

Strategiplan

Ansvar og omtanke

Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer

Forord

«Fra krise til hverdag ...»

Vi kan si om utviklingen i den norske hivsituasjonen at vi har gått fra 'krise' til 'hverdag'. Hivepidemien i Norge fikk heldigvis ikke det omfanget mange fryktet på 1980-tallet. Det er likevel fortsatt mange utfordringer i det å gå fra 'krise' til 'hverdag'. 'Hverdag' betyr for det første at behandling og oppfølging skal være en integrert del av det ordinære tjenesteapparatet. 'Hverdag' betyr også at vi i større grad må se hiv i sammenheng med andre seksuelt overførbare sykdommer. Sist og ikke minst kan 'hverdag' innebære en normalisering av folks holdninger til hiv, som igjen kan bidra til mindre stigmatisering og fordommer.

Altfor mange i Norge føler nå at hiv ikke angår dem; enten ved at de selv ikke anser seg som utsatt, eller ved at de tenker at det i Norge ikke finnes personer med hiv og aids som trenger omsorg og solidaritet.

Vi vet at mange føler at andre seksuelt overførbare sykdommer angår dem mer enn hiv og aids. Derfor ønsker vi i denne strategiplanen å knytte forebygging av hiv tettere sammen med forebygging av seksuelt overførbare sykdommer generelt. Dette er fordi de henger nøye sammen, og at de krever de samme forebyggingsstrategier. Forekomsten av chlamydia øker, spesielt blant ungdom, og vi vet at kondombruken i befolkningen har gått ned de siste årene. Dette er bekymringsfullt når vi samtidig vet at antallet hivpositive i befolkningen øker for hvert år.

Denne strategiplanen er et ledd i Norges oppfølging av internasjonale forpliktelser, som for eksempel sluttdeklarasjonen fra FNs spesialsesjon om hiv/aids sommeren 2001, Ministererklæringen for helsefremmende arbeid fra WHO's femte verdenskonferanse om helsefremmende arbeid juni 2000 og WHO's helseprogram HELSE 21 for den europeiske regionen.

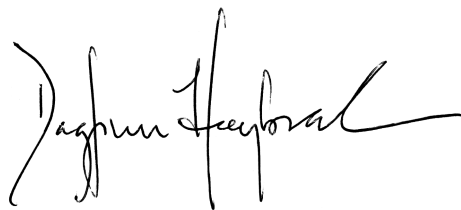
Departementet legger fram denne strategiplanen som definerer overordnede prinsipper, mål og delmål for forebygging på dette folkehelseområdet, samtidig som den skal fungere som en plan for bruk av de øremerkede midlene som i hovedsak kanaliseres til helsefremmende og forebyggende arbeid på området hiv, aids og seksuelt overførbare sykdommer. De enkelte tiltakene under hvert delmål vil bli konkretisert i de årlige budsjettene.

Ansvar og omtanke

Strategiplanen vil være retningsgivende for arbeidet framover og bidra til at samfunnet står sterkere i møtet med både dagens og framtidige utfordringer. Den har som hovedmål å redusere nysmitte av hiv og seksuelt overførbare sykdommer og å sikre at alle som er smittet av disse sykdommene, skal få god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi.

Planen utfordrer til personlig ansvar for egen atferd og livsstil. Men den utfordrer også til omtanke for medmennesker slik at smitte forebygges og sykdom unngås.

Et bredt samfunnsengasjement er viktig for å oppnå disse målene. Det er mitt håp at alle relevante samfunnsaktører, både enkeltpersoner, institusjoner og frivillige organisasjoner, får nytte av denne strategiplanen, slik at vi sammen kan arbeide for å møte denne folkehelseutfordringen.



Dagfinn Høybråten
helseminister

Del I
Strategiplan

Innhold

Del I	Strategiplan	5	Delmål 1.10 Nysmitte av hiv og seksuelt overførbare sykdommer blant utenlandsreisende skal reduseres .	21
1	Innledning	9	Delmål 1.11 Nysmitte av hiv blant injiserende stoffmisbrukere skal ikke øke. Nysmitte av hepatitt skal reduseres	21
2	Hiv og aids internasjonalt	12	Delmål 1.12 Nysmitte av hiv og seksuelt overførbare sykdommer blant personer som kjøper og selger seksuelle tjenester skal ikke øke ..	22
3	Viktige utfordringer framover	13		
4	Gjennomgående prinsipper for arbeidet	14		
5	Hovedmål, delmål og tiltak	15	Hovedmål 2: Alle som er smittet av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal sikres god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi	23
	Hovedmål 1: Antall nysmittede av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal reduseres	15	Delmål 2.1 Hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal diagnostiseres så tidlig som mulig	23
	Delmål 1.1 Befolkningen skal sikres et høyt kunnskapsnivå og økt bevissthet i forhold til hiv og seksuelt overførbare sykdommer	15	Delmål 2.2 Personer med hiv og aids skal tilbys god oppfølging	24
	Delmål 1.2 Kønnsrelaterte problemstillinger skal vurderes i planer, prioriteringer og tiltak	16	Delmål 2.3 Personer som er smittet med hiv eller seksuelt overførbare sykdommer og deres partnere, skal gis god smittevernveiledning	24
	Delmål 1.3 Ingen skal bli smittet av hiv og hepatitt som følge av medisinsk bruk av blod, blodprodukter eller annet humant materiale	16	Delmål 2.4 Kunnskapsgrunnlaget om levekårene til personer med hiv og aids skal styrkes	25
	Delmål 1.4 Ungdom skal få bedre kunnskap om hiv og seksuelt overførbare sykdommer i undervisning om seksualitet og samliv	17	Delmål 2.5 Spesielt sårbare eller utsatte personer med hiv og aids skal tilbys tilpasset oppfølging	25
	Delmål 1.5 Kommunene skal ivareta arbeidet med forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer	17	Delmål 2.6 Stigmatisering og diskriminering av personer med hiv og aids skal bekjempes	26
	Delmål 1.6 Testing, smittevernveiledning og smitteoppsporing skal være lett tilgjengelig og faglig godt utført	18	Delmål 2.7 Aktuelle arbeidsplasser skal ha god beredskap i forhold til yrkesmessig risiko for hivinfeksjon og ha kunnskap om hvordan hiv ikke smitter	26
	Delmål 1.7 Kondombruken skal økes gjennom bedre tilgjengelighet og atferdsendring	19		
	Delmål 1.8 Den forebyggende innsatsen overfor asylsøkere, flyktninger og andre med innvandrerbakgrunn skal styrkes	19	6	Organisering og gjennomføring
	Delmål 1.9 Nysmitte av hiv og seksuelt overførbare sykdommer blant menn som har seksuell omgang med menn skal reduseres	20	Del II	Faktabeskrivelse til strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer (SOS)
				29

