet i Norge. Da epidemien kom til landet i begynnelsen av 1980-tallet, var den mest sentrale av lovene innen smittevernet - "Sunnhetsloven"- over 120 år gammel og dårlig tilpasset den nye situasjonen. Allerede tidlig ble det klart at bekjempelsen av den nye sykdommen stilte krav om bruk av nye tiltak som f.eks. informasjon og samarbeid, begreper som var ukjente i den daværende lovgivningen. I kjølvannet av den utbredte frykten for epidemien som oppsto på midten av 80-tallet da prognosene for framtidig utbredelse var på det dystreste, kom det krav om at myndighetene måtte ta saken alvorlig ved å innføre ny - og strengere - lovgivning i bekjempelsen av HIV-smitte. Et utkast til HIV-lov ble påbegynt. Utkastet som bl.a. inneholdt nye tvangshjemler, ble sterkt kritisert av høringsinstansene og dermed forkastet uten å bli lagt fram for Stortinget.

I St.meld. nr. 29 (1987-88) ble spørsmålet om lovregulering igjen tatt opp. Det ble anbefalt ikke å gi egne lovbestemmelser om HIV, hverken i smittevernsammenheng eller ellers. I forhold til smittevernet burde HIV derimot bli tatt med på linje med andre smittsomme sykdommer i den nye smittevernloven som da var under utredning. I forhold til den øvrige lovgivningen om sosiale og borgerlige rettigheter sto det i meldingen bl.a.:

«HIV-positive har i prinsippet det samme rettsvern og rettssikkerhetsvern som andre samfunnsborgere. De rettsregler som beskytter enkeltmenneskets verdighet og integritet og som gir enkeltmennesket visse grunnleggende sosiale og medborgerlige rettigheter gjelder selv sagt også for de HIV-positive. I sitt generelle arbeid med å styrke borgernes rettsvern og rettssikkerhet bør de sentrale myndigheter hele tiden ha HIV-positives livssituasjon for øye.» (s.33)

Egne regler for HIV-positive som bare understreket de rettigheter alle borgere likevel hadde, ble ansett for å kunne virke negativt og fremme stigmatisering.

I 1990 ble NOU 1990:2 Lov om vern mot smittsomme sykdommer lagt fram. Utredningen omtalte deler av det HIV-forebyggende arbeidet. Denne utredningen dannet bakgrunnen for det forslaget til ny lov om vern mot smittsomme sykdommer ("Smittevernloven") som ble vedtatt av Stortinget våren 1994,

og som trådte i kraft 1. januar 1995. Under Stortingets behandling av loven ble det gjentatte ganger understreket at strategiene og virkemidlene i det HIV-forebyggende arbeidet skulle føres videre, og at loven med hensyn til dette representerte kontinuitet og ikke en ny radikal kursendring.

Den nye loven omfatter alle smittsomme sykdommer herunder også HIV-infeksjon. Ved forskrift av 1. januar 1995 ble HIV, sammen med en rekke andre alvorlige infeksjonssykdommer, betegnet som «allmennfarlig smittsom sykdom». Dette innebærer at HIV-smittede etter loven bl.a. har flere rettigheter og plikter enn personer med sykdommer som ikke regnes som allmennfarlige. Særlig er det framhevet at personer med allmennfarlige smittsomme sykdommer (og dermed HIV) har et sterkere krav på nødvendig hjelp overfor sykdommen (smittevern hjelp) enn det som følger av den alminnelige helselovgivningen. Forøvrig er det lagt vekt på å bedre rettssikkerheten til personer som omfattes av tiltak ved å stille strengere krav til vilkårene og formene for å iverksette tiltakene, og ved å bedre mulighetene til klage eller rettslig overprøving.

3.2.4 Internasjonalt samarbeid

Norge har deltatt aktivt i arbeidet til WHO med globale strategier for å bekjempe AIDS-epidemien. Det har fra Norges side i internasjonale fora vært lagt vekt på sikring av menneskerettigheter og betydningen av tiltak som er spesifikt rettet inn mot kvinner. Metoder og modeller utviklet for det nasjonale arbeidet - både i offentlige organer og i frivillige organisasjoner - er spredd til andre land gjennom møter, seminarer og i mindre grad i skriftlig form.

WHO etablerte sitt AIDS-program i 1987 og har til nå vært den ledende organisasjonen på AIDS globalt. Norge har siden starten støttet WHO og bidratt i utformingen av det globale AIDS-programmet (GPA). Dette bidraget har dels vært økonomisk. Norge har vært en av de aller største bidragsyterne til programmet - også dels faglig. Både bistandsmyndighetene og Helsetilsynet har nedlagt et betydelig arbeid i den overordnede utformingen av programmet gjennom engasjement i styringskomiteen. Norske fagfolk fra Helsetilsynet, Folkehelse og andre fagmiljøer har deltatt i faglige konsultasjoner, forskningskomiteer, og som ansatte eller konsulenter i WHO's hovedkontor, regionalkontorer og i ulike land.

I erkjennelse av at det både globalt og nasjonalt er behov for tverrsektorielt samarbeid, er AIDS i økende grad blitt et arbeidsområde for andre FN-organisjoner enn WHO. For å sikre at disse organisasjonene samarbeider og koordinerer sin virksomhet - basert på den enkelte organisasjons relative styrke - ble det bestemt å etablere et felles samfinansiert FN

program (UNAIDS) som tar over WHO's ledende rolle. Programmet som ble operasjonelt 1. januar 1996 er administrativt forankret i WHO, men finansieres og drives av seks FN organisasjoner i fellesskap (WHO, Verdensbanken, FNs utviklingsfond (UNDP), UNICEF, UNESCO og FNs familieplanleggingsprogram (UNFPA)).

Norge, ved Utenriksdepartementet, har deltatt aktivt i drøftelser om oppbygging og styring av det nye programmet. Representanter for Helsetilsynet har bidratt i faglige diskusjoner om utviklingen av det nye programmets globale strategi.

Europarådet har bl.a. arbeidet med HIV og AIDS og etikk og rettssikkerhet, HIV og AIDS i fengsler og HIV og stoffmisbruk. Også i dette arbeidet har norske fagfolk og representanter for helsemyndighetene spilt en aktiv rolle.

Norge vil gjennom EØS-avtalen delta i EUs forskningssamarbeid om HIV og AIDS, og det er besluttet at Norge (sammen med Island og Lichtenstein) skal delta i EUs folkehelseprogram hvor et program for forebygging av AIDS og visse andre smittsomme sykdommer er en del. Norge deltar også i et europeisk samarbeid om overvåking av AIDS ved det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av AIDS i Paris.

Det har gjennom årene vært avholdt flere internasjonale møter på høyt politisk nivå med norsk deltakelse, bl.a. i London 1988 og Paris 1994.

HIV-epidemien har også vært gjenstand for utstrakt samarbeid mellom internasjonale frivillige organisasjoner. Norges Røde Kors har deltatt aktivt i det internasjonale Røde Kors sitt arbeid, ikke minst for å sikre menneskelige rettigheter. Kanskje enda viktigere har vært etablering av globale nettverk for personer med HIV og AIDS. Sentrale representanter for Pluss har spilt en svært viktig rolle i oppbygging og drift av dette nettverket.

3.3 Sentrale strategier og virkemidler i arbeidet

3.3.1 Innledning

Smittekjeden gir en modell for intervensjon mot utbredelse av smittsomme sykdommer (se kapittel 2.1). Modellen består som nevnt av hovedleddene smittekilde, smitemåte og smitemottaker. Den viser at epidemier med smittsomme sykdommer kan påvirkes på følgende måter :

1. *Identifisering og behandling av smitekilder:* Identifisering av smittede personer (potensielle

smittekilder) for å forebygge videre smitte har vært vellykket ved andre seksuelt overførbare sykdommer som gonore og syfilis. For disse sykdommene kan man fjerne smittestoffet effektivt ved behandling. Dette er foreløpig ikke mulig med HIV, selv om moderne antiviral behandling trolig kan redusere smittsomheten. De smittede er sannsynligvis mer eller mindre smitteførende resten av livet. Forebygging av videre HIV-smitte kan derfor styrkes ved at de smittede har en atferd som ikke setter andre i smittefare. Undersøkelse av blod- og organ-givere er andre eksempler på identifikasjon og isolering av smittekilder.

2. *Bryting av smittemåter:* Overføring av smittestoffet kan blokkeres eller gjøres vanskeligere. Ved HIV-infeksjon brytes smittemåtene ved sikrere sex og bruk av rene sprøyter.

3. *Styrking av motstandskraften hos de usmittede:* Vaksinasjon mot HIV-infeksjon er foreløpig ikke mulig.

De mest effektive virkemidlene i en smitteforebyggende modell, helbredende behandling og effektiv vaksine mangler. For å lykkes i det HIV-forebyggende arbeidet må derfor både de smittede (pkt. 1), de usmittede og de som ikke kjenner sin smittestatus (pkt. 2) ta ansvar for at smitten ikke føres videre. Atferdspåvirkning er derfor det viktigste virkemiddelet i det HIV-forebyggende arbeidet.

I gjennomføringen av det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet har myndighetene bygget på de samme grunnleggende prinsipper om menneskerettigheter, likhet, frivillighet og samarbeid som den norske helse-tjeneste og annet sykdomsforebyggende og helsefrem-mende arbeid i Norge bygger på. De samme sentrale prinsipper har vært styrende i WHO's globale strategi.

3.3.2 Atferds- og holdningspåvirkning

Atferdspåvirkning

Arbeidet med HIV/AIDS i Norge har siden starten bygget på den kunnskap som helsemyndighetene til enhver tid har hatt over epidemiens utbredelse (jfr. kapittel 2) og de retningslinjer for forebygging som har vært ansett relevante for arbeidet. Tiltakene som er gjennomført i forlengelsen av dette har vært basert på tilgjengelig kjennskap til hvordan atferd, holdninger og kunnskap påvirkes. Endring skjer gjennom et komplekst samspill mellom mange faktorer som i varierende grad kan påvirkes av tiltak fra myndighetenes side.

For at atferdspåvirkende tiltak skal være effektive, må betingelsene legges til rette for mindre risikofylt atferd. Forhold i samfunnet som hindrer dette må endres for å oppnå de best mulige atferdsvalgene;

“Gjør de beste valgene til de enkleste valgene” som WHO uttrykker det. Denne tilnæringsmåten er også i overensstemmelse med de føringer som er gitt i St.meld. nr. 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefrem-mende og forebyggende arbeid*, samt med de globale råd for HIV/AIDS-forebygging som er gitt av WHO.

Kunnskap alene fører ikke til atferdsendring, og det er ikke en mekanisk sammenheng mellom mot-tatt/forstått informasjon og mindre risikoatferd. Dette er velkjente erfaringer fra annen helseopp-lysning f.eks i forbindelse med kampanjer rettet mot endring av tobakks-, alkohol- og stoffmisbruksvaner.

Epidemibekjempelsen kan ikke utøves av helse-sektoren alene. Andre samfunnssektorer som skole, arbeidsliv, kultur og fritid, frivillige organisasjoner og interesseorganisasjoner/miljøer er viktige medspille-re dersom målsettingen om å forebygge både HIV-in-feksjon og utstøtning/diskriminering av HIV-positive og AIDS-syke skal lykkes.

Det er hensiktsmessig å strukturere innsatsen etter målene for det atferds- og holdningsskapende arbeidet slik det er beskrevet i avsnitt 3.1. ovenfor.

Gi befolkningen kunnskap om HIV og AIDS

Befolkningens behov for informasjon har blitt vur-dert i forhold til hva som kan kalles “det langsiktige perspektivet”. Den lave smittsomheten og det lave antall HIV-smittede i den norske befolkningen betyr at risikoen for personer utenfor de tradisjonelle mål-gruppene er liten i dag. For å forebygge spredning i den generelle befolkningen kreves det forståelse for og vilje til fortsatt investering i det forebyggende ar-beidet. Det er bl.a. viktig å gi befolkningen løpende påminnelser slik at kunnskapsnivået opprettholdes, og slik at samfunnet kan ha en beredskap for atferds-endring. Det langsiktige perspektivet innebærer også at valg av kortsiktige tiltak alltid må inneholde en vurdering av tiltakets potensielle positive og nega-tive langsiktige effekt, spesielt i forhold til eventuell negativ effekt på befolkningens holdning til utsatte grupper.

Helsetilsynet har siden 1985 gjennomført flere store mediakampanjer omkring HIV og AIDS. Kampanjene har tildels blitt gjenstand for omfattende debatt, hvilket i seg selv må antas å ha bidratt til å øke oppmerksomheten i befolkningen. Det har også vært lagt vekt på at helsemyndighetene i en del situa-sjoner skulle henvende seg direkte til spesielt utsatte grupper.

I utformingen av mediekampanjer har myndighe-ten vært opptatt av å gi befolkningen saklig og fak-tisk kunnskap sammen med informasjon om hvor-dan den enkelte kan beskytte seg mot HIV. Det har ikke vært anvendt unødige skremselsvirkemidler

fordi tilgjengelig kunnskap tilsier at slike virkemidler ikke har det nødvendige forebyggende potensialet. Skremsel kan også gi den bieffekt at budskapet kan forsterke diskriminering og utstøtning av personer med HIV og AIDS og utsatte grupper. Budskapene har vært eksplisitte omkring seksualitet og kondombruk.

I sine mediekampanjer, såvel som i annet informasjonsmateriell, har myndighetene lagt vekt på at det ikke alltid er hensiktsmessig å sette grenser mellom universelle og gruppespesifikke tiltak. Man har derfor søkt å nå fram med opplysning til særlig utsatte grupper også gjennom tiltak rettet fortrinnsvis mot den generelle befolkning.

Tiltak i skolen har f. eks. både hatt kunnskaps-overføring, atferdsendring og forebygging av diskriminering og utstøtning som mål. Likeledes har alle informasjonskampanjer i media vært forsøkt utformet på en slik måte at de ikke skulle bidra til diskriminering av allerede utsatte grupper.

I tillegg til mediekampanjene har det vært utviklet en lang rekke brosjyrer og annet informasjonsmateriell. Slikt materiell har vært laget og distribuert av Helsetilsynet, Folkehelsa, lokale myndigheter og ulike organisasjoner. Noe materiell er beregnet på alle, men det meste er utviklet med tanke på spesielle grupper som ungdom, menn som har sex med menn, folk som reiser til utlandet, fremmedspråklige, stoffmisbrukere, lese- og hørselshemmede osv.

Landsforeningen mot AIDS har nylig gjort en stor innsats for å belyse HIV/AIDS i et kvinneperspektiv og utgitt publikasjonen "Snakk om det! Kvinner og hiv/aids". Publikasjonen tar sikte på å øke bevisstheten blant kvinner og menn om en rekke aspekter ved HIV-epidemien (se ellers litteraturoversikten).

Forebygge smittefarlig atferd

Det har vært funnet mest hensiktsmessig å fokusere den forebyggende innsatsen der faren for smitte er størst, både av hensyn til den enkelte og for å redusere muligheten for en større epidemi. Dette bygger på en erkjennelse av at epidemien ikke følger et geografisk spredningsmønster, men spres særlig innen visse grupper og "sub-kulturerer" som også dels er geografisk begrenset.

Forebygging av smittefarlig atferd har derfor bestått i å forsøke å være foran viruset ved å identifisere og initiere tiltak i grupper med særlig smittefarlig atferd og å arbeide i de grupper der viruset allerede er tilstede (følg viruset).

Strategien har bygget på en aktiv overvåking av epidemiens utvikling, befolkningens atferd og muligheter for tiltak.

Et menneskes mulighet til aktivt å beskytte seg mot et virus som smitter seksuelt og ved sprøyte-delning influeres bare i noen grad av ren kunnskap. Den følelse av egenverdi som skal til for å stille krav om, eller selv ønske, å beskytte seg påvirkes av samfunnsmessige faktorer hvorav de fleste ikke er under helsemyndighetenes direkte innflytelse.

Det er lagt vekt på at samarbeidet med marginaliserte og sårbare grupper har innflytelse på det som kanskje kan kalles en kollektiv selvrespekt. Myndighetene forventer og har tillit til at homofile, kvinner og menn som selger seksuelle tjenester og stoffmisbrukere har evner og vilje til å beskytte egen og andres liv og helse. Det har også vært lagt stor vekt på å stimulere til kommunikasjon om seksualitet og sprøytebruk blant de mest risikoutsatte.

Mobilisering av medlemmer i en gruppe til å drive endringsarbeid i eget miljø er et effektivt virkemiddel enten de som skal nås er stoffmisbrukere, sex-arbeidere, homofile, ulike grupper fremmedspråklige eller helsepersonell.

Både lokalt og nasjonalt må det foretas en løpende vurdering av hvem som mest hensiktsmessig kan utføre ulike nødvendige tiltak, slik at de ulike aktørene utfyller hverandre og er målspesifikke. Arbeidet som er utført av de som selv er i risiko, og de som er HIV-positive bygger på en global erkjennelse av behovet for ansvarliggjøring og troverdighet, samt potensiale for endring i disse gruppene. Samtidig har det offentlige et selvstendig og utfyllende ansvar, i noen situasjoner vil f.eks. helsepersonell kunne ha større legitimitet overfor enkeltpersoner enn de som oppleves som likemenn.

Frivillige organisasjoner kan, som utfyllende til det offentlige, ha et spesielt fortrinn når det gjelder å forebygge diskriminering av HIV-positive.

I det forebyggende arbeid er det viktig å utnytte potensialet som ligger i å integrere HIV-forebygging med f. eks. forebygging, diagnostisering og behandling av andre seksuelt overførbare sykdommer eller forebygging av uønskede svangerskap. Erfaring tilsier at dette er situasjoner der det er muligheter for å fange folks oppmerksomhet og i visse situasjoner, påvirke deres atferd.

Som nevnt i innledningen er det viktig å legge forholdene til rette for å velge atferd som ikke er smittefarlig, f.eks. ved god tilgjengelighet av smitteforebyggende "hjelpemidler" som kondomer og rent sprøyteutstyr. Hverken internasjonalt eller i Norge er det framkommet data som tyder på at slike tiltak øker ungdommens seksuelle aktivitet eller fører til økt stoffmisbruk.

Holdningspåvirkning

Forebygge diskriminering og utstøtning av smittede og personer i risiko

De personene og gruppene som er og har vært i størst risiko for HIV er tradisjonelt ofte stigmatiserte og marginaliserte. Det har derfor vært viktigere og oftere nødvendig enn i forbindelse med andre sykdommer, å understreke at HIV-positive har de samme rettigheter og plikter og skal behandles med den samme respekt som andre. Arbeidstakere med HIV har de samme rettigheter og plikter som andre arbeidstakere. Pasienter med HIV har de samme rettigheter til informasjon og til å kunne gi eget samtykke ved undersøkelser og behandling som andre pasienter. Personer med HIV eller AIDS skal kunne krysse grenser og søke opphold i andre land på lik linje med andre personer. Personer med HIV og AIDS skal ha den samme rettssikkerhet som andre.

Utforming av helsemyndighetenes HIV/AIDS - relaterte mediabudskap må gjøres på en slik måte at de ikke bidrar til å spre angst for personer i risiko eller personer som er smittet.

Det har også blitt lagt vekt på å bidra til større generell åpenhet om seksualitet - ikke minst homoseksualitet - i den hensikt å bedre kommunikasjonen også på individnivå om seksualitet og grensesetting. Organisasjoner som representerer HIV-positive spiller en avgjørende rolle som ikke erstatter, men heller ikke kan erstattes av andre frivillige organisasjoners plass i det holdningsskapende arbeidet.

3.3.3 Kompetanseoppbygging

Øke kompetansen hos helse- og sosialpersonell.

For å sikre at HIV-positive og AIDS-syke får god medisinsk behandling og oppfølging samt å hindre diskriminering er det viktig å ha høyt kvalifisert personell. Helse- og sosialpersonell er derfor en hovedmålgruppe for opplysning og skolering. Det er disse yrkesgruppene som i størst grad kommer i kontakt med HIV-positive, og de påvirker også samfunnets syn på HIV/AIDS-relaterte forhold. Undersøkelser tyder på at myndighetene ikke alltid har nådd fram med sine budskap, dette gjelder kanskje særlig holdningsspørsmål. Det vises ellers til omtalen av dette temaet i rapporten "Hiv/aids-forebyggende arbeid i Norge. En evaluering" og i avsnitt 3.4 nedenfor.

Omfanget av skoleringen har vært tilpasset problemets geografiske spredning og ikke et teoretisk likhetsprinsipp. Kompetanseøkende tiltak har i stor grad vært organisert og gjennomført i lokalmiljøene. Hospiteringsopplegg ved institusjoner i Norge har også vært brukt for å øke kompetansen.

Norsk spisskompetanse har vært opprettholdt og videreutviklet gjennom forskning, deltakelse i konferanser og andre faglige møter og ved studieturer i inn- og utland.

3.3.4 HIV-testing

HIV-testing er et viktig virkemiddel i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet. Å stille diagnosen HIV-infeksjon tidlig gir mulighet for medisinsk oppfølging som kan bedre prognosen. HIV-testingen kan også være en innfallsport for å påvirke atferd gjennom informasjon og personlig smittevernveiledning. I tillegg er HIV-testing et nødvendig utgangspunkt for smitteoppsporing (se også pkt. 4.1.2 om HIV-testing).

HIV-testing kan deles i tre grupper: diagnostisk testing, testing av personer i særlig risiko for HIV-smitte (inkludert aktiv smitteoppsporing) og screening.

1. *Diagnostisk HIV-testing:* Med diagnostisk testing menes testing av personer som har symptomer eller kliniske tegn på HIV-infeksjon. Få symptomer er spesifikke for HIV-infeksjon. Symptomene kan skyldes en rekke andre sykdommer, men bør i visse tilfeller lede tankene mot HIV-infeksjon. Symptomene kan være årsak til at personen oppsøker lege, eller de kan komme fram under konsultasjonen. De fleste personer med HIV-infeksjon har i mange år ingen symptomer på at de er smittet.
2. *Testing av personer i særlig risiko for HIV-smitte (se kapittel 2):* Dette omfatter også HIV-testing i forbindelse med smitteoppsporing. Retningslinjer for smitteoppsporing ved HIV-infeksjon er gitt i AIDS-skriv nr. 42.
3. *Screening:* Med screening menes testing av tilsynelatende friske mennesker, uavhengig av risikoforhold, for å identifisere infeksjon. Ettersom HIV-infeksjon kan være uten symptomer i mange år, kan screening være nyttig for å finne smittede. Imidlertid vil screening være lite effektivt når antallet mennesker med uoppdaget infeksjon er lite som i Norge. Screening av hele eller store deler av befolkningen er derfor ikke aktuelt. Testing for HIV anbefales for gravide for å kunne forebygge smitteoverføring til fosteret ved blant annet antiviral terapi. HIV-testing er obligatorisk for givere av blod eller annet humant materiale for å sikre kvaliteten på slikt materiale som brukes i medisinsk sammenheng.

I tillegg til punktene ovenfor gir HIV-testingen et grunnlag for epidemiologisk overvåking.

