DEPARTEMENTENE

Strategi

Aksept og mestring

Nasjonal hivstrategi (2009-2014)

DEPARTEMENTENE

Strategi

Aksept og mestring

Nasjonal hivstrategi (2009-2014)

Forord

I forordet til *Ansvar og omtanke* – strategiplanen som ble lansert i 2001 og som nå erstattes med denne nye hivstrategien – står det at *"vi kan si om utviklingen i den norske hiv-situasjonen at vi har gått fra 'krise' til 'hverdag'. Hiv-epidemien i Norge fikk heldigvis ikke det omfanget mange fryktet på 1980-tallet"*. Dette er fortsatt sant. Hivepidemien har ikke utviklet seg i det omfanget som vi fryktet. Likevel har vi vært vitne til en utbruddsliknende situasjon blant menn som har sex med menn i Oslo de siste fem årene og antall nydiagnostiserte hivsmittede nådde sitt høyeste nivå noe år i 2008 med nær 300 tilfeller. Dette representerer en fordobling av antall nye årlige hivtilfeller, sett i forhold til situasjonen for ti år siden. Det foreligger nå også en undersøkelse som sammenligner levekårene til personer som lever med hiv i dag, med situasjonen for syv år siden, da forrige hivstrategi ble lansert. Undersøkelsen viser at fremgangen i medisinutviklingen har bedret den fysiske helsen til mennesker som lever med hiv, men en tilsvarende forbedring har ikke funnet sted når det gjelder åpenhet, kunnskap om hiv og holdninger til hiv som fenomen i samfunnet. På flere områder – spesielt de psykososiale – oppleves det som like vanskelig å være hivpositiv i dag som for syv år siden.

Denne utviklingen gir grunn for bekymring, og minner oss om hvor viktig det fortsatt er å opprettholde fokus og handling i forhold til hiv. Gjennom denne strategien, og det faktum at det nå er seks departementer som sammen står bak den, ønsker Regjeringen å styrke innsatsen mot hiv. Vårt siktemål er et samfunn som aksepterer og mestrer hiv på en måte som både begrenser nysmitte og gir personer som lever med hiv gode livsbetingelser.

Forebygging av hivsmitte er et sammensatt og komplisert arbeid. Det handler om smittevern, om seksualitet og sosial ulikhet i helse for å nevne noe. Å sikre gode livsbetingelser for mennesker som lever med hiv er viktig, både i et forebyggings- og et rettighetsperspektiv. For å lykkes i det videre arbeidet kreves det at vi tenker og jobber ut fra en rekke ulike perspektiver.

Det handler blant annet om å snakke om seksualitet og hvilke drivkrefter som bidrar til en videre spredning av hiv. Det handler om åpenhet om hiv. De psykologiske omkostningene ved å holde egen hivstatus skjult er ofte store for den enkelte og samfunnet. Det er gjennom åpenhet sykdommen kan avmystifiseres, og at nye generasjoner hivpositive kan få det lettere enn de foregående. Det handler ikke minst om kunnskap. Kunnskap om hvordan hiv smitter og hvordan hiv ikke smitter. Dette er viktig både for å unngå spredning av hiv, diskriminering og utstøtelse.

I strategien er det lagt til grunn viktige gjennomgående prinsipper som blant annet: menneskerettigheter, kjønnsperspektiv, lik tilgang på informasjon og offentlige tjenester, og at alle har et selvstendig ansvar for å beskytte seg selv mot smitte og for å unngå å smitte andre. Strategien retter spesielt oppmerksomhet mot grupper med flere sårbarhetsgrunnlag, personer som har hiv eller er utsatt for stor risiko for hivsmitte og som møter barrierer i livet av psykologisk, sosial, økonomisk art. Strategien er utformet på et overordnet nivå og er ment å utgjøre et rammeverk som gir retning og skaper grunnlaget for oppfølging i form av kunnskapsbaserte og effektive tiltak.

I utformingen av denne strategien har det vært lagt vekt på involvering av hivpositive, representanter for hivpositive og det sivile samfunnet. Bred deltagelse og aktiv medbestemmelse vil også stå sentralt i gjennomføringen av denne strategien.

Oslo, 4. juni 2009

arbeids- og inkluderingsminister

barne- og likestillingsminister

helse- og omsorgsminister

justisminister

kunnskapsminister

miljø- og utviklingsminister

Innhold

1. Innledning og bakgrunn 9
1.1 Bakgrunn 9
1.2 Organisering av arbeidet 10
1.3 Innhold 10
1.4 Roller, ansvar og relevant regelverk 11
1.5 Oppfølging 11

2. Hiv i Norge – Enkelte uviklingstrekk og spesielle utfordringer 15
2.1 Nysmitte 15
2.2 Holdninger i befolkningen og levekår blant mennesker som lever med hiv 16
2.3 Norges oppfyllelse av internasjonale forpliktelser 17

3. Nasjonale målsettinger og strategiske grep 19
3.1 Delmål 1: Øke kunnskapen og bevisstheten om hiv og aids i befolkningen 20
3.2 Delmål 2: Redusere stigma og diskriminering knyttet til hiv 21
3.3 Delmål 3: Redusere nysmitte - særlig blant særlig sårbare grupper 22
3.4 Delmål 4: Redusere mørketall - tidlig avdekking av hivinfeksjon; test, utredning, diagnostikk og tilpasset rådgivning 25
3.5 Delmål 5: Fjerne barrierer for tilgang til medisinsk behandling og helhetlige behandlingstilbud basert på god samhandling mellom aktørene i helsetjenester 26
3.6 Delmål 6: Sikre hivpositives deltagelse arbeidslivet 27
3.7 Delmål 7: Videreføre internasjonalt samarbeid og innsats og følge opp internasjonale forpliktelser i arbeidet med hiv og aids 29
3.8 Delmål 8: Bidra til å styrke forskning om forebygging og behandling av hiv, og monitorering og evaluering av forekomst, risikofaktorer og effekter av tiltak 30

Vedlegg – Faktabeskrivelse til strategien

1. Rollefordeling 35
1.1 Offentlige myndigheter 35
1.2 Lavterskeltiltak og frivillige organisasjoner 37

2. Relevant regelverk 41

3. Nærmere om hiv-og aids situasjonen i Norge ved utgangen av 2008 43
3.1 Hiv-infeksjon 43
3.2 Kunnskap om og holdninger til hiv 45
3.3 Levekårene til personer med hiv 46
3.4 Norges internasjonale forpliktelser på hivområdet 48

1. Innledning og bakgrunn

1.1 Bakgrunn

Det nasjonale hiv-arbeidet har siden 2002 i hovedsak vært fulgt i opp innenfor rammen av helsemyndighetenes *Ansvar og omtanke* - Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Denne bygget blant annet på erfaringer fra det forebyggende arbeidet som hadde vært drevet gjennom handlingsplaner siden 1985. Til grunn for strategiplanen lå fire styrende prinsipper: Tiltakene skal være minst mulig inngripende mot personlig frihet, innsatsen skal være målrettet mot grupper med høy risiko for og forekomst av hiv og mot befolkningen generelt, myndighetene skal samarbeide med det sivile samfunn, og samfunnet skal vise solidaritet med personer med hiv og aids. Strategiplanen hadde to hovedmål og 19 delmål med aktuelle tiltak som ble rettet mot befolkningen, mot målgrupper og mot individer.

Det har vært gjennomført et betydelig arbeid med evaluering av strategiplanen og med oppsummering av ny kunnskap om hiv.

- Econ Pöyry har gjennomført en evaluering av strategiplanen som blant annet konkluderer med at selv om aktiviteten som er utført er i overensstemmelse med strategier og tiltak i planen, er det flere av målene som ikke er nådd. Dette gjelder spesielt i forhold til gruppene menn som har sex med menn (MSM) og innvandrere. De utfordringene som strategiplanen beskrev om situasjonen for hivpositive, er på mange måter fortsatt like relevante i dag. Det er behov for å videreutvikle strategier, prioritere innsatsen sterkere og involvere flere sektormyndigheter.
- En holdnings- og kunnskapsundersøkelse gjennomført av Fafo ("Fortsatt farlig å kysse" 2008) viser at det på enkelte områder er mangelfulle kunnskaper om hiv i befolkningen, og at dette kan ha en betydning for hivpositives livssituasjon.
- Våren 2009 la Fafo fram resultatene fra en ny levekårsundersøkelse blant mennesker som lever med hiv i Norge: "Fra holdninger til levekår. Liv med hiv i Norge i 2009". Sammenlignet med forrige undersøkelse fra 2002 viser rapporten en framgang når det gjelder somatiske og fysiske forhold. På flere områder, spesielt de psykososiale, oppleves det like vanskelig å være hivpositiv i dag.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har foretatt en internasjonal kunnskapsoppsummering av hva som må til for å øke kondombruk blant gutter og unge menn. Den viser at det er vanskelig å peke på enkeltstående tiltak som alene har effekt, og at tiltak for økt kondombruk må omfatte flere aspekter ved seksualitet, være målrettede og gjentagende.
- Agenda har evaluert Helsedirektoratets nasjonale ordning med gratis kondomer til ungdom, unge voksne og særlig sårbare grupper. Ordningen er godt kjent blant målgruppene ungdom og unge

voksne, men det bør opprettes distribusjonsordninger som er mer tilgjengelige enn i dag, for eksempel distribusjon via nettet.
- I en kvalitativ forundersøkelse blant afrikanere i Norge (Institutt for allmennpraksis og samfunnsmedisin, UIO 2008) konkluderes det med at det blant de fleste respondentene er svært lite eller gal kunnskap om hiv, og at lite relevant informasjon om dette har nådd fram til dem siden ankomst til Norge.
- Agenda, som har evaluert de to største mottakerne av tilskudd gjennom hele planperioden, HivNorge og Helseutvalget, påpeker at det gjøres mye godt og målrettet arbeid i organisasjonene, men at begge med fordel kan spisse og rendyrke sine kjerneområder ytterligere for at arbeidet skal ha tilstrekkelig effekt.
- Fafo har på oppdrag fra Diskrimineringslovutvalget nedsatt av Barne- og likestillingsdepartementet, gjennomført en oppsummering av forskning om diskriminering av lesbiske, homofile, bifile og av hivpositive.

Econ Pöyry fremhever i sin evaluering at den forrige strategiplanen uttrykker en god problemforståelse og en tydelig fremstilling av mål, og videre at sammenhengen mellom mål og tiltak synliggjøres på en god måte. De mener at planen var for lite konkret når det gjaldt tiltak og ansvarsforhold og at det var vanskelig å måle innsatsen. Midlene som ble satt av til oppfølging var begrensede i forhold til ambisjonene. Econ Pöyry fremhever at for å lykkes med å forebygge hiv er det nødvendig å spisse arbeidet. De mener det er viktig å ha fokus på at tiltakene som iverksettes er treffsikre i den forstand at de som er risikoutsatt kommer i kontakt med tiltakene.

Utviklingen i smittetallene viser at utfordringene knyttet til å bekjempe nysmitte er størst i forhold til gruppene menn som har sex med menn (MSM) og enkelte grupper av flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente i Norge. Det vil være et særlig behov for å styrke forebyggingsinnsatsen overfor disse gruppene i det fremtidige arbeidet.

Mangelfull kunnskap om hvordan hiv *ikke* smitter kan bidra til å videreføre fordommer mot hivpositive og skape grunnlag for stigmatisering og diskriminering. Det at de færreste opplever å kunne være helt åpen omkring egen hivstatus påvirker livskvaliteten, og også evnen og muligheten til å ta bevisste valg knyttet til smitterisiko.

Den medisinske utviklingen de siste 10-15 årene har gjort at personer med hiv i stor grad har utsikter til å leve lange og gode liv. I tillegg til utfordringene med å forebygge nysmitte og sikre en stadig større gruppe god medisinsk oppfølging, medfører utviklingen også at det er viktig å bidra til at personer som lever med hiv får gode muligheter for å leve livene sine fri fra skam, stigma, diskriminering. Både norsk og internasjonal erfaring og forskning peker på at denne utfordringen krever sterkt lederskap og tydelig tverrsektoriell tilnærming.

1.2 Organisering av arbeidet

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å evaluere strategiplanen *Ansvar og omtanke*, oppdatere fakta- og kunnskapsgrunnlag om hiv og komme med innspill til ny nasjonal strategi. Med denne dokumentasjonen som utgangspunkt, ble det arrangert en konferanse med deltakelse fra sivile samfunn, forskermiljøer og offentlige myndigheter. Det primære formålet med konferansen var å få innspill til arbeidet med denne hivstrategien. Utkast til strategien har også vært forelagt for det nasjonale hiv og aidsrådet. En rekke aktører har i etterkant av disse møteplassene gitt konkrete skriftlige innspill.

Arbeidet med strategien har vært forankret i en interdepartemental styringsgruppe på statssekretær- og embetsnivå, ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, med representanter fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Barne- og likestillingsdepartementet, Justisdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

1.3 Innhold

Denne strategien videreføre og styrker innsatsen som er gjennomført gjennom tidligere handlings- og strategiplaner. Det er i kapittel tre angitt to nasjonale hovedmål for denne strategien. Det er videre angitt åtte delmål som igjen er inndelt i strategiske grep hvor aktørene som har et oppfølgingsansvar er nærmere angitt.

Som vedlegg følger en faktadel som gir en nærmere beskrivelse av aktørene som har en rolle i hivarbeidet, det regulatoriske rammeverket og en utdypende tilstandsbeskrivelse av situasjonen innenfor området i Norge.

1.4 Roller, ansvar og relevant regelverk

Mål og strategier i *Aksept og mestring* involverer aktører på alle forvaltningsnivåer og flere samfunnssektorer; seks departementer og deres underliggende etater og virksomheter, herunder det regionale og lokale nivået, har en rolle i oppfølgingen av i strategien. Det sivile samfunn og frivillige organisasjonene er også berørt. FNs spesialorgan for hiv/aids, UNAIDS, understreker at det sivile samfunn spiller en helt avgjørende rolle i den globale og nasjonale bekjempelsen av hiv og for å sikre en god ivaretakelse av personer som lever med hiv. I tillegg til tydelig lederskap i det sivile- og offentlige samfunn, er involvering av personer som selv lever med hiv i arbeidet en helt vesentlig faktor. Relevante aktører og deres roller er nærmere beskrevet i den vedlagte faktadelen, jf vedleggets kapittel 1.

Videre ligger det til grunn et omfattende regelverk som setter rammer for blant annet aktørers og tjenesters plikter i hivarbeidet, og hivpositives rettigheter.

De mest relevante lovene i denne sammenheng er:
- lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)
- lov om helsetjenester i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
- lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
- lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- lov om barnehager (barnehageloven)
- lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)
- lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)
- lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)
- lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven)
- almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven)

Relevant regelverk, herunder lover og forskrifter, er nærmere beskrevet i den vedlagte faktadelen, jf vedleggets kapittel 2.

1.5 Oppfølging

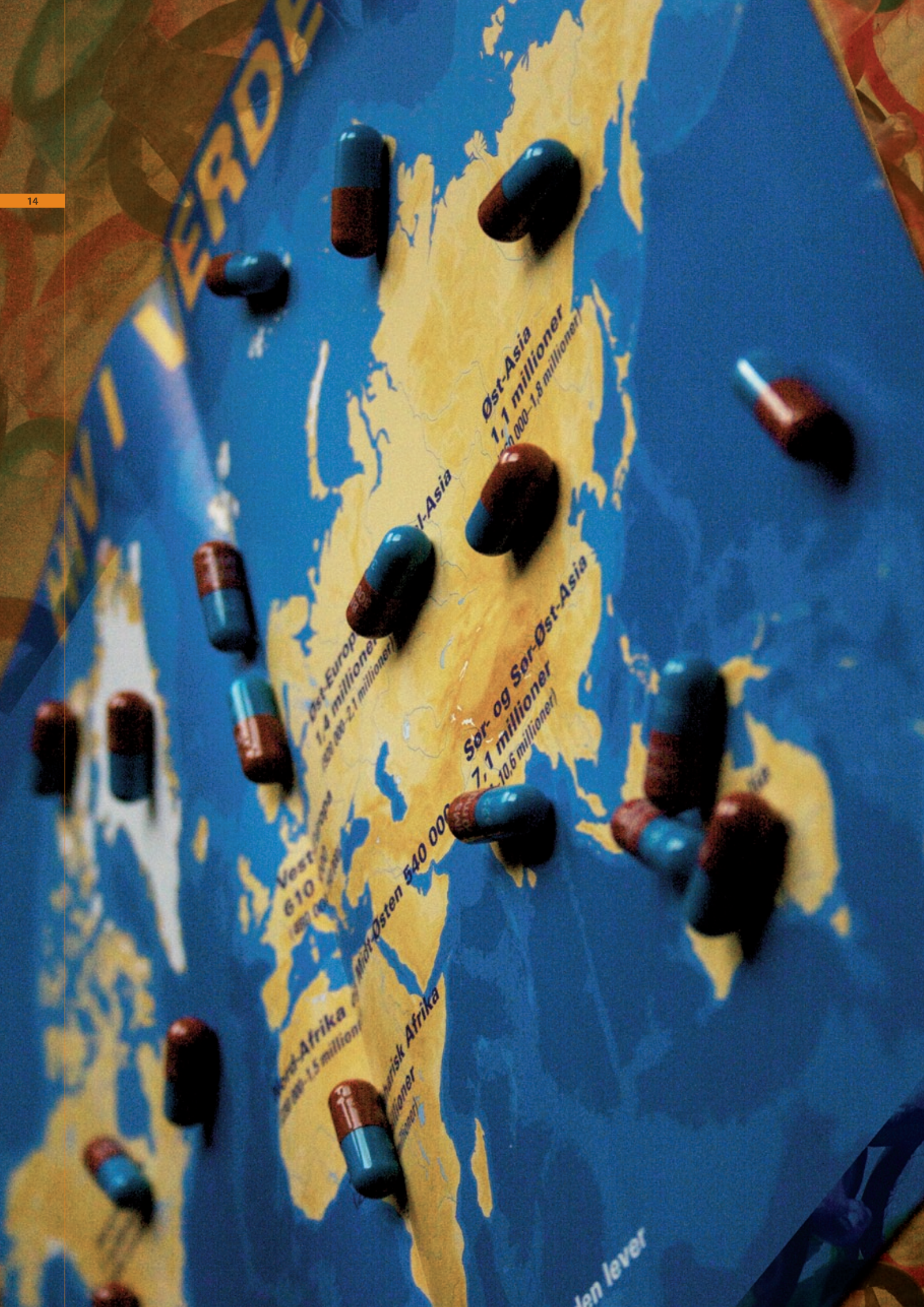
Strategien er et redskap for styrking og koordinering av innsatsen innenfor de sektorene som de seks departementene representerer. Det legges opp til at den tverrdepartementale arbeidsgruppen som har utarbeidet den foreliggende strategien videreføres på embetsnivå som en styringsgruppe i oppfølging av strategien. Det vil bli etablert en koordineringsgruppe på direktoratsnivå. Viktige oppgaver for koordineringsgruppen vil bli å vurdere den løpende implementeringen av strategien og etablere et rapporterings-/evalueringsssystem, herunder vurdere om det skal iverksettes en følgeevaluering av innsats og måloppnåelse underveis i strategiperioden.