1. Innledning

Norge har hatt tre handlingsplaner for forebygging av hiv og aids siden 1986. Handlingsplanene har vært fulgt av øremerkede bevilgninger gitt i årlige statsbudsjetter. Gjennomføring av handlingsplanene har vært gjenstand for uavhengige og eksterne evalueringer i regi av Norges forskningsråd i 1995 og av Rogalandsforskning i 2001. Det er fortsatt behov for nasjonale styringsdokumenter i forhold til forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Rogalandsforskning konkluderte i sin evalueringsrapport bl.a. at:

«Når perioden for denne handlingsplanen utgår, må staten ved Sosial- og helsedepartementet sikre det videre forebyggende arbeidet på nasjonalt nivå ved å utarbeide egne nasjonale styringsdokumenter. Slike dokumenter skal klargjøre overordnet strategi for framtidig forebygging og plassere ansvaret på den aktuelle statlige og kommunale forvaltningen.»

I forbindelse med Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2001 uttalte Sosialkomiteen at:

«Komiteen mener det er viktig med fortsatt statlig engasjement, styring og midler i forhold til HIV/AIDS-epidemien, og det bør vurderes om det ikke er nødvendig med en ny handlingsplan som trekker linjene videre.»

Denne strategiplanen bygger på erfaringer fra det forebyggende arbeidet som har vært drevet i Norge siden midten av 1980-årene, og den legger fortsatt følgende målsettinger til grunn:

- Befolkningen skal ha grunnleggende kunnskap om hiv og aids
- Epidemien skal overvåkes nøye
- Smittefarlig atferd skal forebygges
- Hivsmittede skal diagnostiseres og få smittevernveiledning så tidlig som mulig
- Diskriminering og utstøting av smittede og personer i risiko skal bekjempes
- Helse- og sosialpersonell skal ha god kompetanse, og personer med hiv og aids skal ha tilgang på god oppfølging

Viktige styrende prinsipper har vært:

- Tiltakene skal være minst mulig inngripende mot personlig frihet

- Innsatsen skal være målrettet mot grupper med høy risiko og forekomst av hiv og mot befolkningen generelt
- Myndighetene skal samarbeide med frivillige organisasjoner
- Samfunnet skal vise solidaritet med personer med hiv og aids

Denne strategiplanen skal, som de foregående handlingsplanene, definere overordnede prinsipper og strategier for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer i Norge. Samtidig skal den fungere som en plan for bruken av tilskuddsmidlene som Stortinget årlig bevilger over statsbudsjettet. Strategiplanen beskriver hva sentrale helsemyndigheter mener er de største utfordringene i årene framover ved å fokusere på viktige innsatsområder og aktuelle tiltak. Mye av oppfølgingen av planen vil primært skje ute i kommunene, enten i kommunal eller frivillig regi, men med aktiv bistand fra sentrale og regionale helsemyndigheter. Strategiplanen presenterer en meny av aktuelle tiltak som må tilpasses situasjon og lokale forhold.

Strategiplanen beskriver først hvilke hovedutfordringer departementet ser for arbeidet framover. Videre redegjøres det for de gjennomgående prinsipper som ligger til grunn for det forebyggende arbeidet. Strategiplanen har to hovedmål og 19 delmål med aktuelle tiltak som er rettet mot befolkningen, mot målgrupper og mot individer. Til slutt redegjøres det for organisering, oppfølging og evaluering av planen.

Del II utgjør faktagrunnlaget for strategiplanen. Faktagrunnlaget bygger på en faktabeskrivelse som ble utarbeidet av Statens institutt for folkehelse i samarbeid med Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Faktabeskrivelsen, som også inneholdt forslag til strategier og tiltak, ble sendt på en bred kommentarunde sommeren 2001.

Det er etter departementets syn svært viktig med kontinuerlig fokus på og et fortsatt engasjement i forhold til forebygging av hiv/aids og seksuelt overførbare sykdommer. Mye av innsatsen som er gjort de siste årene, særlig i forhold til personer

Hivsituasjonen i Norge

Hivepidemien har til nå hatt et lite omfang i Norge når vi sammenlikner oss med de fleste andre land, og situasjonen anses å være relativt stabil. Per 15.10.2001 er det siden 1984 diagnostisert 2289 personer med hivsmitte i Norge fordelt på 1639 menn og 650 kvinner. Det har de siste årene vært en viss økning i antall diagnostiserte hivpositive per år. Dette skyldes i hovedsak en økning i antall innvandrere som er hivpositive når de kommer til Norge. Det er de siste 10 år ikke påvist noen sikker økning av hivsmitte blant personer bosatt i Norge. Imidlertid ble det i 2000 oppdaget et høyere antall i forhold til tidligere år som var heteroseksuelt smittet, mens de bodde i Norge. Dette kan være et tegn på økende hivsmitte i denne gruppen. Rundt 75 prosent av personene diagnostisert i Norge i 2000 og 2001 var smittet i utlandet. Om lag 60 prosent av de diagnostiserte var personer av utenlandsk opprinnelse, som var smittet før de kom til Norge. Statens institutt for folkehelse antar at omlag 1700–1800 personer lever i Norge med hivinfeksjon i dag. Antallet vil øke i årene framover fordi hivsmittede lever lengre, flere personer med hiv kommer til Norge som asylsøkere og flyktninger, og flere personer i Norge smittes med hiv. Et voksende smittereservoar, tegn til økende risikoatferd ved at kondombruken går ned og fortsatt mye usikker seksuell omgang, gir grunn til å videreutvikle og styrke gode og effektive forebyggingstiltak. Det vises ellers til kapitlene 2, 3 og 4 i del II Faktabeskrivelsen.

med hiv og aids, menn som har seksuell omgang med menn og injiserende stoffmisbrukere, har vist resultater og bidratt til at hivepidemien har fått et mindre omfang enn man først fryktet på 1980-tallet. Dette arbeidet skal videreutvikles og videreføres. Samtidig ser departementet nye utfordringer, blant annet i forhold til styrket forebyggingsinnsats blant personer med innvandrerbakgrunn, økt kunnskap om levekårene til personer med hiv/aids, herunder kvinner og barn med hiv, og en ytterligere bevisstgjøring av befolkningen generelt i forhold til hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Det er i denne sammenheng viktig å fokusere på den enkeltes ansvar for egen livsstil og omtanke for andre mennesker.