3.3.5 Overvåking av HIV/AIDS-epidemien

Et viktig utgangspunkt for bekjemping av et helseproblem er kunnskaper om problemets størrelse. I dette avsnittet beskrives formålet med å overvåke HIV/AIDS-epidemien, og hvordan denne overvåkingen foregår. Resultater av kartleggingen er gitt tidligere (se avsnitt 2.4).

Overvåking av HIV/AIDS-epidemien har som formål å beskrive epidemiens omfang og endringer i omfang. Denne kunnskapen er grunnlaget for:

- målretting og justering av de forebyggende tiltakene
- prioritering av HIV-epidemien i forhold til andre helseproblemer
- riktig fordeling av ressurser til forebygging, behandling og pleie
- anslag om framtidens behov for behandling og pleie av pasienter med AIDS

I tillegg kan epidemioovervåkingen gi grunnlag for evaluering av de forebyggende tiltakene og gi grunnlag for forskning om HIV-infeksjonens epidemiologi.

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)

Overvåking av AIDS-sykdom

AIDS ble meldingspliktig i 1983. AIDS-diagnosen utgjøres av en eller flere veldefinerte sykdommer eller kliniske tegn. AIDS-diagnostiserende leger er meldingspliktige til MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Folkehelse). Meldingen inneholder navn og fødselsnummer. De viktigste opplysningene er alder, kjønn, smittemåte og AIDS-initierende sykdom. Gjennom jevnlig kontakt mellom MSIS og de behandelende legene, kan meldingene oppdateres med opplysninger om dødsfall. Siden AIDS gir alvorlige sykdomstegn, er det sannsynlig at de langt fleste AIDS-syke i Norge har vært i kontakt med helsevesenet og blitt diagnostiserte. Det antas derfor at MSIS inkluderer de aller fleste som har fått diagnosen AIDS i Norge.

Overvåking av HIV-infeksjon

HIV-infeksjon ble meldingspliktig til MSIS i mai 1986. MSIS har etter 1986 fått meldt alle som noen gang har fått positiv HIV-test i Norge, inkludert de som ble testet før mai 1986. HIV-infeksjon meldes av diagnostiserende leger på eget skjema til MSIS. Dette skjemaet sendes til legen fra laboratoriet sammen med det positive prøvesvaret. Samtidig sender laboratoriet beskjed til MSIS om legens navn og adresse. Dermed kan MSIS sende legen påminnelser dersom meldingen uteblir. Melding om HIV-infeksjon er uten navn, fødselsdato eller andre opplysninger som kan identifisere personen. De viktigste opplysningene er

alder, kjønn, smittemåte, smittetidspunkt og smittested. Det kan gå lang tid fra en person blir smittet til personen HIV-testes. Kartleggingen viser derfor hvor mange HIV-positive som ble oppdaget et år, ikke hvor mange som ble smittet dette året. HIV-kartleggingssystemet gir i seg selv ikke grunnlag for å beregne hvor mange HIV-smittede som er udiagnostiserte.

Barn født av HIV-positiv mor

HIV kan smitte fra mor til barn før og under fødselen og ved amming. De fleste barna smittes ikke. MSIS, Folkehelse, får melding om alle barn som fødes av HIV-positiv mor. Meldingen gis uten navn og fødselsdato. En ny melding sendes til MSIS etter ett til to år når det er endelig avklart om barnet har blitt smittet. Meldingsplikten ble innført i oktober 1993.

Andre kilder til kartlegging av HIV-forekomst

Kartleggingen av HIV-epidemien omfang og spredningspotensiale skjer gjennom sammenstilling av en rekke informasjonsdeler som biter i et puslespill. Bare MSIS er pålagt ved forskrift (gitt av Helseilsynet med hjemmel i smittevernloven). Dette utgjør minimumsovervåkingen. Andre deler av kartleggingen er ikke-formaliserte systemer. I tillegg brukes resultater fra forskningsprosjekter til å støtte kartleggingen. Slike enkeltstående forskningsprosjekter er avhengige av initiativ fra enkeltforskere eller myndighetene.

Undersøkelser av HIV-forekomst

Gravide kvinner blir rutinemessig tilbudt HIV-testing. Resultater fra denne testingen brukes også til å få et innblikk i utbredelsen av HIV-smitte blant heteroseksuelle kvinner. HIV-testing av rekrutter til det militære gir et bilde av HIV-forekomst blant unge menn. HIV-testing av blodgivere bidrar også til å gi informasjon om HIV-forekomst i befolkningen (se også avsnitt 2.4).

Kartlegging av risikofaktorer for HIV-infeksjon

Slik kartlegging kan beskrive potensialet for en HIV-epidemi ved å få en oversikt over de faktorene som påvirker smittespredningen. Denne type kartlegging kan indirekte si noe om effekten av det forebyggende arbeidet.

Andre seksuelt overførbare sykdommer

Dersom en HIV-smittet eller dennes seksualpartner har en annen seksuelt overførbare sykdom, særlig slike som gir sår på kjønnsorganene, øker sjansen for overføring av HIV. Kunnskaper om utbredelsen av

andre seksuelt overførbare sykdommer i Norge er viktig både fordi kjønnssykdommer øker risiko for HIV-smitte, og fordi forekomst av kjønnssykdom er indikator for forekomst av risikoatferd. Gonore og syfilis overvåkes nøye gjennom MSIS. Genital klamydia kartlegges ganske godt i MSIS. Genital klamydia har fremdeles høy insidens, særlig blant unge. Overvåkingen bør bli bedre. Genital herpes er ikke lenger meldingspliktig til MSIS. Det skyldes at de tilfellene som ga symptomer og dermed ble meldt, bare utgjør en liten andel av forekomsten. Genital herpes er antakelig svært utbredt i Norge, men de fleste smittede har ikke plager og vet ikke om infeksjonen. Ettersom herpes kan gi sår på kjønnsorganene, er det viktig å kjenne utbredelsen bedre.

Atferd

Kunnskap om seksualatferd (særlig antall partnere, seksualpraksis, kondombruk, kjøp og salg av sex m.v.), sprøyteedelingsatferd og HIV-testeatferd er viktig for å forstå epidemiutviklingen, og for å evaluere det forebyggende arbeidet. Slik kunnskap har vært skaffet til veie gjennom ulike forskningsprosjekter.

Genetisk kartlegging av viruset

Det finnes mange ulike subtyper av HIV. Disse kan ha ulik smittsomhet og gi ulikt sykdomsforløp hos de smittede. For å kunne utvikle vaksiner som er effektive i en befolkningsgruppe, må man ta hensyn til de HIV-subtyper som finnes der. Det foregår derfor genetisk kartlegging av HIV i store deler av verden. I Norge pågår slik forskning i Bergen.

Internasjonal overvåking

Norge deltar i et forpliktende internasjonalt samarbeid med WHO for utveksling av data om AIDS-epidemien. Anonymiserte data om AIDS sendes hvert kvartal fra MSIS, Folkehelsa, til det europeiske samarbeidssenteret i Paris. I tillegg har Folkehelsa et stort, uformelt kontaktnett med overvåkingenshetene i andre land, særlig de skandinaviske. Videre samles kunnskap ved kontakt med kolleger i andre land, utveksling av litteratur og deltaking i kongresser. Dermed kan Norge lære av og lære bort til andre land hvordan epidemiologiske trekk kan tolkes, og hvordan overvåkingen kan forbedres.

3.3.6 Sikring av blod, blodprodukter og annet humant materiale

I Norge er utbredelsen av blodoverførbare smittestoffer som HIV og hepatitt virus gjennomgående lav i befolkningen. Høyest mulig grad av selvforsyning med blod og blodprodukter har derfor vært et bærende prinsipp i norsk transfusjonsmedisin. Norge er idag selvforsynt med alle sentrale blodprodukter. I

tillegg er nøye utvelgelse av blodgivere, strenge indikasjoner for bruk av blodprodukter samt HIV-testing av givere viktige elementer i å hindre HIV-spredning gjennom blod og andre humane produkter (se også 4.1.3).

3.4 Norges forskningsråds evaluering av det HIV/AIDS-forebyggende arbeid i Norge

Norges forskningsråd har på oppdrag fra Helse-tilsynet gjennomført en evaluering av det HIV/AIDS-forebyggende arbeid i Norge i perioden 1985-1994. Evalueringen har konsentrert seg om organisering av arbeidet og enkelte strategivalg og virkemidler og viser derfor ikke hele bredden i helsetjenestens innsats eller i den mobiliseringen blant risikoutsatte grupper som er gjort gjennom ulike kanaler.

Evalueringsrapporten oppsummerer at det i Norge er oppnådd svært mye i det forebyggende arbeidet. Rapporten peker på at flere aktører har vært sentrale i utformingen av innsatsen, med Helsetilsynet og Folkehelsa som de viktigste. Folkehelsas tilnærming er preget av en medisinsk epidemimodell som historisk kan føres tilbake til forebygging av f.eks. tuberkulose og syfilis. Helsetilsynet har i tillegg hatt en mer samfunnsvitenskapelig tilnærming. Rapporten peker på at det er gjort hensiktsmessige valg når det gjelder det mangfold av samarbeidspartnere - både offentlige og private - som har bidratt til HIV/AIDS-forebygging. Det pekes imidlertid på at såvidt mange aktører kan lede til, og i noen grad har ledet til, overlapping og manglende koordinering. Rapporten konkluderer med at dette ikke har svekket arbeidets kvalitet i nevneverdig grad.

Rapporten trekker fram at det er skjedd viktige endringer når det gjelder risikoatferd blant de som er mest utsatt for smitte, selv om det understrekes at risikoatferd fortsatt foregår. Det anbefales å styrke den målrettede innsatsen overfor både menn som har sex med menn, kvinner som selger sex og stoffmisbrukere.

Den norske befolkning er godt informert om HIV og AIDS. Studier av befolkningens kunnskaper viser imidlertid at det fortsatt er en del misforståelser blant folk om hvordan viruset ikke smitter. Det finnes en del eksempler på at enkeltpersoner med HIV eller AIDS er møtt med unødige angst og utstøtning. Erfaring tyder imidlertid på at denne typen avvising kan endres. Der HIV-positive står fram med støtte fra sine nærmeste pårørende og godt informert helsepersonell, har omgivelsene ofte vist stor grad av solidaritet og respekt. Helsemyndighetene har lagt forholdene til rette for at dette har skjedd, men hovedinnsatsen er gjort av andre. Evalueringsrapporten

anbefaler en viss reduksjon i ressursbruk til tiltak rettet mot den generelle befolkningen i tråd med at epidemien ikke fikk det omfang myndighetene trodde midt på åttitallet. Det pekes imidlertid på at befolkningen ikke er mettet når det gjelder informasjon, og det stilles spørsmålsteget ved om kvaliteten på en del av mediekampanjene har vært tilfredsstillende.

Evalueringsrapporten drøfter kunnskaper og holdninger blant helsepersonell og viser at denne gruppen er nådd gjennom de kanaler som ellers når befolkningen. Det pekes på at også helsepersonell kan føle usikkerhet med hensyn til både hvordan HIV smitter og ikke smitter, og det er grunn til å se nærmere på skoleringsbehovet i denne gruppen i framtiden.



Kapittel 4

Innsatsområder

4.1 Innledning - generelle virkemidler

Kapittel 4 kan ses som en videreføring og utdypning av kapittel 1 og avsnitt 3.3.

Kapitlet omtaler først generelle forutsetninger og virkemidler i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet. Deretter omtales spesielle innsatsområder overfor befolkningen generelt og overfor særlig utsatte grupper og problemområder.

4.1.1 Overvåking og kartlegging av

HIV/AIDS-epidemien som grunnlag for innsats

Overvåking og kartlegging er av stor betydning for å framskaffe kunnskap som er grunnleggende for å velge effektive forebyggende tiltak. Et velfungerende overvåkingsystem for HIV/AIDS gir et viktig bidrag til å forstå HIV-epidemiens omfang og fordeling i befolkningen. Epidemiovervåking er derfor en nødvendig forutsetning for utvikling og evaluering av forebyggende tiltak og fornuftig kanalisering av forebyggende og kurative ressurser. MSIS som inkluderer HIV-infeksjon og AIDS må derfor fortsette. I den grad rutinemessig innsamlede data sammen med andre data kan gi økt innsikt i epidemien ved ytterligere analyser, bør slike analyser foretas. Matematiske modeller i epidemiovervåkingen er et viktig virkemiddel for å identifisere hva slags informasjon som er nødvendig for å forstå epidemiens dynamikk, og dermed også hvor det er viktig å sette inn forebyggende tiltak.

Det er vanskelig å gi sikre anslag på hvor mange som blir smittet med HIV, både fordi viruset først og fremst rammer spesielle grupper, og fordi infeksjonen kan forløpe uten symptomer i mange år. Det er derfor viktig å videreutvikle metoder for å overvåke epidemien uten å måtte HIV-teste hele eller representative deler av befolkningen. Dette kan gjøres ved å bruke informasjon som finnes i HIV/AIDS-meldesystemet og om HIV-testeaktivitet i befolkningen i modellberegninger.

Systematisk innsamlet kunnskap om utbredelse og hyppighet av HIV-testing er viktig for fortolkning av HIV-data. Det er derfor nødvendig å undersøke befolkningens HIV-testeaktivitet (se 3.3.4). For å

kunne vurdere i hvilken grad HIV-meldesystemet fanger opp dem som er smittet, er det nødvendig å gjøre gjentatte studier av HIV-testeaktiviteten i risikoutsatte grupper som homoseksuelle menn og injiserende stoffmisbrukere. Også systematisk innsamlet kunnskap om testeaktiviteten blant andre som kan være i risiko som bistandsarbeidere, innvandre og asylsøkere er viktig for å kunne følge epidemiutviklingen. Folkehelse har her et særlig ansvar for kvalitetssikring av sine data. Overvåking av genital klamydiainfeksjon og andre SOS kan gi innsikt i forekomst av risikoatferd. Slik overvåking og kartlegging bør derfor fortsette.

4.1.2 HIV-testing i det forebyggende arbeidet

Det er særlig tre forhold som i vesentlig grad skiller HIV-antistofftesten fra andre diagnostiske undersøkelser, og som har gjort at risikoutsatte personer kan ha vært tilbakeholdne med å la seg teste:

- Det finnes foreløpig ingen kurativ behandling å tilby HIV-smittede.
- HIV-infeksjon er særpreget ved at en stor andel av de smittede kan leve i mange år «i fysisk og psykisk velvære», slik at et eventuelt HIV-antistoffpositivt svar kan medføre redusert livskvalitet.
- HIV-positive risikerer å bli stigmatisert og å bli møtt med psykososiale avvergereaksjoner. I enkelte av risikogruppene, særlig blant menn som har sex med menn, er det en sterk assosiasjon mellom det å bli funnet HIV-antistoffpositiv, og det å bli avslørt som homofil.

Hvorfor HIV-teste?

Diagnostisering av HIV-infeksjon er en viktig forutsetning for å kunne gi HIV-positive personer god medisinsk oppfølging (se kapittel 5). Kjennskap til HIV-positiv status bidrar ofte til tidlig diagnose, tidlig behandling og dermed også til forbedret prognose ved alvorlige HIV-relaterte sykdommer. Forebyggende behandling av HIV-relatert sykdom forutsetter at HIV-status er kjent.

HIV-testing kan være et viktig insitamant for atferdsendring både blant dem som testes HIV-positive og blant dem som ikke er smittet. For en person som har hatt risikofylt atferd vil det være svært viktig å få konstatert at vedkommende ikke er smittet ved at testen er negativ. Derved får den enkelte ytterligere argumenter for å legge om sin atferd slik at vedkommende unngår å bli smittet og slipper å leve i frykt og usikkerhet i forhold til HIV/AIDS. Det er derfor av stor betydning at helsepersonell benytter denne anledningen til å gi informasjon og personlig smittevernveiledning.

Den personlige smittevernveiledningen skal inneholde kartlegging av personens risikoatferd, og hvordan vedkommende kan beskytte seg og andre mot HIV-smitte. Erfaring viser at den det gjelder i en slik situasjon er mer mottakelig enn ellers for informasjon, bearbeiding og mulig atferdsendring.

HIV-testing er også en forutsetning for epidemi-overvåking. HIV-testing av blod og annet humant materiale til medisinsk bruk er en effektiv forebyggende strategi som hindrer smitteoverføring.

Hvordan HIV-teste?

Resultatet av en HIV-test, særlig hvis den er positiv, er en svært sensitiv opplysning. Taushetsplikten må overholdes meget strengt, og det må legges arbeid i å sikre at opplysninger om HIV-status oppbevares på en forsvarlig måte. Dersom pasienten ønsker det, skal det være mulig å ta HIV-testen anonymt. HIV-testing av personer med fremmedkulturell bakgrunn og eventuelt dårlige eller manglende norskkunnskaper kan by på spesielle vansker både for personen som HIV-testes og for legen. Det kan være vanskelig for legen å gi nødvendig informasjon på et språk pasienten forstår, kravet til taushetsplikt kan være vanskelig å overholde dersom vedkommende pasient trenger tolk m.v. Det blir derfor viktig å utvikle gode kommunikasjonsmodeller mellom pasienten og legen når det gjelder informert samtykke, personlig smittevernveiledning og smitteoppsporing, jfr den framgangsmåten som er omtalt nedenfor.

Informert samtykke

En person skal ikke føle seg presset til å ta HIV-test dersom vedkommende ikke ønsker det. Tilbud og in-

formasjon om testing må formidles på et språk og på en slik måte at den enkelte forstår konsekvensene av en eventuell positiv HIV-test. Smittevernloven pålegger legen å gi informasjon om den infeksjonen det skal undersøkes for. Informasjonen skal inneholde opplysninger om sykdommens natur dvs. smitemåter, smittsomhet, sykdomsforløp, behandlingmuligheter og prognose. Informasjonen som gis må tilpasses testsituasjonen og personens behov for slik informasjon.

Smittevernveiledning

I forbindelse med undersøkelse for allmennfarlig smittsom sykdom, pålegger smittevernloven legen også å gi en personlig smittevernveiledning. Veiledningen må inneholde en kartlegging av pasientens risiko for eventuelt å ha blitt smittet av sykdommen. På bakgrunn av denne kartleggingen må legen diskutere og gi råd til pasienten om hvordan den enkelte selv kan unngå smitte, eventuelt unngå å smitte andre.

Smitteoppsporing

Ved diagnostisering av en HIV-positiv person skal legen foreta oppsporing av smittekontakter (se AIDS-skriv nr. 42). Informasjon om HIV-smitemåter og sikrere sex til andre HIV-smittede og personer som har vært i risiko for HIV-smitte, er et viktig forebyggende tiltak.

Hvem bør rutinemessig få tilbud om HIV-test?

Gravide kvinner har siden 1987 rutinemessig fått tilbud om HIV-testing. Nytteverdien av dette tilbudet blir vurdert løpende. Også personer som er i kontakt med helsevesenet for diagnostisering og behandling av SOS, samt flyktinger og asylsøkere som kommer til Norge, skal rutinemessig tilbys HIV-test. HIV-testing må være et lavterskeltilbud for personer som kan ha vært i risiko for HIV-smitte (se også 3.3.4 om HIV-testing).

4.1.3 Sikring av blod, blodprodukter og annet humant materiale til medisinsk bruk

Infeksjonskontrollen for blod og blodprodukter mot HIV og andre aktuelle blodoverførbare smittestoffer må bestå av høy selvforsyningsgrad samt fire andre komponenter:

1. *Nøye utvelgelse av blodgivere og givere av annet humant materiale.* Tidlig i infeksjonsforløpet kan en person være smittebærer og likevel avgi negative prøver på tester i blodbanken. Det er derfor svært viktig å frasortere alle blodgivere som kan ha risikoutsatt seg for de aktuelle smittestoffer før de får gi blod. Dette skjer ved at alle blodgivere før hver *givning* må lese igjennom et standardisert

skjema for norske blodbanker og undertegne på at de ikke har de beskrevne risikoforhold. Nye blodgivere gjennomgår i tillegg grundig legekonsultasjon med samtale om eventuelle risikofaktorer for smittsom sykdom. Kriteriene for å være blodgiver revideres løpende i forhold til den infeksjonsepide- miologiske utviklingen.

2. *Infeksjonsserologisk testing for HIV og andre aktuelle agens ved hver givning.* Dagens HIV-tester påviser antistoffer mot viruset helt ned mot 14 dager etter smittetidspunkt. Man regner med at de aller fleste smittede vil være positive på testen innen tre måneder etter smittetidspunkt. Det er altså fortsatt en viss risiko for at testene ikke oppdager en nysmit- tet person. Denne risikoen er størst i land der HIV- epidemien brer seg raskt i befolkningen. Sann- synligheten for at en giver skal slippe gjennom både nivå en og to i Norge, hvor nysmitte skjer i meget begrenset omfang, er derfor minimal.
3. *Virusinaktivering av plasmaprodukter.* Siden januar 1993 er alt plasma og alle plasmaprodukter (ko- agulasjonsfaktor VIII og IX, albumin og gammaglo- bulin til intravenøs injeksjon) som brukes i Norge, virusinaktivert. Inaktiveringen skjer ved kjemisk behandling eller varmebehandling (albumin). Dette anses som sikre metoder for å inaktivere HIV. Cellulære blodprodukter som erytrocytter, trombocytter og fullblod tåler ikke inaktivering. Disse må fortsatt gis ubehandlet. Internasjonalt forskes det på metoder for også å kunne virus- inaktivere cellulære blodprodukter. I framtiden lig- ger også muligheten for å utvikle kunstig framst- ilte erstatningsprodukter for erytrocytter. Bruken av fullblod har falt sterkt og savner nå klar medi- sinsk indikasjon. Målet er derfor å unngå bruk av fullblod.
4. *Streng indikasjoner for bruk av blod og blodproduk- ter.* HIV-epidemien var en kraftig vekker for trans- fusjonsmedisinen. Til tross for dagens sikkerhets- tiltak vil det fortsatt være knyttet en viss smitterisi- ko til bruk av blod og blodprodukter. Hittil ukjente smittestoffer kan også dukke opp. Streng medi- sinsk indikasjon for bruk av blod og blodprodukter vil derfor fortsatt være et viktig element i infek- sjonssikringen.

Konklusjon om sikring av blod, blodprodukter og annet humant materiale
Smitterisikoen for HIV ved bruk av blod og blod- produkter i Norge anses nå å være ekstremt liten. Bruken av fullblod har nesten opphørt, og forbruket av celleholdige produkter som ikke kan virusinakti- veres har vist nedgang siden 1985. Dette er en glede- lig utvikling som må videreføres. Et lavt forbruk er også den beste garanti for å opprettholde selvforsy- ningen. Det er viktig å opprettholde en høy smitte-

vernkonsultasjon for blod og blodprodukter, noe som for- utsetter en høy kompetanse hos helsepersonell som har ansvar for dette.

4.1.4 Økning i kondombruk

Bruk av kondom har vist seg å være et effektivt HIV- forebyggende middel. Data fra Seksualvanestudien 1992 tyder imidlertid på at de som hadde atferd med størst risiko for HIV-smitte, i minst grad brukte kondom. Det er derfor et viktig mål å øke kondom- bruken i denne gruppen.