Strategiens mål, delmål og de enkelte strategiske grep som blir skissert, er i hovedsak holdt på et overordnet strategisk nivå. Årsaken er behovet for fortløpende å kunne endre eller styrke de mange enkelttiltakene som videreføres eller skal iverksettes i strategiperioden. En overordnet strategi vil bidra til at både de ansvarlige myndigheter, samt enkeltmennesker og organisasjoner i det sivile samfunnet, oppnår en bedre breddeforståelse av de sammensatte utfordringene en står overfor i arbeidet. De siste årenes erfaringer viser at endringer i hiv- og aidsbildet i Norge og internasjonalt ofte skjer raskt. Koordineringsgruppen ledet av Helsedirektoratet vil utarbeide årlige planer for å sikre en kunnskapsbasert og aktuell prioritering og målretting av innsatsen underveis.

I hovedsak vil strategien bli fulgt opp med bevilgninger de seks departementene disponerer, relevante styringsverktøy, tilskuddsordninger og stortingsdokumenter.

I listen under følger en oversikt over forkortelsene på departementene, jf oppføringen av oppfølgingsansvarlige knyttet til de strategiske grepene i kapittel 3, samt oversikt over relevante etater/aktører underlagt departementene som vil ha et oppfølgingsansvar på myndighetssiden.

Arbeids og inkluderingsdepartementet	AID
Arbeids- og velferdsdirektoratet	AV dir
Inkluderings- og manfoldsdirektoratet	IMDi
Utlendingsdirektoratet	UDI
Barne- og likestillingsdepartementet	BLD
Barne, -ungdoms og familieetaten	Bufetat
Likestillings- og dirskrimineringsombudet	LDO
Helse- og omsorgsdepartementet	HOD
Nasjonalt folkehelseinstitutt	FHI
Helsedirektoratet	Helsedir
Statens helsetilsyn	Htil
Regionale helseforetak	RHF
Kommunehelsetjenesten	
Justisdepartementet	JD
Kriminalomsorgen	
Politidirektoratet	POD
Kunnskapsdepartementet	KD
Utdanningsdirektoratet	Udir
Utenriksdepartementet	UD
Direktoratet for utviklingssamarbeid	NORAD


Øst-Asia
1,1 millioner
Sør- og Sør-Øst-Asia
7,1 millioner
Midt-Østen 540 000

2. Hiv i Norge – Enkelte uviklingstrekk og spesielle utfordringer

Siden forrige strategiplanen ble utgitt, er det visse utviklingstrekk som gir nye utfordringer, og som har betydning for arbeidet i den kommende strategiperioden. De mer konkrete problemområdene er nærmere beskrevet under de enkelte delmålene i kapittel 3.

2.1 Nysmitte

Antall nydiagnostiserte hivpositive i Norge har i løpet av den siste 10-årsperioden doblet seg fra om lag 150 tilfeller årlig på slutten av 1990-tallet til nær 300 tilfeller i 2008. Dette skyldes i all hovedsak en økning i antall hivpositive innvandrere som kommer til Norge og en økning i hivsmitte blant menn som har sex med menn i Norge de siste 10 årene. Det er ikke påvist økning av hiv som er overført heteroseksuelt blant personer født i Norge. Blant injiserende stoffmisbrukere har antall diagnostiserte holdt seg på et stabilt lavt nivå. Blant ungdom påvises det fortsatt svært lite hivsmitte.

Det er lite sannsynlig med større endringer i den epidemiologiske situasjonen de nærmeste årene. Smittemønstre og forbyggingsutfordringene vil i stor grad forbli de samme som tidligere. Det vil si at hovedinnsatsen også framover vil rettes inn mot de gruppene som er spesielt utsatt for å bli smittet; menn som har sex med menn og enkelte grupper av innvandrere.

Menn som har sex med menn er den gruppen som er utsatt for størst risiko for hivsmitte i Norge, og har i forhold til heteroseksuelt praktiserende menn 70 ganger så høy prevalens av hivinfeksjon. I Oslo har det nærmest vært en utbruddslignende situasjon i denne gruppen siden 2004 og det sees nå også økning i hivsmitte blant menn som smittes homoseksuelt i andre deler av landet og på utenlandsreise. Det er grunn til å frykte vedvarende høye hivtall framover i denne gruppen om man ikke igjen lykkes i å få til en omfattende adferdsendring med hensyn til sikrere sex og kondombruk, tilsvarende det man så på 1980-og 90 tallet.

Flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente, som er smittet før ankomst til Norge, vil være den andre store gruppen med hiv i Norge framover. Antall hivpositive som ankommer Norge bestemmes av antallet flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente som kommer fra regioner som er særlig rammet av hiv. Flertallet kommer fra konfliktområder i det østlige Afrika, hyppigst fra Etiopia, Somalia og Eritrea. De fleste fra Asia er thailandske kvinner som har kommet til Norge som ledd i familieinnvandring.

Det antas at det bor om lag 1000-1200 hivpositive med ikke-norsk bakgrunn i Norge. Helsetjenesten skal sørge for at disse tidlig møtes med godt tilpassede forebyggende smitteverntiltak og nødvendig medisinsk oppfølging for å unngå spredning av

hiv. Samtidig må man sikre en stor innvandrerpopulasjon tilstrekkelig kunnskap om hiv, også utenfor helsetjenesten, for å møte den økende risiko for smitte både internt i innvandrermiljøene i Norge og på reise i opprinnelseslandet.

Kjønnsfordelingen blant flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente med hiv gjenspeiler det globale bildet. Prosentandelen kvinner blant de som lever med hiv har ligget stabilt på omtrent 50 prosent i mange år, men kvinneandelen er økende i flere land. Det gjelder blant annet land sør for Sahara i Afrika.

I den generelle befolkning i Norge, har hiv holdt seg på et stabilt lavt nivå gjennom mange år. I lys av at antallet som lever med hiv stadig øker, vil risiko for smitte fortsette å øke også blant heteroseksuelt praktiserende, både i Norge og på reiser i utlandet. Smitterisikoen ved heteroseksuell kontakt er lav. Det ligger derfor ikke til rette for rask spredning av hiv blant heteroseksuelt praktiserende i Norge. Men med lav trusseloppfatning i forhold til hivsmitterisiko og lav kondombruk øker sårbarheten betraktelig.

Norske ungdommer vil trolig fortsatt være lite utsatt for hivsmitte ved heterosex. Det er lite hiv i ungdomsgruppen og dermed lav smittsomhet. Begrenset seksuell kontakt med grupper med høy hivforekomst vil fortsatt begrense smittespredningen blant ungdom flest.

Blant injiserende stoffmisbrukere har antall hivtilfeller holdt seg på et stabilt lavt nivå siden slutten av 1980 tallet. Den høye forekomsten av hepatitt B- og C i gruppen viser imidlertid at stoffmisbrukere fortsatt er sårbare for blodsmitte og hiv-situasjonen må betraktes som truende og uforutsigbar. Erfaringer fra Finland og Sverige viser at hiv igjen kan spre seg raskt og omfattende dersom viruset kommer inn i miljøer som deler sprøyter.

2.2 Holdninger i befolkningen og levekår blant mennesker som lever med hiv

Forskningsstiftelsen Fafo la våren 2009 fram hoveddrapporten fra sitt prosjekt om levekår blant hivpositive i Norge utført i 2008/2009. I 2008 publiserte Fafo den første rapporten - *Fortsatt farlig å kysse?* - som besto av en landsrepresentativ holdningsundersøkelse i befolkningen og en kunnskapsoversikt om levekår og hiv. Funnene fra holdningsundersøkelsen danner en viktig fortolkingsramme for mange av funnene som presenteres i hovedrapporten *Fra holdninger til levekår. Liv med hiv i 2009*.

Levekårsstudien baserer seg på to typer data. For det første ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant de som lever med hiv i Norge og vet at de er hivpositive. Fordi det ikke finnes noe register som en kan trekke et representativt utvalg fra, ble det via en rekke kanaler forsøkt å nå ut til så mange som mulig av populasjonen. Likevel viste det seg at antallet som svarte ble lavere enn det en kunne ønske. 271 personer sendte inn utfylt skjema, noe som utgjør i underkant av 10 prosent av alle som lever med hiv i Norge i dag. Den andre datakilden var dybdeintervjuer med 25 hivpositive (15 menn og 10 kvinner). Informantene ble rekruttert med utgangspunkt i en målsetting om å nå ut til en gruppe personer med en variert bakgrunn, både relatert til de viktigste smittegruppene og til alder, kjønn og geografi. Ved å kombinere data fra de to kildene ble det ikke oppnådd å få et representativt datamateriale, men det er likevel et omfattende materiale med mye informasjon som legges til grunn i rapporten.

Fafo konkluderer blant annet med at den medisinske utviklingen de senere årene har kommet langt. Antivirale medikamenter og behandlingsregimer har radikalt bedret utsiktene for hivpositive til å kunne leve lange og gode liv med fravær av symptomer og plager, og innvirker dermed positivt på hivpositives levekår.

Menneskers levekår påvirkes imidlertid ikke ene og alene av den enkeltes fysiske helse. Minst like viktig er den kunnskap, de holdninger og den åpenhet hivpositive blir møtt med i samfunnet. Levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og forutsetninger og de muligheter man har til å realisere disse på ulike arenaer som arbeidsmarkedet, i utdanningssystemet og i møte med offentlige tjenester.

På tross av fremgangen når det gjelder medisinutvikling, viser Fafos materiale at det ikke har skjedd en tilsvarende utvikling når det gjelder åpenhet, kunnskap om hiv, og holdninger til hiv i samfunnet.

Kontrasten – mellom på den ene siden bedrede utsikter for den enkelte til å leve lenger og på den annen side kunnskapen, holdningene og reaksjonene til andre – har vært et viktig utgangspunkt for

denne levekårsundersøkelsen og vektlegges også sterkt i *Aksept og mestring*.

Et sammendrag av hovedfunn fra levekårsprosjektet finnes i vedleggets kapitler 3.2 og 3.3.

2.3 Norges oppfyllelse av internasjonale forpliktelser

Econ Pöyry har i sin evaluering av strategiplanen vurdert i hvilken grad strategiplanen *"Ansvar og omtanke"* og oppfølgingen av denne, oppfylte de internasjonale deklarasjoner som Norge har sluttet seg til. De konkluderer med blant annet følgende:

- "Ansvar og omtanke" bygger på føringene for strategier i UNGASS-deklarasjonen fra 2001, men er kun delvis implementert.
- Strategiene rettet mot diskriminering og stigmatisering av hivpositive er blant de områdene som er minst ivaretatt i "Ansvar og omtanke".
- Det gjenstår en del med hensyn til å tilby et bredt spekter av forebyggingsprogrammer til risikoutsatte grupper, spesielt overfor innvandrere fra utsatte områder og menn som har sex med menn.
- Utsatte innvandrerkvinners sårbarhet for hivsmitte og oppmerksomhet rundt dette, er ikke godt nok ivaretatt.
- Fokuset på at ungdom skal ha tilstrekkelig informasjon og opplæring om hiv og smittemåter, er ikke godt nok ivaretatt.
- Delmålene knyttet til informasjon og forebygging i forrige strategi er ikke kvantifiserte, og det er vanskelig å måle hvor mange i de ulike målgruppene som har fått informasjon, og hvilke grupper som har kommet i kontakt med forebyggende tiltak.

Det vises til vedleggets kapittel 3.4 for nærmere omtale av deklarasjonene og oppsummering av Econ Pöyrys evaluering knyttet til Norges oppfyllelse.

HIV og AIDS

3. Nasjonale målsettinger og strategiske grep

Det overordende siktemålet med denne strategien er at Norge ved utløpet av strategiperioden er et samfunn som aksepterer og mestrer hiv på en måte som både begrenser nysmitte og gir personer som lever med hiv gode betingelser for inkludering i alle livsfaser.

Siktemålet er todelt, med ett fokus på forebygging av nysmitte, og ett annet på levekår for personer som lever med hiv. Selv om alt må gjøres for at færrest mulig blir smittet med hiv, så må vi ta inn over oss at flere titalls millioner mennesker i verden lever med hiv. Å sikre at flere som lever med hiv i Norge opplever å ha gode livsbetingelser til tross for hiv, i form av gode og veltilpassede tjenester, mulighet for åpenhet og felleskap og frihet fra frykt for diskriminering og utstøtelse, er i seg selv en avgjørende forebyggingsstrategi for å unngå spredning av hiv.

I tillegg til et overordnet siktemål har strategien to operative hovedmål og åtte delmål. Delmålene er viktige støttemål for å nå hovedmålene. Under hvert av delmålene er det angitt en rekke strategiske grep. Samlet utgjør dette et rammeverk som gir retning og skaper grunnlaget for oppfølging i form av kunnskapsbaserte og effektive tiltak. Det vil bli utarbeidet et skyggedokument til *Aksept og mestring* som redegjør for indikatorer til hvert enkelt strategisk grep, slik at det vil være mulig å måle grad av oppnåelse i henhold til hovedmål og delmål underveis. Det siste er også viktig for å oppfylle rapporteringspliktene knyttet til de internasjonale deklarasjonene. Det er til hvert strategisk grep ført opp hvem som er ansvarlig for oppfølging av tiltak på myndighetsnivå. Det ligger til grunn at de enkelte fagmyndigheter vil ha ansvaret for gjennomføring og rapportering på tiltak innenfor sine respektive ansvarsområder. Dette innebærer at et departement og/eller deres underliggende etater vil følge opp et strategisk grep med tiltak dersom tiltaket faller innenfor deres virkeområder, selv om departementet i utgangspunktet ikke er ført opp på listen over oppfølgingsansvarlig i strategien.

Hovedmål:

I. Nysmitte med hiv skal reduseres – særlig i grupper med høy sårbarhet for hiv.
II. Alle som lever med hiv skal sikres god behandling og oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell orientering og/eller praksis, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi.

Delmål:

1) Øke kunnskapen og bevisstheten om hiv og aids i befolkningen.
2) Redusere stigma og diskriminering knyttet til hiv.
3) Redusere nysmitte - særlig blant sårbare grupper.
4) Redusere mørketall - tidlig avdekking av hiv-infeksjon; test, utredning, diagnostikk og tilpasset rådgivning.

5) Fjerne barrierer for tilgang til medisinsk behandling og helhetlige behandlingstilbud basert på god samhandling mellom aktørene i helsetjenester.
6) Sikre hivpositive deltagelse arbeidslivet.
7) Videreføre internasjonalt samarbeid og innsats og følge opp internasjonale forpliktelser i arbeidet med hiv og aids.
8) Bidra til å styrke forskning om forebygging og behandling av hiv, og monitorering og evaluering av forekomst, risikofaktorer og effekter av tiltak.

3.1 Delmål 1: Øke kunnskapen og bevisstheten om hiv og aids i befolkningen

I likhet med i andre vestlige land, er det stadig flere i Norge som lever med hiv. Samtidig er utbredelsen i Norge definert som "konsentrert type". Forekomsten av hiv er konsentrert i enkelte sosiale grupper, som enkelte grupper av innvandrere, menn som har sex med menn, menn med seksuell kontakt i utlandet og rusmisbrukere. Det betyr likevel at det er individer som lever med hiv i alle aldersgrupper, blant alle kjønn, og ulike etniske og sosiale grupper over hele landet.

Det er grunn til å tro at den generelle bevisstheten om hiv har avtatt noe de senere årene. Det er mange teorier om årsakene til denne utviklingen; avdramatisering av hiv og aids i det offentlige rom, nye medisiner mot hiv, informasjonstretthet, nye mønstre for seksuell praksis og generell kunnskapsmangel er eksempler på mulige årsaker. Fasiten er sannsynligvis en kombinasjon av disse.

Et høyt kunnskapsnivå om hiv i den generelle befolkningen er avgjørende for å forebygge nysmitte, men også for å skape best mulig rammer rundt mennesker som lever med hiv. Fafos undersøkelse om holdninger til og kunnskap om hiv tydet på et høyt kunnskapsnivå i befolkningen om hvordan hiv smitter, men et lavere nivå når det gjelder hvordan hiv ikke smitter.

Ungdoms seksuelle liv og handlingsmønstre har endret seg siden årtusenskiftet. Ungdom er mer fornøyd med sitt seksuelle liv, de har tidligere sex, mer sex, mer eksperimenterende sex og sex med flere partnere. Dette er en generell trend i Norge og i resten av Europa. Endrede seksuelle handlingsmønstre skaper imidlertid nye risikoområder som krever god kompetanse i relasjonelle- og seksuelle situasjoner. Ungdom møter seksualiteten i nye handlingsrom – på nett, mobil og ved økt reisevirksomhet. En risiko ved de nye seksuelle handlingsmønstrene er smitte med seksuelt overførbare infeksjoner ved ubeskyttet sex. Forekomsten av klamydia blant ungdom og unge voksne er økende i alle europeiske land. I et aktivt seksuelt liv med flere partnere er kondom det eneste som beskytter mot seksuelt overførbare infeksjoner. Nordisk og europeisk forskning viser imidlertid at kondombruken fortsatt ikke er bra nok. En hovedutfordring er å gi ungdom og unge voksne god trening i å omforme teoretisk kunnskap om seksuelt overførbare infeksjoner til praksis i eget seksualliv.