Situasjonen i forhold til seksuelt overførbare sykdommer

Det å ha en annen seksuelt overførbare sykdom øker risikoen for hivinfeksjon. Dette gjelder særlig seksuelt overførbare sykdommer som gir sår på kjønnsorganene. De viktigste seksuelt overførbare sykdommene er genital chlamydiainfeksjon, gonore, syfilis, hepatitt B, genital herpes og papillomavirusinfeksjoner.

Mange av de seksuelt overførbare sykdommene som er nevnt ovenfor, har alvorlige følgetilstander. Følgetilstander ved genital chlamydiainfeksjon og gonore kan være infertilitet hos kvinner, svangerskap utenfor livmoren og kroniske magesmerter hos kvinner. Barn som fødes mens mor er smittet med gonore eller chlamydia, kan få infeksjon i øynene og i lungene. Hos menn kan det bl.a. være snakk om sammenvoksinger i urinrøret og bitestikkelbetennelse. Hepatitt kan gi leverbetennelse, mens genitale papillomavirusinfeksjoner kan forårsake celleforandringer som i verste fall kan føre til kreft.

Overvåkingen av disse seksuelt overførbare sykdommene er ikke like god som ved hiv. Som ved hivinfeksjon er ikke antallet diagnostisert et år lik antallet som ble smittet dette året (insidensen). Antall prøver som blir foretatt, varierer fra år til år. De fleste som blir smittet av for eksempel genital chlamydiainfeksjon, får ikke symptomer og blir kanskje diagnostisert først lang tid senere. Det er imidlertid sikkert at mange tusen smittes hvert år av ulike seksuelt overførbare sykdommer, og at vi ser en økning i smitte. Det vises til kapittel 4 i del II Faktabeskrivelsen for nærmere omtale av disse sykdommene.

I denne strategiplanen blir forebygging av hiv og aids i større grad enn i tidligere plandokumenter sett i sammenheng med forebygging av seksuelt overførbare sykdommer generelt. Dette er etter departementets syn viktig fordi de fleste forebyggende tiltakene er felles for alle disse sykdommene, og fordi lav forekomst av seksuelt overførbare sykdommer generelt betyr at befolkningen vil være mindre mottakelige for hiv, fordi seksuelt overførbare sykdommer øker risikoen for hivsmitte.

Strategiplanen har hovedfokus på forebygging og ikke på behandling. Viktigheten av god oppfølging for det forebyggende arbeidet er imidlertid vektlagt.

Selv om strategiplanen bruker samlebegrepet «hivinfeksjon og seksuelt overførbare sykdommer», er det tatt hensyn til at flere av sykdommene også kan overføres på andre måter enn ved seksuell aktivitet, f.eks. ved blodsmitte.

En viktig forutsetning for å oppnå strategiplanens mål er en aktiv oppfølging av planen. Strategiplanen skal være et dynamisk og fleksibelt dokument som kontinuerlig tilpasses den epidemiologiske utviklingen og de utfordringene som samfunnet til en hver tid står overfor. Det legges derfor opp til at det skal utarbeides årlige statusrapporter som sammen med årsrapporten om den epidemiologiske utviklingen fra Meldingssystem for smitt-

somme sykdommer (MSIS), vil danne grunnlag for en løpende vurdering av behov for endringer i strategier, mål og tiltak, samt behov for å gjennomføre eventuelle evalueringer underveis. Disse årlige statusrapportene, som skal utarbeides av Sosial- og helsedirektoratet, vil således fungere som oppdaterte versjoner av denne strategiplanen.

Å sørge for best mulige levekår for personer med hiv og aids er samtidig en sentral forebyggingsstrategi. Det er behov for mer kunnskap om hivsmittedes levekår, særlig blant smittede med innvandrerbakgrunn. På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet og Pluss-Landsforeningen mot aids (Pluss-LMA) gjennomfører FAFO en levekårsundersøkelse blant personer med hiv og aids. Den vil foreligge sommeren 2002 og kan gi grunnlag for at nye tiltak tas inn i strategiplanen.

2. Hiv og aids internasjonalt

Ifølge de siste anslag fra UNAIDS levde 36,1 millioner mennesker med hivinfeksjon ved utgangen av 2000. Dette er 50 prosent mer enn det som ble lagt til grunn i beregninger i 1991. Hvert år smittes 5,3 millioner nye mennesker og omlag 3 millioner dør av aids. Over store deler av verden fortsetter hiv-epidemien å utvikle seg i et raskere tempo enn man tidligere har regnet med. Koplingen mellom hiv og tuberkulose har lenge vært et økende problem. Prioriteringen av det globale hiv/aids-arbeid innen utviklingspolitikken er også en viktig del i arbeidet med å få hiv/aids-epidemien under kontroll.

I tillegg til den fortsatt dramatiske hivutviklingen i Afrika sør for Sahara og Sør- og Sørøst-Asia er UNAIDS og WHO særlig bekymret for utviklingen de kommende årene i de folkerike landene India og Kina. I Russland og i flere tidligere Sovjetrepublikker registreres også kraftig økning i epidemien, særlig blant stoffmisbrukere. Dette skjer nå også i vårt russiske nabofylke Murmansk hvor antall registrerte hivsmittede fram til 2001 var 173, mens det i år alene ligger an til å bli diagnostisert omlag 500 nye hivsmittede.

På norsk initiativ besluttet de 11 statsministrene i Østersjøregionen og Europakommisjonen på Østersjørådets toppmøte i april 2000 å samarbeide for å bekjempe spredningen av smittsomme sykdommer. De opprettet en aksjonsgruppe bestående av personlige representanter for statsministrene. Norge leder og har sekretariat for aksjonsgruppen. I de neste tre årene skal det arbeides for å begrense og forebygge spredning av tuberkulose, hiv/aids, antibiotikaresistente bakterier og å redusere risikoen for sykehusinfeksjoner.