Kondombruk vil i stor grad være avhengig av til- gjengengelighet, og at det er vilje til å bruke det. Det trengs mer kunnskap om dette. Uansett, bør kondom- mer være lett tilgjengelige på mange utesteder og spesielle "treffsteder" for heteroseksuelle og homo- seksuelle samt i fengsler, på behandlingsinstitusjoner for stoffmisbrukere, klinikker for behandling av SOS og på flyktninge- og asylmottak. Kondomer bør også gjøres lett tilgjengelige for HIV-positive og dis- tribueres gjennom disse organisasjoner, eventuelt gjennom deres leger.

Det er ønskelig med mer kunnskap om hvilke vir- kemidler som er effektive for å øke kondombruken blant de mest risikoutsatte.

4.1.5 Behandling av personer med seksuelt overførbart sykdom

Tilstedeværelse av annen seksuelt overførbart syk- dom (SOS) øker risiko for HIV-smitteoverføring. Dette gjelder særlig seksuelt overførbare sykdom- mer som gir sår på kjønnsorganene. Behandling av SOS blant HIV-positive og deres partnere vil derfor redusere smittespredningspotensialet. Diagnosti- sering og behandling av personer med SOS, samt smitteoppsporing er derfor viktig i det HIV-forebyg- gende arbeidet. Diagnostisering og behandling av SOS må være lett tilgjengelig for grupper med økt ri- siko for HIV slik som injiserende stoffmisbrukere, homoseksuelle menn og prostituerte. Smittevernloven sikrer gratis behandling for klamydia, gonore og syfilis. Personer som blir undersøkt for SOS bør rutinemessig få tilbud om HIV-test og smittevernveiledning.

4.2 Tiltak overfor hele befolkningen

Vårt viktigste HIV-forebyggende virkemiddel er å på- virke menneskers atferd slik at de ikke utsetter seg selv eller andre for smitterisiko (se 3.3.2). Kunnskap om HIV-smittemåter er en forutsetning for atferdsen- dring. Men det er ingen gitt sammenheng mellom kunnskap og endring av atferd. Det finnes antakelig mindre kunnskap om hva som styrer seksualatferd

enn det finnes kunnskap om HIV, eller kroppens immunrespons mot HIV. Det er derfor ikke lett å finne effektive strategier for atferdspåvirkning. Systematisk evaluering av atferdsendrende tiltak nasjonalt og internasjonalt, vil gi grunnlag for å videreutvikle og forbedre HIV-forebyggende tiltak.

Den følgende delen av kapittel 4 tar først og fremst opp tiltak som har som formål å gi kunnskap og å påvirke atferd. Avsnittene om hele befolkningen og de enkelte grupper er inndelt som følger: *innledning* (vurdering av smitterisiko og utfordringer med hensyn til forebygging), *erfaringer* (forebyggende tiltak som har vært gjennomført, og det man vet om virkningene av dem), *tiltak videre* (prioritering av tiltak i planperioden 1996-2000). Det må presiseres at valg av HIV-forebyggende tiltak vil være et produkt av den aktuelle situasjonen, behov, ideer, ressurser og erfaringer. HIV-forebyggende tiltak vil alltid være gjenstand for en løpende utviklingsprosess og vil kunne endre seg over tid.

4.2.1 Den generelle befolkningen

Risikoen for smitte i Norge er generelt sett lav (jfr. avsnitt 2.2), og befolkningen er i sin alminnelighet vel informert om HIV og dets smittevei. Et totalt fravær av informasjon i media til den generelle befolkningen kan imidlertid skape et inntrykk av at myndighetene ikke lenger tar denne epidemien alvorlig. Det har videre skjedd en betydelig økning av HIV-forekomst i mange deler av verden og på grunn av nordmenns høye reiseaktivitet, vil dette kunne få betydning også for Norge.

Globalt øker andelen smittede kvinner, i Afrika sør for Sahara er flere kvinner enn menn smittet. Helsemyndighetene ser ikke for seg at dette vil bli utviklingen i Norge, i alle fall ikke innen overskuelig framtid. Likevel er det grunn til å peke på at kvinner kan ha en særlig sårbarhet for smitte som det må tas hensyn til og informeres om. Det er behov for mer forskning og innsamling av kunnskap om spesifikke kvinneproblemer rundt HIV/AIDS. Det er en stor utfordring for den medisinske profesjon og behandlingsapparatet å forstå sider ved kvinners hverdagsliv og helseproblemer bedre. Sosial- og helsedepartementet støtter forsøks- og utviklingsarbeid som gir økt forståelse av kvinnehelse. Mange sider ved kvinners livssituasjon som har betydning for helse og sykdomsutvikling blir idag ikke godt nok ivarettatt gjennom en tradisjonell medisinsk tilnærming. Det er planlagt opprettet en analyse- og koordineringsenhet for kvinnehelse i Helsetilsynet for å koordinere nasjonal innsats for å bedre kvinners helse. Denne satsingen vil også kunne komme HIV-positive kvinner til gode. Ellers vil tilrettelagte informasjonstiltak om seksualitet, graviditet, SOS og HIV/AIDS med sikte på å nå kvinner og særlig unge jenter, være viktige for å unngå smitte, uønskede svangerskap og

overføring av mor-barn smitte. Kvinneperspektivet er også viktig i forhold til kvinners mange roller som mødre, ektefeller/samboere/kjærester, kunnskapsformidlere, omsorgspersoner og som helsepersonell. Kvinner blir derfor en spesielt viktig målgruppe i denne sammenheng.

Erfaringer

Man ble tidlig oppmerksom på behovet for informasjon til den generelle befolkning som et tiltak for å begrense smittespredning, og for å motvirke diskriminering av smittede personer. Det ble lagt vekt på at mange instanser skulle ta del i informasjonsarbeidet. Budskapet om sikrere sex og andre smitteforebyggende tiltak skulle gis såvel av sentrale som av lokale helsemyndigheter. Dette ledet bl.a. til opprettelsen av interesseorganisasjoner og frivillige organisasjoner som Landsforeningen mot AIDS (LMA) og Arbeidslivets komite mot AIDS (AKAIDS - nå nedlagt). Samtidig ble det uformelt bestemt at man fra Helsedirektoratets side skulle være aktivt medvirkende i den begynnende store mediaoppmerksomhet omkring HIV/AIDS-spørsmål. Det ble antatt at stor offentlig interesse og debatt omkring temaet i seg selv ville ha stor oppmerksomhets- og opplysningsverdi. I sin tur ledet dette bl.a. til samarbeid med NRK i 1987 om den første meningsmålingen omkring opplysningsnivået i befolkningen. Dette ble også senere gjentatt i identisk form for å evaluere gjennomslagskraften på opplysnings- og oppmerksomhetsnivået.

Hva vet vi om effekt av tiltak?

Holdning og kunnskap om HIV/AIDS i befolkningen

Det er gjort flere undersøkelser av befolkningens kunnskapsnivå om HIV/AIDS, og disse viser at kunnskapsnivået i Norge generelt er høyt. De med minst kunnskaper om HIV og smitemåter har mest frykt for HIV-positive.

Kondombruk blant heteroseksuelle

Fra 1987 til 1992 har det vært en økning i kondombruk blant heteroseksuelle både blant gifte som har partner utenfor ekteskapet og blant enslige. Blant gifte har det vært en økning i kondombruk fra 11 til 15% ved siste samleie med en partner utenfor ekteskapet. Blant enslige har det vært størst økning i kondombruk blant dem med færrest partnere. Det har også vært en økning i kondombruk ved seksuell kontakt med utlendinger. De med høy utdanning brukte i større grad kondom enn de med lav utdanning.

Antall partnere blant heteroseksuelle

To bredt anlagte seksualvaneundersøkelser i Norge

(Seksualvaneundersøkelsene 1987 og 1992) har vist at det ikke har skjedd noen endring i antall partnere utenfor ekteskap/samboerskap mellom 1987 og 1992. Det var henholdsvis 11% og 10% som hadde hatt en eller flere partnere utenfor ekteskapet i løpet av de siste tre år før undersøkelsene. Blant enslige har det vært en statistisk signifikant reduksjon i antall partnere.

Tiltak videre

Mindre oppmerksomhet i media kan skape et inntrykk av at HIV/AIDS ikke lenger utgjør noen trussel for nordmenn. Departementet vil derfor satse på å vedlikeholde oppmerksomheten og kompetansen om HIV/AIDS i befolkningen. Brede informasjonskampanjer av den typen som ble lansert tidligere i epidemien er imidlertid svært kostnadskreven. Det er dessuten vanskelig å påvise effekt av bredt anlagte mediakampanjer (se også omtalen av evalueringsrapporten i avsnitt 3.4). Departementet mener derfor at oppmerksomheten om HIV-epidemien kan ivaretas ved et samarbeid med media om å formidle saklig informasjon. Forøvrig bør det satses på informasjon direkte til de viktigste målgruppene innen den generelle befolkningen som f.eks. ungdom og folk som reiser til utlandet. Det er viktig at det forebyggende arbeidet også er holdningsskapende.

4.2.2 Ungdom

I det langsiktige perspektivet er en av hovedutfordringene de ca. 50 000 ungdommene som hvert år har sin seksuelle debut. Disse har behov for informasjon om HIV-smittemåter som ledd i generell undervisning om seksualitet og samliv. I dag er det ikke systematisert undervisning om HIV/AIDS i skolen, den arena hvor flest ungdom kan nås med informasjon.

Det finnes i dag tilstrekkelig kunnskap til å vite at åpenhet omkring seksualitet i skolen kan bidra til å utsette seksuell debut eller øke bruken av svangerskapsforebyggende virkemidler. Noe forskning er gjort med hensyn til hvordan seksualundervisning til ungdom bør skje for at atferd og holdninger påvirkes. Erfaringer fra slik forskning og utprøving av ulike undervisningsopplegg bør samordnes og evalueres. Dette arbeidet er nylig påbegynt. På den måten kan seksualundervisningsopplegg i skoler o.l. få en best mulig utforming.

Den seksuelle modningsfasen i puberteten er avgjørende i menneskers liv. De holdninger til egen kropp og seksualitet og de vaner som formes i denne fasen, vil prege individet resten av livet. Ungdoms forhold til egen seksualitet formes i et samspill mellom kunnskaper og holdninger formidlet av skolen, media, litteratur, foreldre og kamerater.

Erfaringer

Skoleverket

I et samarbeid mellom Helsedirektoratet og KUF ble det for en tid tilbake utarbeidet et undervisningsopplegg for såvel grunnskolen (7.-9. klasse) som for videregående skoler. Fra 1991 til 1993 utarbeidet Folkehelse (Aids-informasjonsenheten) sammen med Avis i Skolen et undervisningsopplegg for grunnskolens ungdomstrinn og 1. klasse i videregående skole basert på aktuelle avisartikler om HIV/AIDS. I 1994 og 1995 ble tiltaket, på grunn av stor etterspørsel fra skolene, fulgt opp av et hefte om seksualitet og HIV/AIDS. Det ble også flere steder i landet utarbeidet særlig lokalt tilpassede opplegg. Helsetilsynet har de siste par år finansiert et engasjement i regi av Norges Røde Kors for en person som driver informasjonsarbeid om HIV/AIDS i skolen. I 1995 ga SHD og Helsetilsynet innspill til KUFs utkast til nye læreplaner for grunnskolen.

Andre sektorer

Det har vært gjennomført kampanjer overfor jenter og unge kvinner for å bevisstgjøre dem, bl.a. «Sett dine egne grenser»-kampanjen i 1990.

Lokalt har det i regi av ungdomsklubber og utekontakter blitt arrangert aktiviteter for ungdom i aldersgruppen 14-18 år. Det har vært lagt vekt på å gi et budskap om sikrere sex og trygg seksuell identitet.

I samarbeid med NSB og med andre nordiske land har det vært laget kampanjer særlig rettet mot ungdom på *Interrail*. Også andre tiltak har vært særlig rettet mot ungdom og feriesex. Landsforeningen mot AIDS har spesielt vært opptatt av å utforme tiltak som retter seg mot ungdom.

Tiltak videre

HIV-forebyggende tiltak overfor ungdom må inngå i en helhetlig strategi. En slik strategi må omfatte alle de aktørene som påvirker unge menneskers forhold til egen kropp og identitet. Strategien må ta utgangspunkt i at seksualitet er en positiv og helsebringende faktor i menneskers liv. Den må bygge på at den enkelte mulighet til å ta ansvar for egen og andres helse vil være størst hvis seksualiteten er formet på en trygg og positiv måte. Det er behov for å framskaffe økt forståelse for ulikhet i roller og makt innen relasjoner som påvirker for eksempel bruk av kondom. Her vil det være nødvendig å bygge videre på den kunnskap som finnes om menns og kvinners ulike oppfatninger av kontroll, sammenhengen mellom kontroll og alder, og kontroll og erfaring. Det må også tas hensyn til at behovet for å beskytte seg mot HIV ikke er den eneste utfordringen unge mennes-

ker møter når de har sine første seksuelle erfaringer. For de fleste norske ungdommer vil spørsmål knyttet til graviditet eller til seksuell identitet være viktigere enn HIV. Derfor bør det HIV-forebyggende arbeid være knyttet tett opp til seksualundervisning og eventuelt prevensjonsveiledning.

HIV-forebyggende tiltak både i og utenfor skolen må være bygget på og tilpasset ungdommenes situasjon. Dette betyr at ungdom selv må være aktive i utformingen av tiltak og aktiviteter. Åpenhet omkring seksualitet bidrar til trygghet og større grad av ansvarlighet i seksuelle handlinger. Denne åpenheten må omfatte seksualitetens ulike uttrykk og sikre at unge mennesker får mulighet til å danne både hetero- og homofil identitet med samme grad av trygghet.

Skoleverket

SHD vil ta initiativ til et samarbeid med skolemyndighetene for å lage en handlingsplan for seksualundervisning i skolen. En slik plan bør bygge på og samordnes med det som er gjort og gjøres i skolen for å forebygge uønskede svangerskap. Arbeidet bør bygge på erfaringer fra annet risikoforebyggende arbeid i skolen, som for eksempel det rusmiddelforebyggende arbeidet. Som grunnlag for handlingsplanen bør det foretas en kartlegging av eksisterende undervisningsmaterieell for lærere og elever både i grunn- og videregående skoler. Og det bør gjøres rede for de erfaringer som er høstet med ulike typer undervisningsopplegg. Handlingsplanen bør også omfatte undervisning av lærere i videreformidling av slike kunnskaper.

Skolen spiller en viktig rolle når det gjelder formidling av kunnskap og holdninger om homofili. Målet må være at lesbiske, homo- og bifile ungdommer møter forståelse og aksept i omgivelsene og har mulighet for positiv identifisering ved gryende erkjennelse av seksuell orientering. Skolen har en viktig funksjon i denne sammenheng.

Økt rekruttering til injiserende stoffmisbruk kan øke spredningspotensialet for HIV. Det er derfor viktig at rusmiddelforebyggende tiltak i skolen fortsetter. Den enkelte skoles mulighet for økt innsats med hensyn til forebygging av rusmisbruk bør drøftes av de sentrale skole-, sosial- og helsemyndighetene i fellesskap.

Andre sektorer

Ved siden av en egen handlingsplan for samarbeid med skolen tar helsemyndighetene sikte på å anvende også andre virkemidler overfor ungdom. Det arbeidet som lenge har pågått i kommunehelsetjenesten for å sikre ungdom tilgang på helsetjenester bør bli videreført. Særlig arbeidet med prevensjonsveiledning, diagnostisering, behandling og smitteopp-

sparing av andre seksuelt overførbare sykdommer bør videreføres. (Se Handlingsplan 1995-1998 for forebygging av uønskede svangerskap og abort).

Helsemyndighetene vil også videreføre det arbeidet som er gjort for å sikre kompetanse blant ansatte i utekontakter og fritidsklubber og andre som er i kontakt med ungdom.

Media som er rettet mot ungdom bidrar til å forme ungdoms seksualitet. Helsemyndighetene vil, som et ledd i handlingsplanen mot HIV, fortsatt formidle budskap til ungdom i form av annonser og stille midler til disposisjon for produksjon av artikler, filmer etc. i samarbeid med ungdommer selv og de aktuelle media. Fordi slike tiltak er svært kostnadskrevenne må det i større grad enn til nå søkes samfinansiering med andre tiltak overfor ungdom som f.eks. forebygging av uønskede svangerskap.

4.2.3 Folk som reiser til utlandet

Store deler av verden har høyere HIV-forekomst enn Norge, jfr. kapittel 2. Økningen i antall smittede er også sannsynligvis større de fleste steder. Verden i dag preges av stor reiseaktivitet. Nordmenn reiser oftere enn tidligere til andre deler av verden både for ferie/rekreasjon og i forbindelse med arbeid. Nordmenn som arbeider i utlandet har vært særlig smitteutsatt både gjennom prostitusjon og annen seksuell kontakt (jfr. pkt. 2.4.4 Heteroseksuell smitte og pkt. 4.3.3 Kjøp og salg av seksuelle tjenester). Med økende HIV-forekomst i verden vil nordmenn kunne ha en økende risiko for å bli smittet dersom de risikoutsetter seg. Dette kan gjelde f.eks. norske sex-turister i utlandet. Mange fremmedspråklige bosatt i Norge har også stor reiseaktivitet og vil kunne risikoutsette seg på samme måte som nordmenn som reiser til utlandet. Fremmedspråklige er omtalt særskilt i pkt. 4.3.4.

Erfaringer

I 1986-87 satset Helsedirektoratet på en stort anlagt mediakampanje rettet mot utenlandsreisende, "Hva ellers har du med deg hjem?". Det ble også, i samarbeid med Direktoratet for sjømenn, laget en informasjonskampanje for ansatte i handelsflåten. Denne kampanjen møtte stor motbør i målgruppen. Mange følte seg injuriert ved antydning om ubeskyttet seksuelliv. NORAD har i samarbeid med Olafiaklinikken og Folkehelse hatt kursvirksomhet for bistandsarbeidere. Også enkelte andre arbeidsgivere med stor arbeidsstokk i utlandet har formidlet HIV/AIDS-relatert informasjon blant sine ansatte.

Det finnes foreløpig relativt liten kunnskap om hvilken effekt kurs, informasjonsmaterieell eller andre tiltak

mottatt hjemme, har på atferd i en ny og uventet situasjon. Det blir derfor viktig å få dette arbeidet evaluert.

Tiltak videre

Personer som reiser utenlands må fortsatt være en viktig målgruppe for HIV-forebyggende tiltak, og aktiviteten på området må styrkes. Helsemyndighetene vil bidra både til en evaluering av de tiltakene som er gjennomført og til at nye modeller og metoder utvikles. Det må oppnås et bedre samarbeid med hotell- og reiselivsbransjen om informasjon og andre tiltak som kan vise seg å være effektive, samt med NORAD, Forsvaret, bedrifter og organisasjoner som har ansatte som oppholder seg mye i områder av verden med høy HIV-forekomst. På dette området vil det også kunne være nødvendig og naturlig å samarbeide med innvandrersorganisasjoner og miljøer som har kunnskap om de aktuelle land og deres kultur.

4.3 Målrettede tiltak overfor spesielle grupper og problemområder

4.3.1 Menn som har sex med menn (homo- og biseksuelle menn)

Det ble tidlig i epidemien tydelig at i Norge, som i de fleste vestlige land, var menn som har sex med menn mest smitteutsatte. Mye tyder på at dette fortsatt er tilfelle jfr. avsnitt 2.4. Ved epidemiens begynnelse visste man lite om hvor mange menn i Norge som hadde homoseksuell praksis, og som kunne være i risiko for smitte. Det finnes noe mer kunnskap om dette i dag. Tallene fra seksualvanestudiene i 1987 og 1992 viste at det var under 5% av mennene som har hatt homoseksuell praksis noen gang i livet. 1 - 2 % hadde hatt homoseksuell praksis i løpet av de siste tre årene før undersøkelsene. Det tilsvarer omtrent 10 000 menn i alderen 18-60 år i Norge. Resultatene fra seksualvaneundersøkelsene må imidlertid tolkes med forsiktighet blant annet på grunn av den lave svarprosenten, 62% i 1987 og 48% i 1992.

Homo- og biseksuelle menn er ingen ensartet gruppe. Mangfoldet er stort og omfatter menn som legger ulik vekt på sitt seksualliv. Gruppen spenner fra menn som er åpne homser til menn som vanligvis har sex med kvinner, men som en eller flere ganger i løpet av livet har sex med en annen mann/andre menn. Gruppen omfatter også personer som stadig praktiserer ubeskyttet sex i risikofylte situasjoner, og personer som sjelden eller aldri praktiserer sex.

Fremmedspråklige homo- og biseksuelt aktive menn

I mange kulturer er det liten åpenhet rundt temaer som homo- og biseksualitet, og i mange samfunn er

homoseksualitet straffbart. Begrepet homoseksualitet kan være fraværende i språket, og fenomenets eksistens benektes. Dette betyr imidlertid ikke at sex mellom parter av samme kjønn ikke finner sted blant fremmedspråklige også i Norge.

Erfaringer

Det forebyggende arbeidet kom tidlig i gang takket være innsatsen til enkeltpersoner og fagmiljøer. Det var en påtrengende oppgave å begrense smittespredningen blant homoseksuelle menn først og fremst av hensyn til mennene selv, men også for å hindre spredning til andre grupper i befolkningen.

Tillit er et nøkkelord i samarbeidet mellom de lesbiske, homofile og bifiles organisasjoner og de sentrale helsemyndighetene. I utgangspunktet var det en del skepsis og mistillit til offentlige myndigheter; bl.a. var homoseksualitet straffbart etter norsk lov fram til 1973. Gradvis er det oppnådd stor grad av tillit og konstruktivt samarbeid mellom partene. Arbeidet bygger på felles prinsipper om likeverd og rettsvern. Innføringen av partnerskapsloven i 1993 har vært et viktig signal fra myndighetene til befolkningen om en samfunnsmessig sidestilling av heterofile og homofile og lesbiske parforhold. Dette vil sannsynligvis bidra til en bedring av lesbiske og homofiles generelle livs- og levevilkår.

I de første årene ble det lagt vekt på massekommunikasjon for å få fram hovedbudskapet til så mange som mulig på kortest mulig tid. Få og enkle budskap ble presentert for at så mange menn som mulig skulle kunne forstå og forholde seg til meldingene. Gradvis ble det fokusert på mer drøftende budskap i tillegg til å presentere fakta. Vekten ble samtidig flyttet over til individ- og grupperettede tiltak som basert på "peer education"-tanken, dvs. at budskapet utformes og formidles av likemenn etter som disse har best kjennskap til kulturen det gjelder og ofte størst troverdighet i gruppen. Tanken bak er at den enkelte mann ut fra tilgjengelig kunnskap skal ta stilling til og avgjøre hvor han vil sette sine grenser i gitte situasjoner. Rekruttering ute på byen av deltakere til ulike seminarer og samtalegrupper for å arbeide i grupper med temaer som egen seksualitet, homoseksualitet, sikrere sex og risikosituasjoner er en annen metode ved denne strategien. I tillegg er det å møte HIV-positive ansikt til ansikt og høre deres historier en viktig del av tiltakene.