Skolen er den arenaen hvor opplæring om seksualitet, kropp og helse skal gis til alle barn og ungdom i Norge. Nordiske undersøkelser og kunnskapsoppsummeringer viser at kunnskap, kommunikasjons- og ferdighetstrening om seksualitet er lite helhetlig og målrettet på de forhold ved seksualiteten som er best – og de som er vanskeligst å takle. Det er kun de målrettede, helhetlige programmene som kan vise til effekt. Undersøkelsene fremhever spesielt at skoleundervisningen er lite ferdighetsorientert og at opplæring om viktige tema skjer for sent - når barn og ungdom allerede har passert det stadiet de trengte den på. Undersøkelsene viser også at undervisningen fortsatt ikke er tilstrekkelig innrettet på å inkludere kjønns- og minoritetsperspektiver, slik at den kan nå frem til de gruppene der innsats vil kunne gi størst uttelling i å utjevne sosiale helseforskjeller som får konsekvenser for seksualpraksis.

Det er satt en rekke kompetansemål for grunnopplæringen der seksuelt overførbare infeksjoner, herunder hiv og aids, er relevante temaer. Utdanningsdirektoratet holder på å utarbeide et nytt ressurshefte knyttet til undervisningen om seksualitet og samliv. Direktoratet har engasjert en rekke eksterne fagmiljøer for å bidra med tekster til dette ressursheftet. Poenget med ressursheftet er å løfte fram og operasjonalisere de aktuelle kompetansemålene som berører temaene seksualitet og samliv i Kunnskapsløftet for grunnopplæringen.

Det er lite hiv blant ungdom og unge voksne i Norge i dag. Økningen av klamydiainfeksjon i den unge befolkningen er imidlertid en indikator på at arbeidet med ytterligere å øke bruken av kondom bør intensiveres.

De siste årene har et relativt høyt antall menn blitt smittet med hiv og andre seksuelt overførbare

infeksjoner i forbindelse med feriereiser i utlandet. Som grunn for smitten oppgis ofte at de har hatt ubeskyttet sex med sexarbeidere i land der hivforekomsten er høy. Dette kan indikere at mange voksne menn har liten grad av bevissthet om risiko for hivsmitte

Det er en sterk forventning om at alle må kunne ta de rette valgene i seksuelle situasjoner og deretter handle i tråd med valgene. Dette gjelder særlig i forhold til kondombruk og praktisering av sikrere sex. Kunnskap om hiv er en forutsetning for å kunne foreta rasjonelle valg i forhold til egen seksualpraksis. Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom kunnskap og handling. Nordiske undersøkelser viser at majoriteten av ungdom og unge voksne har et høyt kunnskapsnivå om tema knyttet til seksualitet - for eksempel om prevensjon og hva som skal til for å praktisere sikker sex – men at kunnskapen ikke blir fulgt opp i handling. Årsaker til foreldre og omsorgspersoners vansker med dialog med sine barn om seksualitet er ofte knyttet til manglende språk- og kommunikasjonsferdigheter på dette området.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgings-ansvar:
Videreutvikle alders- og kjønnsspesifikke metoder for styrking av seksuell autonomi og for trening i handlingskompetanse i seksuelle situasjoner.	**HOD**, KD
Iverksette nye og kunnskapsbaserte metoder for å spre kunnskap om hiv og tryggere seksualitet i ulike kommunikasjonskanaler.	HOD
Stimulere det sivile samfunn, organisasjoner og trossamfunn til lokalt arbeid med hiv.	HOD
Videreutvikle og integrere (kunnskapsbasert) informasjon om seksuell helse som også inkluderer hiv.	**KD**, HOD

3.2 Delmål 2: Redusere stigma og diskriminering knyttet til hiv

Ved siden av sykdom og andre helsemessige utfordringer knyttet til infeksjonen, har mennesker som lever med hiv, og andre som er berørte av hiv, også blitt utsatt for stigmatisering og diskriminering i tiden som er gått siden hivviruset ble identifisert. Arbeidslivet trekkes ofte fram som en arena der hivpositive opplever diskriminering. Men også innenfor helse-, omsorgs- og velferdstjenestene forekommer det usaklig forskjellsbehandling, spesielt i de delene av tjenestene som sjelden kommer i kontakt med hivpositive.

Begrepene stigmatisering, diskriminering og sosial ekskludering er beslektede; de baseres på fordommer og mangel på kunnskap. Graden av stigma knyttet til hiv/aids og diskriminering av hivpositive i samfunnet knyttes ofte til det generelle kunnskapsnivået om hiv i befolkningen. Fafos undersøkelse av holdninger til hiv viste mangler i kunnskapen om hvordan hiv ikke smitter. I seg selv kan dette føre til økt frykt og dermed økt stigmatisering og diskriminering av hivpositive. Det å tydeliggjøre rettigheter som hivpositive har, kan medvirke til mindre opplevd stigmatisering og diskriminering.

Stigmaproblematikken knyttet til hiv dreier seg også om grader av selvstigmatisering eller overdreven frykt for å bli stigmatisert. Fafos levekårsundersøkelse i 2009 støtter også opp om dette inntrykket. Det gjelder både hos den hivpositive selv, men også innad i sosiale og etniske grupper som er særlig rammet av hiv. Bevisstheten om negative oppfatningene om sitt eget "selv", eller egen gruppe, har ofte den effekten at gruppen, eller medlemmer av den, tenderer til å internalisere de negative oppfatningene. Internaliseringen kan føre til et ufordelaktig lavt selvbilde, som deretter kan føre til lav selvfølelse og mestring av eget liv.

I Norge er hiv i svært stor grad knyttet til grupper med særlig sårbarhet for hiv, menn som har sex med menn og enkelte grupper innvandrere, herunder er innvandrerkvinner særlig utsatt, sexarbeidere og injiserende rusmisbrukere. Dette er minoritetsgrupper som i utgangspunktet er mer utsatt for stigma og diskriminering, uavhengig av hivstatus. Innsatsen for å bekjempe stigma og diskriminering bør legge stor vekt på tiltak for dem som tilhører mer enn én sårbar gruppe.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgings-ansvar:
Målrettet kunnskapsheving om hiv hos helse- og omsorgsarbeidere og ansatte i arbeids og velferdstjenestene.	**HOD**, KD
Inkludere diskriminering og marginalisering av hivsmittede som tema i programmer for kvalitetsforbedring i tjenestene, og ivareta det samme i evaluering og monitorering av tjenestene.	HOD
Jevnlige befolkningsrettede kampanjer for å redusere stigma knyttet til hiv.	HOD
Støtte organisasjoner i det sivile samfunn som arbeider for rettigheter til personer som lever med hiv, samt andre som er berørt av hiv.	HOD, JD, UD
Bidra til å motvirke utstøtingsmekanismer mot hivpositive innad i minoritetsmiljøer.	**HOD**, AID

3.3 Delmål 3: Redusere nysmitte - særlig blant særlig sårbare grupper

Seksuelt sårbare minoritetsgrupper har ofte mindre handlingskompetanse i og muligheter for å hevde sin autonomi, samt dårligere seksuell helse enn majoritetsbefolkningen. Det dreier seg om særlig utsatte etniske- og seksuelle minoritetsgrupper, mennesker med funksjonsnedsettelser, risikogrupper for overgrep og enkelte sårbare grupper med psykiske problemer og stoffmisbruk. En ny gruppe er unge som er smittet med hiv. Strategisk forebyggingsinnsats i forhold til seksuelt sårbare grupper har vært gjennomført både i regi av handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort og den forrige strategiplanen mot hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Evalueringer viser at strategiene i enda større grad må spisses i årene framover.

Hiv og aids i Norge er, i likhet med utviklingen i resten av verden, svært ulikt fordelt blant grupper i befolkningen. Det samme kan sies om kunnskapsnivået om hiv. Forskning og erfaringer indikerer at kunnskapen om hiv til dels er lav blant innvandrere fra land som er særlig hardt rammet av hiv, mens blant norske menn som har sex med menn er det grunn til å tro at kunnskapsnivået om hiv er høyere enn i den generelle befolkningen. Kunnskap alene har imidlertid begrenset verdi dersom den ikke blir supplert med andre virkemidler.

I seksuelle situasjoner, altså potensielle smittesituasjoner, kan det dreie seg om evne til å forhandle i og mestre situasjonen, fravær av rus, positiv selvfølelse og lett tilgjengelig beskyttelse som kondomer og femidomer.

Et avgjørende fellestrekk mellom gruppene av etniske- og seksuelle minoriteter er at risiko for smitte, det vil si antallet individer som er hivpositive i gruppene, er til dels svært mye høyere enn i befolkningen for øvrig.

Menn som har sex med menn

Blant menn som har sex med menn (MSM) har informasjonsvirksomhet om sikrere sex og kondombruk har vært holdt på et jevnt intensivt nivå i mange år, og kunnskapsnivået om smittemåter for hiv tradisjonelt vært høyt. Det er likevel blant MSM at vi har sett den største økningen av nysmitte i de seinere årene. Det er også grunn til å tro at antagelsen om informasjonstretthet i MSM-miljøer er reel ettersom denne gruppen i særlig grad har vært målgruppe for hiv/aids-budskap gjennom mange år. Dette kan igjen medvirke til at intensiteten i den målrettete informasjon til nye generasjoner MSM svekkes blant ulike aktører innen hivforebygging.

Både norsk og internasjonal forskning har dokumentert betydelig risikoadferd blant MSM de seneste årene. Dette samsvarer godt med at over 60 prosent av nydiagnostiserte MSM oppgir ubeskyttet analsex med tilfeldig partner som smittekilde. Skal nysmitte reduseres blant MSM, må det finne sted en betydelig adferdsendring med hensyn til å øke kondombruk blant MSM som har sex med tilfeldig eller ukjent partner.

Forskning har avdekket til dels mangelfull oppfatning av den aktuelle sykdomsforekomsten av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner i enkelte MSM-miljøer. Tall fra Folkehelseinstituttet og en rekke erfaringer fra klinisk praksis viser at en betydelig andel av menn som blir diagnostisert med hiv også har andre seksuelt overførbare infeksjoner. Også en del menn som lever med hiv får påvist seksuelt overførbare infeksjoner som for eksempel gonorè og syfilis, noe som indikerer praktisering av usikker sex. Dette viser at gruppen har behov for mer informasjon om den aktuelle situasjonen og den høye smitterisikoen for både hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Dette gjelder også informasjon om hvordan medikamentell behandling av hiv innvirker på smitterisiko.

Fremveksten av kontaktpunkter på internett er i flere undersøkelser internasjonalt trukket frem som en medvirkende faktor til økningen av hivspredning blant MSM. Dette begrunnes med at enkel kontaktskaping potensielt øker tilgjengeligheten til flere tilfeldige seksualpartnere i miljøer med høy risiko for smitte. Samtidig trekkes det også fram at de samme kontaktpunktene på internett er en viktig kilde til å spre nødvendig kunnskap om seksuell helse og beskyttelsesstrategier til målgruppene.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgings-ansvar:
Utvikle og ta i bruk nye, virksomme intervensjoner som adresserer forbindelsen mellom mottatt informasjon og adferd, med sikte på å endre risikoadferd blant MSM.	HOD
Øke bevisstheten på dobbel diskriminerings-problematikk blant MSM, samt koblinger mellom høyt forbruk av rusmidler og risiko for hvismitte.	**BLD**, HOD
Lett tilgang til kondomer og glidemidler.	HOD
Øke testfrekvensen blant MSM.	HOD
Iverksette retningslinjer for postekspone-ringsbehandling (PEP), gjøre tilbudene kjent for relevante målgrupper.	HOD
Styrke psykolog- og veiledningstilbudet for MSM.	HOD

Enkelte grupper av innvandrere

Blant enkelte grupper av innvandrere fra land som er spesielt sterkt rammet av hiv, kan risiko for smitte internt i gruppa være tilnærmet lik som i opprinnelseslandet. I tillegg vil det være flere levekårsvariabler som predikerer for dårligere seksuell helse, som utdanningsnivå, grad av selvbestemmelse over eget liv og seksualitet.

En tredjedel av hivpositive i Norge i dag er smittet før ankomst til Norge, og av disse er omtrent halvparten kvinner. Hivpositive med innvandrerbakgrunn, både menn og kvinner, rapporterer at det er vanskelig å være åpen hivpositiv i sin egen gruppe. Tatt i betraktning at nettopp støtte og fortrolighet fra venner og familie er av stor betydning for psykisk helse hos innvandrerkvinner, fremstår disse som en ekstra sårbar gruppe.

Innvandrergruppene i Norge er svært uensartet, men studier indikerer at mange av dem som er smittet, også de som er i miljøer med risiko for smitte, har for lite kunnskap om smittemåter og seksuell helse generelt.

Et spørsmål i Fafos levekårsundersøkelse fra 2009 ble kun stilt til personer som har kommet til Norge de siste fem årene. Spørsmålet omhandlet forholdet til asyl- og flyktningsmyndighetene. Flertallet av respondentene ga positive tilbakemeldinger, men ca en av tre opplevde ikke at hivtesten ved ankomst var frivillig, og forholdsvis mange som sa at hiv og aids ikke var noe det ble snakket om på asylmottaket.

For enkelte kan barrierene for å oppsøke offentlige myndigheter for å få hjelp være store. Språk, manglende innsikt i norske offentlige systemer, uklar oppholdsstatus og gjensidige misforståelser mellom pasient og personell, er noen av barrierene som pekes på i forskning og erfaringer. Dette kan føre til at enkeltindivider kommer sent til testing og eventuell behandling for hivinfeksjon. Barrierene vil også kunne være høye i forhold til å motta og tilby adekvat smitteveiledning ved påvist hivinfeksjon.

Blant innvandrergruppen er kjønnsperspektivet spesielt viktig, der innvandrerkvinner har dårligere materielle levekår enn menn. Forebyggingsstrategier og oppfølgingstiltak må ha et klart kjønnsperspektiv som særlig tar hensyn til at mange kvinner har svært høy sårbarhet for hiv. Det kan blant annet dreie seg om manglende seksuell autonomi, mangel på selvbestemmelse med hensyn til bruk av prevensjon, biologiske forhold så vel som økonomi. Erfaringer fra kvinnerettede tiltak i Norge viser at bruk av Femidom hos enkelte gir noe mer kontroll over egen seksualitet og fungerer som en beskyttelsesstrategi.

I en undersøkelse blant afrikanske kvinner i Norge finner man at hiv særlig berører denne gruppen med tanke på å få egne barn, der informasjon om graviditet og hiv ikke når frem. Innvandrerkvinner vil i mange tilfeller stå mer utenfor eller på siden av arbeidslivet enn sine partnere, en faktor som bidrar ytterligere til isolasjon.

I Norge regner man med at det finnes rundt 30-40 barn og ungdommer som lever med hiv. Det er ikke påvist mor-til-barn smitte i Norge på flere år, og de barna og ungdommene det gjelder er i all hovedsak smittet før ankomst til landet. Det finnes lite eller ingen systematisk kunnskap om denne gruppen. I fagmiljøene er det uttrykt bekymring for i hvilken grad barn og ungdom med hiv og deres nærmeste

får adekvat oppfølging av de psykososiale sidene ved å leve med hiv.

Det er påvist en viss økning i nysmitte innad i enkelte innvandrermiljøer de seneste årene, men den reelle årsaken til at gruppen "smittet før ankomst til Norge" er størst i hivstatistikken er at Norge mottar et høyt antall flyktninger fra land med høy forekomst av hiv.

Det er internasjonalt en økende bevissthet rundt sammenhengen mellom tuberkulose og hivinfeksjon. Globalt var det estimert 9,3 millioner tilfeller av tuberkulose i 2007, hvorav 1,4 millioner (15 prosent) også var hivpositive. Av disse tilfellene var 79 prosent i Afrikaregionen og 11 prosent var i den Sørøst asiatiske regionen. Verdens helseorganisasjon beregner i 2008 at hivpositive har 20 ganger større risiko for å utvike tuberkulose enn hivnegative i land som med en generalisert hivepidemi. I land med en lavere prevalens med hiv har hivpositive mellom 26 og 37 prosent større risiko for tuberkulose enn hivnegative.

Det foreligger svært lite kunnskap om seksuelle minoriteter i den norske innvandrerpopulasjonen. Enkeltrapporter og internasjonal forskning tyder imidlertid på at det er en betydelig økt sårbarhet for hiv blant menn som har sex med menn og transpersoner i denne gruppen. Det skyldes dels kulturelle normer om seksualitet og dels mangel på kunnskap om smitteveier og risikofaktorer.

Det er få organisasjoner og miljøer som arbeider spesifikt med hivforebygging og levekår for hivpositive blant innvandrere i Norge. Flere enkelttiltak er blitt lagt ned. Samtidig er det en rekke organisasjoner og miljøer som kan ha interesse, potensial for, og virkemidler til å bidra i arbeidet.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgingsansvar:
Styrke formidlingen av kunnskap og mestringsstrategier til særlig utsatte innvandrergrupper.	**HOD**, AID
Støtte opp om målrettede tiltak rettet til grupper med særlig sårbarhet for hiv, som kvinnegrupper og menn som har sex med menn.	HOD
Iverksette kunnskapsbaserte og effektive tiltak for å øke bruken av kondom og femidom.	HOD
Arbeide for likeverdige offentlige tjenester til alle grupper, herunder helsetjenester og andre offentlige hjelpetilbud.	HOD
Oppfordre trossamfunn og frivillige organisasjoner til å drive forebyggende arbeid også i innvandrerbefolkningen.	**HOD**, AID
Etablere opplærings- og oppfølgingstilbud for barn, ungdom og unge voksne som lever med hiv.	HOD

Andre grupper med sårbarhet for hiv

Antall nysmittede med hiv som følge av injiserende narkotikamisbruk har holdt seg på et jevnt lavt nivå. Den høye forekomsten av hepatitt B- og C i gruppen viser imidlertid at stoffmisbrukere er særlig sårbare for blodsmitte og de forebyggende tiltakene må derfor opprettholdes.