Norge har siden 1997 deltatt i EUs folkehelseprogram for forebygging av aids og andre smittsomme sykdommer. Norge deltar også i EUs smitteovervåkingsprogram.

Smittsomme sykdommer bidrar til frykt. Situasjonen for infeksjonssykdommer kan bli et hinder for økt samhandel og samkvem globalt. Å redusere forekomsten av infeksjonssykdommer er i alles interesse. Det er viktig at tiltak i og over landegrensene ses i sammenheng. Departementet legger derfor opp til at erfaringsoverføring og koordinering av tiltak nasjonalt og internasjonalt blir en del av statusrapporteringen i framtiden.

3. Viktige utfordringer framover

Hivepidemien utgjør globalt en stadig større utfordring. Den norske hivepidemien blir i økende grad påvirket av den globale epidemien.

Det er en sentral utfordring å finne en riktig balanse mellom målrettet innsats overfor spesielt utsatte grupper og generelle tiltak overfor den allmenne befolkning. En slik balanse er viktig for å unngå at store deler av befolkningen føler at hiv og seksuelt overførbare sykdommer ikke angår dem på grunn av for sterk fokusering på spesielt utsatte personer innenfor såkalte 'risikogrupper'.

Da hivepidemien ble erkjent tidlig på 1980-tallet, skjedde det en betydelig endring i seksualatferden i de mest berørte gruppene. Arbeidet som har vært utført i forhold til personer med hiv, menn som har seksuell omgang med menn og injiserende stoffmisbrukere, er godt etablert, har vist gode resultater og skal videreføres. Det er positive erfaringer spesielt når det gjelder injiserende stoffmisbrukere og personer som selger seksuelle tjenester. Etter to tiår med smitteforebyggende arbeid må vi likevel konstatere at det har skjedd få positive atferdsendringer på dette området i befolkningen sett under ett. Kondombruken ser ut til å være på vei ned igjen. Det er viktig å finne årsakene til denne trenden slik at den kan snus. Innsatsen for å legge til rette for praktisering av sikrere seksualatferd bl.a. ved å øke tilgjengeligheten av kondomer skal intensiveres.

Et fortsatt bredt samfunnsengasjement er nødvendig for å oppnå enda bedre resultater i forebygging av hivinfeksjon og seksuelt overførbare sykdommer. Alle aktører bør stimuleres til å utvikle mer effektive forebyggingsstrategier og -tiltak gjennom forskning, samarbeid og kontakt med nasjonale og internasjonale forskningsmiljøer,

metodeutvikling og evaluering. Helsetjenesten, andre offentlige etater og frivillige organisasjoner må vise kreativitet, fleksibilitet og evne til å fange opp og ta i bruk effektive forebyggings- og behandlingstiltak.

En viktig utfordring framover vil være å fortsette arbeidet med å integrere det forebyggende arbeidet mot hivinfeksjon og seksuelt overførbare sykdommer i det øvrige smittevernarbeidet, og å knytte det sterkere til det kommunale ansvaret på området i tråd med intensjonene i smittevernloven og den generelle organisering av smittevernet i Norge.

Et viktig siktemål i årene framover er å styrke veiledning og rådgivning overfor ungdom om hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Det er derfor nødvendig at helsetjenesten lokalt samarbeider med grunnskole og videregående skole om kompetanseheving på feltet.

En utfordring framover vil også være å løfte fram kjønnsrelaterte problemstillinger i forebyggingen.

Det er fortsatt viktig de neste årene å arbeide for å avstigmatisere hivepidemien. Hivinfeksjon og aids er en sykdom som i særlig grad bærer med seg fordommer og diskriminering. Dette gjelder i hele samfunnet, men kan særlig være uttalt innenfor enkelte innvandrergupper. Stigmatiseringen skaper store hindringer både for forebygging og behandling av sykdommen. Hele samfunnet må derfor påvirkes til å endre sine holdninger til sykdommen, slik at de som rammes kan konsentrere seg om de fysiske og psykiske konsekvensene av å være hivsmittet, uten i tillegg å måtte forsvare seg mot sosial og yrkesmessig diskriminering.

4. Gjennomgående prinsipper for arbeidet

I strategiplanen er følgende prinsipper lagt til grunn:

- Menneskerettigheter (jf. bl.a. St.meld. nr. 21 (1999–2000) Menneskeverd i sentrum og FNs høykommissær for flyktningers resolusjon 1999/49 om beskyttelse av menneskerettighetene i forbindelse med hiv og aids).
- Kjønnsperspektiv jf. bl.a. NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge.
- Lik tilgang på god forebyggende informasjon og oppfølging for alle i Norge som et viktig premiss for å forebygge videre smitte (jf. bl.a. pasientrettighetsloven).
- Bred deltakelse og aktiv medbestemmelse i utforming, implementering og evaluering av strategier og tiltak.
- Alle har et selvstendig ansvar for både å beskytte seg selv mot smitte og for å unngå å smitte andre både innenlands og utenlands. Personer med hiv og annen smittsom sykdom har likevel et særlig ansvar som er lovfestet i smittevernloven og i straffeloven.

5. Hovedmål, delmål og tiltak

Strategiplanen har to hovedmål og 19 delmål med en meny av aktuelle tiltak. Hovedmålene 1 og 2 gir uttrykk for strategiplanens overordnede siktemål. Delmålene er viktige elementer for å oppnå hovedmålene. Det er ikke alltid mulig å etterprøve direkte om delmålene nås, men der det har vært mulig, er det satt tidsfrist for måloppnåelse. Ofte vil en vellykket oppnåelse av et delmål være avhengig av at det settes et knippe av tiltak ut i livet samtidig. Det er derfor viktig at delmålene og tiltakene blir sett i sammenheng. Nummereringen er ikke ment å gi uttrykk for prioriteringen. Målgruppene for tiltakene framgår av delmålene.

Hovedmål 1:

Antall nysmittede av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal reduseres

Hovedmål 2:

Alle som er smittet av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal sikres god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi

For begge hovedmål er helseopplysning viktig. Helseopplysning er et innarbeidet virkemiddel i alt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot befolkningen som helhet, mot særlig utsatte målgrupper og mot individer.