Frivillige organisasjoner

Helseutvalget for homofile

Hovedtyngden av det HIV-forebyggende arbeidet i forhold til menn som har sex med menn har vært utført

av frivillige organisasjoner. Helseutvalget for homofile (HU) står i en særstilling her som den viktigste. HUs virksomhet har i stor grad vært finansiert av statlige midler. HU er knyttet til Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring (LLH) og har representanter over hele landet. Disse representantene utgjør HUs øverste, styrende organ samtidig som flere av representantene også deltar i det praktiske forebyggingsarbeidet i sin region. I tillegg utgjør den geografiske spredningen av representanter et beredskapsapparat som kan mobiliseres hvis nødvendig.

Det har vært benyttet ulike virkemidler i det forebyggende arbeidet for å nå fram til ulike grupper av menn som har sex med menn. "Stopp AIDS"-prosjektet i Oslo - gjennomført av HU i 1988-89, er et eksempel på arbeidet for å styrke mann til mann informasjonen blant åpne, skjulte, organiserte og uorganiserte homofile og bifile menn. Liknende prosjekter er blitt gjennomført flere steder i landet, bl.a. i Grenland, Stavanger og Trondheim. Prosjektene ble gjennomført ved at feltarbeidere tok kontakt med andre menn på uten- og innendørs arenaer der menn møtes for å snakke om gleder og vanskeligheter i forbindelse med sikrere sex, kondombruk o.l. Slike virkemidler for å spre informasjon videreføres nå som en sentral del av HUs ordinære arbeid flere steder i landet. En betydelig del av hele dette arbeidet gjøres av frivillige medarbeidere på ubetalt basis.

I flere år har menn som lever i parforhold med andre menn vært viet særlig oppmerksomhet. En av oppgavene er å bidra til at menn som lever i parforhold drøfter den faktiske seksualpraksisen sin innenfor og eventuelt utenfor forholdet.

Et eget prosjekt blant menn fra spansk- og arabisktalende kulturer ble gjennomført av HU i 1990 - 91. Fra og med 1992 ble forebyggende arbeid blant menn fra andre kulturer integrert i HUs løpende virksomhet.

Homofiles organisasjoner

I tillegg til HU har også flere andre grupperinger og organisasjoner av lesbiske, homofile og bifile over hele landet gitt verdifulle bidrag til epidemibekjempelsen. Dette gjelder både informasjon og kunnskapsformidling om HIV og AIDS samt aktiviteter som ikke er direkte epidemirelatert, eksempelvis ulike miljøskapende tiltak.

Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring (LLH) med sine etablerte undergrupper, Åpen kirkegruppe, Ungdomsgruppene ulike steder i landet, Scandinavian Leathermen o.a., er en sentral organisasjon i det HIV-forebyggende og identitetsskapende arbeidet. LLHs engasjement bør også ha et større potensiale for opplysningsarbeid blant ungdom, blant annet gjennom skolevesenet.

Månedssavisa Blikk og tidsskriftet Løvetann er viktige fora for informasjon og diskusjon om HIV- og AIDS-spørsmål.

Flere steder i landet har enkeltindivider i og utenfor HU tatt initiativ til tiltak som sannsynligvis har betydning for en del «utefolks» bevissthet om alvoret knyttet til HIV-viruset. Det er opprettet grupper som Drillarguri, et drillkorps av menn utkledd som drillpiker og Frivilliggruppa i Trondheim som deltar på de fleste arrangementer i homomiljøet i byen med sikrere sex-innslag. Virusgruppa har som formål å være HIV-forebyggende og samtidig solidaritetsskapende i forhold til HIV-positive. Samlet bidrar disse gruppene til å opprettholde fokus på sikrere sex i homomiljøene. Påvirkningen skjer ved hjelp av utradisjonelle, ofte humoristiske virkemidler, og i sammenhenger hvor folk ikke venter HIV-forebyggende påvirkning.

Et betydelig antall enkeltpersoner har knyttet seg til disse tiltakene som frivillige. Flere av tiltakene har fått publisitet i ulike medier og dermed sannsynligvis fungert som en påminnelse om alvoret for langt flere enn dem som har direkte kontakt med gruppene. For eksempel har Virusgruppa samlet inn ca. kr. 700.000 til trivselstiltak for HIV-positive og AIDS-syke på Ullevål sykehus og Rikshospitalet.

Kondombruk blant homoseksuelle menn

Bruk av kondom reduserer smitterisikoen. I seksualvanestudiene ble det spurt om kondombruk ved siste samleie. I 1987 svarte 9% av homoseksuelle menn at de hadde brukt kondom. I 1992 var det 27% som hadde brukt kondom ved siste samleie. Oslo HIV-kohortstudien er en oppfølgingsstudie av HIV-positive personer. De fleste av disse fikk sin HIV-diagnose i 1985-1987. I denne studien ble 70 homoseksuelle menn spurt om seksualatferd før og etter diagnostisert HIV-seropositivitet. Her svarte 28% at de brukte kondom i halvparten eller mer av alle anal-samleier før de visste at de var HIV-positive. Etter at de visste at de var HIV-positive var andelen økt til 72%. Det finnes ikke tilstrekkelig kunnskap om den atferdsendringen som skjedde på slutten av åtti-tallet fortsatt gjelder.

Antall partnere blant homoseksuelle menn

Å ha mange seksualpartnere øker risikoen for HIV-smitte dersom en person har ubeskyttet sex. Har det skjedd en endring i seksualatferd med hensyn til antall partnere? Blant menn med homoseksuell praksis de tre siste årene før seksualvanestudien i 1987 var gjennomsnittlig antall nye partnere per år 1,0. I 1992 var gjennomsnittet 0,3 nye partnere per år. Det er derfor mye som tyder på at det har vært en vesentlig reduksjon i antall partnere blant menn som har sex med menn.

I følge Oslo HIV-kohortstudien var gjennomsnittlig antall partnere per år før HIV-diagnosen 4,3. Mens gjennomsnittet etter HIV-diagnosen var 1,6 per år.

Tiltak videre

Evalueringsrapporten om det norske HIV/AIDS-forebyggende arbeidet (1995) (se avsnitt 3.4) anbefaler at innsatsen overfor høyrisikogruppene sikres. Departementet mener innsatsen overfor gruppen menn som har sex med menn må forsterkes i årene framover. Det er derfor viktig å videreføre tiltak som har vist seg effektive samt å prøve ut nye som kan vise seg å være det. Dette gjelder tiltak som retter seg generelt til menn som har sex med menn og til avgrensede grupper som f.eks. unge, menn fra andre kulturer enn den norske, menn som lever skjult og bifile.

Hvem er mest utsatt?

En av hovedutfordringene i det HIV-forebyggende arbeidet er å identifisere grupper av homoseksuelle menn under særlig risiko for HIV-smitte og rette tiltak mot disse. I evalueringsrapporten blir det pekt på at forebyggende arbeid på treffsteder som saunaer må prioriteres høyt. Det pekes også på at «komme-utfasen» for homoseksuelle menn er en sårbar fase også med tanke på HIV-smitte, og at forebyggende tiltak må ta sikte på å nå fram til de unge. Det er viktig å bevisstgjøre den mest erfarne part om hans ansvar. I 1996 avsluttes en evaluering av det HIV-forebyggende arbeidet i forhold til unge homo- og biseksuelle menn mellom 18 og 23 år. Resultatene fra denne evalueringen kan føre til en ytterligere målretting av innsatsen i forhold til denne gruppen. I 1994 ble minst 5 av 11 nysmittede homoseksuelle smittet i utlandet. Dette behøver ikke tilskrives mer risikoseks i utlandet, men den høyere forekomst av HIV i andre land. Det er viktig at norske homser bevisstgjøres dette.

Mye tyder på at sikrere sex som regel praktiseres med ikke-fast partner. I mange faste forhold ønsker mange imidlertid ikke å bruke kondom. Å være i et fast homoseksuelt forhold har derfor vært pekt på som en viktig risikofaktor for HIV-smitte både i Norge og i andre land. Det kan være viktig å fokusere på smitterisikoen også i faste forhold.

Behandling av seksuelt overførbare sykdommer

Homoseksuelle menn har tradisjonelt hatt en høyere forekomst av seksuelt overførbare sykdommer enn befolkningen forøvrig. Som nevnt foran vil tilstedeværelse av seksuelt overførbare sykdommer øke risikoen for HIV-smitte. Det er derfor viktig at menn som har sex med menn får lett tilgjengelige tilbud om undersøkelse og behandling med tanke på SOS. Se også pkt 4.1.5.

Informasjon i forbindelse med HIV-testing

Det er fortsatt viktig å legge forholdene til rette for høy HIV-testeaktivitet blant homoseksuelle menn. Mye tyder på at HIV-testen kan være et viktig virkemiddel for atferdsendring, og for god klinisk oppfølging av dem som testes HIV-positive. Dette forutsetter imidlertid at HIV-positive ikke diskrimineres hverken i sitt eget miljø eller i samfunnet for øvrig.

Rådgivning knyttet til HIV-testing må tillegges stor betydning. Klinikker som arbeider med HIV-testing og rådgivning i forbindelse med HIV/AIDS og andre seksuelt overførbare sykdommer, har derfor en viktig rolle i det HIV-forebyggende arbeidet overfor gruppen menn som har sex med menn. Dette arbeidet må fortsette også i årene framover.

Det kreves gode kunnskaper om seksualitet generelt og om biseksualitet og homoseksualitet spesielt for å gi råd i forhold til menn som har sex med menn. Fremdeles er de færreste helsearbeidere godt nok skolerte til å snakke åpent om homofili og homoseksuell praksis og for å kunne gi råd og veiledning på dette feltet. Det må fortsatt arbeides for at helsetjenesten skal bli bedre i stand til å møte homofile på en faglig god og fordomsfri måte.

Kondomtilgjengelighet

Det står fortsatt svært sentralt i forebyggingsstrategien å sikre kondomtilgjengeligheten på innendørs og utendørs treffsteder for homofile og bifile menn. Kondomer fungerer også som en permanent påminnelse om alvoret knyttet til HIV-viruset. Kondomer har således hatt en antatt betydning langt utover nytteverdien for dem som benytter dem ved samleier.

Generelle bemerkninger

Homoseksuelle menn er ingen ensartet gruppe med hensyn til atferd. Dette er det nødvendig å ta hensyn til i utformingen av det forebyggende arbeidet.

Arbeidet vil også i framtiden måtte foregå som et samarbeid mellom helsemyndighetene, Helseutvalget for homofile og interesseorganisasjonene for lesbiske, homofile og bifile. Av hensyn til å oppnå den best mulige uttelling av de bevilgede midler, er det på det nåværende stadium i epidemien naturlig at mål- og resultatstyring i sterkere grad legges til grunn for samarbeidsformer og tiltak enn i de tidligere faser.

4.3.2 Injisierende stoffmisbrukere

Økt rekruttering til injiserende stoffmisbruk vil øke spredningspotensialet for HIV. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning anslo i 1990 at det er 4-5000 aktive injiserende stoffmisbrukere i Norge. Resultater fra seksualvanestudien i 1992 viste at 0,7% av befolkningen mellom 18-50 år hadde brukt narko-

tika intravenøst. Det var 1,1% av mennene og 0,4% av kvinnene. Hvis resultatet er generaliserbart, har 14 000 nordmenn noen gang injisert narkotika. 1/3 rapporterte å ha brukt narkotika ved injeksjon mer enn 100 ganger. Halvparten hadde sluttet å bruke stoff etter 6 år. Det finnes imidlertid ikke sikre estimater for størrelsen på misbrukergruppen eller hvor stor andel av dem som deler sprøyter.

Siden forekomst av HIV er hyppigere blant injiserende misbrukere enn befolkningen generelt, og misbrukere ofte velger seksualpartnere som bruker stoff, har stoffmisbrukere også økt risiko for seksuell HIV-smitte. Resultater fra seksualvanestudien i 1992 viste at injiserende stoffmisbrukere hadde hatt flere seksualpartnere og brukte sjeldnere kondom enn befolkningen forøvrig.

HIV-smitten har spredd seg langsommere i stoffmisbrukermiljøene enn antatt ved epidemiens begynnelse, men situasjonen kan raskt komme ut av balanse. I årene som kommer kreves det fortsatt intensiv og vedvarende innsats for å hindre ytterligere smittespredning. Å hindre smittespredning er nødvendig både av hensyn til misbrukerne selv og for å hindre spredning av HIV-viruset til personer utenfor misbrukermiljøene gjennom seksuell kontakt.

Erfaringer

Den relativt gunstige HIV-situasjonen blant stoffmisbrukerne i Norge kan forklares ved flere forhold:

- Sprøytetilgjengeligheten har vært god.
- HIV-viruset ble relativt sent introdusert til gruppen (1984-85), myndighetene nådde tidlig ut med informasjon, og kunnskapsnivået har vært høyt.
- Norge har tradisjonelt hatt et tjenesteapparat som har kontakt med en stor del av stoffmisbrukerne.
- Allerede før epidemien var det vanlig å unngå sprøytedeling samt å skylle sprøyten hvis den ble delt for å unngå hepatitt.
- Mye informasjonsutveksling innad i gruppen har vært basert på person til person kontakt.
- Det er stor grad av åpenhet om HIV-status misbrukerne imellom.

Noen grunnelementer i Sosial- og helsedepartementets strategi har ligget fast:

- Den mest effektive måte å stoppe spredningen av HIV-viruset blant stoffmisbrukere som bruker sprøyter, er ideelt sett å forebygge og behandle misbruket.
- Der hvor dette ikke er realistisk, må rene sprøyter være tilgjengelige slik at den enkelte kan unngå HIV-smitte.
- Som ekstra sikkerhet må sprøytebrukere fortsatt lære å rengjøre sprøyter.

- HIV-forebyggende informasjon har ved siden av sprøytedelingsatferd, også vært konsentrert om risiko for seksuell HIV-smitte.

Forebygging og behandling av stoffmisbruk

Behandlingskapasiteten for stoffmisbrukere ble økt med ca. 400 institusjonsplasser i perioden 1988-93. Behandlingsinstitusjonene har vært en viktig informasjonskanal om HIV og AIDS. Også utekontakter og psykiatriske ungdomsteam har spilt en viktig rolle i det HIV-forebyggende arbeidet.

Noen av behandlingsinstitusjonene har prioritert HIV-positive personer. Det er mulig at dette har hatt betydning for smittespredningen siden HIV-positive stoffmisbrukere har vært borte fra det aktive misbrukermiljøet i den tiden de har vært til behandling. Den økte behandlingskapasiteten for stoffmisbrukere ser imidlertid ikke ut til å ha hatt betydning for dødeligheten av overdose. Norge har i løpet av de siste år (inntil 1995) hatt den største økningen av overdosedødsfall i Norden. Overdosedødeligheten har vært særlig høy blant HIV-positive stoffmisbrukere.

Tilgjengelighet på sprøyter

Tilgjengeligheten på sprøyter har jevnt over vært god, men det har vært til dels store geografiske forskjeller. Enkelte steder har det i det senere vært motstand mot utdeling av sprøyter. I tillegg til salg fra apotek, er sprøyter tilgjengelige bl.a. fra helseinstitusjoner, og i Oslo også fra AIDS-informasjonsbussen ("sprøytebussen"). Utdelingen av rene sprøyter på AIDS-informasjonsbussen i Oslo har økt. I 1995 ble det delt ut ca. 1,1 millioner sprøyter. Fra enkelte hold har det vært reist bekymring for at økt tilgjengelighet på sprøyter gir signal om aksept og kan føre til økt misbruk. Det er lite som tyder på at den økte tilgjengeligheten på sprøyter har hatt slike konsekvenser.

Rensing av sprøyteutstyr er et alternativ når rene sprøyter ikke er tilgjengelige, og deling av sprøyter ikke er til å avverge. Helsetilsynet har produsert informasjonsmateriale om rensing av sprøyter med husholdningsklorin.

Seksuell smitte

Helsetilsynet har gjennomført fire 1-årige skoleringsopplegg om seksualitet og HIV bl.a. for ansatte på behandlingsinstitusjonene og for utekontaktene. Erfaringene fra disse kursene tyder på at det er gunstigere å ta utgangspunkt i seksualitet generelt enn å ensidig fokusere på kondombruk. En ensidig og begrenset fokusering på kondombruk er ikke tilstrekkelig. Skoleringen har bidratt til at seksualitet i større grad enn tidligere er med i det forebyggende arbeidet som gjøres i forhold til stoffmisbrukerne.

I flere år har det blitt iverksatt tiltak for å mobilisere misbrukerne selv til endringsarbeid i eget miljø (peer-education). Initiativene til denne typen tiltak har vært tatt både lokalt og fra Helsetilsynet. Erfaringene fra disse prosjektene har gjennomgående vært gode. Stoffmisbrukere har deltatt i seminarer og tatt initiativ til HIV-forebyggende tiltak. I flere av prosjektene har stoffmisbrukerne vist stor entusiasme, ansvarlighet og oppfinnsomhet. Prosjektene har hatt en HIV-forebyggende målsetting og har stort sett vært drevet i nært samarbeid med utekontakten på de aktuelle stedene.

Det finnes ikke tilstrekkelig kunnskap om det har skjedd endringer i seksualatferden hos stoffmisbrukere. Det generelle inntrykket er imidlertid at stoffmisbrukerne i større grad har endret atferd når det gjelder deling av sprøyter enn når det gjelder usikker sex.

Fremmedspråklige misbrukere

Det er fortsatt for lite kunnskap om omfang, atferd, rekruttering og forekomst av stoffmisbruk blant fremmedspråklige. Bl.a. AIDS-informasjonsbussen har det siste året registrert injiserende stoffmisbrukere med fremmedkulturell bakgrunn i et større antall enn tidligere i Oslo. Det må antas at fenomenet også gjør seg gjeldende i andre kommuner, om enn i en mindre målestokk. Erfaring tyder på at det skjer en gradvis overgang fra røyking av stoff til injiserende praksis etter ankomst til Norge for dem som tidligere har vært i kontakt med bruk av stoff. En annen trend viser at personer som begynner med stoff i Norge sosialiseres til stoffkulturen på samme måten som ungdom med norsk bakgrunn. Dette har også vært observert i våre naboland. AIDS-informasjonsbussen i Oslo arbeider med å se nærmere på omfanget av og bakgrunnen for misbruket blant ungdom med innvandrerbakgrunn. Likeledes foretas det en løpende vurdering av tiltak overfor gruppen. Engasjement av en miljøarbeider med fremmedkulturell bakgrunn samt skolering av sentrale medarbeidere på AIDS-informasjonsbussen er i gang for å styrke arbeidet i forhold til målgruppen.

Stoffmisbrukere i fengsel

Ansatte i kriminalomsorgen og i fengselshelsetjenesten fikk tidlig skolering og informasjon om HIV og AIDS. Det er laget informasjonsmateriell beregnet på såvel ansatte som innsatte. Fengselsstyret har i brev av 23. november 1994 gitt fengselsdirektørene pålegg om at klorin skal være tilgjengelig for de innsatte.

Metadonbehandling

Internasjonal forskning viser at godt planlagte programmer med klare utvelgelseskriterier, gode psykososiale rehabiliteringstiltak og psykoterapeutisk støt-

te gitt av velkvalifisert personell, omhyggelig kontroll og dosering av metadon i tilstrekkelige mengder over lang tid, gir gode resultater. Metadon brukt i en slik bredere behandlingssmessig ramme kan redusere kriminaliteten og dødeligheten hos opiattmisbrukere, høyne livskvaliteten og redusere risikoen for smitte. Det er imidlertid ikke klart om det er metadonbehandlingen i seg selv, utvelgelsen til programmet eller de psykososiale rehabiliteringstiltakene som gir gode resultater. Erfaring fra flere land har vist at det i praksis er vanskelig å opprettholde restriktiv kontroll med metadonforskrivning når den først er introdusert. I Danmark har man sett en økning i metadondødsfall. Metadon kan havne på det illegale markedet og dermed bidra til å forverre misbrukernes livssituasjon og føre til dødsfall ved overdoser. Det er også i Norge eksempler på ulovlig omsetning av metadon forskrevet av leger til enkelte misbrukere, utenom prosjektene omtalt nedenfor. Helsetilsynet vil skjerpe kontrollen med legers forskrivning av metadon.

Det er satt igang 2 metadonprosjekter i Norge, begge i Oslo. Det ene prosjektet, «Metadon vedlikeholdsbehandling for HIV-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt», startet som et forsøksprosjekt i 1991. Erfaringene tyder på at pasientene forbedrer både sin helse og den totale livskvaliteten. Oslo kommune har vedtatt å etablere tiltaket som et permanent tilbud til den aktuelle målgruppen.

Det andre prosjektet, «Metadonprosjektet i Oslo», er et 3-årig forsøksprosjekt med 50 plasser for misbrukere over 30 år uavhengig av HIV-status. Prosjektet kom igang i august 1994. Det legges stor vekt på å utvikle et godt samarbeid med det øvrige behandlingsapparatet som ikke nytter metadon i sine opplegg, slik at pasientene kan få tett oppfølging og støtte også fra institusjoner de tidligere har vært i kontakt med og er henvist fra. Resultatene i forsøksperioden er overveiende gode. De fleste har fått bedret sin livskvalitet, og en del klarer seg meget godt. Sosial- og helsedepartementet foreslår derfor for Stortinget at tilbudet utvides og etableres som et nasjonalt tilbud på permanent basis. Forslaget vil komme i stortingsmeldingen om narkotikapolitikken som legges fram innen utgangen av 1996. Bruk av metadon i rehabilitering av stoffmisbrukere vil derfor ikke omtales nærmere her.

Tiltak videre

En ensidig satsing på forebygging og behandling av stoffmisbruk er ikke tilstrekkelig. Direkte og målrettet HIV-forebyggende arbeid må fortsatt sikres i tillegg til det generelle arbeidet som gjøres for å begrense stoffmisbruket.

Forebygging og behandling av stoffmisbruk

Sosial- og helsedepartementet vil i samarbeid med fylkeskommunene fortsatt vurdere behovet for eventuelt nye tilbud. På behandlingsinstitusjonene er det nødvendig å fortsette med HIV-forebygging integrert i det daglige arbeidet og samtidig vurdere behovet for egne HIV-forebyggende tiltak. Utekontaktens oppsøkende arbeid gir en særlig gunstig posisjon når det gjelder å etablere kontakt med stoffmisbrukerne i deres eget miljø. Sentrale helsemyndigheter ser med bekymring på at enkelte kommuner synes å nedprioritere det oppsøkende arbeidet på dette feltet som er pålagt gjennom sosialtjenesteloven.

Levekår og helse

Det er viktig å ha kjennskap til sider ved det norske samfunnet som har betydning for misbrukernes helse situasjon og muligheter til atferdsendring. HIV-epidemien reiser fortsatt utfordringer for helsevesenet når det gjelder arbeid med stoffmisbrukere og HIV/AIDS. Ved siden av det direkte HIV-forebyggende arbeidet krever forebygging av andre seksuelt overførbare sykdommer og hepatitt særlig oppmerksomhet.

Lokalt bør det tas initiativ til lett tilgjengelige helse-tjenestetilbud for å bedre misbrukernes generelle helse. Gode tilbud til stoffmisbrukerne kan også bidra til å styrke mulighetene for samarbeid mellom misbrukerne og helsemyndighetene. Lokalt bør det vurderes om en kan sette i verk tiltak for å bedre tilgjengeligheten på hepatitt B vaksine av stoffmisbrukere.