Antall innsatte i norske fengsler utgjør til enhver tid ca 3 400 personer. Det er antatt at omkring 60 prosent av de innsatte i norske fengsler har rusproblemer, av disse hadde halvparten injisert stoff med sprøyte. Fra 1997 ble det av smittevernhensyn innført en ordning hvor innsatte ble gitt tilgang til desinfeksjonsveske i form av klor/kloramin for å kunne rense brukte sprøyter og spisser. Internasjonale erfaringer fra en rekke europeiske land som har gitt innsatte tilgang til sterile sprøyter og spisser tilsier at dette er et tiltak som forhindrer blodsmitteoverføring i fengslet og som verken har ført til økt bruk av rusmidler hos rusavhengige, økte disiplinærproblemer eller at sprøyter og spisser har vært benyttet som våpen. Helsedirektoratet utredet i 2009 dette spørsmålet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og konkluderte med å anbefale iverksettelse av en ordning i fengslene som minst omfatter innbytte av brukte sprøyter og spisser. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt utredningen på en bred høring i helse- og justissektoren.

Det er ikke rapportert om smitte fra prostituert til kjøper av seksuelle tjenester i Norge de seneste årene. Det er imidlertid rapportert om en betydelig økning i antallet sexarbeidere som tester positivt for hiv de siste årene. Dette skyldes økningen i antallet utenlandske prostituerte, særlig fra afrikanske land, som startet i første halvdel av 2000 tallet.

Sexarbeidere og injiserende rusmisbrukere er internasjonalt sett svært utsatt for hiv og utgjør i

mange land de største sosiale gruppene som lever med hiv. Det er grunn til å tro at den målrettede forebyggende innsatsen innad i miljøene har bidratt sterkt til at utviklingen i Norge er under kontroll.

I etterkant av innføringen av forbud mot kjøp av seksuelle tjenester i januar 2009, rapporteres det fra prostitusjonstiltakene en økende bekymring for at det forebyggende arbeidet vil bli svekket. Det er blitt vanskeligere å ha god oversikt over og få innpass i prostitusjonsmiljøene. I tillegg rapporteres det om at enkelte sexarbeidere ikke lenger ønsker å motta kondomer og glidemiddel som tidligere i frykt for at for store mengder av dette vil brukes av politiet som indisium på salg av seksuelle tjenester.

De siste årene har det vært en jevn økning i antall norske som blir smittet på feriereiser i utlandet. Det gjelder spesielt menn som har ubeskyttet sex på ferie i land med høy prevalens av hiv.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgings-ansvar:
Videreføre skadereduserende tiltak for rusmisbrukere, for eksempel lavterskel helsehjelp, sprøyterom.	HOD
Sikre at sprøytemisbrukere ved avrusning og i behandlingsinstitusjon tilbys hiv test.	HOD
Styrke tilbud om sexologisk rådgivning til rusmisbrukere i behandling.	HOD
Vurdere anbefalinger om skadereduserende tiltak for innsatte i fengsler etter bred høringsrunde i helse- og justissektoren.	**HOD**, JD
Hindre utilsiktede forebyggingsmessige konsekvenser av kriminalisering av sexkjøp.	**HOD**, JD
Intensivere forebyggingstiltak rettet til utenlandsreisende.	**HOD**, UD

3.4 Delmål 4: Redusere mørketall - tidlig avdekking av hivinfeksjon; test, utredning, diagnostikk og tilpasset rådgivning

Prognosen ved hivinfeksjon kan bedres betraktelig ved tidlig diagnose og når behandling starter før symptomer på sykdom. Tidlig diagnostikk er også viktig for at den enkelte kan unngå å føre smitten videre – hiv er mest smittsomt tidlig i forløpet. Ved å komme tidlig i gang med behandling vil også utsiktene til god behandlingsgevinst styrkes betraktelig. Testmetodene i dag er sikrere og mer spesifikke enn noen gang. De er gratis for pasienten og er tilgjengelige i de aller fleste deler av helsetjenestene.

Det europeiske overvåkningsorganet for smittsomme sykdommer (ECDC) anslår at mellom 20 og 30 prosent av alle hivpositive i Nord- og Mellom-Europa ikke kjenner til sin hivstatus. I Danmark anslås mørketallene å være mellom 15 og 25 prosent. Folkehelseinstituttet anslår at det er fra 300 til 500 personer i Norge som er hivpositive uten å kjenne til det. Enkelte studier har vist at i en populasjon av hivpositive stod de 20 prosentene som ikke kjente til sin hivstatus for mer enn 50 prosent av nysmitte til andre.

Det er nødvendig med mer målrettede tiltak for å bedre testhyppigheten i flere deler av befolkningen. Det gjelder i de gruppene som har særlig sårbarhet for hiv, men også blant andre som kan ha vært i situasjoner med risiko. Stoffmisbrukere er spesielt sårbare for blodsmitte og hiv-situasjonen må betraktes som uforutsigbar. Høy testaktivitet for hiv i gruppen vil sikre god overvåking og muliggjøre rask intervensjon dersom hiv igjen skulle blusse opp i miljøene.

Både seksuelle minoriteter, som MSM, og enkelte grupper av innvandrere opplever barrierer for tilgjengelighet til test og rådgivning. I mange situasjoner kan en pasient finne det vanskelig å dele informasjon med helsepersonell om mulige risikosituasjoner, noe som gjør det vanskelig for helsepersonellet å vurdere om en hivtest bør tilbys. Det kan også være slik at helsepersonell er tilbakeholdne med å tilby hivtest til en pasient i frykt for å uroe eller støte vedkommende. I internasjonal sammenheng legges det økende vekt på at helsepersonell i større grad bør ta initiativet til og å foreslå hivtest for sine pasienter.

For flykninger- og asylsøkere er det helsetjenesten i transittmottakene som skal skal fange opp umiddelbare behandlingstrengende sykdommer eller tilstander hos asylsøkere og flyktinger som trenger hurtig hjelp.

Kvoteflyktninger og familiegjenforente bosetter seg direkte i kommunen uten å være innom mottak. Bosettingskommunen har ansvaret for å gi tilbud om helseundersøkelse samt relevant informasjon og

veiledning. Fastlege skal tildeles snarest etter bosetting i kommunen.

Tolk er for mange en nødvendig forutsetning for å benytte helsetjenester og ofte en forutsetning for adekvat helsehjelp. Alle pasienter har rett til nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som ytes. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. (Jf Pasientrettighetsloven §3-2 og 3-5.)

Det er helsepersonell som har ansvaret for å tilrettelegge informasjonen og så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Kommunen må ved behov sørge for kvalifisert tolkehjelp i primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister. Spesialisthelsetjenesten i sykehus og poliklinikker må selv skaffe tolkehjelp. Rapporteringer fra fagmiljøer og organisasjoner peker på at i konsultasjoner som omhandler hiv vil det ofte være mest ønskelig å benytte telefontolk av anonymitetshensyn.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2003 tilsyn med kommunenes helsetjeneste i flyktning- og asylmottakene. Det ble avdekket til dels store mangler når det gjelder rutiner for testing og annen oppfølging. I følge Helsedirektoratets veileder for nevnte tjenester skal nyankomne tilbys test og veiledning om hiv. En rekke rapporter peker på at dette ikke gjennomføres tilstrekkelig pr i dag. Personer som får opphold i Norge gjennom familiegjenforening skal benytte seg av de ordinære helsetjenestene, og det foreligger i dag lite systematisk kunnskap om hvorvidt familiegjenforente blir tilbudt testing for hiv.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgings-ansvar:
Spre kunnskap om viktigheten av tidlig testing overfor utsatte grupper i befolkningen.	HOD
Innføre tilbud om hurtigtest til særlig sårbare grupper, for eksempel i samarbeid mellom helsetjeneste og frivillige organisasjoner.	HOD
Forbedre helsetjenestens smitteoppsporing og -veiledning etter diagnostisert hivinfeksjon.	HOD
Sikre god tilgang til test og rådgivning for grupper som opplever helsesystemene lite tilgjengelig eller tilpasset egen situasjon.	HOD
Vurdere nye indikasjoner for rutinemessig hivtest i tjenestene.	HOD
Utrede og styrke rutiner for testing av tuberkulose og hiv ved familiegjenforening.	HOD
Sikre nødvendig smittevernhjelp for personer uten lovlig opphold.	**HOD**, JD

3.5 Delmål 5: Fjerne barrierer for tilgang til medisinsk behandling og helhetlige behandlingstilbud basert på god samhandling mellom aktørene i helsetjenester

Introduksjonen av nye medisiner mot hiv på slutten av 90-tallet har redusert sykeligheten og dødeligheten som er assosiert med hiv og aids, økt livskvaliteten og økt utsiktene til lange liv med for de som rammes av hiv.

Det betyr at hvert år blir det flere som lever med hiv, og at hiv i større grad enn tidligere må sees i et livsløpsperspektiv. For helsetjenestene medfører denne utviklingen blant annet en endring i bruken av tjenestene; fra stor grad av hospitalisering til økt fokus på oppfølging i førstelinjetjenesten.

Samtidig er situasjonen den at svært mange pasienter med hiv får sin primære medisinske oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Kompleksiteten i behandlingsregimene, blant annet interaksjoner mellom legemidlene og utvikling av resistens, gjør at spesialisthelsetjenesten har et overordnet ansvar for å sikre maksimal effekt av behandlingen.

Det er imidlertid viktig med et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene for at behandlingsgevinsten skal opprettholdes. Pasienter med hiv har også behov for gode og tilgjengelige helsetjenester på kommunalt nivå for plager og lidelser som ikke nødvendigvis er knyttet til hivinfeksjonen.

Nyere forskning antyder at hivpasienter kan ha økt risiko for enkelte sykdommer som for eksempel diabetes, hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk og depresjon. Dette er tilstander som fastlegen har det overordnede ansvaret for å følge opp.

Obduksjonsstudier viser at 30-40 prosent av hiv-positive i Afrika dør pga tuberkulose. Blant hivpositive barn skyldes en av fem dødsfall tuberkulose. Vi har ikke norske tall for koinfeksjonen mellom hiv og tuberkulose fordi de meldes på to forskjellige måter. Det er likevel grunn til å anta at det er noen grad av koinfeksjon, spesielt blant afrikanere, når det gjelder hiv og tuberkulose. For pasient og lege er det viktig å vite om en hivpositiv også er tuberkulose-smittet fordi tuberkulose i de fleste tilfeller lett kan behandles og fordi tuberkulose hos en hivsmittet kan få et mer alvorlig forløp enn hos ikke-hivsmittede. På den annen side er det viktig å vite om en tuberkulose-pasient også har hiv, blant annet fordi dette vil få behandlingsmessige konsekvenser for tuberkulose-behandlingen. Det er viktig, også i Norge, i større grad enn før å se disse to infeksjonene i sammenheng. Dette gjelder både i forhold til den enkelte pasient og i et samfunnsmedisinsk perspektiv.

Den eldste som ble diagnostisert med hiv i Norge i 2008 var 76 år gammel. Totalt sett er det over 700 personer over 50 år som lever med hiv i Norge. Internasjonale studier viser at eldre hivpositive i større grad enn andre jevnaldrende rapporterer om ikke-hivrelaterte helseplager. Funnene gir grunn til å tro at tilsvarende gjelder for eldre hivpositive i Norge. Tjenestetilbudet må ha tilstrekkelig kunnskap til å møte gruppens omsorgsbehov.

Det er uklart i hvilken grad helsetjenestene gir adekvate tilbud om repeterende og jevnlige smittevernsamtaler og tilbud om annen opplæring i det å leve med en kronisk smittsom sykdom. Imidlertid har helseforetakene en lovmessig plikt til å påse at pasienter som er diagnostisert med hivinfeksjon, samt eventuelle pårørende, får tilbud om slik opplæring.

Det foreligger i dag ikke veiledere eller retningslinjer for hvordan god samhandling i den medisinske oppfølgingen av hivpasienter skal sikres mellom nivåene i helsetjenestene.

Aksept – senter for alle som er berørt av hiv, som drives av Kirkens bymisjon i Oslo, har 25 års erfaring med å tilrettelegge for god psykososial oppfølging av enkeltpersoner og familier som lever med hiv. De seneste årene har de fått erfaringer og utviklet metodikk i forhold til afrikanske grupper. Senteret utvikler i 2009 en hospiteringsordning med sikte på at erfaringene og metodene kan overføres og tilpasses kommuner i hele landet.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgings-ansvar:
Utvikle og iverksette retningslinjer og veiledere for god praksis i behandlingen av hivinfeksjon.	HOD
Vurdere etablering av ordning med hiv-koordinatorer som bindeledd mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik tuberkulosekoordinatorene fungerer i dag.	HOD
Styrke integrasjon og samhandling mellom infeksjonsmedisinsk behandling og tjenester for psykisk helse og rus.	HOD
Utvikle et helhetlig opplæringsprogram for å leve med hiv i regi av Lærings- og mestringssentrene.	HOD
I større grad ta i bruk den lovfestede ordningen med individuell plan for hiv positive pasienter for sikre optimal samhandling mellom helse og velferdstjenester.	HOD
Utvikle metoder som sikrer god overføring av erfaringskunnskap og metodikk for psykososial oppfølging av hivpositive.	HOD

3.6 Delmål 6: Sikre hivpositives deltagelse arbeidslivet

Hiv/aids ble i utgangspunktet identifisert som et svært alvorlig helseproblem for den enkelte og for samfunnet, men det ble tidlig klart at hiv for mange har stor innvirkning på den enkeltes muligheter for sosialt liv, utdanning og arbeidsliv.

De fleste som lever med hiv er i sin økonomisk produktive livsfase. Hivinfeksjon kan medføre et produktivitetstap for samfunnet på grunn av redusert arbeidsevne som følge av sykdommen og i enkelte tilfeller på grunn av diskriminering i arbeidslivet.

Gjennom diskriminerings- og tilgjengelighetsloven sikres hivpositive rettslig vern mot diskriminering og trakassering, blant annet i arbeidslivet. Dette innebærer også at hivpositive kan få et tilbud om gratis veiledning om rettigheter i arbeidslivet, og rett til gratis klagesaksbehandling dersom de mener at deres rettigheter er krenket. Hivpositive har rettigheter også etter de generelle bestemmelsene i arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljøloven stiller blant annet krav til at arbeidsmiljøet skal være ”fullt

forsvarlig", jf arbeidsmiljølovens kapittel 4. Det stilles også krav til det psykososiale arbeidsmiljøet, blant annet skal arbeidstakere ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden. Arbeidsgiver har, på visse vilkår, ansvar for og en plikt til å tilrettelegge arbeidssituasjonen for arbeidstaker der det er nødvendig. Videre har arbeidsmiljøloven i kapittel 13 bestemmelser som inneholder forbud mot diskriminering. Diskriminerings-forbudet gjelder alle sider ved et ansettelses-forhold, herunder utlysing av stilling og ansettelse, lønns- og arbeidsvilkår og opphør. Loven legger også begrensninger på arbeidsgivers adgang til å be om helseopplysninger ved ansettelse, jf arbeids-miljøloven §§ 9-3 og 9-4, samt arbeidsgivers adgang til å si opp arbeidstaker, jf arbeidsmiljøloven § 15-7. I en dom fra 1988 (Rt. 1988 s. 959) fastslo Høyeste-rett at ubegrunnet smittefrykt hos kollegaer ikke utgjør saklig grunn til oppsigelse.

International Labour Organisation (ILO), FNs særorganisasjon for arbeidslivet, opprettet i 2000 et eget hiv/aids– program for arbeidslivet. Formålet med programmet er å forstå og respondere på effektene av hiv/aids i arbeidslivet, og å støtte myndighetenes og partene i arbeidslivets handlin-ger/tiltak på området. Programmet har følgende tre hovedsatsingsområder: Forskning og analyse omkring hiv/aids-relaterte problemstillinger i arbeidslivet, informasjon, kommunikasjon og rådgivning gjennom ulike fora (blant annet publika-sjoner og fagmøter på globalt, nasjonalt og regionalt nivå) og faglig samarbeid med prosjekter i over 50 land i samarbeid med arbeidstakere, arbeidsgivere og myndighetene.

ILO ga i 2001 ut "Code of practice on HIV/AIDS and the world of work". Viktige temaer i denne kodeksen er rettigheter, ikke-diskriminering, likestilling, konfidensialitet, forebygging og støtte og omsorg. For å rette oppmerksomheten mot dette tema på det nasjonale og internasjonale plan og styrke betydnin-gen av denne kodeksen, hiv/aids i arbeidslivet satt på dagsorden til ILOs arbeidskonferanse i juni 2009 med sikte på at det skal utarbeides en rekommanda-sjon.

Resultatene fra Fafos levekårsundersøkelser både i 2002 og 2009 blant personer som lever med hiv viser at et betydelig antall har utfordringer knyttet til arbeidslivet og at problemene med åpenhet ikke er blitt mindre. I 2002 oppgav over halvparten av respondentene at de var i arbeid – enten heltid eller deltid. Tilknytning til arbeidslivet oppleves som positivt for den enkelte, men strevsomt blant annet fordi kun et fåtall er åpne om sin hivdiagnose. En rådende forklaring på en eventuell forverring når det gjelder åpenhet er at det er tøffere å stå fram som hivpositiv når en skal leve lenge med hiv.