Hovedmål 1:

Antall nysmittede av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal reduseres

Delmål 1.1

Befolkningen skal sikres et høyt kunnskapsnivå og økt bevissthet i forhold til hiv og seksuelt overførbare sykdommer

Den norske hivepidemien kan synes liten og «usynlig», noe som øker muligheten for likegyldig-

het. I de første årene av hivepidemien på 1980-tallet var oppmerksomheten i befolkningen stor. Mange følte seg berørt av informasjonen, og media var sterkt opptatt av hiv og aids. Folk hadde behov for informasjon, og motivasjonen til å endre seksualatferd økte.

Mye av oppmerksomheten rundt hiv og aids har nå tapt seg i Norge. Smittsomheten er relativt lav, og utbredelsen i Norge er liten i forhold til andre deler av verden. Dette kan føre til at folk flest føler at hiv ikke angår dem lenger. På grunn av få smittede, og ikke minst på grunn av at ikke alle er åpne om sin hivinfeksjon, virker også epidemien usynlig for folk flest. Selv om det stadig blir flere personer med hiv som lever i Norge, er det relativt stabile tall for nysmitte. Denne stabiliteten i de norske hivtallene i forhold til nysmitte kan gi en falsk trygghet. Videre er det tegn til at utviklingen av nye behandlingsregimer i den rike verden gjør at hiv er i ferd med å endre status fra dødelig sykdom til kronisk sykdom. Det er grunn til å tro at slike forestillinger kan føre til mer usikker seksualatferd.

Folk flest føler at de andre seksuelt overførbare sykdommene angår dem i større grad enn hiv. Det er derfor viktig å øke bevisstheten om hiv og seksuelt overførbare sykdommer parallelt. Det er viktig å underbygge det personlige ansvar for egen livsstil og nødvendig omtanke for andre mennesker. Etter en periode med målrettede kampanjer mot spesielt utsatte grupper er det nå viktig å øke informasjonsinnsatsen mot hele befolkningen for å minne om sykdommen og skape tilstrekkelig god beredskap. Hele befolkningen skal sikres god kunnskap om hiv og seksuelt overførbare sykdommer, herunder hvordan disse smitter og ikke smitter, og hvordan den enkelte kan beskytte seg mot smitte. Ungdom er en spesielt viktig målgruppe for informasjon om hiv og seksuelt overførbare sykdommer, jfr. Delmål 1.4 og 1.5. Videre skal informasjonen bidra til å motvirke stigmatisering og diskriminering av personer som er rammet av hiv og aids og bidra til å alminneliggjøre sykdommen.

Frivillige organisasjoner skal fortsatt være viktige samarbeidspartnere i det generelle informasjonsarbeidet overfor befolkningen ved å være bro-

bygger og bindeledd mellom samfunn og berørte miljøer.

Aktuelle tiltak:

- Sentrale helsemyndigheter og helsetjenesten må bidra til et høyt kunnskapsnivå om smitterisiko og nødvendige forholdsregler mot smitte i befolkningen og høy oppmerksomhet om risikoen for hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Risikoatferd må motvirkes.
- Helsetjenesten må gi befolkningen kunnskap om viktigheten av å søke lege tidlig for medisinsk undersøkelse og eventuell behandling når noen mistenker at de kan være smittet med hiv og seksuelt overførbare sykdommer. De smittede må sikres oppdatert informasjon om aktuelle behandlingsmuligheter og betingelsene for å oppnå et best mulig behandlingsresultat.
- Det må skaffes til veie kunnskap om hvilke informasjonstiltak som er effektive, og de tiltak som gjennomføres bør evalueres.
- Det bør legges til rette for bruk av moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi, bl.a. Internett. Samtidig må smitteverninformasjon gis på en slik måte at den også når fram til de som ikke har Internett.
- Sentrale og lokale helsemyndigheter bør i større grad samarbeide med mediene om informasjon om hiv og seksuelt overførbare sykdommer.
- Sentrale og lokale helsemyndigheter skal være særlig aktive når det gjelder å varsle om lokale utbrudd, eller fokusere på spesielle risikoforhold eller bekymringsfulle utviklingstrekk.
- Kunnskap om former for fysisk kontakt som ikke innebærer risiko for hivsmitte, må bedres.
- De årlige statusrapportene og et oppdatert faktagrunnlag skal presenteres på en slik måte at informasjonen er lett tilgjengelig for helsetjenesten, andre sektorer og media, gjennom f.eks. Internettversjon.

Delmål 1.2

Kjønnsrelaterte problemstillinger skal vurderes i planer, prioriteringer og tiltak

Kjønnsperspektivet skal vektlegges i forebyggingsarbeidet. Kjønnsrelaterte problemstillinger ved forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal løftes fram. Per 15.10.2001 er det siden 1984 diagnostisert 1639 menn og 650 kvinner med hivsmitte. FNs aidsorgan UNAIDS har de to

siste årene fokusert spesielt på menns ansvar i forhold til risikoatferd ut fra deres generelle maktposisjon i samfunnet. Dette er viktig også i Norge. Forebyggingsstrategier overfor kvinner må ta utgangspunkt i at ikke alle kvinner er i stand til å forhandle om sikrere seksuell omgang. Kvinner kan være særlig utsatte for smitte både ut fra rent biologiske forhold, men også ut fra generelle samfunnsforhold.

Aktuelle tiltak:

- Organisasjoner som arbeider med forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer og som mottar tilskudd fra det offentlige, skal ivareta kjønnsperspektivet i sine søknader og prosjektbeskrivelser.
- Det skal skje en økt bevisstgjøring av kjønnspektivet gjennom informasjon og faglig rådgivning fra sentrale helsemyndigheter og relevante fagmiljøer.
- Sette i verk tiltak rettet mot kvinner: etablere nettverk for kvinner med hiv, spesielt fokus på innvandrerkvinner. Naturlige samarbeidspartener: frivillige organisasjoner med spesielle forutsetninger for å arbeide med kjønnsrelaterte problemstillinger.
- Sette i verk tiltak rettet mot menn: økt bevisstgjøring av menns rolle, jf. UNAIDS-kampanjene i 2000 ('Men make a difference') og 2001 ('I care – do you?').

Delmål 1.3

Ingen skal bli smittet av hiv og hepatitt som følge av medisinsk bruk av blod, blodprodukter eller annet humant materiale

Hvordan helsetjenesten bruker blod og annet humant materiale er av betydning for smitterisiko. Det finnes ikke statistikk over antall mennesker som mottar blod i Norge, men det er antydning på eksperthold at 50–60 000 mennesker hvert år får transfusjon med ett eller flere blodprodukter. I 1985 ble en pålitelig test på hivantistoff i blod tilgjengelig. Testen ble gjort obligatorisk for norske blodgivere. Hepatitt-testen er også blitt bedre de siste årene.