I flere år har stoffmisbrukere i Oslo fått tilbud om HIV-test og rådgivning på AIDS-informasjonsbussen. Det er viktig at det opprettholdes muligheter for lett tilgjengelig HIV-testing blant misbrukere i alle deler av landet.

Tilgjengelighet på sprøyter

De sentrale helsemyndighetene ser det som avgjørende for epidemiutviklingen at tilgjengeligheten på sprøyter fortsatt sikres, og at tiltakene i størst mulig grad gjøres permanente. Mange misbrukere har fått opplæring i forsvarlig destruksjon og rensing av sprøyter, og det er fortsatt nødvendig å ansvarliggjøre sprøytebrukerne på dette området. Primærhelsetjenesten og utekontaktene er viktige samarbeidspartnere i dette arbeidet.

Seksuell smitte

Mange stoffmisbrukere har partnere som selv ikke er misbrukere. Dette gjelder bl.a. gutter og menn som har unge jenter som partnere. Utekontakter og ansatte på institusjoner har forsøkt ulike tilnærminger for at jentene skal ta ansvar for egen seksualitet, sette egne grenser og kreve kondom ved samleie.

Arbeid for å styrke jentekulturen bør fortsette og videreutvikles, bl.a. gjennom arbeid med jentegrupper.

Samtidig er det nødvendig å styrke arbeidet i forhold til mannlige stoffmisbrukere når det gjelder det å ta ansvar for sikrere sex og kondombruk. Dette kan bl.a. skje gjennom arbeid i gutte- og mannegrupper.

Parforhold der den ene er HIV-positiv og begge er stoffmisbrukere utgjør en særlig utfordring. Ulike behandlingsinstitusjoner for stoffmisbrukere har arbeidet med denne problematikken i grupper og individuelt. Det er nødvendig å fortsette arbeidet med å utvikle metoder og tilnærminger på dette området. Kondomer er lett tilgjengelige på en del behandlingsinstitusjoner, men ikke alle. Sentrale helsemyndigheter vil ta initiativ for å bedre tilgjengeligheten ytterligere.

Stoffmisbrukere som selger seksuelle tjenester

Se kjøp og salg av seksuelle tjenester i pkt. 4.3.3 nedenfor.

Fremmedspråklige misbrukere

Fremmedspråklige misbrukere har vært lite i kontakt med tjenesteapparatet for stoffmisbrukere i Norge. Det er nødvendig at helsemyndighetene skaffer seg oversikt over omfanget av misbruket og samtidig initierer tiltak overfor misbrukere fra andre kulturer enn den norske. AIDS-informasjonsbussen i Oslo og utekontaktene ulike steder i landet er aktuelle samarbeidspartnere.

Injiserende misbrukere med fremmedkulturell bakgrunn er foreløpig nærmest usynlig i behandlingsinstitusjonene. Ønske om rehabilitering vil kunne utløse nye utfordringer for behandlingsapparatet. Også her er det nødvendig å minne om behovet for å utvikle gode kommunikasjonsformer, dette gjelder særlig førstegenerasjonsinnvandrere. Gode og naturlige samarbeidspartnere vil også på dette området være fremmedkulturelle miljøer/organisasjoner og personer fra disse som nyter respekt i sine miljøer.

Stoffmisbrukere i fengsler

Opphold i fengsel bør utnyttes til å gi informasjon og skoloring til innsatte både om HIV og AIDS og beslektede temaer som seksuelt overførbare sykdommer og seksualitet. Tiltak som involverer de innsatte bør stimuleres.

På tross av kontrolltiltak blir det i noen grad brukt sprøyter i fengslene. Det ligger i sakens natur at tilgangen på rene sprøyter ikke er stor i norske fengsler. Fengselsstyret har i brev av 23. november 1994 gitt fengselsdirektørene pålegg om at klorin skal være tilgjengelig for de innsatte.

4.3.3 Kjøp og salg av seksuelle tjenester

Kjøp og salg av seksuelle tjenester er en potensiell kilde til spredning av HIV i Norge. Men så langt har kjøp og salg av seksuelle tjenester i Norge hatt liten betydning for spredningen av HIV. Prostitusjonskontakt ved kjøp av sex i utlandet representerer sannsynligvis en større risiko for HIV-smitte enn kjøp av sex innenlands, jfr. pkt. 2.4.4.

Kjøp av seksuelle tjenester

I seksualvaneundersøkelsen i 1992 rapporterte 13% av mennene at de en eller flere ganger hadde kjøpt seksuelle tjenester. En ubetydelig andel av kvinnene rapporterte å ha gjort det samme. Omtrent halvparten av sexkjøperne til norske menn har foregått i utlandet. Endel menn har hatt prostitusjonskontakt i land med høy forekomst av HIV. Halvparten av mennene som hadde kjøpt sex hadde gjort det en eller to ganger. Seksualvaneundersøkelsen 1992 viste at det har vært en betydelig nedgang i norske menns kjøp av seksuelle tjenester, og at denne nedgangen har pågått siden etterkrigsårene. Det ble rapportert om en økt bruk av kondom ved kjøp av seksuelle tjenester etter 1985.

Erfaringer

Det har vært gjennomført kampanjer rettet mot menn som kjøper seksuelle tjenester både innenlands og utenlands. I 1989 et prosjekt i Oslo hvor målgruppen var menn. Feltarbeidere tok kontakt med kundene mens de satt i bilene på strøket, og målet var å få kundene til å slutte å kjøpe sex eller å praktisere sikrere sex. På bakgrunn av erfaringene herfra kan det være aktuelt å starte et nytt prosjekt rettet mot kunder for å drive forebygging av HIV og SOS.

Tiltak videre

Tiltak som tar sikte på å forebygge HIV-smitte gjennom prostitusjon har to formål; å få menn til å slutte og kjøpe sex, og å få menn som likevel kjøper sex til å praktisere sikrere sex. Sentrale helsemyndigheter vil med jevne mellomrom gjennomføre tiltak rettet mot menn som kjøper sex i inn- og utland, særlig tiltak som styrker mulighetene for at kundene tar ansvar for sikrere sex. Informasjonen kan innarbeides som en del av kampanjene rettet mot hele befolkningen eller være et samarbeid mellom helsemyndigheter og f.eks. reiselivsbransjen (se pkt. 4.2.3). Et aktuelt tiltak kan være å starte mindre prosjekter på feriestedene basert på erfaringer fra HIV-forebyggende tiltak hvor person til person kontakt har stått sentralt. Det bør vurderes om det bør rettes særskilt oppmerksomhet mot norske militære styrker i utlandet.

Salg av seksuelle tjenester

I seksualvaneundersøkelsen 1992 rapporterte omtrent 1% av mennene og 1% av kvinnene å ha solgt seksuelle tjenester noen gang. Det er betydelig usikkerhet knyttet til disse tallene. Det er likevel interessant å merke seg at blant både menn og kvinner som hadde solgt seksuelle tjenester, rapporterte halvparten at de bare hadde gjort det en eller to ganger. Både av hensyn til sexarbeiderne selv og deres kunder er det viktig at de som selger sex blir beskyttet mot smitte.

Erfaringer

Ideelt sett ville den mest effektive måten å hindre spredning av HIV gjennom prostitusjon på, være redusert rekruttering til eller økt rehabilitering av personer som selger sex. Der dette ikke har vært realistisk, har det vært viktig å bidra til sikrere seksuell praksis blant sexarbeidere, samt å behandle andre SOS. Det har også vært viktig å hindre stigmatisering av dem som selger seksuelle tjenester. Dette øker deres muligheter til medvirkning i HIV-forebyggende tiltak.

Oslo kommune har et prosjekt for rehabilitering avprostituerte, Pro-senteret, som både driver rehabilitering og skadereduserende arbeid, herunder HIV-forebyggende arbeid. Senteret har et riksdekkende ansvar på området prostitusjon og vil kunne være behjelpelig ved igangsetting og drift av slikt arbeid andre steder i landet. De senere årene er det opprettet tilsvarende tilbud noen steder i landet. Tiltakene drives i regi av kommuner, frivillige organisasjoner eller kvinner og menn som selger eller har solgt sex.

I 1989 engasjerte Helsedirektoratet to kvinnelige sexarbeidere for å gi informasjon og rådgivning, samt at de delte ut kondomer til andreprostituerte. Prosjektet ble overført til Oslo kommune. Prosjektets funksjon er nå videreført gjennom Prostituertes Interesseorganisasjon i Norge (PION) som ble startet i 1990. På bakgrunn av erfaringene til de to kvinnene som er nevnt ovenfor, har denne organisasjonen drevet oppsøkende arbeid på massasjelinstitutter fra 1993 av. Feltarbeidere tar kontakt med andre kvinner og snakker bl.a. om HIV og AIDS, SOS, sikrere sex og kondombruk. I tillegg deler de ut kondomer og glidekrem. PION har jevnlig møter hvor kvinner som selger sex treffes. Styrking av selvfølelsen står sentralt. Organisasjonen utgir også et eget tidsskrift, Albertine.

Gutter/menn som selger seksuelle tjenester

I 1991-92 gjennomførte Pro-senteret i Oslo et HIV-forebyggende prosjekt blant gutter og menn som solgte og kjøpte seksuelle tjenester. Til sammen hadde prosjektet kontakt med ca. 100 gutter og menn.

Erfaringene fra dette prosjektet viste at noen av guttene og mennene av og til gjennomførte samleier uten kondom. Pro-senteret viderefører dette arbeidet.

Fremmedspråkelige sexarbeidere

De senere årene har kvinner fra andre kulturer enn den norske kommet til Norge for kortere eller lengre perioder for å selge seksuelle tjenester. Dette er bakgrunnen for at PION i sitt oppsøkende arbeid har knyttet til seg kvinner som gir informasjon om sikrere sex, SOS og HIV på andre språk enn norsk. Det har blitt registrert noen få gutter/menn fra andre kulturer som selger eller kjøper sex. Pro-senteret har fremdeles kontakt med noen av disse.

Tiltak videre

Rehabiliteringstiltak for prostituerte, som Pro-senteret i Oslo, er viktig i det forebyggende arbeidet. Behovet for tilrettelagte tilbud for prostituerte enkelte andre steder i landet må vurderes.

Det er viktig å sikre at personer som selger sex, uavhengig av morsmål og norskkunnskaper, har den nødvendige kunnskap om hvordan de skal beskytte seg selv, kjæresten og kunder mot smitte av HIV og andre SOS.

Det har vært ansett som en viktig oppgave å sikre gode helsetilbud for kvinner og menn som selger seksuelle tjenester. I 1994 innledet Oslo kommune ved Olafiaklinikken og Pro-senteret et samarbeid for å bedre helsetilbudet, særlig behandling av SOS, til kvinner og menn som selger seksuelle tjenester. Erfaringene fra dette samarbeidet kan føre til et mer varig tilbud i Oslo.

Gutter og menn som selger seksuelle tjenester har fått mer oppmerksomhet de seneste årene fordi HIV-viruset oftere forekommer i gruppen menn som har sex med menn. I årene som kommer vil det være nødvendig å skaffe bedre oversikt over omfanget av gutte- og manneprostitusjon og vurdere HIV-forebyggende tiltak. Pro-senteret vil fortsette arbeidet med å bedre oversikten og vurdere tiltak for disse.

I tillegg til å fokusere på norske gutter og menn som selger seksuelle tjenester, oppfordres instanser som utekontakter, ansatte på ungdomsinstitusjoner o.a. til å ha et våkent øye for om de møter menn og kvinner fra andre kulturer som selger seksuelle tjenester. Hensikten vil være å hjelpe disse bort fra prostitusjonen, og dersom dette ikke er realistisk, å gi opplæring i sikrere sex.

4.3.4 Fremmedspråklige

Fremmedspråklige i Norge kan være en viktig målgruppe for det HIV-forebyggende arbeidet og er her omtalt særskilt. Det vises også til omtalen andre steder i handlingsplanen.

Det er flere årsaker til at fremmedspråklige omtales særskilt:

- informasjonsarbeid kan være vanskelig på grunn av språklige og kulturelle forskjeller
- fremmedspråklige har ofte større kontakt med land hvor HIV er vanligere enn i Norge
- fremmedspråklige kan ha andre sykdommer som gir økt risiko for HIV-smitte, og som kan behandles
- fremmedspråklige kan være særlig utsatte for diskriminering

Det finnes lite kunnskap om fremmedspråklige som oppholder seg i Norge har økt risiko for HIV-smitte. Det finnes heller ikke nok kunnskap for å si noe om personer med fremmedspråklig bakgrunn representerer et potensiale for smittespredning. HIV-forebyggende arbeid i denne gruppen har i liten grad vært systematisk evaluert. Det er stor variasjon i smitterisiko og informasjonsbehov mellom ulike innvandringsgrupper. Dette må det tas hensyn til i utarbeidning av informasjonsstrategier. Det skal også være en selvfølge at informasjon og andre typer tiltak planlegges, utvikles og drives sammen med de miljøene/organisasjonene/persongruppene det gjelder, og at helsemyndighetene lytter til og vurderer de råd disse miljøene gir før tiltak iverksettes. Dette skal gjelde fremmedspråklige på samme måte som andre grupper som har en lengre tradisjon i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet.

Fremmedspråklige nevnes spesielt her fordi lik adgang til helsetjenester og informasjon, uavhengig av etnisk tilhørighet, er et viktig prinsipp. Når det gjelder HIV/AIDS og andre seksuelt overførbare sykdommer innebærer dette at den del av befolkningen som ikke behersker norsk språk og kultur har rett til å få informasjon som kan forstås og aksepteres av den enkelte. Dette er også tatt opp ovenfor.

Antallet første- og andregenerasjonsinnvandrere utgjorde per 1. januar 1995 i underkant av 220 000 personer. Godt over halvparten av disse kommer fra land i Europa. De øvrige kommer fra ulike deler av verden, fra svært mange land og vil ofte ha lite annet til felles enn at de er utlendinger eller utenlandsk fødte. I Oslo kommune utgjør fremmedspråklige ca. 10-15% av befolkningen.

Blant fremmedspråklige finnes, som i samfunnet ellers, personer under risiko for HIV-smitte gjennom hetero- eller homoseksuell praksis, smitteoverføring fra mor under svangerskap, eller injiserende stoffmisbruk.

Erfaringer

Fra 1987 har tilbud om frivillig HIV-test vært en del av helsetjenestetilbudet til asylsøkere og flyktninger. Det har vært en del usikkerhet når det gjelder i hvor stor grad frivilligheten har vært ivarett, og hvor god informasjonen og oppfølgingen har vært. Dette er erfaringer det er nødvendig å ta med seg dersom endringer skal vurderes.

Om resultatet av denne testvirksomheten, se ellers pkt. 2.4.5. Fram til sommeren 1993 ble tilbudet om frivillig HIV-test gitt ved alle primærmottak, mens det etter dette skal gis av helsetjenesten i bosettingskommunen. Det vises til rundskriv nr. IK-9/93, 15. juli 1993, rundskriv nr. IK-27/93, 21. juli 1993 og rundskriv nr. IK-15/93, 5. august 1993 (Helsedirektoratet).

I 1987 utga Norges Røde Kors i samarbeid med Helsedirektoratet brosjyrer på en rekke ulike språk. I 1992 ble brosjyren «Skal du ta en HIV-test» utgitt på 18 språk. Olafiaklinikken (Ullevål sykehus, Oslo kommune) har over flere år drevet prosjekter rettet mot fremmedspråklige og har gjennom disse skaffet seg helt spesielle organisasjons- og erfaringsmessige fortrinn i forhold til forebyggende HIV/AIDS-arbeid ovenfor disse. Her nevnes spesielt African Health Team som har drevet med oppsøkende arbeid i ulike etniske minoritetsmiljøer, informasjonsprosjekt rettet mot asyl- og flyktningemottak og tiltak overfor injiserende stoffmisbrukere med innvandrerbakgrunn.

Primærhelsetjenesten, innvandrersorganisasjoner, norske frivillige organisasjoner og ressurspersoner i de organiserte og de uorganiserte miljøene av språklige og kulturelle minoriteter, har vært viktige samarbeidspartnere for Helsetilsynet i opplysningsarbeidet overfor målgruppen. Det har i løpet av 1996 kommet tydelig fram at samarbeidet mellom sentrale helsemyndigheter og ulike minoritetsmiljøer ikke er tilfredsstillende, og at det er nødvendig å trekke disse miljøene på en annen måte inn i planlegging, utvikling og gjennomføring av tiltak.

Medisinernes seksualopplysning (MSO) har hatt et eget prosjekt rettet mot innvandrerkvinner og ungdom. Sosial- og helsedepartementet har siden høsten 1994 gitt støtte til et 3-årig prosjekt om etablering av et smittevernkontor for fremmedspråklige i bydel gamle Oslo. Dette prosjektet retter seg først og fremst mot familier med barn, men yter også smittevern hjelp til alle borgere i bydelen. Enkelte andre tiltak overfor gruppen er nevnt tidligere i dette kapitlet, se særlig 4.3.1., 4.3.2. og 4.3.5.

Tiltak videre

Innsatsen overfor fremmedspråklige skal styrkes. Sentralt i det HIV-forebyggende arbeidet blant fremmedspråklige må være at informasjon og tiltak formidles og utformes i samarbeid med gruppene dette gjelder. Innfallsvinkler må varieres og tiltakene utfylle hverandre og gjentas slik at det totale tilbudet blir akseptert og får en god effekt.

HIV-testen skal være et frivillig rutinetilbud til alle flyktninger og asylsøkere som søker opphold i Norge. Det bør i tillegg gjøres undersøkelser med tanke på hepatitt og seksuelt overførbare sykdommer. Smittevernveiledning må gis til HIV-positive på en måte som blir forstått. HIV-positive må gis et tilbud om klinisk oppfølging, og tilbudet må gis uavhengig av bosted og flytting innen landet. Dette vil bli løpende vurdert i forhold til de til enhver tid gjeldende retningslinjer for helsetjenestetilbudet til innvandrere/asylsøkere/flyktninger. Dersom erfaringene med omleggingen i 1993 viser at denne ikke har vært vellykket, vil sentrale helsemyndigheter vurdere på nytt hvor det første tilbudet om HIV-test skal gis. Enten ved primærmottakene slik som tidligere samtidig som helsetjenesten i bosettingskommunene settes i stand til å følge opp på en bedre måte eller ved å forbedre nåværende praksis.

Både HIV og tuberkulose er et økende problem på verdensbasis. Aktiv tuberkulose og HIV ses ikke sjelden hos samme person. Behandling av tuberkulose hos HIV-smittede på et tidlig stadium gir som regel et vellykket resultat. Det er derfor viktig å aktivt undersøke for tuberkulose blant HIV-positive fra områder i verden hvor tuberkulose er mye vanligere enn i Norge. Tilsvarende er det viktig å undersøke tuberkulose med tanke på HIV.

Mange flyktninger og asylsøkere kommer fra deler av verden med et dårligere helsetjenestetilbud enn i Norge. Det er en av grunnene til at forekomsten av SOS er høy. Både HIV-positive og HIV-negative må derfor tilbys diagnostisering og behandling for SOS.

Mange fremmedspråklige i Norge er sårbare overfor HIV/AIDS-relatert diskriminering og stigmatisering. Dels har dette sammenheng med at media ofte er lite nyansert i omtalen av HIV/AIDS-situasjonen i ulike deler av verden. En konsekvens av dette er en sammenkobling mellom hudfarge og nasjonalitet og HIV-smitte. Det er viktig å ha med denne dimensjonen når informasjon og andre tiltak planlegges i forhold til denne målgruppen. Ikke minst synes det nødvendig at helsemyndighetene stadig understreker at det er risikoferd og ikke nasjonalitet eller hudfarge som kan føre til smittespredning.

Arbeidet med å sikre et tilfredsstillende kunnskapsnivå om HIV/AIDS og andre seksuelt overførbare sykdommer hos fremmedspråklige i Norge må styrkes. Dette arbeidet kan med fordel knyttes til informasjon og behandling av andre smittsomme sykdommer samt HIV-testing og tuberkulosekontroll. Det må likevel være åpenhet for særlige tiltak, for at tilbudet totalt sett skal bli mest mulig likt for den enkelte uavhengig av dennes bakgrunn. Tiltak som har vært brukt med hell overfor ulike norske målgrupper vil ofte ikke passe for, være akseptable for eller nå fram til fremmedspråklige. Det er ikke minst nødvendig å sikre at fremmedspråklige blir hørt i beslutningsprosesser som angår forebyggende arbeid rettet mot dem. Det er derfor en selvfølge at helsemyndighetene trekker de fremmedkulturelle miljøene aktivt med i dette arbeidet og øker antallet samarbeidspartnere i og utenfor disse miljøene.

4.3.5 HIV-positive i det forebyggende arbeidet

Som beskrevet (se avsnitt 2.1 om smittetekjeden) utgjør de som allerede er HIV-smittet en særlig utfordring i det smitteforebyggende arbeidet. Norsk HIV-forebygging bygger på prinsippet om et felles ansvar for å bryte smittetekjeden, dvs. at en legger til grunn at ingen primært *ønsker* å overføre smitten til en annen person, men at begge parter i et seksuelt forhold deler ansvaret for smittevern.

Per 31.12.95 var det diagnostisert 1537 HIV-positive i Norge. I tillegg kommer et mørketall anslått til mellom 250 og 500 udiagnostiserte tilfeller (de fleste er menn sannsynligvis smittet ved homoseksuell praksis). En stor andel av de diagnostiserte HIV-positive, kanskje så mange som 500, er enten døde eller oppholder seg ikke lenger i landet.

HIV-positive utgjør en viktig ressurs i det HIV-forebyggende arbeidet.

Erfaringer

Sentrale helsemyndigheter samarbeidet aktivt med representanter for åpne HIV-positive da HIV-positives interesseorganisasjon Pluss ble dannet i 1988 og har senere hatt et nært samarbeide med organisasjonen. Pluss har - ikke unaturlig - vært dominert av menn som har sex med menn og tidligere og aktive stoffmisbrukere. I den senere tid er det også etablert en egen kvinnegruppe. Organisasjonen spiller en sentral rolle både for å hindre diskriminering og utstøtning av HIV-positive og i det forebyggende arbeidet.

Det siste året er det også dannet en interessegruppe for fremmedspråklige HIV-positive i Oslo med utspring i Pluss og Aksept - In-pluss. Gruppen

består av HIV-positive afrikanere. Enkelte lokallag av Pluss har også kontakt med HIV-positive med fremmedspråklig bakgrunn. Det blir viktig å styrke dette arbeidet i tiden framover både av hensyn til den enkelte og til det generelle smittevernet.

I økende grad er HIV-positive både i og utenfor Pluss helt sentrale i HUs ulike tiltak. Det å møte HIV-positive bidrar sannsynligvis til at den enkelte deltaker på seminarer og i samtalegrupper får en økt forståelse av at HIV og AIDS er en realitet. Den enkelte HIV-positive får også mulighet til å "stå fram" for mindre grupper som et skritt på veien til eventuelt å fortelle om HIV-statusen sin til flere. I tillegg bidrar ofte HIV-positives deltakelse til å motvirke utstøtning og diskriminering.