De norske funnene blir bekreftet av en rekke internasjonale studier. Utfordringene dreier seg til dels om en generell frykt for å fortelle om sin hivstatus på arbeidsplassen, noe som åpenbart vil ha negative konsekvenser i forhold til eventuelle nødvendige tilpasninger i arbeidssituasjonen. Det rapporteres også om vansker med å få innpass på arbeidsmarkedet, og at flere har forlatt eller redu-sert sine jobbambisjoner som et resultat av hiv-diagnosen.

Fafos holdnings- og kunnskapsundersøkelse viste blant annet at 60 prosent av de spurte mener at hivpositive har plikt til å være åpen om sin hivstatus på arbeidsplassen, og at arbeidsgiver må ha anled-ning til å sette hivpositive til andre arbeidsoppgaver, for eksempel av hensyn til en mulig smittefrykt hos kolleger. Fafo konkluderer med at hivpositives utsikter til lange arbeidsliv skaper et behov for sterkere vern mot oppsigelse, vern mot diskrimine-ring ved ansettelse og for tilrettelegging av arbeids-miljøet med tanke på diskriminering. Det kan i enkelte tilfeller også være behov for konkret informasjonsarbeid som skal forhindre negativ diskriminering på arbeidsplassen.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgings-ansvar:
Følge opp koordineringsansvaret for rekommandasjon fra ILO om hiv/aids og arbeidsliv.	**AID**, BLD, HOD
Kunnskapsøkning om hiv i arbeidslivssek-toren, i samarbeid med partene i arbeids-livet og private/ikke-offentlige organisa-sjoner.	HOD
Operasjonalisere og tydeliggjøre de delene av lovverket som skal sikre hivpositives rettigheter i arbeidslivet.	BLD, AID, JD
Oppfordre bedrifter med mange ansatte til å utvikle arbeidsplass-policy i forhold til hiv.	HOD
Standardiserte tilbud til hiv positive; for å kvalitetssikre helhetlig og lik oppfølging uavhengig av bosted.	HOD

Relevant kunnskap om hiv og aids må sikres dekket i profesjonsutdanningene.	HOD
Utvikle arbeidsrettede informasjonstiltak om hiv.	HOD

3.7 Delmål 7: Videreføre internasjonalt samarbeid og innsats og følge opp internasjonale forpliktelser i arbeidet med hiv og aids

På rundt 30 år har hiv og aids spredt seg drastisk til å bli en verdensomfattende pandemi. Godt over 30 millioner mennesker lever med hiv og mellom 20 og 30 millioner mennesker har dødd av sykdommen. Over to tredjedeler av de som lever med hiv og aids bor i Afrika sør for Sahara. Selv om behandlingstilbudet er blitt bedre verden over, klarer man ikke å minske gapet når det gjelder tilgang til behandling. Det er fortsatt flere som smittes enn nye personer som får tilgang til aidsmedisiner (hhv fem/to). Man anslår at om lag 30 prosent av de som trenger behandling, får slik behandling (2008). 11 millioner mennesker er syke av både hiv og tuberkulose. Tuberkulose er den hyppigste dødsårsaken hos hivpositive personer, og behandling av slike koinfeksjoner er krevende både medisinsk og praktisk.

Kvinner utgjør en stadig større andel av hivpositive. Epidemien har i en viss grad flatet ut i omfang, særlig i Afrika sør for Sahara, mens det i andre deler av verden fortsatt er en økning. I verden utenom Afrika er det injiserende sprøytebrukere (IDU), menn som har sex med menn (MSM) og sex-arbeidere som er mest utsatt for smitte. Diskriminerende lover og sosialt stigma gjør det vanskelig å nå ut til disse gruppene, ikke minst i Afrika, der det til nå har vært lite fokus på MSM og IDU. Dette fører til mørketall, og viser at det er behov for bedre overvåking av epidemien i forhold til utsatte grupper.

Fravær av smittsomme sykdommer som hiv er et globalt fellesgode, som er avhengig av et samarbeid mellom individer, lokalsamfunn og nasjoner. Bekjempelsen av hiv og aids er derfor en sentral prioritering i norsk bistands- og utenrikspolitikk.

Gjennom FNs tusenårsforsamling i 2000 ble tusenårsmålene vedtatt. Disse setter mål for økonomisk og sosial utvikling. Gjennom Norges internasjonale arbeid, skal vi bidra til å oppfylle de internasjonale tusenårsmålene, der delmål seks blant annet dreier seg om hiv og aids:

- Stoppe spredning av hiv/aids, malaria og andre dødelige sykdommer

I 2001 vedtok spesialsesjonen av FNs Generalforsamling "Declaration of Commitment on HIV/AIDS" (UNGASS 2001), som definerte spesifiserte mål og tidsrammer for å sikre både handling, støtte og finansiering til hivresponsen. Tilsvarende signerte medlemsstatene i WHO Europa en forpliktende partnerskapsavtale om bekjempelse av hiv/aids i Europa og Sentral Asia i Dublin 2004 (Dublin deklarasjonen 2004).

Norge er forpliktet til å bidra til å nå målet om så langt mulig å oppnå universell tilgang til hivforebygging, behandling, støtte og omsorg innen 2010, som ble lansert i 2005 og bekreftet i den politiske deklarasjonen på Høynivåmøtet i New York om hiv og aids fra juni 2006 (FN referanse A/Res/ 60/262 Annex, Political Declaration on HIV/AIDS). For å nå disse målene trengs det internasjonal solidaritet og felles innsats for å sikre finansiering av tjenester, tiltak, medisiner og utstyr.

Felles for de internasjonale deklarasjonene er blant annet at de setter opp konkrete mål og felles tiltak for å nå disse. Nøkkeltemaer er:

- Lederskap og ansvarlighet på alle nivå - og behov for sterke partnerskap statene imellom, samt mellom offentlige, private og frivillige aktører, inkludert personer som selv lever med hiv
- Styrke koblinger; tematiske (ikke minst mot seksuell og reproduktiv helse og tuberkulose) så vel som mellom organisasjoner og initiativer. Oppskalering av behandlingstilbud må så langt som mulig bidra til å styrke helsesystemene på alle nivåer.
- Forebygging - med særskilt fokus på grupper med høy sårbarhet for smitte. Tiltak rettet mot ungdom og unge voksne, med særlig vekt på kunnskapsformidling og utvikling av ungdomsvennlige tjenester. Sammenheng mellom hivinfeksjon og andre seksuelt overførbare infeksjoner.
- Leve med hiv – fokus på universell tilgang til behandling og omsorg. Bekjempelse av stigma, diskriminering og sikring av menneskerettigheter. Oppskalering av frivillig og konfidensiell hivtesting og god kvalitet på rådgivning. Viktig å sikre arbeid i ulike sektorer og men mange aktører, inkludert sivilt samfunn. Arbeidsplasser er viktige arenaer for forebygging og inkludering,

og arbeidslivets parter er sentrale aktører i forhold til hivpositives levekår.
- Internasjonalt er det viktig å ha et kjønnsperspektiv på hivarbeidet, da epidemien og dens konsekvenser ofte rammer kvinner spesielt.

Norge støtter det internasjonale arbeidet for bekjempelse av hiv-epidemien både gjennom mulitlateralt brede innsatser i samsvar med overordnede føringer fra FN, og gjennom særskilt å arbeide på enkelte prioritere temaer der Norge kan ha en pådriverrolle. Utenriksdepartementet lanserte i desember 2006 et posisjonsnotat for norsk hiv- og aidspolitikk, utviklet i dialog med norske aktører og som en oppfølging av de internasjonale forpliktelsene fra FN. Posisjonsnotatet har følgende tematiske prioriteringer:
- Kvinner, kjønn og makt. Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.
- Spesielt utsatte grupper (menn som har sex med menn, personer som selger sex, sprøytebrukere etc.).
- Ungdom.
- Lovgivning med relevans for aidsområdet.
- Lokalsamfunn og lokaldemokrati i et aidsperspektiv.
- Helsepersonell og helsesystem.
- Forebygging av smitte fra mor til barn.

Det er et internasjonalt mål at lovgivningen skal bidra til å redusere menneskers risiko for å bli hivpositive, og at hivpositives rettigheter skal sikres. Dette er lagt til grunn i norsk hiv- og aidspolitikk for utviklingssamarbeidet.

For å bidra til en samordning av de nasjonale tiltakene med den internasjonale aidspolitikken, oppnevnte Utenriksdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 et felles Nasjonalt hiv og aidsråd. Hiv- og aidsrådet møtes to ganger per år og ledes annenhver gang av HOD og UD, på statsråd eller statssekretærnivå. Hiv og aidsrådet har medlemmer fra berørte statlige etater og fra sivilt samfunn, inkludert representanter for mennesker som lever med hiv, og organisasjoner som jobber med internasjonalt utviklingssamarbeid og med ungdom. Rådet er en plattform for å drøfte sentrale temaer og utfordringer knyttet til epidemien ute og hjemme, og for dialog med politisk ledelse i begge departementer, men uten noen besluttende myndighet. I tillegg til hiv og aidsrådet har Norad gjennom flere år støttet koordineringen av et fagnettverk for hiv og aids, Aidsnett, som består av fagpersoner og interesserte fra frivillige organisasjoner, fra forvaltningen og fra forskningsmiljøer.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgings-ansvar:
Videreutvikle et sterkt fokus på hiv og aids i den internasjonale utviklings-politikken.	UD
Videreføre Norges tydelige stemme i internasjonale fora med hensyn til hiv og menneskerettigheter.	UD
Fokusere på rettigheter til utsatte grupper, og sikre en kobling mellom seksuelle og reproduktive rettigheter og hiv i det internasjonale arbeidet.	UD
Fortsette å bidra solidarisk til finansiering av den globale hivinnsatsen.	UD
Samle internasjonale erfaringer knyttet til effekten av ulike former for lovregulering og kriminalisering i forhold til hivsmitte.	UD

3.8 Delmål 8: Bidra til å styrke forskning om forebygging og behandling av hiv, og monitorering og evaluering av forekomst, risikofaktorer og effekter av tiltak

Et godt system for epidemiologisk overvåkning er avgjørende for å identifisere problemstillinger knyttet til sårbarhetsfaktorer for ulike befolkningsgrupper og definere prioriteringer for innsatsen. Dataene fungerer som arbeidsverktøy for så vel forebyggingsaktører som planleggere av tiltak og dimensjonering av helse- og omsorgstjenester.

Overvåkningen av hiv i Norge baseres på anonymiserte meldinger fra diagnostiserende lege. Meldingen skal blant annet opplyse om antatt smittemåte og sted. Dette kalles 1. generasjons epidemiologiske data.

Data om kunnskap, holdninger og adferd i den generelle befolkningen, og blant særlig sårbare grupper i befolkningen er avgjørende for å kunne planlegge og å iverksette kunnskapsbaserte forebyggingsstrategier. Periodisk og systematisk samling av denne type data (2. generasjons epidemiologiske data) gir muligheter for å forutse utviklingsmønstre for hivinfeksjon, evaluere og monitorere forebyggingsinnsats, grader av stigma og diskriminering som møter personer som lever med hiv, samt deltagelse i arbeidsliv mv.

For å oppfylle de internasjonale forpliktelsene Norge har i forhold til monitorering av og rapportering om hiv/aids (UNGASS 2001 og Dublin 2004) trengs det både 1. og 2. generasjonsdata. Norge har forpliktet seg overfor til jevnlige rapporteringer på en rekke indikatorer som gjelder befolkningens kunnskapsnivå om hiv, særskilte tiltak for utsatte grupper, skadereduksjon og ulike sektorers respons på hivendemien. Per i dag mangler det data på en svært stor andel av indikatorene og rapporteringene fra Norge er mangelfulle. Hovedårsaken til dette er at det i liten grad gjennomføres systematiske populasjons- og utvalgsundersøkelser som ivaretar hivindikatorene, og at det ikke er dimensjonert personellressurser til dette arbeidet.

Områder med særskilt behov for forskningskunnskap er blant annet:

- Barn og ungdom som lever med hiv.
- Forebygging blant migranter.
- Oppsummeringer av effektive tiltak overfor gruppen MSM.
- Risikofaktorer og beskyttende faktorer blant særlig sårbare grupper.
- Eldre som lever med hiv.

Med bakgrunn i gjeldende strafferegulering, som har vært gjenstand for stor debatt, er det også behov for mer forskningsbasert kunnskap av kriminologisk og medisinsk art. For det første er det behov for få fram kunnskapsgrunnlaget om utilsiktede effekter av gjeldende regulering, herunder hvorvidt gjeldende regulering diskriminerer hivpositive og/eller har negativ betydning for den enkeltes atferd, beskyttelsesstrategier og villighet til test.

For det andre er dagens kunnskap om risiko for overføring av smitte fra en hivpositiv med lave eller ikke påvisbare celletall ved ubeskyttet sex begrenset. Det er opp til domstolen å vurdere hvor stor risikoen må være for at forholdet skal falle inn under straffeloven. Straffeansvar inntrer ikke ved forsvarlig bruk av kondom. Dermed er graden av risiko for smitteoverføring ved ubeskyttet sex ikke bare et generelt helsespørsmål, men også et spørsmål med betydning for vurderingen av om forholdet vil falle innenfor eller utenfor den nedre strafferettslige grensen for risiko.

Aktuelle strategiske grep:	Oppfølgings-ansvar:
Videreutvikle det nåværende systemet for overvåking.	HOD
Stimulere legene til å oppfylle meldingsplikten for hivinfeksjon.	HOD
Monitorering av sentrale indikatorer for befolkningens seksuelle helse og adferd, samt tilsvarende i grupper med særlig sårbarhet for hiv.	HOD
Gjennomføre jevnlige undersøkelser blant grupper med stor sårbarhet for hiv for å avdekke mørketall.	HOD
Stimulere nordisk/europeisk samarbeidet med hensyn til forskning, monitorering og kunnskapsgrunnlag for hivfeltet.	HOD
Arrangere årlige/biennale fagkonferanser for erfaringsutveksling og kunnskapsutvikling i planperioden.	HOD
Initiere og iverksette "følge med" evaluering av innsats og måloppnåelse underveis i planperioden.	HOD
Vurdere valg av metode og arbeide for om mulig å kunne få bedre kunnskap om mulige utilsiktede effekter av dagens straffesanksjonering knyttet til hiv.	HOD, JD
Systematisere eksisterende og initiere ny forskningsbaserte kunnskap om risiko for smitteoverføring fra personer under effektiv behandling.	HOD

LIFE

Vedlegg
– Faktabeskrivelse til strategien

1. Rollefordeling

Strategiens mål og strategiske grep berører flere samfunnssektorer og involverer aktører på alle forvaltningsnivåer og det sivile samfunn. Nedenfor beskrives de mest relevante aktørene og deres oppgaver og myndighet.

1.1 Offentlige myndigheter

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) har ansvar for arbeidsmarkedspolitikk, arbeidsmiljø- og sikkerhetspolitikk, integrerings- og mangfoldspolitikk, innvandrings- og asylpolitikk, same- og minoritetspolitikk, pensjonspolitikk og velferds- og sosialpolitikk.

På arbeidsmiljøområdet er det et overordnet mål å bidra til et sikkert og inkluderende arbeidsliv for alle, der det er lagt vekt på å forebygge helseskader, sykdom, ulykker og utstøting. Myndighetenes hovedvirkemidler i arbeidet er å utvikle regelverket, føre tilsyn og å drive kunnskaps- og metodeutvikling.

Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) forvalter sentrale deler av likestillings- og diskrimineringslovgivningen og har et overordnet og koordinerende ansvar for likestillings- og diskrimineringspolitikken, herunder politikken i forhold til lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (lhbt). BLD er koordinerende departement for handlingsplanen "Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012" - der regjeringen blant annet har fastsatt viktige prinsipper om sektoransvar og integrering (mainstreaming) av policy og kunnskap om lhbt i alle sektorer og offentlige virksomheter. Planen inneholder over 60 tiltak, blant disse flere som direkte eller indirekte berører arbeidet med å hindre hiv-spredning og som kan bidra til bedre livskvalitet blant menn som har sex med menn, herunder hivpositive i denne gruppen.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av blant annet bosted og økonomi. Departementet styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom et omfattende lovverk, årlige bevilgninger (ca. 110 milliarder kroner i 2007) og ved hjelp av statlige etater, virksomheter og foretak. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet et sektoransvar og pådriveransvar overfor andre sektorer for folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helsen, redusere faktorer som medfører helserisiko og beskytte mot ytre helsetrusler. Videre skal folkehelsearbeidet bidra til en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen.

Justis - og politidepartementet (JD) arbeider for redusert kriminalitet, trygghet og sikkerhet, åpenhet og demokrati og justisvesenets oppgaveløs-

ning og service til publikum. Et overordnet mål er å sikre samfunnets og enkeltmenneskets trygghet. Justisdepartementets skal blant annet bidra til å sikre kvalitet i lovgivningen.

Kunnskapsdepartementet (KD) har ansvar for å utvikle den overordnede politikken for barnehage, utdanning, livslang læring og forsking.

Utenriksdepartementet (UD) arbeider for å fremme fred og sikkerhet, en internasjonal rettsorden, en økonomisk rettferdig verdensorden og bærekraftig utvikling. UD skal sikre at Norge til enhver tid "taler med én stemme" i samsvar med hovedlinjene i norsk utenrikspolitikk. UD har derfor en viktig samordnende og rådgivende funksjon overfor andre departementer. Som fagdepartement er UD saksforberedende og utøvende organ for utenrikspolitiske saker, utenriksøkonomiske spørsmål og for utviklingssaker.