Det overordnede mål for bruk av blod er å beskytte mottakeren. Det er fastsatt retningslinjer for transfusjonstjenesten som nå er under revisjon. Det stilles strenge krav til blodgiverens helsemessige status og atferd. Et eget statlig nasjonalt transfusjonsråd gir råd om kvalitetssikring av transfusjonstjenesten.

Aktuelle tiltak:

- Sørge for at Norge har sikre blodprodukter som benyttes i medisinsk sammenheng.
- Kriterier for utvelgelse av blodgivere blir vurdert løpende.
- Arbeidet med å implementere bedre og sikrere tester skal pågå kontinuerlig.

Delmål 1.4

Den forebyggende og helsefremmende innsatsen når det gjelder hiv og seksuelt overførbare sykdommer rettet mot ungdom og unge voksne skal styrkes

Det er fortsatt høy forekomst av seksuelt overførbare sykdommer hos ungdommer. Dette gjelder særlig chlamydia. Det kan virke som om ungdom ikke føler at hiv angår dem. Det å unngå graviditet blir ofte sett som viktigere enn det å beskytte seg mot seksuelt overførbare sykdommer.

Arbeidet rettet mot ungdommer må derfor intensiveres, og det må gjøres i samarbeid med ungdommen selv. Kjønnsperspektivet må legges til grunn for dette arbeidet. Strategier og tiltak må ses i sammenheng med og bygge på Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort 1999 – 2003. Det er viktig å styrke veiledning og rådgivning overfor ungdom om hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Skoleverket, ungdomsklubber og foreninger, helsetjenester for ungdom og skolehelsetjenesten spiller en sentral rolle i informasjonsarbeidet. Det er viktig med god og dekkende undervisning til alle unge om seksualitet og reproduktiv helse i vid forstand. Dette kan gjøres innenfor skole, opplæring og høgre utdanning og gjennom veiledning gitt av kommunehelsetjenesten ved helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten.

Ungdom skal kjenne til sine rettigheter til helsehjelp i forbindelse med undersøkelse og behandling av seksuelt overførbare sykdommer.

Aktuelle tiltak:

- Nye ungdomskull må få kunnskap om seksualitet, reproduktiv helse og seksuelt overførbare sykdommer. Alle ungdommer i ungdomsskole og videregående skole må få seksual- og samlivsundervisning som inneholder informasjon så vel som mulighet til samtale og refleksjon bl.a. om personlig etisk ansvar. Undervisningen må ta hensyn til kulturelle og etniske aspekter. Det må tas i bruk undervisningsmetoder som har vist seg effektive, og det bør jobbes

videre med å utvikle gode undervisningsformer som treffer ungdom.

- All ungdom skal kunne få rettleiding og opplysning om seksuelt overførbare sykdommer integrert i den ordinære opplæringen, og som et helsetjenestetilbud. Det skal legges vekt på at relevant opplysning skal være tilgjengelig for alle.
- Lærernes kunnskaper om metoder for å undervise elever med ulik seksuell legning og ulik etnisk bakgrunn skal forbedres. Læringssenteret har høsten 2001 i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet utgitt boken «Samliv og seksualitet – Ressursbok for lærere». Boken er distribuert til skoler og helsestasjoner.
- Det skal satses på kompetanseheving for både pedagogisk personell og helsepersonellgrupper med tanke på undervisning og veiledning om hiv og seksuelt overførbare sykdommer.
- Ungdom skal fortsatt tilbys gode informasjonskanaler hvor de kan henvende seg med spørsmål om seksuell helse, bl.a. Internett og via hjelpetelefoner.
- Økt bruk av mobile 'team' sammensatt av unge mennesker med spesialkompetanse om ungdom og seksualitet bør stimuleres. Slike 'team' kan besøke skoler og andre arenaer hvor ungdommer befinner seg, og vil kunne være et godt supplement til den tradisjonelle undervisningen.
- Ungdomsvennlige helsetjenester som skolehelsetjenesten og helsestasjoner for ungdom bør styrkes. En sentral utfordring er å nå ut til gutter og unge menn.
- Kjønnsperspektivet må ivaretas. Nordisk institutt for kvinne- og kjønnsforskning (NIKK) prosjekt 'Living for Tomorrow' har blitt utnevnt til et 'Best Practice' prosjekt av UNAIDS. Dette prosjektet har fokusert på ungdom, kjønn og seksualitet, og vil kunne være en inspirasjon for andre.

Delmål 1.5

Kommunene skal ivareta arbeidet med forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer

Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer er en viktig del av smittevernarbeidet i kommunene. Smittevernloven og kommunehelsetjenesteloven gir kommunene et stort ansvar. I januar 2001 hadde 2/3 av kommunene ferdige smittevernplaner slik smittevernloven fra 1994 pålegger dem. Det er mange kommuner som ikke

har tilstrekkelig fagkompetanse på smittevernområdet. Dette gjelder særlig samfunnsmedisinsk ekspertise i kommunehelsetjenesten.

Aktuelle tiltak:

- Nasjonale konferanser om aktuelle emner innenfor forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal bidra til kompetanseheving og nettverksbygging, og være en inspirasjon for alle aktører som jobber med forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer i Norge. Dette er et fellestiltak under delmål 2.2.
- Sentrale helsemyndigheter har gjennom prosjektet 'Styrket smittevern i kommunene' tatt et initiativ til å sørge for at smittevernarbeidet i kommunene til en hver tid er tilpasset dagens smittesituasjon og de lover og forskrifter som gjelder. Prosjektet har flere tiltak, bl.a. fylkesvise smittevernkonferanser, utarbeiding av en elektronisk mal for kommunal smittevernplan for å hjelpe kommunene i arbeidet, og konferanse for smittevernansvarlige leger i kommunene. Det forebyggende helsearbeidet på dette området må integreres i det kommunale helsestjenestetilbudet rettet mot ungdom.
- Sentrale helsemyndigheter skal betjene kommunene med informasjonsmateriell og rådgivning.
- Helsestasjoner for barn, gravide og ungdom, skolehelsetjenesten og samarbeidet med skolen bør styrkes, særlig med tanke på forebygging av hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer.
- Det skal drives kompetanseutvikling over Internett ved hjelp av videreutvikling av sentrale helsemyndigheters nettsider om smittevern og epidemiologiske data.
- Smittevernhåndboka for kommunehelsetjenesten er revidert høsten 2001 og er distribuert til alle landets kommuner. Den er også tilgjengelig på Internett. Boken vil bli revidert jevnlig.