Fra 1992 har HU i samarbeid med Pluss arrangert årlige seminarer for HIV-positive. På disse seminarene drøfter deltakerne bl.a. sikrere sex, og det å ha parforhold. I 1994 ble det også for første gang arrangert et eget seminar for HIV-negative partnere til HIV-positive. Disse tiltakene bør videreutvikles og styrkes i årene som kommer.

Tiltak videre

Identifisering av HIV-positive personer er viktig for behandling og oppfølging av personene selv og for det HIV-forebyggende arbeid. Sentrale helsemyndigheter ser det derfor som viktig og fortsatt ha et godt og nært samarbeide med Pluss. Det er ikke minst nødvendig å sikre at HIV-positive blir hørt i beslutningsprosesser når det gjelder HIV-forebyggende arbeid.

Rådgivning i forbindelse med HIV-testing

Et forebyggende virkemiddel er at flest mulig HIV-smittede kjenner sin HIV-status. Dette for å forhindre at personer på grunn av manglende kunnskap risikerer å smitte andre, og for å sikre god medisinsk oppfølging. Det blir derfor viktig å sikre rådgivning ved HIV-testing slik at de forebyggende aspektene et negativt eller positivt prøvesvar åpner for, blir bedre utnyttet. Helsepersonell har et særlig ansvar for god medisinsk og psykososial oppfølging samt informasjon om individuelle smitteforebyggende tiltak ved diagnostisering av HIV-positive. Oppfølgingen av HIV-positive må også fokusere på det ansvar den enkelte har for ikke å føre smitten videre. Det er ikke akseptabelt at HIV-positive har ubeskyttet sex med HIV-negativ partner.

HIV-testing av gravide kvinner kan ha en viktig funksjon for å forebygge smitteoverføring til fosteret ved at nødvendig informasjon gis til positive gravide. Antiviral behandling av HIV-positive gravide har vist seg å redusere smitteoverføring.

Smitteoppsporing

Som nevnt i 4.1.2 er det særlig viktig å identifisere grupper med økt risiko for HIV gjennom oppsporing av smittekontakter. Seksualkontakter til HIV-positive er en slik gruppe. Smitteoppsporing er derfor et viktig virkemiddel. (Se derfor smittevernloven § 3-6 og AIDS-skriv nr. 42.)

HIV-negativ partner til HIV-positiv

Det er ikke uvanlig at HIV-negative går inn i parforhold med åpne HIV-positive. Undersøkelser av slike par fra utlandet viser at korrekt bruk av kondom hver gang paret har samleie, er en meget effektiv beskyttelse mot HIV-smitte. Gjentatte ubeskyttede (uten kondom) samleier mellom HIV-positiv/HIV-negativ, øker risikoen for smitteoverføring vesentlig. For at et HIV-positiv/HIV-negativt par skal kunne ha et trygt og godt og minst mulig smitteutsatt seksualliv, er det viktig at begge parter gis meget grundig informasjon. Det har vært gjennomført flere kurs om sikrere sex både for heteroseksuelle og homoseksuelle HIV-positive/HIV-negative par, og det har vært høstet god erfaring fra disse tiltakene. Denne typen tiltak bør videreutvikles og styrkes i årene framover.

Fremmedspråklige HIV-positive

Antallet HIV-positive fremmedspråklige vil muligens øke i årene framover. Noen vil være smittet ved ankomst til Norge, andre vil bli smittet her. Fremmedspråklige er særlig sårbare overfor diskriminering og stigmatisering relatert til HIV. Dette gjør at status som HIV-positiv kan være en ekstra belastning for personer med denne bakgrunnen. I mange tilfeller viser det seg å være enda vanskeligere å "stå fram" enn det er for norske. En av konsekvensene er at HIV/AIDS blir lite synlig i disse miljøene, og at potensialet som ligger i å bruke HIV-positive personer som et viktig element i det forebyggende arbeidet ikke kan realiseres. Samtidig svekkes mulighetene for å danne fellesskap der den enkelte kan stå fram for andre i samme situasjon og gjennom dette kunne bedre sin livskvalitet. Det har som nevnt ovenfor blitt dannet en interessegruppe av HIV-positive personer med afrikansk bakgrunn. Helsearbeidere har et særlig ansvar for å sikre at HIV-positive med fremmedkulturell bakgrunn får informasjon om sikrere sex på en måte som forstås og aksepteres. Det blir viktig å styrke dette arbeidet i tiden framover både av hensyn til den enkelte og til det generelle smittevernet.

4.3.6 Personell og tjenesteapparat

Mange yrkesgrupper kommer i kontakt med HIV/AIDS-problemet gjennom sitt arbeid. Eksempler er helse- og sosialpersonell, politi, fengselstjenestemenn og lærere. Disse må få opplæring om hvordan de best beskytter seg mot smitte.

Erfaring viser at selv godt utdannet og skolert personell kan få smittefrykt og gjennomføre unødvendige smitteverntiltak når de møter en HIV-positiv, eller en de tror er HIV-positiv, for første gang. Frykten skyldes ofte usikkerhet og manglende kunnskap om hvordan HIV smitter og ikke smitter. For den HIV-positive oppleves dette naturlig nok vanskelig. Myndighetene ser det som viktig å styrke innsatsen på flere felter som opplæring i smittevernarbeid, holdningsbearbeiding, kommunikasjon med personer fra ulike grupper, kulturer og land m.v.

Erfaringer

Sentrale helsemyndigheter har under begge de tidligere handlingsplanperiodene utviklet brosjyrer og undervisningsmaterieell, gjennomført kurs på HIV-relaterte områder for grupper som nevnt ovenfor.

Helsetilsynet har blant annet gjennom sine AIDS-skriv og Folkehelsa med bladet Aids-info nådd ut til helsepersonell med ulik informasjon om HIV-infeksjon og følger av denne. Første nummer av Aids-info kom i februar 1987 og er siden fulgt opp av en fast utgivelse med 4-5 nummer i året. Nyhetsbrevet dekker nasjonale og internasjonale aspekter ved HIV/AIDS-epidemien og fanger opp medisinske, sosiale, økonomiske og andre konsekvenser. Aids-info ble inntil årsskiftet 1993/94 utgitt som bilag til de fleste fagtidsskrifter innen helse- og sosialsektoren. Fra 1994 har det utkommet som eget fagblad og distribueres fortrinnsvis til målgruppens arbeidsadresse; helsestasjoner, sykehusposter, skoler etc. Foruten HIV/AIDS omfatter temakretsen alle seksuelt overførbare sykdommer. Aids-info har hatt artikler om samlivs- og seksualundervisning i skolen og er en viktig informasjonskilde for såvel helse- og sosialpersonell som for ansatte i undervisningssektoren.

Tiltak videre

Utfordringene framover er å se til at opplærings- og informasjonstiltak om HIV/AIDS blir videreført med økt fokusering på holdningsspørsmål. Dette er særlig viktig i forhold til helse- og sosialpersonell, men også for andre grupper som har omsorgs- og/eller tilsynsansvar som lærere, politi, fengselsansatte og andre.

I den grad skolering av disse gruppene ennå ikke er integrert i deres grunnleggende fagopplæring, vil Sosial- og helsedepartementet ta initiativ og bidra til at det fortsatt gjennomføres særopplegg innenfor prioriterte områder.

Det er vesentlig at alle som i sin arbeidssituasjon kommer i kontakt med personer som kan være særlig risikoutsatte innehar den nødvendige basiskunn-

skap om smittevern og utvikler de riktige holdningene overfor HIV-positive og AIDS-syke. Ikke minst er dette viktig i forhold til HIV-positive personer som har liten kunnskap om det norske samfunn og helsevesen.

Det er også viktig å sikre dette for grupper som skal være viderefremidlere av kunnskap både i ordinære opplærings situasjoner i skoler for fagpersonell (lærere i høyskoler o.l.) og i klientsituasjoner (fengselspersonell, sykepleiere m.v.).

4.4 Forskning og evaluering

En god strategi mot HIV/AIDS-epidemien forutsetter kunnskap om hvordan spredning av HIV og kunnskap om hvordan sykdomsutvikling blant dem som er smittet, best kan forebygges. For å lykkes i dette, er det nødvendig med systematisk innsamlet kunnskap om epidemiutviklingen og hvilke faktorer som påvirker den, om HIV og dets virkning hos den smittede, om utbredelse av atferd som påvirker spredningsmønsteret, og om hvordan atferd kan påvirkes.

For å vite om de tiltakene som blir iverksatt har tilsiktet effekt, må de evalueres. Bare systematisk innsamlet kunnskap kan sikre at begrensede ressurser brukes mest mulig effektivt.

Globalt er det siden epidemiens begynnelse satset mye på HIV/AIDS-relatert forskning. Forskningsmiljøer i Norge har bidratt til dette. Det bør

fortsatt gjøres, dels fordi Norge har en internasjonal forpliktelse som et rikt land, dels fordi internasjonale forskningsresultater ikke uten videre kan overføres til norske forhold og dels fordi norske helsemyndigheter er avhengig av den kompetanse hos enkeltpersoner som deltakelse i forskning gir.

Norge har et fortrinn framfor mange andre land til å drive epidemiologisk forskning og atferdsforskning fordi landet er lite og oversiktlig uten store kulturelle og andre (som f.eks religiøse) motsetninger som vanskeliggjør slik forskning og/eller fortolkning av resultatene.

Det er av stor betydning at det norske fagmiljøet gis god mulighet for kontakt med internasjonale forskningsmiljøer slik at fagmiljøet er forberedt på eventuelle gjennombrudd, og at de kan forstås, evalueres og eventuelt raskt komme til nytte også i Norge.

SHD vil vurdere å opprette et eget forskningsprogram under NFR.

Sentrale helsemyndigheter vil i handlingsplanperioden legge enda sterkere vekt enn tidligere på evaluering av løpende tiltak, og på at evaluering bygges inn som en del av nye prosjekter. Dette kan bidra til å kaste lys over hvilke tiltak som skal styrkes, og hvilke som bør bygges ned. I tillegg kan både kvalitative og kvantitative undersøkelser stimulere dem som er involvert i forebygging både når det gjelder strategivalg og det konkrete arbeidet.



“Ta et menneske i lidenskap. Ta en forelsket som ble ulykkelig i elskov, anta at det virkelig er uforsvarlig, ugudelig, ukristelig som han hengir seg i sin lidenskap. Dersom du ikke kan begynne således med ham, at han finner en sann lindring i å tale med deg om sin lidelse, således at du, i hva du tilføyer i hans lidelse betreffende, nesten beriker ham med dikterisk oppfattelse, du, som dog ikke er i den lidenskap og nettopp vil ha ham bort fra den: Kan du ikke det, så kan du heller ikke hjelpe ham; han lukker seg for deg; han lukker seg i sitt innerste. Og prek så du kun for ham!”

Søren Kierkegaard

Kapittel 5

HIV, holdninger, oppfølging og behandling

Dette kapitlet omtaler først problemer og erfaringer med holdninger til HIV/AIDS og HIV-epidemien. Deretter kommer et avsnitt om medisinsk oppfølging og behandling av HIV-positive og om nye behandlingsmuligheter i de nærmeste årene. Dernest omtales særlige grupper HIV-positive og de utfordringer som eksisterer i forhold til disse. Til slutt i kapitlet omtales utfordringer og tiltak i planperioden. I vedlegg 1 har en HIV-positiv gitt en beskrivelse av hvordan det er å leve som HIV-positiv. Dette vedlegget kan med fordel leses sammen med dette kapitlet.

5.1 HIV og holdninger

Smittsomme sykdommer, og spesielt de med høy dødelighet, har til alle tider skapt uhygge og angst i befolkningen. Først i forrige århundre begynte man å forstå mer om smittsomme sykdommers natur - om smittestoffer og smitemåter. HIV-infeksjon ble den første globale epidemiske sykdom i mediaalderen. Spekulasjoner og store oppslag i media skapte smittefrykt som bidro til utstøtning, stigmatisering og diskriminering av de som var smittet. Til tross for at det i dag finnes mye mer kunnskap om HIV, og om hvordan smitten overføres og ikke overføres, er det fortsatt mye unødvendig smittefrykt i befolkningen.

HIV-infeksjon konfronterer folk med to vanlige tabuområder: død (ofte av unge mennesker) og seksualitet. Mange av dem som er smittet tilhører fra før marginaliserte grupper. Stoffmisbrukere, menn som har sex med menn, sexarbeidere, heteroseksuelle, blødere og de som er smittet ved blodtransfusjon - tendensen til stigmatisering og diskriminering av HIV-positive er størst i forhold til de grupper som fra før er stigmatiserte. Befolkningens holdning til f.eks. cancerpasienter er langt mer ensartet. Diskriminering kan være knyttet til selve sykdommen eller til den sosiale gruppen/kategorien de fleste HIV-positive tilhører og tilhørte før de ble smittet. Det er klare tendenser til at enkelte skiller mellom måtene

en person er smittet på - om vedkommende er "skyldig" eller "uskyldig" smittet.

I Norge er det relativt få rapporter om *alvorlig* stigmatisering/diskriminering av HIV-positive — langt de fleste stammer fra yrkeslivet og fra helsevesenet. Men - også fra andre sammenhenger som for eksempel når HIV-positive søker bolig, utdanning, oppsøker sosial- eller trygdekontoret, helsetjenesten, kommer i kontakt med politi- og fengelsesvesen osv.- er det rapportert forekomst av forskjellsbehandling som har vært tilskrevet smittestatus.

På tross av at antallet tilfeller av klar diskriminering har vært begrenset her i landet, er det få HIV-positive som har valgt å leve åpent med sin smittestatus. Undersøkelser fra utlandet viser at frykten for utstøtning er størst i forhold til familie og venner. Erfaringer fra Norge er imidlertid at det for de aller fleste går svært bra for den enkelte som står åpent fram for de nærmeste. Mange HIV-positive er også engstelige for hvordan arbeidsgiver/kolleger vil reagere dersom de blir informert om at en person er smittet. Dette er knyttet til usikkerhet om vedkommende vil miste jobben, bli satt til andre oppgaver etc. De fleste som har stått fram som HIV-positive ovenfor arbeidsgivere i Norge, har blitt møtt med forventende undring, men også forståelse og støtte.

Erfaringer

En av hovedmålsettingene for det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet i Norge har vært å forebygge diskriminering og utstøtning av HIV-positive og personer i risiko for å bli smittet (avsnitt 3.1). Det har vært gjennomført ulike tiltak (kampanjer, mediafokusering osv.) som har fokusert spesielt på stigmatisering og diskriminering. Enda viktigere har det trolig vært at denne målsettingen har vært i helsemyndighetenes bevissthet når det gjelder all opplysningsvirksomhet om HIV/AIDS. Utallige utkast til plakater, brosjyrer etc. laget av reklamebyråer har vært forkastet fordi de på en eller annen måte utilsiktet har kunnet virke støtende.

Helsetilsynet har til tider hatt ansatt HIV-positive blant annet for å utføre ulike utredninger. Erfaringene fra dette har vist betydningen av at de som er direkte berørt av epidemien er med på alle nivåer i HIV/AIDS-arbeidet. Dette gjelder ikke minst Pluss som har spilt, og spiller en svært viktig rolle når det gjelder tiltak i forhold til HIV-positive.

Tiltak videre

Sentrale helsemyndigheter ser det som helt grunnleggende å fortsette det gode samarbeidet med Pluss og støtte opp om videre tiltak som gjør at denne type organisasjon kan samle så mange HIV-positive som mulig. Det er viktig å sikre at HIV-positive er med i alle beslutningsprosesser når det gjelder HIV-forebyggende tiltak også i framtiden.

Det er en utfordring for sentrale helsemyndigheter å skape et klima som gjør det lettere for at de som ønsker å leve åpent som HIV-positive, kan gjøre dette. At HIV-infeksjon blir menneskeligjort og får et ansikt, er trolig et av de viktigste tiltak som finnes for å hindre diskriminering og stigmatisering i Norge.

Evalueringsrapporten om det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet i Norge peker på at informasjonstiltak overfor helsepersonell bør styrkes, og da særlig rettet mot kunnskap som danner grunnlag for holdningsdannelse. Helsemyndighetene har tidligere finansiert og drevet interaktive kurs for helsepersonell. I utenlandske studier er det vist at denne type undervisning har en god effekt på hvordan leger, tannleger og sykepleiere forholder seg til HIV-positive. Helsepersonells opptreden og holdninger har både en virkning på den HIV-positives oppfatning av seg selv, sin pasientsituasjon og sine muligheter for å "komme seg videre", og det har en signaleffekt i forhold til øvrig befolkning.

5.2 Medisinsk oppfølging og behandling av HIV-positive og AIDS-syke

5.2.1 Generelle tiltak

Helsevesenets tiltak for HIV-positive og AIDS-syke er i utgangspunktet forankret i vanlige helse- og sosialtjenester i kommuner, fylkeskommuner og på regionalt nivå. Alle helse- og sosialarbeidere må være forberedt på å komme i kontakt med HIV-smittede og AIDS-syke og har ikke anledning til å nekte og delta i behandling av disse. Helse- og sosialarbeidere må ha rimelig kjennskap til AIDS-problematikken og kunne gi nødvendig rådgivning og veiledning til den enkelte eller lett kunne henvise til en adekvat instans. Når det gis tilbud om HIV-test skal dette ledsages av informasjon og personlig smittevernveiledning både før testen tas og - ikke minst - ved formidling av resultatet.

Alle leger som rekvirerer en HIV-antistoff-test må være forberedt på hva som skal gjøres ved eventuelt positivt prøvesvar. Personer som blir meddelt at de er HIV-antistoff-positive vil følge de samme reaksjonsmønstre som andre som får beskjed om at de har en dødelig sykdom. I tillegg kommer at sykdommen fortsatt virker stigmatiserende, og at smittebærerstatus har konsekvenser for framtidig livsførsel. I Norge har det forekommet tilfeller av selvmord og reaktive psykoser etter at vedkommende har fått informasjon om at han/hun er HIV-smittet. Det er viktig at legen forsikrer seg om at vedkommende har et nettverk (familie, venner, interesseorganisasjoner, det offentlige) som han/hun kan bruke idet vedkommende går ut av kontoret, og at legen gjør en ny avtale med pasienten innen kort tid. Det er vist at HIV-positive har størst behov for støtte og omsorg rett etter at de er informert om at de er HIV-smittet og ved utvikling av symptomer på sykdom. Erfaring viser at organisasjonen Pluss gir et meget godt tilbud til de som nylig har fått beskjed om at de er HIV-positive, og at det kan være klokt å opplyse pasienten om dette tilbudet på et tidlig tidspunkt.

I løpet av alle årene som vanligvis ligger mellom det tidspunktet smitten blir oppdaget og symptomdebut, rapporterer mange at det å knytte nære menneskelige relasjoner skaper større problemer enn vanskene med selve viruset. Selvoppfattelse og selvspekt er for mange mennesker knyttet til sosial situasjon, utdanning og arbeid. Det å få vite at du er HIV-smittet, er en enorm påkjenning. Det betyr ofte frykt, usikkerhet og endring av livssituasjon. Det kan bety en vanskelig økonomi og et annerledes arbeidsforhold. I den medisinske oppfølgingen er det viktig å rette fokus mot hva som kan gjøres for å bedre livskvalitet og livsvilkår. Klinikerens utfordring er å tenke mest mulig helhetlig - bare en del av oppfølgingen er å forebygge og behandle psykisk og fysisk sykdom.

HIV-positive skal i asymptomatisk periode uten immunsvikt ha tilbud om hyppige konsultasjoner og i tillegg få tilbud om konsultasjon hos spesialist i infeksjonssykdommer minst en gang per år. Når pasienten utvikler immunsvikt, må oppfølging og behandling ledes av spesialist i infeksjonsmedisin og i samråd med spesialavdeling ved regionsykehus. Helsetjenesten har i dag gode muligheter for å bedre livskvalitet og forlenge levetid gjennom adekvat profylakse og terapi. HIV-infeksjon er fortsatt en relativt ny sykdom med store utfordringer og stadig voksende kunnskapstilfang.

Det har fra mange hold vært hevdet at HIV-infeksjon og sykdomsforløp/prognose kan påvirkes av hvordan personen psykisk og sosialt reagerer på å være HIV-positiv. Skeptikerne har hevdet at de bare ser en sammenheng mellom subjektivt velvære og oppfatning av HIV-assosierte symptomer. Det er i alle fall enighet om at det finnes for lite kunnskap om hvilke faktorer som eventuelt spiller inn. Terskelen for henvisning til psykolog/psykiater når pasienten ber om det, bør være lav.

En del av oppfølgingen av HIV-positive er å forebygge videre smittespredning. Informasjon om smittemåter, og hvordan den enkelte kan beskytte andre mot smitte, må gis og kanskje ofte gjentas. Det er nødvendig å bruke tid og skape et tillitsforhold og godt samarbeid mellom pasient og behandler, fordi som beskrevet i tidligere kapitler - alle tiltak for å forebygge HIV-infeksjon må ta sikte på å hindre smitteoverføring.

Seksualitet er et viktig tema i mange faser av oppfølgingen, f.eks når legen tar opp smitteanamnese, driver smitteoppfølging, snakker om forholdet til partner etc. De fleste HIV-positive er smittet seksuelt. Mange pasienter har ofte følelse av mislykkethet, skyld, urenhet eller skam knyttet til det å være HIV-positiv.

Det er ingen grunn til å tro - og det er heller ikke noe mål - at HIV-positive slutter å ha sex. Det er i flere studier vist at korrekt og konsistent bruk av kondom gir en meget effektiv beskyttelse mot HIV-smitte når begge parter er klar over at den ene er smittet. HIV-positive har både etisk og juridisk en plikt til å informere personer som kan komme i fare for å bli smittet. Målsettingen er å hindre videre spredning av HIV samtidig som den enkelte kan ha et godt seksualliv.

HIV-negativ partner til HIV-positiv person

Det er ikke uvanlig at HIV-negative går inn i forhold med åpne HIV-positive, eller det avdekkes at bare én i et parforhold er HIV-positiv. Utenlandske undersøkelser av slike par viser at korrekt bruk av kondom hver gang de har samleie, er en meget effektiv beskyttelse mot HIV-smitte. Gjentatte ubeskyttede

(uten kondom) samleier mellom HIV-positiv og HIV-negativ øker risikoen for smitteoverføring vesentlig. For at slike par skal kunne ha et trygt og godt, og minst mulig smitteutsatt, seksualliv, er det viktig at begge parter gis meget grundig informasjon. Det har vært gjennomført flere kurs om sikrere sex både for hetero- og homoseksuelle HIV-positive/HIV-negative par. Dette er et tiltak som må videreføres.

HIV-positive kvinner, graviditet, fødsel og amming

Bare en liten andel av all forskning om HIV og AIDS er relatert til spesifikke kvinneproblestillinger. Undersøkelser kan tyde på at HIV-positive kvinner kan få noe andre kliniske presentasjonsformer enn menn ved utvikling av immunsvikt. Det trengs mer forskning rundt dette, bl.a. kvinnerelaterte sykdommer, spesielt livmorhalskreft. Det vises ellers til omtalen av kvinnehelse i avsnitt 4.2.