Arbeids- og velferdsdirektoratet leder Arbeids- og velferdsetaten som har ansvaret for gjennomføringen av arbeidsmarkeds-, trygde- og pensjonspolitikken. Arbeids- og velferdsetaten skal bidra til å realisere hovedmålene for NAV-reformen om flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad, enklere for brukerne og tilpasset brukernes behov, samt en helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning. Med utgangspunkt i disse hovedmålene skal etaten:

- bidra til å skape et inkluderende samfunn, et inkluderende arbeidsliv og et velfungerende arbeidsmarked
- ivareta vanskeligstilte gruppers behov og bekjempe fattigdom, blant annet ved å stimulere til arbeid og deltakelse
- sikre inntekt ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall

Nasjonalt folkehelseinstitutt er i henhold til smittevernloven § 7-9 statens smitteverninstitutt. Viktige oppgaver er å overvåke smittsomme sykdommer, drive forskning på smittevernområdet, sikre vaksineforsyning/beredskap og gi veiledning til institusjoner og befolkningen om smitteverntiltak. I henhold til forskrift om smittevern i helsetjenesten skal Folkehelseinstituttet blant annet holde oversikt over forekomst av infeksjoner i institusjoner, utarbeide statistikk og tilby assistanse ved oppklaring av utbrudd. Videre skal instituttet drive undervisningsvirksomhet, kurs samt oppdatering av kunnskaper i smittevern.

Helsedirektoratet er nasjonal smittevernmyndighet og har i henhold til smittevernloven § 7-10 myndighet til å gi en rekke pålegg. Eksempler på dette er myndighet til å pålegge midlertidige meldings- og varslingsplikter, påby kartleggings undersøkelser, påby vaksinering og treffe hastevedtak om flere forhold. Helsedirektoratet har ansvaret for iverksetting av vedtatt politikk på en lang rekke forebyggingsområder, herunder hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Direktoratet forvalter Helse- og omsorgsdepartementets tilskuddsmidler på hivfeltet.

Utdanningsdirektoratet skal medvirke til å nå sektormålene for grunnopplæringen, slik at barn, ungdom og voksne i hele landet kan få en god og forsvarlig grunnopplæring tilpasset forutsetningene og behovene til den enkelte. Hovedoppgavene for direktoratet er:

- å fremme kvalitetsutvikling i grunnopplæringen,
- å fremme kvalitetsvurdering, analyse og dokumentasjon av grunnopplæringen,
- å utføre forvaltningsoppgaver knyttet til grunnopplæringen.

Norad er Direktoratet for utviklingssamarbeid (Norwegian Agency for Development Cooperation) under Utenriksdepartementet. Fagetaten Norad skal bidra med faglige råd om effektiv oppfølging av Regjeringas handlingsplan for bekjemping av fattigdom og arbeidet med FNs Tusenårsmål. Etaten skal utvikle og levere uavhengig faglig kompetanse, bidra aktivt til faglige diskusjoner og være i front internasjonalt innen utvalgte fagområder.

Kopling av organisasjonskunnskap og faglig rådgiving skal bidra til å heve nivået på tjenestene til Norad gjennom økt tilfang av erfaringer. De norske samarbeidspartnerne til Norad er bistands- og humanitære organisasjoner, bedrifter, fagforeninger, kulturmiljø, forskingsmiljø, ambassader, statlige etater og institusjoner.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) er Arbeids- og inkluderingsdepartementets utøvende organ for statens integrerings- og inkluderingspolitikk, og er en viktig premissleverandør for utvikling av politikken på feltet. De viktigste oppgavene til IMDi er å:

- bidra til at kommunene bosetter flyktninger som får opphold i Norge i tråd med intensjonene i bosettingsordningen og slik at muligheten til raskt å komme i arbeid er best mulig,

- ta initiativ overfor og å samarbeide med næringsliv og organisasjoner for å øke innvandreres deltakelse i arbeids- og samfunnsliv,
- sikre rask overgang fra introduksjonsprogram til arbeid eller utdanning,
- bidra til å utvikle og iverksette integrerings- og inkluderingspolitikken,
- være et kompetansesenter for kommunene og andre samarbeidspartnere som arbeider med integrering og inkludering,
- ta initiativ overfor sektormyndigheter om muligheter og barrierer ulike grupper av innvandrere står overfor, og å bistå med råd og veiledning,
- bidra til å forebygge og bekjempe tvangsekteskap.

IMDis arbeid skal bygge opp under fagmyndighetenes ivaretakelse av sitt sektoransvar.

Politidirektoratet er et direktorat underlagt Justis- og politidepartementet. Politidirektoratet har ansvar for faglig ledelse, styring og oppfølgning og utvikling av politi- og lensmannsetaten, herunder de 27 politidistriktene og de sentrale særorganer. Politiets Utlendingsenhet, PU, er et særorgan underlagt Politidirektoratet. PU har ansvar for å registrere alle som søker asyl i Norge, identifisere asylsøkere og uttransportere personer som oppholder seg ulovlig i Norge eller har fått avslag på søknad om asyl. Ved registrering av asylsøkere har PU ansvar for å innhente blant annet søkernes opplysninger om egen helsetilstand.

Utlendingsdirektoratet skal iverksette flyktning- og innvandringspolitikken på Arbeids- og inkluderingsdepartementets ansvarsområde. UDIs hovedoppgaver er å behandle søknader etter utlendingsloven og statsborgerloven, herunder søknader om familiegjenforening, visum, oppholdstillatelse, arbeidstillatelse, statsborgerskap og asyl, og ha ansvaret for driften av statlige mottak for asylsøkere, herunder opprettelse og nedleggelse av mottaksplasser. UDI skal også gi faglig baserte bidrag til utviklingen av regelverk og politikk på dette området.

Statens helsetilsyn har i henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten det overordnede faglige tilsynet med helsetjenesten i Norge. Etter smittevernloven § 7-10a har Statens helsetilsyn det overordnede tilsynet med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med lov og forskrift.

Regionale helseforetak (RHF) skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. RHF skal blant annet bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og blir tilgjengelig for pasientene.

Kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunene. Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte.

Det nasjonale hiv og aidsrådet ble opprettet i desember 2006, som en videreutvikling av UDs tidligere aidsforum. Sentralt i konseptet står ønsket om sammenheng mellom arbeidet med hiv og aids i Norge og internasjonalt, og betydningen av rådslag med berørte og engasjerte parter. Et hovedanliggende er også å synliggjøre av at hiv er en politisk utfordring som denne regjeringen investerer i gjennom politisk engasjement og lederskap. Rådet er etablert med ett rådgivende og ikke besluttende mandat. Det er politisk ledelses bruk av rådet som gir dets berettigelse og tyngde. Møtene arrangeres og ledes på politisk nivå vekselvis mellom Helse- og omsorgsdepartementet og UD. Rådet har en bred sammensetning av ulike offentlige og private organisasjoner. HKH Kronprinsesse Mette Marit deltar som observatør.

1.2 Lavterskeltiltak og frivillige organisasjoner

Aktørene som er relevante i forebyggingen av hiv omfatter som tidligere både ordinære helsetjenester og frivillige organisasjoner. Vi beskriver her aktører som har særskilte roller i dette arbeidet.

Olafiaklinikken i Oslo tilbyr rådgivning, undersøkelse og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner og hiv. Olafiaklinikken som tilhører Helse Sørøst, er lagt under Rikshospitalet og skal være et kompetansesenter på området seksuell helse. Olafia henvender seg til de som har størst risiko for seksuelt overførbare infeksjoner og være et lavterskeltilbud. Olafiaklinikken samarbeider aktivt med blant andre Helseutvalget for bedre homohelse om ulike tiltak rettet mot menn som har sex med menn.

Brynsenglegene i Oslo driver en kveldsåpen poliklinikk for testing og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner for menn som har sex med menn. Brynsenglegene ble av Helsedirektoratet bedt om å åpne dette tilbudet i 2005 i forbindelse med veksten i nysmitte av hiv blant menn som har sex med menn. Tilbudet er åpent en kveld i uken og er gratis.

Sosialmedisinsk senter i Tromsø er en offentlig aktør som har jobbet spesielt med å følge opp hivpositive og som har drevet prosjekter rettet mot innvandrere. De har et tilbud som omfatter hele helseregion nord. Mange av dem de følger opp er innvandrere, mange er kvinner. De arbeider med psykososiale problemstillinger, har individuell oppfølging og arrangerer gruppeturer og kurs. Mye dreier seg om informasjon om å leve med hiv, smitteforebygging og om å få barn. De fleste av dem de har kontakt med er heteroseksuelt smittet.

Pro Senteret i Oslo er et hjelpetiltak for kvinner og menn i prostitusjon som delvis drives av Oslo kommune, men som får statlig midler til en kompetansesenterfunskjon samt et eget helsetilbud til sexarbeidere. Pro Senterets helsetilbud har fokus på seksuell og reproduktiv helse, samt på rusrelaterte helsespørsmål. Pro Senteret driver smitteforebyggende arbeid gjennom veiledning og utdeling av kondomer, på selve senteret og gjennom oppsøkende virksomhet på gata og på innemarkedet. Majoriteten av brukere ved Pro Senteret er av utenlandsk opprinnelse. De fleste brukerne kommer fra Afrika, Øst-Europa og Thailand. Det vil si land med høy forekomst av hiv.

Helseutvalget for bedre homohelse er en sentral aktør i forebygging av hiv blant menn som har sex med menn (MSM). Helseutvalget er en frivillig organisasjon, tidligere underlagt Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH), men er nå en selvstendig organisasjon. Helseutvalget driver helsefremmende og forebyggende arbeid mot kvinner som har sex med kvinner og menn som har sex med menn. Helseutvalget genererer forskningsbasert kunnskap om sammekjønnsseksuelles livssituasjon og helse, enten på egenhånd eller i samarbeid med andre. Arbeidsformen bygger på likemannsprinsippet, der utgangspunktet er at holdnings- og atferdspåvirkning er mest effektiv i åpen dialog mellom likeverdige parter. I tråd med likemannsprinsippet har utvalget ansatt åpne hiv-positive og unge, åpne homofile. Helseutvalget har både individ-, gruppe- og miljøtiltak.

HivNorge er en partipolitisk og religiøst uavhengig nasjonal interesseorganisasjon for hivpositive. HivNorges oppgave er å sikre hivpositives rettigheter og interesser i samfunnet, og bidra til større forståelse for hivpositives situasjon, samt bekjempe frykt, fordommer og diskriminering. Organisasjonen arbeider for å ivareta hivpositives rettigheter og interesser, bidra i forebyggingsarbeidet og gir oppfølgingstilbud til hivpositive. HivNorge er et tilbud til alle og omfatter blant annet individuell rådgivning knyttet til veiledning og rettighetsarbeid, seminarvirksomhet og informasjonsarbeid gjennom konferanser, media osv. HivNorges informasjonsarbeid er rettet både mot hivpositive, fagpersonell og det generelle publikum gjennom foredrag, websider og generell bruk av mediene. Organisasjonen gir ut fagbladet POSITIV.

Aksept er et psykososialt støttesenter for alle som er berørt av hiv. Senteret har et miljøtilbud, en poliklinikk og et døgntilbud. Aksept gir tilbud til hivpositive om ulike aktiviteter, samtaler og rådgivning i forhold til det å leve med hiv. Aksept tilbyr døgnopphold for hiv-positive som trenger rekreasjon og rehabilitering. Aksept gir et terapeutisk tilbud, tilbyr kulturelle aktiviteter og er et sosialt treffsted. I tillegg driver Aksept kunnskapsformidling. Aksept finansieres av Oslo kommune og drives i regi av Kirkens Bymisjon. Brukere fra andre deler av landet kan bruke Aksept ved behov. Kirkens bymisjon driver også utstrakt arbeid for og med mennesker som lever med hiv i flere byer. Blant annet organisert gjennom "Leve med hiv" i Stavanger, Bergen og Trondheim.

Primærmedisinsk verksted (PMV) i Oslo har tiltak for å forebygge hiv blant innvandrere. PMV jobber med helsefremmende aktiviteter i et bredt perspektiv. Mye av aktivitetene er gruppebasert. De har en hiv/aids gruppe og de tar også informasjon om hiv inn i en del av de andre gruppeaktivitetene. De sprer informasjon, prøver å bryte ned myter og de forsøker å gjøre hiv mindre stigmatisert.

PION - Prostituertes interesseorganisasjon i Norge ble stiftet i 1990, og jobber for å ivareta prostituertes interesser og sosiale og sivile rettigheter. PION driver forebyggende helse- og opplysningsarbeid i prostitusjonsmiljøene og gir individuell juridisk råd og veiledning. PION gir ut tidsskriftet Albertine og formidler kunnskap om prostitusjon. I arbeidet med å forebygge hiv og seksuelt overførbare infeksjoner driver PION oppsøkende virksomhet i prostitusjonsmiljøene.

HOMOPOSITIV er en selvhjelpsorganisasjon for, av og med hivpositive homofile og bifile menn. Organisasjonens formål er å støtte hivpositive homofile og bifile menn til økt livskvalitet ved å tilrettelegge for reelle muligheter slik at den enkelte kan leve sitt liv i takt med egne ønsker og behov. Organisasjonen jobber mye med å fremme nettverksbyggende og inkluderende aktiviteter for hivpositive menn i alle aldre. Empowerment er et viktig begrep i HOMOPOSITIV sin virksomhet. Med empowerment menes her at den hivpositive aktivt spiller på egne ressurser og evner for å mestre utfordringene som hivpositiv.

Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) er en landsomfattende organisasjon som arbeider politisk og sosialt for at lesbiske, homofile, bifile og transpersoner skal kunne leve åpent uten frykt for å bli sosialt utstøtt, diskriminert eller trakassert. Organisasjonen har lokallag i alle fylker og arbeider med å utvikle miljøbaserte metoder for forebygging av hiv.

2. Relevant regelverk

Det ligger til grunn et omfattende regelverk som setter rammer for blant annet aktørers og tjenesters plikter og rettigheter i forhold til innsatsområdene i denne strategien. Nedenfor beskrives enkelte lover og forskrifter med vekt på relevans for hivarbeidet.

Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)
Smittevernloven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet. Loven skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven.

Lov om helsetjenester i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
Loven skal sikre at landets kommuner sørger for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen. Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
Formålet med loven er blant annet å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning, bidra til et likeverdig tjenestetilbud, tilpasset pasientenes behov og tilgjengelig for pasientene.

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
Formålet med loven er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Helsepersonelloven gjelder for alle typer helsepersonell. Det er et grunnvilkår at alt helsepersonell skal være autorisert etter en bestemt prosedyre. Med autorisasjon følger ansvar for å utføre sine arbeidsoppgaver forsvarlig, hvilket innebærer at det stilles krav om høy faglig og etisk

standard hos den som er autorisert. Hovedformålet med autorisasjon er å ivareta pasienters sikkerhet.

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)
Arbeidsmiljølovens formål er å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet, sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Arbeidsmiljøloven gjelder alle arbeidstakere, unntatt sjøfart og fiske som er regulert i egne forskrifter. Loven inneholder egne bestemmelser om hvilke plikter arbeidsgiver og arbeidstaker har når det gjelder å sørge for et forsvarlig arbeidsmiljø.

Lov om folketrygd (folketrygdloven)
Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall. Folketrygden skal bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer. Folketrygden skal bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg selv best mulig til daglig.

Lov om barnehager (barnehageloven)
Barnehageloven skal sikre barn under opplæringspliktig alder gode utviklings- og aktivitetsmuligheter i nær forståelse og samarbeid med barnas hjem. Personalet i barnehagen skal møte barn og foreldre med ulike forutsetninger og være et inkluderende og støttende miljø.

Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)
Formålet med opplæringen er blant annet at elevene og lærlingene skal utvikle kunnskap, evner og holdninger for å kunne mestre sine liv og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet. Elever i grunnskole og videregående opplæring har gjennom opplæringsloven § 9–2 rett til nødvendig rådgivning om utdanning, yrkestilbud, yrkesvalg og sosiale spørsmål. Elever i vanskelige situasjoner, blant annet ungdom som lever med hiv, kan ha behov for å snakke åpent og fortrolig med en voksen person om dette. Rådgivningstjenesten i skolen skal være et sted elever kan henvende seg i en slik situasjon. Tjenesten må også ses i sammenheng med blant annet skolehelsetjenesten med tanke på kompetanseheving.

Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)
Lovens formål er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven skal bidra til nedbygging av samfunnsskapte funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes. Loven gjelder på alle samfunnsområder med unntak av familieliv og andre forhold av personlig karakter. Loven sikrer hivpositive rettslig vern mot diskriminering og trakassering, blant annet i arbeidslivet.

Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven)
Formålet med loven er å fremme økonomisk og sosial trygghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte og å bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer. Videre skal loven bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven)
Straffeloven § 155 har som formål å beskytte samfunnet mot utbredelse av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Bestemmelsen setter straff for den som har skjellig grunn til å tro at han er smitteførende med en allmennfarlig smittsom sykdom, og som forsettlig eller uaktsomt overfører smitte eller utsetter en annen for fare for å bli smittet. Den øvre strafferammen er fengsel inntil 6 år for forsettlig overtredelse, og 3 år ved uaktsom overtredelse. Smittevernlovens definisjon av "allmennfarlig smittsom sykdom" er rettledende også for straffeloven. Innholdet i begrepet kan endre seg over tid, ut fra blant annet behandlingsmulighetene for ulike sykdommer og mulighetene for å hindre smitteoverføring.

3. Nærmere om hiv-og aids situasjonen i Norge ved utgangen av 2008

3.1 Hiv-infeksjon

Hiv-testing ble tilgjengelig i Norge i 1985 og anonymisert melding av hiv-infeksjon ble innført i 1986 med tilbakevirkende kraft. Siden da har det blitt påvist 4086 hivpositive i Norge (tab 1), 2748 menn og 1338 kvinner.

Antall diagnostiserte hivpositive i Norge har i løpet av den siste 10-årsperioden doblet seg fra om lag 150 tilfeller årlig på slutten av 90-tallet til nær 300 tilfeller i 2008. Dette skyldes i all hovedsak en økning i antall hivpositive innvandrere som kommer til Norge fra land med høy prevalens av hiv og økt hivsmitte blant menn som har sex med menn i Norge. Det er de siste 10 år ikke påvist noen sikker økning av heteroseksuell hivsmitte blant personer født i Norge. Blant injiserende stoffmisbrukere har antall hivsmittede holdt seg på et stabilt lavt nivå. Blant heteroseksuell ungdom påvises det fortsatt svært lite hivsmitte.