Delmål 1.6

Testing, smittevernveiledning og smitteoppsporing skal være lett tilgjengelig og faglig godt utført

Det er viktig at folk vet om de er smittet av hiv eller en seksuelt overførbare sykdom. Slik kan de raskt få behandling og sørge for å ikke smitte andre. Befolkningen og helsepersonell må kjenne til den type seksualatferd og de symptomer og tegn som bør føre til at folk tester seg. Når folk kommer for

å teste seg, bør denne type kunnskap styrkes ved at det samtidig gis smittevernveiledning.

Med smitteoppsporing menes for eksempel helsevesenets tiltak for å gjøre seksual- eller sprøytedelingspartnere (smittekontakter) til en smittet person (indekspasienten) oppmerksomme på at de kan være smittet og tilby dem veiledning, undersøkelse og behandling.

Det er pasientens fastlege eller annen diagnostiserende lege som etter smittevernloven har ansvaret for å iverksette smitteoppsporingen. Smittekontaktene er enten personer som indekspasientene kan ha ført smitten videre til (sekundærkontakter) eller den personen som smittet indekspasienten (smittekilden). Smitteoppsporingen kan være legeformidlet, dvs. at legen kontakter smittekontaktene, den kan være pasientformidlet, ved at indekspasienten selv tar kontakt med sine smittekontakter eller de to framgangsmåtene kan kombineres.

Smitteoppsporing er et virkemiddel i særstilling i forebyggingsøyemed. Det er derfor viktig at bestemmelsene om smitteoppsporing i smittevernloven overholdes, at taushetspliktsbestemmelsene ivaretas, at tilliten til pasient og smittekontakter opprettholdes, at helsetjenester er tilgjengelige for dem, og at ingen utsettes for diskriminering eller unødvendig tvang i prosessen.

Ettersom hivinfeksjon er så lite utbredt i Norge, har smitteoppsporing potensiale til å være et effektivt virkemiddel for å finne personer med hiv. I perioden 1996–2000 ble 15 prosent av de meldte tilfellene av hivinfeksjon oppdaget etter smitteoppsporing.

Gjennom MSIS har Statens institutt for folkehelse erfart at de diagnostiserende legene ofte ikke prioriterer smitteoppsporingsarbeidet tilstrekkelig. Det bør være et mål å finne smittekilden til alle som antas smittet i Norge. Spesielt blant heteroseksuelle tilfeller er det ofte man ikke lykkes i å finne smittekilden.

Det vises også til delmål 2.1 om tidlig diagnostisering.

Aktuelle tiltak

- Leger og annet aktuelt helsepersonell skal kontinuerlig oppdatere seg faglig med sikte på å utføre et hensiktsmessig og effektivt smitteoppsporingsarbeid.
- Samarbeidet innen helsevesenet om smitteoppsporing må bedres. Enhver lege som diagnostiserer personer med allmennfarlig smittsom sykdom for eksempel hiv, chlamydia og hepatitt har plikt til å foreta smitteoppsporing (smitteoppsporing).

tevernloven § 3–6). Dersom legen henviser pasienten videre til for eksempel spesialist eller sykehus, må det avklares hvem som skal foreta smitteoppsporingen. Kommunelegen med ansvar for smittevern (smittevernlegen) bør i større grad trekkes inn i smitteoppsporingsarbeidet og oppfølgingen av personer med hiv. Dette bør skje ved lavere terskel for faglig konsultasjon mellom legene i kommunen og smittevernlegen i aktuelle tilfeller.

- Kommunene bør med bistand fra sentrale helsemyndigheter bygge opp spesialkompetanse i smitteoppsporingsarbeid.
- Legene må ytterligere informeres om når og til hvem de bør tilby test for Chlamydia trachomatis, hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer.
- Enklere undersøkelsesmetoder vil bli vurdert tatt i bruk, for eksempel ved urinprøver. Det vil også bli vurdert å iverksette en forsøksordning med hjemmetesting for Chlamydia trachomatis. Dette innebærer at pasienten tar prøven selv og sender den til et laboratorium og får svaret per telefon.
- Publikum må stadig minnes om at genitale chlamydiainfeksjoner er utbredt blant unge voksne og ungdom, at de fleste smittede ikke har symptomer, og at testing og behandling er enkelt.

Delmål 1.7

Kondombruken skal økes gjennom bedre tilgjengelighet og atferdsendring

Kondom er det mest effektive prevensjonsmiddel mot seksuelt overførbare sykdommer. Etter en positiv trend mot slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet ser det nå ut til at kondombruken i befolkningen er på vei ned igjen. Kondombruken blant heteroseksuelle ved tilfeldig seksuell omgang har hele tiden vært lav (15–25 prosent) og ser ut til å ha gått ned de senere årene.

Kondomer bør være tilgjengelige både for spesielt utsatte befolkningsgrupper og for befolkningen generelt og bidra til å fremme ansvarlige holdninger til seksuell omgang.

Aktuelle tiltak:

- Forsøksprosjektet med gratis utdeling av kondomer i taxier skal evalueres.
- Informasjonskampanjer skal iverksettes med mål å endre holdninger til og øke bruken av kondomer. Dette må gjøres parallelt med personlig rettet kommunikasjon.

- Alle landets helsestasjoner for ungdommer bør tilby gratis kondomer.
- Alle hivpositive og deres partnere skal få informasjon om tilbudet om gratis kondomer.
- Kondomautomater bør settes opp på strategiske steder.
- Kondomer skal være tilgjengelig på flyplasser, tog- og busstasjoner, ferjekaiar og sosiale treffsteder.

Delmål 1.8

Den forebyggende innsatsen overfor asylsøkere, flyktninger og andre med innvandrerbakgrunn skal styrkes

De fleste som blir diagnostisert med hiv i Norge nå er personer med innvandrerbakgrunn. Dette gjelder i hovedsak asylsøkere, flyktninger eller personer som kommer til landet for familiegjenforening. De aller fleste er smittet før de kommer til Norge, og svært mange er ukjente med sin hivstatus før de lar seg teste i Norge. På grunn av språklige og kulturelle forskjeller kan det være store utfordringer i å nå denne målgruppen med forebyggende informasjon og i forhold til behandling og oppfølging.