HIV-positive kvinner har tidligere blitt frarådet å bli gravide. Dersom de er blitt gravide, er de blitt rådet til å overveie svangerskapsavbrudd. Ved behandling med anti-virale midler under svangerskapet og dersom forløsningen foregår ved keisersnitt, er det i studier vist at risikoen for at barnet blir smittet kan være under 10%. Det er viktig at helsetjenesten gir god informasjon og drøfter svangerskapet på en realistisk og fordomsfri måte med kvinnen. Den avgjørelsen kvinnen tar, skal selvfølgelig som for alle kvinner, respekteres og støttes. HIV-positive gravide skal ha tilbud om tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten under hele svangerskapet. Behandlingen skal foregå i samråd med regionsykehus. HIV-positive som velger å fullføre svangerskapet må for å redusere smitterisikoen for barnet, gjøres oppmerksomme på at forløsning bør vurderes å foregå med keisersnitt, og at de ikke skal amme barnet.

5.2.2 HIV-positive stoffmisbrukere

Et særlig problem knytter seg til oppfølging av injiserende stoffmisbrukere. Det vil ofte dreie seg om misbrukere med lang stoffkarriere og vedvarende aktivt misbruk. Behandlingstilbudet til personer med langt-kommen HIV-infeksjon krever et relativt mer ordnet og regelmessig liv enn de fleste stoffmisbrukere lever - noe som ofte gjør det svært vanskelig for dem å nyttiggjøre seg medisinsk behandling. Erfaring fra prosjektet "HIV-met" i Oslo kommune viser blant annet at metadon vedlikeholdsbehandling som del av et bredt behandlingssopplegg er med på å sette stoffmisbrukere med immunsvikt i stand til å motta medisinsk oppfølging og behandling. Det ble lettere å gjennomføre innleggelses og kontroller, både for pasient og personale. I en evalueringsrapport av "HIV-met" ble det dokumentert at de pasientene som ble inkludert i prosjektet hadde en nedsatt sykkelighet og signifikant lengre overlevelse enn pasienter som stod utenfor. I tillegg ble det i følge rapporten registrert en økning i livskvalitet. Det er i dag begrensninger i

forskrivningsretten av metadon (forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek). Behandlingen skal være påbegynt i sykehus eller pasienten må delta i prosjekt godkjent av Sosial-og helsedepartementet.

Helhetlig oppfølging for stoffmisbrukere kan kreve f.eks. etablering av botilbud. HIV-positive har i likhet med andre med en allmennfarlig smittsom sykdom rett til medisinsk vurdering og utredning, behandling, pleie og annen nødvendig smittevern-hjelp i medhold av smittevernloven § 6-1 selv om det ikke skulle være dekning for utgiftene til slik smittevern-hjelp på vedtatte budsjetter. Annen nødvendig smittevern-hjelp kan i denne sammenheng f.eks være en behandlingsplass på institusjon for stoffmisbrukere eller hjelp til bolig.

5.2.3 HIV-positive fremmedspråklige

Det er mulig at antallet HIV-positive fremmedspråklige kan øke i årene som kommer. Det er viktig å sikre kvaliteten på tilbudet om HIV-testing, slik at HIV-positive fremmedspråklige får en like god oppfølging som norske HIV-positive. Fremmedspråklige er ofte sårbar overfor diskriminering og stigmatisering. Dette gjør at status som HIV-positiv kan være en ekstra belastning for personer med denne bakgrunnen. I mange tilfeller viser det seg at det er enda vanskeligere å "stå fram" enn det er for norske. En av konsekvensene er at HIV/AIDS blir lite synlig i disse miljøene, og at det potensialet åpne HIV-positive er for forebygging, ikke kan realiseres. I løpet av 1994 ble det dannet en gruppe med HIV-positive fremmedspråklige i Pluss. Det blir viktig å støtte dette arbeidet i tiden framover, både av hensyn til den enkelte og til smittevernet. Når det gjelder å utvikle denne type tiltak synes det helt nødvendig å samarbeide med fremmedkulturelle miljøer og grupper, jfr. det som er understreket bl.a. i kapittel 4.

Ikke minst under behandling i helseinstitusjon er det nødvendig at helsepersonellet tar hensyn til at personer fra andre land, religioner og kulturer kan oppleve situasjonen som HIV-positiv eller AIDS-syk på andre måter enn norske pasienter. Det er i slike tilfeller viktig å arbeide seg fram til en samforståelse om behandling og oppfølging mellom pasient og helsearbeider slik at oppholdet og behandlingen kan få best mulige sjanser til å være vellykket.

5.2.4 HIV-positive i fengsel

HIV-positive i fengsel har samme rett som andre til medisinsk oppfølging. De vil som regel ha behov for særlig støtte fra fengselshelsetjenesten som skal være et uavhengig kommunalt helsetjenestetilbud. Fengselsanstalten har ingen rett til å vite de innsattes smittestatus. Det er av stor betydning at fengselshelsetjenesten er særskilt påpasselig med sin taushets-

plikt i forhold til anstaltene når det gjelder HIV-status. HIV-positive med langtkommen HIV-infeksjon eller AIDS bør normalt ikke være i fengsel. På bakgrunn av dette har Fengselsstyret pekt på at framskutt prøveløslatelse, overføring til sykehus eller behandlingsinstitusjon bør vurderes.

5.2.5 Medisinsk behandling av HIV-positive og AIDS-syke i de nærmeste årene

Siden AIDS-epidemien begynte har det vært en sterk økning i våre kunnskaper om HIV-infeksjonens kliniske forløp og det brede spekter av medisinske manifestasjoner og komplikasjoner som ses hos pasientene. Sentrale helsemyndigheter er av den oppfatning at norsk helsevesen stort sett har klart å følge med i denne raske utviklingen. Det behandlingstilbudet som har vært gitt og gis i Norge, har ikke stått noe tilbake i forhold til tilbudet i andre vestlige land.

Sykdomsbildene ved HIV-infeksjon kan i noen grad være direkte forårsaket av viruset, men er først og fremst knyttet til utvikling av alvorlig immunsvikt som før eller senere rammer det store flertallet av pasientene. Immunsvikt-komplikasjonene er først og fremst et stort spekter av infeksjoner og visse former for ondartede svulster, særlig Kaposi-sarcom og spesielle lymfomer. Det har skjedd betydelige framskritt når det gjelder diagnostikk og terapi ved en rekke av de viktigste infeksjonene som rammer HIV-pasienter. I de senere år er det også for flere av infeksjonene etablert former for profylakse som, satt inn på riktig tidspunkt i immunsviktutviklingen, har en betydelig forebyggende effekt. Samtidig er det utviklet medikamentelle behandlingsformer - antiretrovirale medikamenter - som direkte angriper HIV-viruset og dets replikasjon. Det første antiretrovirale medikament var zidovudin (AZT), og senere er flere andre kjemisk beslektede medikamenter også blitt tilgjengelige. Tilsammen har disse framskrittene allerede forlenget overlevelsen og bedret livskvaliteten for mange HIV-pasienter i vestlige land. Dette har i meget liten grad skjedd i den 3. verden, hvor HIV-epidemien har rammet aller hardest, og hvor denne type behandling i liten grad er tilgjengelig pga bl.a. offentlig fattigdom og mangel på ekspertise.

Utvikling av nye former for diagnostikk, behandling og forebygging av HIV-infeksjonen og dens komplikasjoner, representerer idag et meget aktivt forskningsfelt. Allerede har man funnet og tatt i bruk nye og mere effektive behandlingsformer og etter all sannsynlighet vil behandlingen av HIV-infeksjon bli enda bedre i løpet av de neste fem årene. De nye behandlingsformene kan ventes å falle i 4 hovedgrupper.

Nye former for terapi og profylakse ved alvorlige infeksjoner.

Det dreier seg dels om opportunistiske infeksjoner, dvs. infeksjoner som fortrinnsvis rammer immunsviktpasienter, f.eks. infeksjon med cytomegalovirus og visse mycobakterier, men også om mere «ordinære» infeksjoner som tuberkulose, som kan ha et særlig alvorlig forløp hos HIV-pasienter. For noen av disse infeksjonene kan en regne med betydelig forbedring av allerede eksisterende rehabiliteringopplegg. For andre infeksjoner som idag ikke kan behandles, er det håp om at medikamentelle terapiformer vil bli tilgjengelige.

nærmeste årene.

Nye former for antiretroviral terapi.

Utvikling av immunsvikt og sykdom er klart knyttet til virusets formeringsaktivitet. Effektiv behandling av HIV-infeksjon forutsetter derfor høygradig hemning av virusets formering som idag kan angripes på flere ulike måter. I tillegg til allerede etablerte antiretrovirale medikamenter i samme gruppe som zidovudin, dvs. såkalte nucleosidanaloge, har man nå tatt i bruk såkalte proteasehemmere. Disse nye medikamentene er vesentlig mer effektive, og utviklingen av disse representerer en stor seier for basal virologisk forskning. Ved å kombinere nucleosidanaloge og proteasehemmere kan man i meget stor grad hemme virusets formeringsevne. I tillegg foregår det intens forskning på HIV-midler som virker på virusets formering på ytterligere andre angrepspunkter, f.eks. intekrase. Kombinasjon av flere preparater med ulike angrepspunkter forsterker effekten og minsker bivirkninger og resistensutviklingen.

Immunmodulerende terapi.

Økte kunnskaper om mekanismene bak den HIV-utløste immunsviktutviklingen har gitt nye muligheter for behandling. Det dreier seg dels om stimulering av deler av immunapparatet som spiller en rolle i bekjempelsen av viruset, dels om terapeutisk nedregulering av immunreaksjoner som er skadelige for pasienten. Flere former for immunmodulerende terapi med biologisk aktive substanser som cytokiner og vekstfaktorer er under utvikling, slik som immunterapi med forskjellige former for HIV-vaksiner. Ulike former for immunmodulerende terapi vil trolig få en plass i kombinasjon med de andre behandlingsformer som er nevnt ovenfor.

Nye behandlingsformer ved HIV-relaterte kreftformer.

Dagens behandlingmuligheter ved f.eks. Kaposi-sarcom og HIV-assosierte lymfomer har meget begrenset effekt i de fleste tilfeller. Nye terapiformer er under utprøving og vil trolig bli tatt i bruk i de



Kapittel 6

Oppgave- og ansvarsfordeling

6.1 Innledning

Med bakgrunn i det som er sagt i kapitlene 4 og 5 om satsingsområder i den kommende fem-årsperioden skisseres nedenfor de prinsipielle hovedlinjene i oppgave- og ansvarsfordelingen. Oppgavefordelingen på *tiltaksplanen* framgår av kapittel 1.

Et viktig utgangspunkt er at fra 1. januar 1994 er den såkalte to-nivåmodellen i den sentrale helseforvaltningen gjennomført. Dette vil selvfølgelig måtte influere på oppgave- og ansvarsfordelingen i arbeidet med HIV/AIDS-epidemien i den kommende 5-årsperiode.

Et annet viktig utgangspunkt er den nye smittevernloven som trådte i kraft 1. januar 1995.

Her gis en skisse av ansvar og oppgaver innen smittevernet for såvel kommunesektoren som statlig sektor. Loven bygger dessuten på tanken om et enhetlig smittevern for alle smittsomme sykdommer i Norge. Dette medfører at HIV/AIDS-arbeidet i kommende handlingsplanperiode etterhvert må «normaliseres» slik at denne epidemien og arbeidet med å begrense den, blir en naturlig del av det ordinære smittevernarbeidet. Under vedtagelsen av smittevernloven ble det forøvrig lagt stor vekt på at det er nødvendig også i vår tid med en egen lovgivning og en særskilt innsats for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke smittespredning. Krav til rettssikkerhet for den som omfattes av tiltak er svært viktig i denne sammenheng.

6.2 To-nivåmodellen i den sentrale helseforvaltning
Fram til 1. januar 1994 var Folkehelse knyttet til Helsedirektoratet som et underliggende organ. Etter denne dato er Folkehelse knyttet direkte til Sosial- og helsedepartementet på linje med Helsetilsynet.

Dette betyr at Sosial- og helsedepartementet må samordne arbeidet med HIV/AIDS, og dermed må departementet engasjere seg sterkere. Utformingen av de overordnede premissene og politikken på dette området må med andre ord skje i departementet, mens oppfølgingen må delegeres både til Helsetilsynet og Folkehelse. Det vil dermed også i framtiden i hovedsak være de underliggende fag-etater som har kontakten med de frivillige organisasjonene og andre aktører i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet. Kontakten mellom departementet og disse aktørene blir ventelig likevel tettere enn den har vært til i dag.

6.3 Etatstyring og forholdet til de frivillige organisasjonene

Etatstyringen i denne sammenheng må skje på samme måte som ellers når det gjelder samarbeidet mellom departementet og underliggende etater, nemlig med mål- og resultatstyring som det grunnleggende prinsipp.

Dette betyr at arbeidet i Helsetilsynet og Folkehelse heretter i større grad må skje på grunnlag av målformuleringer i den årlige budsjettproposisjonen, og resultatene som oppnås må tilbakerapporteres til departementet.

I denne sammenheng er det naturlig å påpeke at også samarbeidet med de frivillige organisasjonene bygger på det samme prinsipp. Et slikt mål- og resultatstyringsprinsipp vil være i tråd med den praksis som har vært fulgt av Helsetilsynet gjennom flere år.

Samtidig må det være klart at det er tale om frivillig arbeid, og at det er den eller de delene av arbeidet som finansieres av offentlige midler som må styres av det offentlige. Dersom arbeidet finansieres av egne midler, f. eks. i forbindelse med innsamlinger, er det selvsagt ikke meningen at dette skal styres av offentlige myndigheter.

Det vil derfor være naturlig at Helsetilsynet samarbeider med de frivillige organisasjonene stort sett som idag og er pådriver for videreutvikling av metodikk for mål- og resultatstyring knyttet til tilskudde de enkelte organisasjonene mottar. Tildelingene må utformes i Helsetilsynet med utgangspunkt i de mål som denne etaten blir pålagt å skulle oppfylle i HIV/AIDS-arbeidet. Det er også ønskelig at Folkehelse i større grad enn tidligere samarbeider med de frivillige organisasjonene om aktuelle spørsmål, og at det utvikles hensiktsmessige samarbeidsformer mellom Helsetilsynet, Folkehelse og de frivillige organisasjonene.

6.4 Samarbeid med andre departementer

At departementet heretter må ta et ansvar i større grad enn før omorganiseringen til to-nivåmodellen, betyr at det vil falle lettere å få til et samarbeid med andre departementer om felles oppgaver.

I kapittel 4, jfr. kapittel 1, er det pekt på en rekke slike oppgaver, hvorav den viktigste vil være samarbeidet med KUF om å nå ungdommen. Et annet eksempel er samarbeid med JD om problemer for innsatte i fengsler, jfr. 4.3.2 om injiserende stoffmisbrukere og KAD/UDI om innvandrere m.v.

6.5 Samordning med det øvrige smittevernarbeidet

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet presiserer den nye smittevernloven ansvaret for gjennomføringen av et enhetlig smittevernarbeid overfor alle smittsomme sykdommer som en integrert del av virksomheten på alle forvaltningsnivåer.

Gjennomgangen i kapitlene 2 og 4 viser at HIV/AIDS-epidemien her i landet synes å ha stabilisert seg, ikke minst med bakgrunn i det viktige arbeidet de frivillige organisasjonene utfører.

Det er derfor naturlig at sentrale myndigheter i kommende 5-årsperiode gradvis avvikler sitt engasjement i form av øremerkede bevilgninger til oppgaver som etter dagens lovgivning er kommunale og fylkeskommunale myndigheters ansvar. Dette vil bety at arbeidet etter utløpet av perioden i utgangspunktet må finansieres over de ordinære budsjetter på linje med finansiering av arbeid i forhold til andre smittsomme sykdommer. Dersom situasjonen endrer seg, vil det selvsagt være aktuelt å styrke den øremerkede innsatsen. For ordens skyld minner departemen-

tet om at smittevernloven sikrer HIV-smittede rettigheter slik at de ikke kan avvises under henvisning til dårlig økonomi. Et bortfall av den øremerkede bevilgningen til det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet etter handlingsplanperiodens slutt, betyr ikke det samme som at sentrale myndigheter stopper sitt engasjement eller vil mangle en strategi på dette området. Det betyr snarere at engasjementet og strategien vil kunne få en annen vinkling som ikke er så avhengig av øremerkede bevilgninger.

Samarbeidet med de frivillige organisasjonene må derfor innrettes med det for øye at finansieringen etter år 2000 i hovedsak må skje over ordinære budsjetter, og i forhold til de oppgaver som situasjonen til enhver tid krever. Både evalueringsrapporten og erfaringene ellers med det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet har vist at innsatsen overfor høyriskogruppene må sikres. I dette arbeidet er flere av de frivillige organisasjonene sentrale. Deres innsats har vært sterkt medvirkende til dagens gunstige situasjon, og myndighetene er avhengige av at de frivillige organisasjonene fortsatt settes i stand til å gjøre en innsats. Dette betyr at det gode samarbeidet med de frivillige organisasjonene bør føres videre i form av fortsatte bevilgninger, men med justeringer som følge av økt vektlegging av mål- og resultatstyring. Antakelig vil det også etter utløpet av denne handlingsplanperioden være nødvendig at arbeidet til de frivillige organisasjonene støttes fra sentrale bevilgninger. Dette vil bli vurdert i løpet av perioden.

Ellers legges det opp til at Helsetilsynet og Folkehelse etter utløpet av planperioden må ha tilstrekkelige ressurser på aktuelle budsjettposter til å ta fatt på oppgaver i tråd med den aktuelle situasjonen i HIV/AIDS-arbeidet, sammen med den lange rekken av andre oppgaver i smittevernarbeidet.

Dette betyr at arbeidet med å bekjempe HIV/AIDS-epidemien kommer på linje med andre viktige oppgaver, f.eks. arbeidet med fortsatt begrensning av utbredelsen av SOS, særlig genital klamydia, og andre smittsomme sykdommer av stor betydning for samfunnet.

6.6 Nærmere om oppgavefordelingen sentralt

Det er naturlig at oppgavefordelingen mellom Helsetilsynet og Folkehelse i store trekk føres videre slik denne fordelingen er idag.

Bl. a vil det være naturlig at det vellykkede samarbeidet som Helsetilsynet har med frivillige organisasjoner fortsetter i det samme spor som hittil.

I tråd med det som er sagt ovenfor er det naturlig at Aids-informasjonsenheten på Folkehelse dreier sin virksomhet mot hele spektret av seksuelt overførbare sykdommer. Dette er et arbeid som allerede er i

gang, og som inngår som en naturlig del av den samlede helseopplysnings-/informasjonsvirksomhet som Folkehelse skal utføre som ledd i sin ordinære drift (ved den nyopprettede seksjon for informasjon og dokumentasjon).

6.7 Regionalt nivå - fylkeslegene

I inneværende periode har det de siste årene gradvis skjedd en nedtrapping av fylkeslegenes aktivitet i HIV/AIDS-arbeidet. Dette har vært en naturlig utvikling, jfr. kapittel 4.

Også for fylkeslegene gjelder det i kommende år å orientere virksomheten i retning av at HIV/AIDS-arbeidet må bli en del av det ordinære smittevernarbeidet. Som en del av tilsynsvirksomheten vil fylkeslegene måtte bidra til å påse at dette arbeidet drives forsvarlig.

6.8 Kommunene

I mange kommuner har arbeidet naturlig nok blitt trappet ned ut fra den konkrete utviklingen og den ulike behovssituasjonen. Landets kommuner har etter kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven plikt til å drive forebyggende arbeid på smittevernfeltet. Når statlige øremerkede midler etter hvert bortfaller må kommunene opprettholde smittevernarbeidet overfor HIV/AIDS på et forsvarlig nivå over egne budsjetter. Det er viktig å markere at storby-

kommunene må bidra slik at arbeidet kan fortsette på det nivå den aktuelle kommunen har idag i overskuelig framtid. Oslo er her i en særstilling da de fleste av landets HIV-positive oppholder seg/bor i Oslo. Den mest hensiktsmessige måten å bekjempe den videre spredning av HIV i Norge på, vil derfor være å opprettholde, eventuelt forsterke den forebyggende innsatsen i Oslo.

I tillegg til den forebyggingen som skjer gjennom de frivillige organisasjonene og helsetjenestetilbud som Olafiaklinikken, behandler Ullevål sykehus og Rikshospitalet de fleste av landets HIV-positive sykehuspasienter. Disse to sykehusene har sammen med Olafiaklinikken per idag betydelig kompetanse og erfaring i arbeid med å forebygge HIV-nysmitte og å behandle HIV-positive og AIDS-syke. I det forebyggende arbeidet rettet mot HIV/AIDS og andre seksuelt overførbare sykdommer, kan det derfor være aktuelt å bygge videre på de erfarings- og organisasjonsmessige fortrinn som Olafiaklinikken har. Dette vil ikke minst være aktuelt når det gjelder forebyggende arbeid blant fremmedspråklige som denne klinikken har drevet med i mange år. Det kan f.eks. være aktuelt å utvikle en ressursbase som har kunnskap og erfaring om HIV-testing, om forebyggende arbeid, som har spesiell innsikt i atferdsendrende arbeid, og som kan drive med kunnskapsformidling og kompetansespredning også for andre deler av landet på dette fagområdet.



Kapittel 7

Administrative og økonomiske konsekvenser

Administrasjon

Bortsett fra at departementet på bakgrunn av gjennomføringen av to-nivåmodellen i den sentrale helseforvaltning må engasjere seg sterkere i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet, vil det i handlingsplanperioden ikke være nødvendig med administrative endringer i organiseringen av dette arbeidet.

Oversikt over bruken av ressurser i tiden fra 1985 til 1995

I punkt 3.2.2 Bevilgninger er det gitt en grov oversikt over bruken av midler siden 1985.

På bakgrunn av regnskapsoversikter og årsrapporter fra Helsetilsynet for perioden 1990-1994, ser bildet slik ut:

- Fra og med 1990 til og med 1994 har den totale ressursbruken gått noe ned, fra knapt 35 mill. kroner i 1990 til 28,4 mill. kroner i 1994. For 1996 er det bevilget 22,5 mill. kroner.
- De frivillige organisasjonene har i perioden 1990-1994 fått ca. 23% av midlene, omtrent på samme nivå i hele perioden, dvs. ca. 7-8 mill. kroner årlig.
- Sentrale informasjonstiltak har lagt beslag på ca. 29%, hele perioden sett under ett. I 1994 har det vært en nedgang fra ca. 10 mill. kroner i 1992 og 1993 til knapt 7 mill. kroner i 1994.
- Lokale tiltak har fått ca. 27% i perioden. Det har vært en jevn nedgang fra ca. 10 mill. kroner i 1990 til ca. 7,5 mill. kroner i 1994 på denne posten.

- Fylkeslegene har i perioden fått vel 8% av midlene, med en topp på ca. 5 mill. kroner i 1990. Fra og med 1991 er denne posten redusert. Det ble gitt noen ekstra midler for å styrke fylkeslegenes arbeid med den nye smittevernloven i 1995.

Ressursbruk i planperioden 1996 - 2000

Arbeidet hittil er vurdert i kapittel 4 Innsatsområder. Denne vurderingen vil i hovedsak danne grunnlaget for hvordan ressursene bør fordeles i handlingsplanperioden.