I praksis er det nå bare seksuell smitte og smitte ved bruk av urent injeksjonsutstyr blant stoffmisbrukere som har betydning for hivsituasjonen i Norge. Det er kun påvist et smittetilfelle i Norge ved blodtransfusjon etter 1986 og hivsmitte til barn i forbindelse med svangerskap og fødsel har ikke skjedd i Norge siden 1999.

Ettersom hiv-overvåkingen er basert på anonymitet, foreligger det ikke data for hvor mange av de hivpositive som lever med sin hiv-infeksjon i Norge i dag. Av de 4086 meldte hivpositive er 618 meldt døde av aids, noen har dødd av andre årsaker, og andre vil ha reist ut av landet. Folkehelseinstituttet antar at det lever rundt 3500 personer med hiv-infeksjon i Norge i dag, hvorav rundt 300-500 som ikke vet at de har hiv (mørketall).

Hiv-epidemien i Norge har gjennom 25 år i liten grad endret karakter når det gjelder smittemønstre og hvilke grupper som særlig rammes. Fortsatt påvises mer enn 90 prosent av hivpositive i Norge i de opprinnelige risikogruppene som menn som har sex med menn, innvandrere fra høyendemiske områder, norske menn med seksuell kontakt i høyendemiske områder og sprøytemisbrukere. Viruset har i liten grad fått innpass i den øvrige befolkningen. Dette skyldes i hovedsak at hiv har relativt lav smittsomhet ved seksuell kontakt og derfor først og fremst har potensiale til å bre seg i grupper som har mye tilfeldig og usikker sex og/eller seksuell kontakt i miljøer med høy forekomst av hiv eller en seksualpraksis som har høyere smitterisiko (analsex).

Smittemåte	<99	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	Total	%
Heteroseksuell	641	92	131	105	151	153	163	134	164	141	**185**	2060	50,4
-smittet mens bosatt i Norge	289	27	38	27	28	34	43	33	42	41	**46**	648	-
-smittet før ankomst Norge	352	65	93	78	123	119	120	101	122	100	**139**	1412	-
Homoseksuell	699	36	32	39	30	57	70	56	90	77	**92**	1278	31,3
Sprøytemisbruk	430	12	7	8	16	13	15	20	7	13	**12**	553	13,5
Via blod/-blodprodukt	46											46	1,1
Fra mor til barn	18	4	3	2	2	5	1	5	6	9	**4**	59	1,4
Annen/ukjent	37	3	2	3	6	10	2	4	9	8	**6**	90	2,2
Total	1871	147	175	157	205	238	251	219	276	248	**299**	4086	100

Tabell 1
Hiv-infeksjon i Norge etter smittemåte og diagnoseår.

3.1.1 Homoseksuelt smittede

Blant menn som har sex med menn har det vært en sterk økning i antall hivtilfeller siden 2003 og antall årlig påviste hivtilfeller i gruppen har mer enn doblet seg fra 1990-tallet. En tilsvarende utvikling har man sett både i USA og i en rekke vestlige land. Av de 442 hivtilfellene meldt siden 2003 har om lag 60 prosent blitt smittet i Oslo, 10 prosent i øvrige Norge, 24 prosent i utlandet og for 6 prosent av tilfellene har smittestedet vært ukjent. De siste tre årene har det vært en klar økning av homoseksuell hivsmitte utenfor Oslo. Smittesituasjonen blant menn som har sex med menn preges fortsatt av at mange smittes ved tilfeldig eller anonym sex i Norge eller på feriereiser i utlandet. I perioden 2003–2008 oppga 66 prosent av de nydiagnostiserte at de ble smittet av en tilfeldig partner, 16 prosent av fast partner og for 18 prosent av tilfellene var relasjonen til smittekontakten ukjent. Median alder ved diagnosetidspunktet har holdt seg rundt 36 år og det er ingen sikre tegn til at flere unge homoseksuelle menn nå smittes.

De siste fem årene har 15-20 prosent av hiv-tilfellene blant homoseksuelle menn vært innvandrer smittet etter ankomst Norge.

3.1.2 Heteroseksuelt smittede

Flertallet av heteroseksuelt smittede som nå påvises hivpositive i Norge, er personer av utenlandsk opprinnelse som ble smittet før ankomst til Norge. For å gi et bedre bilde av hiv-epidemien blant heteroseksuelle deles de heteroseksuelt smittede i to grupper etter om de var fast bosatt i Norge da de ble smittet eller om de var smittet før ankomst til Norge.

Smittet mens bosatt i Norge

Totalt er det siden 1985 påvist 648 hiv-tilfeller i denne gruppen, 410 menn og 238 kvinner. Antall hivpositive har vist en svak økning de siste 10-årene fra om lag 30 tilfeller årlig rundt 2000 til 46 tilfeller i 2008. Inntil nylig har de fleste tilfellene i denne gruppen (85 prosent) vært personer med norsk bakgrunn, men andelen innvandrere smittet mens de er bosatt i Norge har økt de senere årene, særlig blant kvinner, og utgjør nå omlag en tredjedel av de heteroseksuelle smittetilfellene. Blant personer født i Norge har antall påvist smittet og smittemønstre endret seg lite de senere årene. Kvinnene smittes som regel i Norge, oftest av sin faste partner som ikke er kjent med sin hivinfeksjon. Mennene smittes oftest ved tilfeldig sex i utlandet, og Thailand har i flere år vært oppgitt som det klart hyppigste smittestedet.

De siste 10 år har median alder for mennene ved diagnosetidspunktet holdt seg rundt 45 år og for kvinnene rundt 35 år. Få har blitt smittet heteroseksuelt av stoffmisbrukere og av biseksuelle menn. Fortsatt påvises det svært lite hivsmitte blant heteroseksuell ungdom i Norge.

Smittet før ankomst til Norge

Denne gruppen består av personer som er født i utlandet og som er smittet med hiv før de ankommer til Norge for første gang. De fleste kommer som flyktninger, asylsøkere og familieinnvandrere og antall hiv-positive i denne gruppen har de siste årene økt i takt med antall innvandrere som ankommer Norge. Til sammen er det siden 1985 påvist 1412 hiv-tilfeller i gruppen, 844 kvinner og 568 menn. Antall hiv-positive har vist en økning de siste

10-årene fra om lag 80 tilfeller årlig rundt 2000 til 139 tilfeller i 2008. Flertallet kommer fra konfliktområder i det østlige Afrika, hyppigst fra Etiopia, Somalia og Eritrea. De fleste fra Asia er thailandske kvinner som har kommet til Norge som ledd i familieinnvandring med norsk ektemann. Median alder for tilfellene meldt de siste 10 årene har vært 34 år for menn og 30 år for kvinner.

3.1.3 Injiserende stoffmisbrukere

Insidensen av hiv blant stoffmisbrukere i Norge har holdt seg på et stabilt lavt nivå de siste 10 årene med om lag 10-15 tilfeller diagnostisert årlig. Av de 123 hiv-tilfellene påvist de siste 10 årene er 70 prosent menn. Median alder har holdt seg rundt 35 år både for kvinner og menn. Vel 20 prosent av tilfellene har vært innvandrere smittet før ankomst Norge. Av tilfellene smittet i Norge oppgir 60 prosent at de er smittet i Oslo.

3.1.4 Smitte fra mor til barn

Siden 1985 er det meldt 59 barn smittet perinatalt. Rutinemessig tilbud om hivtest til gravide i Norge og bruk av antiviral profylakse til mor og barn i forbindelse med fødselen har medført sterkt redusert smitterisko for barnet. Det siste barnet med medfødt hivinfeksjon i Norge ble født i 1999. Av barn med hivinfeksjon, har de fleste av de 41 tilfellene meldt de siste 10-år kommet til Norge sammen med asylsøkende foreldre, oftest fra Afrika.

3.1.5 Aids

Siden de første aidstilfeller ble diagnostisert i Norge i 1983 har det blitt meldt 958 aidstilfeller totalt, 744 menn og 214 kvinner hvorav 618 er meldt døde. Antall meldte aidstilfeller og aidsdøde nådde toppen på 90-tallet med 74 aidstilfeller i 1994 og 72 aidsdødsfall i 1992.

Etter at moderne hivbehandling ble tilgjengelig i 1996, har aidsinsidensen gradvis blitt redusert til rundt 20 tilfeller årlig og antall registrerte døde på grunn av aids har gått ned til under 10 per år. Den sterkt bedrede prognosen ved aidssykdom har imidlertid også ført til at aidsdiagnosen har mistet mye av sin opprinnelige kliniske- og epidemiologiske betydning. Legene har derfor blitt mer tilbakeholdne med å gi pasientene aids som diagnose og melder da heller ikke tilfellene til MSIS. De meldte tilfellene av aids og antall døde er derfor minimumstall.

3.2 Kunnskap om og holdninger til hiv

Den landsrepresentative undersøkelsen *Fortsatt farlig å kysse* - kunnskap om og holdninger til hiv som ble gjennomført av Fafo i 2008, viser at kunnskapen om hvordan hiv smitter i hovedsak er meget bra. Den største kunnskapsmangelen i befolkningen er knyttet til hvordan hiv ikke smitter. Det er en ikke ubetydelig andel av befolkningen som tror at hiv smitter ved å kysse en hivpositiv og ved å drikke av samme glass som en hivpositiv.

For å kartlegge kunnskaper og holdninger i befolkningen har Fafo utført en kunnskaps- og holdningsundersøkelse. Et utdrag av resultatene er presentert i tabellen nedenfor

Resultater fra holdnings- og kunnskapsundersøkelsen "Fortsatt farlig og kysse" Fafo 2008, Fordeling på svaralternativer om hiv, prosent, total n = 1002

Utsagn	Enig*	Uenig*	Vet ikke
Man kan bli smittet av hiv ved å ha sex uten kondom	98 %	1 %	2 %
Man kan bli smittet av hiv ved å kysse en hivpositiv på munnen	24 %	65 %	15 %
Man kan bli smittet av hiv ved å drikke av sammer glass vann	13 %	75 %	12 %
Personer som er hivsmittet er forpliktet til å informere arbeidsgiver og kolleger om sin hivstatus	60 %	35 %	5 %
Ansatte som er hivpositive må akseptere at arbeidsgiver endrer arbeidsoppgaver av hensyn til kolleger	50 %	43 %	7 %
Det er greit at hivpositive har foreldreansvar	88 %	7 %	5 %
Jeg ville ikke latt en som er hivpositiv passe mitt eget barn	34 %	58 %	8 %

** Helt enig og delvis enig slått sammen, delvis uenig og helt uenig slått sammen*

Generelt ser kunnskapsnivået i befolkningen ut til å være bra. På spørsmål knyttet til smitte/kondombruk svarer et overveldende flertall riktig (98 prosent). Likevel viser tidligere seksualvaneunder-

søkelser og ikke minst smittetallene at alt for mange likevel ikke bruker kondom når de vet at de burde ha gjort det.

Det er dårligere kunnskap om hvordan hiv ikke smitter. Det er henholdsvis 24 og 13 prosent som svarer at man kan bli smittet av å kysse eller drikke av samme glass som en hivpositiv. I tillegg til at en relativt stor andel svarer feil, er det også mange som svarer "vet ikke", spesielt blant de yngste (15-24 år).

De norske resultatene samsvarer i stor grad med resultatene fra tilsvarende undersøkelser i resten av verden, som UNAIDS innhentet i 2008. Mens nær sagt 100 prosent av de unge og unge voksne respondentene i Norge visste at man kunne bli smittet med hiv ved å ha sex uten kondom, viser UNAIDS-tallene til sammenlikning at ca. 70 prosent av de unge mennene og ca. 55 prosent av de unge kvinnene hadde denne kunnskapen i andre land.

I undersøkelsen *Fortsatt farlig å kysse* benyttes særskilt familien og arbeidslivet som arenaer for å måle befolkningens holdninger, og sentrale indikatorer er foreldreansvar, barnepass og sikkerhet på arbeidsplassen. Undersøkelsen viser at 88 prosent av respondentene mente det var greit at hivpositive har foreldreansvar, men 34 prosent ville ikke la en hivpositiv passe eget barn. 60 prosent av de spurte mente at hivpositive måtte være forpliktet til å informere arbeidsgiver om hivstatus, og 50 prosent mente at hivpositive måtte akseptere endrede arbeidsoppgaver av hensyn til kollegers sikkerhet. 18 prosent ville unngått kontakt med en kollega som de fikk vite var hivpositiv.

Undersøkelsen viser en sterk sammenheng mellom kunnskap og holdninger. Holdningene blir mer positive med kunnskap og mer positive med alder opp til en viss grense. Det er blant de yngste og eldste en finner de mest problematiske holdningene, og det er spesielt i gruppa 15-24 år hvor det forekommer mest restriktive holdningene til hivpositives muligheter til samfunnsdeltagelse og rettigheter.

Undersøkelsen kan gi indikasjoner på at hivpositive har begrensede muligheter til personlig og profesjonell utvikling gjennom inkludering i arbeidslivet og i samfunnet generelt. Fafos kunnskapsoversikt over forskning på hiv, viser at de norske funnene bekrefter en rekke internasjonale studier. Utfordringene dreier seg til dels om en generell frykt for å fortelle om sin hivstatus på arbeidsplassen, noe som åpenbart vil ha negative konsekvenser i forhold til eventuelle nødvendige tilpasninger i arbeidssituasjonen. Det rapporteres også om vansker med å få innpass på arbeidsmarkedet og at flere har forlatt eller redusert sine jobbambisjoner som et resultat av hivdiagnosen.

Disse resultatene kan bety at for å bekjempe frykt og stigma, er det behov for styrke kunnskapen om hiv i befolkningen generelt og blant ungdom spesielt. De kan også indikere et behov for sterkere vern mot oppsigelse, vern mot diskriminering ved ansettelse og for tilrettelegging av arbeidsmiljøet med tanke på diskriminering.

3.3 Levekårene til personer med hiv

Fafo la våren 2009 fram resultatene fra en levekårsundersøkelse blant mennesker som lever med hiv i Norge. Rapporten "Fra holdninger til levekår. Liv med hiv i Norge i 2009" følger opp forrige levekårsundersøkelse fra begynnelsen av 2000-tallet, og baserer seg på kvalitative intervjuer og kvantitative spørreundersøkelse blant hivpositive. Til sammen 271 personer fylte ut spørreundersøkelsen, og dersom en legger til grunn anslag på personer som lever med hiv i Norge i dag, utgjør dette en responsrate på i størrelsesorden 10 prosent, I dette utvalget er blant annet homofile menn overrepresentert og heterofile og injiserende stoffmissbrukere underrepresentert. Disse faktorene medfører at rapporten ikke er representativ, den sier noe om levekårene og livssituasjonen til dem som har svart på spørreskjemaet, og ikke populasjonen av hivpositive sett under ett. I lys av holdningsundersøkelse og kvalitative intervjuer gir likevel studien viktig forståelse av sammenhenger, erfaringer og innsikt i det å leve som hivpositiv i Norge anno 2009.

Sammenlignet med situasjonen i 2001/2002 viser resultatene en framgang når det gjelder somatiske og fysiske forhold knyttet til hivdiagnosen. De psykososiale forholdene er i stor grad utfordrende for hivpositive og dette er uendret fra forrige undersøkelse. Man finner videre en antydning til endring i egne strategier med hensyn til å leve med sykdommen: Det ser ut til at hivpositive har et ønske om at hiv ikke skal spille en stor rolle i livene deres, særlig gjelder dette for de nysmittede.

55 prosent av de som svarte på spørsmålet sier at de i løpet av de siste dagene har følt seg opplagt og hatt overskudd samt vært glad og tilfreds hele eller mye

av tiden. Enda flere (60 prosent) sier at de hele eller mye av tiden føler seg glad og tilfreds. Sammenlignet med Fafos forrige levekårsundersøkelse i 2002 representerer dette en økning. I 2002 oppga henholdsvis 47 og 51 prosent at de mye eller hele av tiden opplevde disse to tilstandene.

Undersøkelsen viser at 27 prosent av de hivpositive en eller flere ganger det siste året har vært i kontakt med psykolog, videre sier 54 prosent at de har hatt behov for psykologisk rådgivning og behandling i forbindelse med at de har vært hivpositive. De kvalitative dataene kan tyde på at på tross av at det er lett å få henvisning hos lege, er det vanskelig å få innpass hos psykolog, og at ved innpass, kan det være vanskelig å møte den hivpositive med nødvendig kompetanse. Undersøkelsen tyder på stor etterspørsel av tilbud rettet mot de psykologiske behovene.

Om man ser behov for psykologtjenester i lys av åpenhet om diagnosen og rapportert isolasjon, forsterkes på den ene siden bildet av hivpositives opplevelse av ensomhet og fremmedgjøring: Om lag halvparten av respondentene føler seg isolert. Omkring 40 prosent av respondentene har ikke fortalt at de er hivpositive til noen, eller under 5 personer. Hovedgrunnen er at familie og venner ville bli redde for den hivpositive (43 prosent), dernest kommer redsel for avvisning (26 prosent) og skamfullhet (27 prosent). Det er i denne sammenhengen verdt å merke seg at særlig respondenter fra innvandrermiljøene forteller om vanskeligheter med å være åpen i eget miljø.

Mange konfronteres med negative holdninger og uvitenhet i forhold til hiv og dette oppleves som en belastning. Det er også mange i utvalget til Fafo som ikke forteller om en slik belastning, og 53 prosent forteller at de har møtt overveiende positive reaksjoner fra omgivelse etter de har fortalt om sin hivdiagnose. For en del ser det ut til at belastningen primært handler om egen redsel for andres reaksjoner, mer enn for deres faktiske reaksjoner: bare 23 prosent sier at de opplever at andre i stor eller noen grad holder avstand til dem, mens hele 37 prosent sier at de i stor eller noen grad opplever seg selv som smittsom, og derfor holder avstand til andre. Ut i fra dette kan man tenke seg at det er et potensiale for selverkjennelse blant hivpositive og at forebyggelse av selvstigmatisering er en viktig innfallsport i arbeidet med bedrede levekår.

Menn som har sex med menn (MSM) er den gruppa kommer best ut langs flere av levekårsindikatorene som er brukt i undersøkelsen. Men også i denne gruppa av respondenter er det en høy andel som rapporterer at de har økonomiske problemer som til dels knyttes til hivdiagnosen. Gruppa homoseksuelt smittede er den gruppa som er mest åpen om sin hivstatus. Likevel er det også i denne gruppa en stor andel som begrenser sin åpenhet til en liten gruppe personer. Flere av informantene som definerer seg som homofile snakker om at det å få hiv betød en ny "komme ut" prosess. Når det gjelder helse skiller denne gruppa seg ut ved relativt større forbruk av psykologtjenester sammenlignet med de andre gruppene. Mange bruker internett aktivt til å skape nettverk og forteller at det er et sted hvor det er lettere å fortelle om hivstatus. Imidlertid forteller for eksempel hivpositive homofile menn med innvandrerbakgrunn at de på slike nettsteder kan møte en del fordommer.

I gruppa kvinner og menn som er smittet heteroseksuelt er to tredjedeler smittet før ankomst til Norge og har innvandrerbakgrunn. Bildet av levekårene i denne gruppen er derfor preget av det høye antallet med innvandrerbakgrunn. Ikke minst kvinner med innvandrerbakgrunn kommer relativt dårlig ut når det gjelder materielle kår. Hivpositive med innvandrerbakgrunn, både menn og kvinner, rapporterer at det er vanskelig å være åpen i sin egen etniske gruppe. Blant respondentene er det denne gruppa som oppgir å være som minst åpne om hivstatus overfor omgivelsene. Bare en av fire av respondentene lever i et fast heteroseksuelt parforhold. Flere av informantene kvier seg for å gå inn i parforhold. Flere er fortvilet fordi de ikke får hjelp til å få barn og ønsker seg et slikt tilbud.

Rapporten viser at kjønn ser ut til å ha betydning i forhold til inntekt og økonomi, og i forholdet til seksualitet. Kvinner har jevnt over lavere inntekt og dårligere økonomi og er ikke så opptatt av at seksuallivet skal fungere optimalt; de hevder at sex ikke er så viktig lenger - fortrolighet og nærhet er viktigere. Når det gjelder forhold til familie og venner, ser det også ut til at kvinnene legger mer vekt på disse relasjonene og på at støtte fra og fortrolighet med familie og venner har stor betydning for deres psykiske helse.

Levekårsrapporten synliggjør de gruppene som er hardest rammet av hiv i Norge er marginalisert langs andre dimensjoner enn bare hiv. Det gjelder

for eksempel homofile menn og MSM, personer med innvandrerbakgrunn og rusmiddelmisbrukere.

Det ser ut til å være mange felles utfordringer og problemstillinger mellom gruppene. Når det gjelder materielle levekår er det forholdsvis mange uføretrygdede. Dette er antagelig ikke overraskende i og med at studien ser på en gruppe med en helsebelastning. Det ser ut som at hivpositive før ble mer eller mindre automatisk uføretrygdet. I utvalget er det ca halvparten som står i jobb, og en fjerdedel er uføretrygdet. En del av disse uføretrygdete kunne mestret og ønsket deltidsarbeid, men de opplever barrierer i møte med NAV. Flere forteller at de har behov for tilpasninger på arbeidsplassen som ikke er fulgt opp. Med den endringen som de antivirale medisinene har medført for hivpositives helsetilstand kan en lett tenke seg at det er et etterslep i systemet som gjør at forholdsvis mange mottar for eksempel uføretrygd. Fafo konkluderer med at det er en utfordring å følge opp arbeidslinja i sosialpolitikken og få til et inkluderende arbeidsmarked for hivpositive.

Arbeidsplassen er en utfordring når det gjelder åpenhet. I holdningsundersøkelsen "Fortsatt farlig å kysse" kom det fram skepsis mot å jobbe sammen med hivpositive. Levekårsundersøkelsen viser at blant de av respondentene som jobber er det få som er åpne (34 prosent), og videre at det blant disse har relativt mange fått negative reaksjoner på åpenheten. Enkelte informanter forteller at de er blitt diskriminert eller forsøkt utstøtt fra arbeidsplassen. Generelt ser det ut til at det både blant respondenter og informanter er en begrenset åpenhet. Imidlertid er det ikke noen indikasjon på tilsvarende problemer med åpenhet blant nettverk, venner og familie. Flere av informantene forteller tvert i mot at de har fått mye støtte fra familie og venner og at dette har vært avgjørende for deres psykiske helse.

De mest positive funnene dreier seg om somatiske helsespørsmål. Medisinene har blitt bedre og gir færre bivirkninger. Det ligger imidlertid fortsatt utfordringer til tjenesteapparatet når det gjelder kunnskaper om og holdninger til hiv. Særlig gjelder dette generalistene, som fastlegene eller saksbehandlerne i NAV, hvor det rapporteres om manglende kunnskap i forhold til de psykiske og sosiale forholdene ved hiv.

Den tydeligste variabelen som påvirker åpenheten er diagnosetidspunkt. Jo lenger en person har visst at han eller hun er hivpositiv, jo større åpenhet.

Angst for åpenhet ser ut til å være nærmere knyttet til angst for stigmatisering og hva åpenheten vil kunne føre til, enn til faktiske erfaringer med å bli avvist på grunn av hivstatus. Andelen som har kontakt med nettverk, organisasjoner og psykososiale støtteinstanser er omtrent lik i alle gruppene. De som har kontakt med et nettverk/organisasjon har ofte kontakt med flere slike, og de gir positive tilbakemeldinger når det gjelder den hjelpen de har fått. Enkelte er også kritiske primært i to henseende: det ene er at disse miljøene blir for elendighetsfokusert, det andre er at hivpositive selv har for liten innflytelse i organisasjonene, og dette påpekes særlig i forhold til HivNorge.

Mange av respondentene er opptatt av seksualitet og rapporterer problemer i forhold til dette. Blant informantene i den kvalitative delen av undersøkelsen kommer straffelovens § 155 opp som en betydelig vanskelighet. Paragrafen bidrar til dårligere livskvalitet og fungerer destruktivt i parforhold, og videre i forhold til å våge å etablere nye parforhold. Dette er litt mindre entydig i spørreskjemaundersøkelsen, selv om over halvparten sier at straffeloven bekymrer dem.

3.4 Norges internasjonale forpliktelser på hivområdet

Norge har siden 2001 sluttet seg til følgende deklarasjoner i regi av FN og EU:

3.4.1 Erklæring om forpliktelse til hiv/aids "Global krise – global aksjon" (UNGASS – A/RES/S-26/2 - 27. juni 2001)

Norge har ved denne erklæringen i hovedtrekk forpliktet seg til å:

- Fremme økt nasjonalt, regionalt og internasjonalt lederskap i kampen mot hiv/aids.
- Forebygge overføring av hivinfeksjon.
- Øke omfang av og styrke universell tilgang til omsorg, støtte og behandling.
- Sikre menneskerettighetene og fundamentale friheter for alle.
- Prioritere sårbare og utsatte grupper.
- Ha særskilt omsorg for foreldreløse barn som er berørt av hiv/aids.
- Begrense sosiale og økonomiske virkninger av hiv/aids og investere i bærekraftig utvikling.
- Øke engasjementet innen forskning og utvikling med hensyn til immunisering og behandling.

- Utvikle og implementere nasjonale strategier for forebygging, omsorg og behandling av hiv/aids i konfliktfylte og katastroferammede områder.
- Sikre økonomiske bidrag og andre nødvendige ressurser i arbeidet med hiv/aids.
- Opprettholde og overvåke progresjonen i hiv/aidsarbeidet på nasjonalt, regionalt og internasjonalt nivå.

3.4.2 Politisk erklæring om hiv/aids (UNGASS – A/RES/60/262 - 2. juni 2006)

Norge har ved denne erklæringen i hovedtrekk forpliktet seg til å:

- Stoppe, og begynne å reversere, spredningen av hiv/aids, malaria og andre dødelige sykdommer innen 2015, slik som vedtatt i FNs tusenårsmål.
- Øke omfang av og styrke universell tilgang til forebygging, behandling, støtte og omsorg innen 2010.
- Fremme koblingen mellom ulike nasjonale planer og strategier, herunder planer for hiv/aids, seksuell og reproduktiv helse og fattigdomsreduksjon.
- Fremme informasjon, kommunikasjon, opplæring og veiledning, særlig blant ungdom, om seksualatferd, kontroll over egen kropp og hvordan beskytte seg mot smitte.
- Forebygge hivsmitte fra mor til barn.
- Eliminere alle former for diskriminering av personer som lever med hiv/aids og andre utsatte grupper.
- Vektlegge maktulikhet mellom kjønn og kvinners rett til helse samt styrke kampen mot overgrep mot kvinner.
- Vektlegge sammenhengen mellom tuberkulose og hiv.

3.4.3 Dublin-erklæringen om partnerskap til bekjempelse av hiv/aids i Europa og Sentral-Asia (24. februar 2004)

Norge har ved denne erklæringen i hovedtrekk forpliktet seg til å:

- Bevisstgjøre lederskap i offentlig og privat sektor, herunder legemiddelindustrien og media, og det sivile samfunn.
- Etablere et nasjonalt hiv/aids-partnerskapsforum med særskilt deltakelse fra det sivile samfunn og personer som lever med hiv/aids.
- Fremme økt samordning og partnerskap mellom land i Europa og Sentral-Asia, regionale nettverk av sivile aktører og berørte, samt europeiske og internasjonale organisasjoner.
- Sørge for finansielle og tekniske ressurser.
- Fremme universell tilgang til informasjon, veiledning og tjenester.
- Forebygge smitte fra mor til barn.
- Motvirke kvinners og jenters særlige sårbarhet for smitte.
- Eliminere diskriminering og stigmatisering av personer som lever med hiv/aids.
- Sørge for universell tilgang til forebygging, behandling og omsorg, samt overvåking og utveksling av beste tilgjengelige praksis.
- Øke engasjementet innen forskning og utvikling.

3.4.4 Vilnius-erklæringen om tiltak for å styrke innsatsen mot hiv/aids i den Europeiske union og tilgrensende land (17. september 2004)

Norge har ved denne erklæringen i hovedtrekk forpliktet seg til å:

- Utarbeide, iverksette og evaluere planer og strategier samt overvåke progresjonen i hiv- og aidsarbeidet.
- Fremme deltagelse fra og bevisstgjøre det sivile samfunn og frivillige organisasjoner.
- Fremme universell tilgang til forebygging, behandling, omsorg og støtte, herunder informasjon, undervisning og veiledning.
- Fremme likestilling mellom kjønn og retten til seksuell og reproduktiv helse, herunder kvinners og jenters særlige sårbarhet for hivsmitte.
- Øke engasjementet innen forskning og utvikling.
- Følge opp med relevant lovgivning og nødvendig finansiering.
- Fremme økt samarbeid og kontakt mellom offentlige og private, nasjonale og internasjonale aktører og berørte.

3.4.5 Bremen-erklæringen om ansvar og partnerskap – sammen mot hiv/aids (13. mars 2007)

Norge har ved denne erklæringen i hovedtrekk forpliktet seg til å:

- Sørge for politisk lederskap til bekjempelse av hiv/aids samt ansvarliggjøring av disse på nasjonalt, europeisk og internasjonalt nivå.
- Sikre menneskerettighetene og forhindre diskriminering og stigmatisering av personer som lever med hiv/aids og andre utsatte grupper, herunder injiserende stoffmisbrukere og deres partnere, menn som har sex med menn, ungdom, kvinner, migranter, barn, fengselsinnsatte og personer som er involvert i sexhandel.
- Fremme universell tilgang til forebygging og behandling for å redusere skadevirkningene av hiv/aids, herunder samarbeide for å sikre tilgang

til rimelige medisiner samt utveksle og implementere beste tilgjengelige praksis.
- Forebygge hivsmitte fra mor til barn.
- Fremme seksualopplysning og veiledning, særlig blant ungdom.
- Tilstrebe samarbeid med et bredt spekter av partnere, både offentlige og private, nasjonalt og internasjonalt.
- Øke engasjementet innen forskning og utvikling av ny teknologi og i investeringer i offentlig sektor med hensyn til vaksinering og andre midler for å forebygge hivinfeksjon.

3.4.6 Norges oppfyllelse av internasjonale forpliktelser

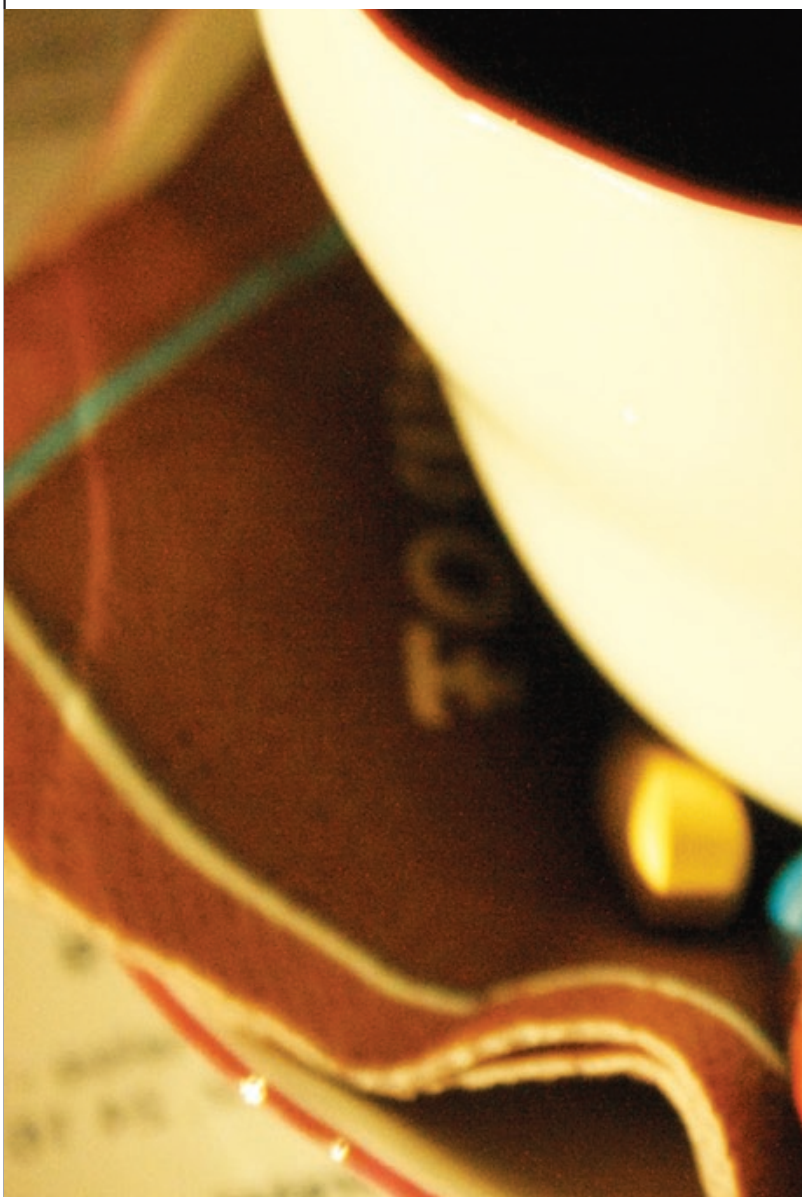
Econ Pöyry har i sin evaluering av strategiplanen vurdert oppfyllelse av de deklarasjonene som Norge har sluttet seg til. De konkluderer blant annet med at strategiene som i følge UNGASS-deklarasjonen skal ligge til grunn for hiv/aidsarbeidet er de samme strategiene som strategiplanen bygger på. Econ Pöyry kjenner igjen strategiene, men stiller spørsmålstegn om i hvor stor grad de er implementert.

I norsk sammenheng er det sannsynligvis strategiene rettet mot diskriminering og stigmatisering av hivpositive som er minst ivaretatt i dagens arbeid. Når Dublin-deklarasjonen sier at minst 80 prosent av de som tilhører risikoutsatte grupper skal være dekket av et bredt spekter av forebyggingsprogrammer, er det lite trolig at så er tilfelle i Norge. Econ Pöyry påpeker at det gjenstår en del når det gjelder risikoutsatte grupper som menn som har sex med menn og innvandrere fra høyendemiske områder. De internasjonale deklarasjonene har stor oppmerksomhet på kvinners sårbarhet for å bli hivsmittet. I Norge gjelder dette først og fremst innvandrerkvinner fra bestemte miljøer. Econ Pöyry vurderer at disse er ikke godt nok ivaretatt i dagens arbeid.

Det er også stort fokus på at ungdom skal ha tilstrekkelig informasjon og opplæring, dette er også et viktig mål i strategiplanen der det står at ungdom skal få informasjon og opplæring om hiv og smittemåter. Men blant annet Fafos undersøkelse (2008) om kunnskap om hiv viser at ungdom er en gruppe som har begrenset kunnskap om hiv og smittemåter.

Gjennom strategiplanen har Norge etablert nasjonale mål om å redusere nysmitte i utsatte grupper og ikke ha nysmitte i andre grupper. Dette er i tråd med deklarasjonene. Delmålene knyttet til informasjon og forebygging i strategiplanen er imidlertid ikke kvantifiserte. Econ Pöyry fremhever at det er vanskelig å måle hvor mange i de ulike målgruppene som har fått informasjon og som har kommet i kontakt med forebyggende tiltak. Econ Pöyry mener det bør vurderes om det er mulig å måle dette arbeidet på en bedre måte enn i dag.

Utgitt av:
Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet,
Helse- og omsorgsdepartementet, Justis - og politidepartementet,
Kunnskapsdepartementet, Miljøverndepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer
av denne publikasjonen fra:
Departementenes servicesenter
Post og distribusjon
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Oppgi publikasjonskode: 1-1143 B
Trykk: Lobo Media 06/2009 - opplag 2000
Foto: Jarle Langbakk, Scanpix Norway
Tilpasning av fotomateriale: Magnolia design as