Viktig i denne sammenheng er:

- Innsatsen overfor de tradisjonelle og eventuelt nye høyrisikogrupper må sikres. Dette betyr at det gode samarbeidet med de frivillige organisasjonene bør føres videre i form av fortsatte bevilgninger, men med enkelte justeringer som følge av økt vektlegging på mål- og resultatstyring. Antakelig vil det også etter utløpet av handlingsplanperioden være nødvendig at arbeidet til de frivillige organisasjonene og andre spesielt viktige aktører støttes fra sentrale bevilgninger.

- Sentrale informasjonstiltak bør kunne trappes ned. Det må likevel fortsatt sikres bedre informasjon særlig overfor fremmedspråklige og ungdom.
- Statlig støtte til lokale smitteverntiltak må fortsatt kunne trappes ned, men dette fritar ikke lokale myndigheter fra å følge opp sitt ansvar etter smittevernloven. I storbyer og eventuelt andre steder hvor forekomsten av HIV er høy i landsmålestokk, vil det i handlingsplanperioden fortsatt være aktuelt å gå inn med statlig støtte. Det kan også være aktuelt for staten å delta i finansieringen av et kompetansesenter med landsdekkende funksjoner når det gjelder enkelte av innsatsområdene. Det må i handlingsplanperioden tas stilling til hvordan finansieringen av denne typen viktige tiltak skal bli etter periodens utløp.
- Fylkeslegekontorenes virksomhet må etterhvert i likhet med Helsetilsynet og Folkehelsa ta sikte på å se HIV/AIDS-epidemien i sammenheng med smittevernarbeidet generelt.

Vedlegg



Vedlegg 1

Å leve som hiv-positiv

Det å leve som hiv-positiv eller aids-syk oppleves like forskjellig fra person til person som et hvert annet liv fordi vi er mennesker med ulik bakgrunn, livssituasjon og livssyn. Først og fremst lever vi. Vi elsker og krangler, vi griner en skvett og smiler til en liten løvetann. Vi har fått livet dramatisk forkorta, men sitter ikke i dødens forgård. Det er likevel en del erfaringer vi hiv-positive har om det å leve med et farlig tabubelagt virus. Her vil kun det spesielle ved det å være hiv-positiv bli tatt opp, den selvfølgelig gleden og sorgen ved det å være menneske er ikke så annerledes enn for andre, og den vil derfor ikke bli berørt.

Dødsdømt, smittefarlig og fordømt

De fleste hiv-positive i Norge får positivt svar på hiv-testen før de har fått aids og er derfor stort sett friske og arbeidsføre. Å få vite at du er hiv-positiv, er en enorm påkjenning. På et slag får du vite at du er dødsdømt, at du kun har få år igjen å leve, og at du har en periode med smertefull sykdom i vente før døden kommer. Du får vite at du har mista alderdommen din og kommer til å forlate de du er glad i lenge før du hadde forventa.

Du har fått vite at du bærer på et dødelig virus som også er smittsomt. Til tross for legenes forklaringer om smittemåter, går de fleste gjennom en kortere eller lengre periode der det å ta folk i handa, for ikke å snakke om det å leke med barn, blir helt umulig. Du er virkelig redd for å smitte de du er glad i. Seksuallivet får seg også en alvorlig knekk som mange aldri kommer over.

Til sist så er denne sykdommen du har fått en sykdom som for det meste er overført seksuelt eller ved sprøytodeling. Mange sliter med skyldfølelse fordi de i egne øyne har vært uforsiktede, enten i sitt faste parforhold eller ved tilfeldig sex eller sprøytodeling. Andre greier å se at de ikke har gjort noe galt, men frykter likevel andres prat og dom. Det er vel ingen annen sykdom som så brutalt kobler sammen sex, moral, skyld og død. Den har også truffet hardest

grupper som fra før av led under fordommer og mytedanninger. Homofobi, rasisme, forakt for sprøytemisbrukere, prostituerte og andre «lettsindige» er noe enhver hiv-positiv må forholde seg til.

Disse tre faktorene kommer som sagt som et sjokk, men sjokket forsvinner ikke. I gjennomsnittlig 10 år skal du leve med denne vissheten, du må lære deg å takle den slik at du kan leve best mulig i disse 10 årene. Depresjoner er noe som følger med alle alvorlige sykdommer, og det sier seg selv at mange hiv-positive får dette i fullt monn. Redsel for døden, for å smitte sine nærmeste og for fordømmelsen, er en enorm påkjenning. De vanligste symptomene på depresjoner, ved siden av en generell nedstemthet, er problemer med konsentrasjon og korttidshukommelse, samt plager som hode- og muskelsmerter. Det fører også til nedsatt pågangsmot og entusiasme. Mange av de momentene nevnt under, henger nøye sammen med depresjonene mange opplever.

Helse = frihet fra infeksjon og kreft

En erfaring mange av oss har gjort oss, er at som hiv-positiv får kroppen en masse oppmerksomhet. Vi får tatt prøver og undersøkelser av hjerte og nyrer, lever og lunger. Blodet blir analysert etter alle kunstens regler. Medisiner får vi så snart noe virker galt. En som har slitt med fibromyalgi hele livet opplever plutselig å bli trodd når hun forteller om smertene. Vi skulle selvsagt ønske at vi kunne få noe som virkelig hjalp, men så lenge dette ikke finnes, så oppleves det som at vi blir tatt vel vare på med medisiner etter hvert som de ulike infeksjonene kommer.

Mange får et sterkt behov for å gjøre det de kan for å holde kroppen frisk så lenge som mulig, med mosjon, kosthold, meditasjon eller alternative medisiner. På denne sektoren er det det uformelle nettverket som er informasjonskilden. Til tross for at det i utlandet arbeides mye med kostholdets rolle i hiv-infeksjonen, er det få av disse resultatene som når oss

gjennom offisielle kanaler. Den auka livskvaliteten dette gir mange, får også liten oppmerksomhet.

Den mentale helsa blir kun i varierende grad tatt på alvor. Det kan se ut som at i de deler av landet der det er få hiv-positive, er det en større forståelse for at dette er en stor påkjenning på den mentale helsa og helsevesenet mer villig til å hjelpe oss til å komme i terapi. I de større byene er det vanskeligere å bli tatt alvorlig når vi ber om timer hos psykolog.

Noen hiv-positive er sterke og har klart seg bra gjennom de første åra som hiv-positiv, men begynner å få alvorlige psykiske problem når sykdommen melder seg, og de trenger da gjerne terapi hos psykolog eller psykiater. Da møter de problemet med kommunale avtaler. Har man fra før av dårlig økonomi, og det er det mange hiv-positive som har, så har man ikke råd til å bruke en privat terapeut. Ventelistene hos terapeuter med kommunal avtale, er ofte 2 år og har man utviklet aids, så er man redd for at så lenge lever man ikke. Det er nå hjelpen trengs. Det er også et tungrodd system for å søke om støtte fra trygdevesenet til behandling hos privatpraktiserende terapeut, og flere har fått en slik søknad avslått.

Som hiv-positiv er det vanskelig å takle den situasjonen at man blir avvist på operasjonsbordet, og at kompliserte brudd på enkelte sykehus blir lagt i gips i steden for å bli operert. Dette er vanskelig fordi det viser at deler av helsevesenet ikke vet hvordan de skal behandle oss. Det er også skremmende at sykehus ikke har så sikre rutiner mot smitteoverføring ved operasjon at de stoler på dem selv. Når vi vet at det er noen der ute som ikke vet om sin hiv-status, og som når som helst kan bli operert under slike forhold, blir vi redde. Vi unner ikke noen, verken lege eller sykepleier, å komme i vår situasjon.

Ledighet er roten til alt ondt

I mange yrker er konsentrasjon og pågangsmot alfa og omega. Tidlig i HIV-infeksjonen kan depresjoner gjøre problemene så store at man ikke ser hvordan man skal kunne utføre jobben sin. Mange har sagt opp i slike perioder og finner det vanskelig å få jobb igjen etter et slikt umotivert opphold i karrieren. Depresjoner fører også til at man kan ha behov for kortere sykemeldinger med jevne mellomrom eller nedsatt arbeidstid.

De fleste opplever at det går greit å få sykemelding som passer til deres arbeidskapasitet. Det som ofte er verre er å få en stønad det går an å leve på. Trygdeordningene passer ikke til mennesker som blir syke når de er unge, og derfor har en relativt kort oppsparingstid for pensjonspoeng. Trygdevesenet er heller ikke tilpasset personer som

over mange år trenger kortvarige pauser eller litt nedsatt arbeidstid.

Mennesket lever også av brød

Erfaringene fra resten av omsorgsapparatet er varierende. Noen kommuner har klart å ta vare på sine hiv-positive ved å være fleksible med støtteordninger, og ved å prioritere de som trenger hjelp raskt, både med trygd og med for eksempel psykologhjelp. Andre steder må deprimerte mennesker bare gi opp fordi regelverket blir fulgt uten bruk av skjønn.

Svært mange hiv-positive er enslige og har derfor forholdsvis høye bo- og levekostnader. De har da heller ikke mulighet til å la seg delvis forsørge av partneren sin. Situasjonen som minstepensjonist blir derfor ekstra hard. Kommentaren fra en trygdeansatt etter sjokket om at månedlig bruttoinntekt ville bli kr. 7.600: «Dette var da ikke så ille. Det er mange som får mindre enn det», sier kanskje litt om realitetene i situasjonen.

Noen har som sagt fått gode ordninger gjennom trygdevesenet fordi ansatte der har greid å finne gode smutthull som passer. Det store problemet mange møter er likevel at når de trenger hjelpen, så er det i perioder der de ikke har krefter til å stå på overfor trygdevesenet. I slike perioder er det også vanskelig å forholde seg til jungelen av støtteordninger man har krav på fra trygde- og sosialkontoret. Et avslag på en søknad får deg ofte til å synke enda dypere inn i depresjonen, slik at regninger hopper seg opp, og bolig og bil må selges.

Det er også mange eksempler på at når man begynner å gå ned i vekt og trenger kosttilskudd, så har man ikke råd til å betale egenandelen på blå resept. Summen opp til frikortet er rett og slett for høy. Hva dette betyr for mennesker som er avhengig av dette tilskuddet for å leve, er en skremmende tanke.

Moral, sykdom, smerte, død

En stor gruppe av hiv-positive er stoffbrukere. Noen av disse har fått bedra sin livssituasjon ved hjelp av metadon. Det gjør at de nå kan ha sysler de fleste ser på som en selvfølge. Fritid er plutselig blitt et begrep i livet deres. Besøk hos foreldre uten at mor må gjemme sølvtøyet først, er stort både for tidligere bruker og pårørende.

En praksis som at metadon kun blir gitt i siste fase av hiv-infeksjonen gir seg bisarre utslag. Det er brutalt når mennesker håper at «denne gangen må nå T4-tallet mitt være lavt nok til at jeg kan få metadon». Med andre ord at «nå må jeg være nær nok utvikling til

aids til å få den krykka jeg trenger for å bedre livssituasjonen min.»

Sprøytebrukere kommer også i en spesiell stilling når de begynner å bli alvorlig syke. De er avhengig av stoff og kan få kraftige abstinenser på sykehus dersom personalet ikke tar hensyn til dette. De får også ofte doser med smertestillende medikamenter som er så lave at sykehusopphold oppleves som smertehelveter. Dette har to hovedgrunner. Enkelte steder har personalet for liten kunnskap om smertebehandling til stoffbrukere, som har en lavere produksjon av endorfiner enn andre. Andre steder er holdningen den at sykehuset ikke skal bidra til pasienters stoffbruk, og det inntas derfor en restriktiv holdning til bruk av smertestillende til sprøytebrukere. For mennesker som er i den siste delen av livsfasen, oppleves dette som et svært stort overgrep. Det fører også til at man venter i det lengste før man lar seg legge inn til livsnødvendig behandling.

Jeg - familien - samfunnet

Hiv-positive lever, som alle andre, i et samspill med menneskene rundt seg. De forskjellige grupperingene som utgjør hiv-positive har veldig forskjellige livssituasjoner, samtidig som det er store forskjeller innen hver gruppe. Som det er ellers i samfunnet. Det som kanskje skiller oss mest fra andre er den tabubelagte sykdommen vi har fått. Dette påvirker i sterkere og mildere grad våre relasjoner til menneskene rundt oss.

De fleste hiv-positive er unge voksne. Likevel er foreldre, søsken, familie viktige for oss, og de fleste har fortalt om sykdommen og mottar verdifull støtte. Noen få har dessverre møtt redsel og utstøtning hjemme, men dette er unntakene. Noe som likevel går igjen er hiv-positives ønske om å beskytte den nære familie mot sladder. Sjøl om mange ikke skjuler at de er hiv-positive, ønsker de ikke at det skal bli allment kjent på grunn av familien. At naboene skal snakke bak ryggen på mor er for mye. I mange familier ligger dette også der som en stilltiende overenskomst som kan være vond å bære.

En barriere å komme over, både for oss sjøl og for familien, er forholdet til barna. Til tross for massiv informasjon om smitemåter trer redselen for smitte fram i møte med barna. Å sitte på fanget, gi en klem, leke på plenen, gjør både oss og foreldrene til barna redde, og dette må nok de fleste familier med hiv-positive jobbe med før det blir trygt og godt.

Et liv med en partner er noe de fleste forventer seg. Som hiv-positiv ligger det store hindringer for et slikt liv. Vi vet det blir et kortvarig forhold, vi skal ikke bli gamle sammen. Vi vet at kjæresten vil få en jobb som

sykepleier som vil bli avslutta med død og savn. Vi vet også at det nære og fine samspillet i seksualiteten hele tiden vil balansere på kanten av det å gi bort et dødelig virus. Det å få barn blir også ofte aktuelt ved etablering av parforhold. Denne vissheten gjør det vanskelig å etablere et nært og varig forhold. Mange prøver likevel, og etter mye bearbeiding av følelser, er det mange som lever i gode parforhold. En svært stor andel hiv-positive lever dog aleine, enten fordi de finner det best slik eller fordi barrierene for etablering av et forhold er for store.

Det er en god støtte i det å ha en å være glad i, og likevel vanskelig. Seksualiteten blir skummel. Noen velger strategien med aldri å ta initiativ, for dermed å minimere antall smittefarlige situasjoner. Månedene etter kondomsprekk er uansett tøffe å bære. De som står størst i risiko for å bli smittet i Norge, er de faste partnerne våre. De er også utsatt for å kunne få de depresjoner eller andre påkjenninger ved å bli glad i en/ei som har det vanskelig, og som de vet de skal miste. Det er svært få tilbud til denne gruppa.

Ønsket om å få barn ligger svært grunnfesta i oss mennesker, det forandrer ikke et virus på. Hiv-positive mødre kan overføre viruset til barnet sitt før og under fødselen. Den ekstremt sterke redselen for hiv og aids har derfor ført til at mange kvinner i dag bærer på en sorg etter å ha blitt presset til abort. Dette har gitt oss tanker om livsverdien til et barn med hiv. Er ikke det et verdig liv? Å bli født med et virus, leve med, få og gi kjærlighet i 4 - 10 år, riktignok med sykdom og medisin, men også med glede?

Den 10-20% risikoen for å overføre hiv-viruset er bare én av bekymringene til hiv-positive foreldre. Både kvinner og menn er redde for den dagen sykdommen krever så mye at det blir vanskelig å gi barnet den oppmerksomheten det trenger, for ikke å snakke om den påkjenningen det blir å miste mor eller far i ung alder.

En spesiell livssituasjon har innvandrere som er hiv-positive. De er ofte alene i landet med familien langt borte. De lever derfor ofte svært ensomme med redselen og sykdommen.

Realiteter, ønsker, muligheter

Som hiv-positiv møter man et liv med gleder og påkjenninger. I dag finnes ingen kur mot aids, kun medisiner som hjelper en kort tid. Vi håper på et gjennombrudd for forskningen, men må forholde oss til en sannsynlig tidlig død.

Vi møter også engstelse og fordømming. Vi støtter hverandre gjennom organisasjoner som Pluss og kontakter innenlands og utenlands. Helseutvalget for

Homofile, Aksept, LMA og andre organisasjoner gir oss også sin støtte. Offentlige utspill og personlige kontakter skaper sakte, men sikkert en bedre situasjon.

For det tredje møter vi et helse- og trygdevesen vi har vært med å støtte gjennom år med skattebetaling. Nå er det vår tur til å få hjelp. Medisinsk behandling, hjelp til et spesialisert kosthold og sunn mental helse henger nært sammen og bør være en selvfølge. Den største barrieren til et best mulig liv ligger i dag i trygdesystemet. Fattigdom er noe det går an å gjøre noe med.

Brev fra en HIV-positiv

Vedlegg 2

Litteratur

Her følger et utdrag av referanser som forteller hvilke føringer som ligger til grunn for det forebyggende arbeid mot HIV/AIDS-epidemien i Norge. Ytterligere referanser til aktuell litteratur kan fåes ved henvendelse til Seksjon for informasjon og dokumentasjon, Statens institutt for folkehelse.

AIDS. Samling av rundskriv om AIDS og HTLV-III/LAV utkommet i perioden 4. april 1984 til 23. juni 1986.- Oslo, Helsedirektoratet, 1986. (Aids-skriv nr. 17 A)

AIDS. Samlerundskriv nr. 2. Aids-skriv utkommet 1.7.86 - 1.2.89. - Oslo, Helsedirektoratet, 1989. (Aids-skriv nr. 37)

AIDS. Retningslinjer for smitteoppsporing ved HIV-infeksjon. - Oslo, Helsedirektoratet, 1990. (Aids-skriv nr. 42)

Aids-info, vol. 1, 1987- vol.10, 1996, 4-5 nr. pr. år. - Oslo, Statens institutt for folkehelse.

An evaluation of AIDS prevention in Norway. A summary report. - Oslo, Statens helsetilsyn, 1996.

Evaluering av hiv-screening av gravide. Innstilling fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektørens rådgivende utvalg i forebyggende infeksjonsmedisin.- Oslo, 1993.

Evalueringsrapport: HIV-testing av rekrutter. - Oslo, Statens institutt for folkehelse, 1991.

Handlingsprogram for skolerings- og opplysningsarbeid om HIV/AIDS. - Oslo, Helsedirektoratet, 1988. (AIDS-skriv nr. 28)

Helsedirektørens tiltaksplan for bekjempelse av HIV-infeksjon. - Oslo, Helsedirektoratet, 1986. (AIDS-skriv nr. 17)

Helsedirektørens tiltaksplan mot HIV/AIDS-epidemien 1990-1995. - Oslo, Helsedirektoratet, 1990.

Hiv-screening av gravide. Evalueringsrapport. - Oslo, Statens institutt for folkehelse, 1990.

Hiv/aids-forebyggende arbeid i Norge. En evaluering. -Oslo, Norges forskningsråd, 1995.

Kraft, P. AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion and sexual behaviour. Thesis. Bergen, Universitetet i Bergen, 1991.

Krogsrud, B. Smittevernloven. Kommentartutgave. - Oslo, Juridisk forlag, 1995.

MSIS-rapport. Meldingssystem for smittsomme sykdommer. Ukentlig. - Oslo, Statens institutt for folkehelse.

Om hiv/aids epidemien. St. melding nr. 29 (1987-88)

Rise, J., Kraft, P. Endringer i befolkningens reaksjoner på hiv-epidemien 1986-1991 og kunnskap om andre seksuelt overførbare sykdommer 1991. - Bergen, Universitetet i Bergen, 1992. (Hemil-rapport nr.1, 1992)

Seksualvanerapport. Befolkningsundersøkelsene 1987 og 1992. -Oslo, Statens institutt for folkehelse, 1993.

Smittevernloven. Veileder. En generell innføring. - Oslo, Statens helsetilsyn, 1995.

Smittevernloven. Veileder. Melding og varsling av smittsomme sykdommer. - Oslo, Statens institutt for folkehelse, Statens helseundersøkelser, Statens helsetilsyn, 1995.

Snakk om det....Kvinner og hiv/aids. Utgitt av Landsforeningen mot AIDS-Oslo, LMA, 1996

Sosial- og helsedepartementet. St. prp. 1 (1996-97) De årlige budsjettframleggene i St. prp.nr.1 forteller om periodens satsningsområder.

Vedlegg 3

Adresser

Aksept Kontaktsenter
(Kontaktsenter for hiv-positive og pårørende)
Postboks 2658 St. Hanshaugen
0131 OSLO
Tlf 22 71 55 22
Fax 22 71 76 34

Helseutvalget for homofile
Øvre Slottsgate 29
0157 OSLO
Tlf 22 33 70 15
Fax 22 33 62 72

Informasjonstelefonen om aids (Oslo kommune)
St. Olavs pl. 5
0165 Oslo
Tlf 800 34 000
Hverdager:
kl. 0900 - 1500 og
kl. 1800 - 2200

Klinikk for seksuell opplysning
Hammerfestgt. 1
Postboks 6699 Rodeløkka
0502 OSLO
Tlf 22 37 51 44
Fax 22 37 59 13

Landsforeningen mot AIDS
Universitetsgt. 20 III
0162 OSLO
Tlf 22 42 37 90
Fax 22 42 38 55

Medisinernes Seksualopplysning (MSO)
Studentpaviljongen
Ullevål sykehus
0407 OSLO
Tlf 22 46 92 80 (onsd. 18- 20)

MIRA Senteret
(Migrant and Refugee Women's Centre)
Tlf 22 11 69 20

Olafiaklinikken (Oslo kommune)
(Poliklinikk for seksuelt overførbare sykdommer
og hiv/aids)
Olafiagangen 7
0188 OSLO
Tlf 22 08 29 50
Fax 22 08 29 90

Opplysningstelefon for sex og helse:
Tlf 810 02244

PION
(Prostituertes interesseorganisasjon i Norge)
St. Olavsplass 2
0165 OSLO
Tlf 22 20 74 34
Fax 22 20 68 83

Pluss (og Kvinner Pluss og In+)
(Interesseorganisasjon for hiv-positive)
Postboks 835 Sentrum
0104 OSLO
Tlf 22 33 01 60
Fax 22 33 01 25

PRO-senteret
(Sosialt hjelpetiltak for kvinner og menn med
prostitusjonserfaring)
Tollbugt. 24
0157 OSLO
Tlf 22 41 13 28
Fax 22 41 05 44

Senteret for Ungdom, Samliv og Seksualitet (SUSS)
(Tilbyr undervisnings- og informasjonsmateriell,
råd og veiledning)
Sannergaten 11
0557 OSLO
Tlf 22 71 77 41
Fax 22 71 81 56

Sosial- og helsedepartementet
Forebyggings- og utviklingsavdelingen
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO
Tlf. 22 24 87 01
Fax 22 24 86 56

Statens helsetilsyn
Avdeling for samfunnsmedisin
Postboks 8128 Dep
0032 OSLO
Tlf 22 24 88 11
Fax 22 24 88 68

Statens institutt for folkehelse
Seksjon for informasjon og dokumentasjon (SAID)
Geitmyrsveien 75
Postboks 4404 Torshov
0403 OSLO
Tlf 22 04 23 89
Fax 22 04 23 84

Spørsmål om lokale HIV/AIDS-instanser rettes til fylkeslegen.