Personer med innvandrerbakgrunn er ofte utsatt for diskriminering, fordommer og rasisme på ulike arenaer og sammenhenger. Hivsmittede innvandrere kan oppleve en dobbelt diskriminering. Dette skaper store hindringer for smittevernarbeidet.

Det er viktig at denne målgruppen har tillit til helsetjenesten, og at det er en løpende og god dialog.

Det er et mål å stimulere til større åpenhet omkring hiv og aids også i innvandrer miljøer.

Når man her snakker om 'personer med innvandrerbakgrunn' som 'målgruppe', er det *ikke* i betydningen en ensartet gruppe.

Aktuelle tiltak:

- Sørge for at flyktninger, asylsøkere og innvandrere har samme tilgang til helseinformasjon som den øvrige befolkningen. Sosial- og helsedepartementet har laget en informasjonsbrosjyre om helsetjenester for asylsøkere på 8 språk som bør være tilgjengelig på alle asylmottak og ute i kommunene.
- Informasjonsbrosjyrer på 14 språk om hiv og hepatitt A, B og C foreligger fra Statens institutt for folkehelse og Statens helsetilsyn. Disse bør være tilgjengelig på alle asylmottak og i helsetjenesten i kommunene.

- De som er smittet, skal tidlig diagnostiseres og få god oppfølging som er tilpasset den enkeltes kommunikasjonsferdigheter, kulturelle bakgrunn og livssituasjon.
- Sentrale helsemyndigheter skal i samarbeid med kommuner og andre relevante sektormyndigheter arbeide for å bygge opp organisasjoner for å sikre seg gode kanaler og samarbeidspartnere i innvandremiljøene.
- Metoder og tiltak som har vist seg effektive for å oppnå høyt kunnskapsnivå og atferdsendringer må styrkes. Dette er for eksempel selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid ('peer education').
- Kommunehelsetjenesten skal sikre personer med innvandrerbakgrunn et høyt kunnskapsnivå om hiv og øvrige seksuelt overførbare sykdommer, forholdsregler mot smitte og viktigheten av rask diagnostikk, behandling og oppfølging ved mistanke om smitte. Dette kan gjøres i samarbeid med ulike ressurspersoner og interesseorganisasjoner i innvandremiljøene.
- Hivtest og smittevernveiledning skal tilbys rutinemessig til alle flyktninger og asylsøkere som søker opphold i Norge. Dette gjelder også ved familiegjenforening. Det må overfor den enkelte understrekes at testen er frivillig, og at resultatet ikke har betydning for utfallet av behandlingen av en eventuell asylsøknad. Det bør også gis tilbud om undersøkelser med tanke på andre seksuelt overførbare sykdommer.
- Nye retningslinjer for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og andre med innvandrerbakgrunn skal foreligge i løpet av 2002 fra Sosial- og helsedirektoratet.
- Sentrale helsemyndigheter skal tilby ansatte i kommunehelsetjenesten og ved asylmottak spesialtilpasset opplæring i smittevern og kommunikasjon om smittevern for personer med innvandrerbakgrunn.
- Kompetente faglige miljøer må få som oppgave å utvikle, implementere og evaluere intervensjoner som kan forebygge hiv og seksuelt overførbare sykdommer blant personer med innvandrerbakgrunn.
- Spesielt utsatte innvandrerkvinner skal tilbys særskilt hjelp.
- Kunnskap om levekårene til innvandrere med hiv skal kartlegges i FAFOs levekårsundersøkelse. Når levekårsundersøkelsen foreligger sommeren 2002, vil behov for nye tiltak under dette delmålet bli vurdert.

Delmål 1.9

Nysmitte av hiv og seksuelt overførbare sykdommer blant menn som har seksuell omgang med menn skal reduseres

Menn som har seksuell omgang med menn er fortsatt særlig utsatte for hivsmitte. Fra USA og England rapporteres det om økende risikoatferd og hivsmitte blant menn som har seksuell omgang med menn. I Oslo har man sett økende insidens av andre seksuelt overførbare sykdommer (gonore og syfilis) blant menn som har seksuell omgang med menn, også blant menn som er kjente hivpositive.

Smitterisikoen vil variere sterkt fra å være fraværende i monogame parforhold der begge er hivnegative til å være betydelig blant dem som fortsatt praktiserer usikker seksuell omgang på arenaer hvor tilfeldige seksuelle kontakter knyttes.

Nye generasjoner homoseksuelle har i liten grad selvopplevde erfaringer med hivpidemien som rammet miljøet på 1980- og 1990-tallet. Det er derfor viktig å opprettholde innsatsen slik at nye generasjoner unge homofile og bifile menn får samme informasjon og oppmerksomhet som de eldre.

Informasjon om hiv og seksuelt overførbare sykdommer må være tilgjengelig for alle menn som har eller vil ha seksuell omgang med menn uavhengig av den enkeltes oppfatning av egen seksuell identitet. Sentrale og lokale helsemyndigheter bør derfor samarbeide tett med frivillige organisasjoner og andre aktuelle aktører om forebyggende tiltak. Erfaring har vist at spesifikk informasjon i miljøet om akutte utbrudd, jf. syfilisutbruddet i Oslo i 1999 og 2000, virker ansvarliggjørende og mobiliserende.

Det er fortsatt viktig, også i forhold til forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer, å motarbeide diskriminering og fordommer rettet mot homofile.

Innsatsen rettet mot menn som har seksuell omgang med menn må ses i sammenheng med oppfølgingen av St.meld. nr. 25 (2000–2001) Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge.

Aktuelle tiltak:

- Hivtesting og smittevernveiledning skal være lett tilgjengelig.
- Menn som har seksuell omgang med menn skal tilbys informasjon som bidrar til et høyt kunnskapsnivå om hiv og seksuelt overførbare sykdommer og seksuell helse generelt. Internett er en viktig arena for å nå denne målgrup-

pen. Frivillige organisasjoner skal fortsatt spille en aktiv rolle i dette arbeidet.

- Helsetjenesten skal i nært samarbeid med frivillige organisasjoner legge til rette for at gruppen kan ta ansvar for egen og andres seksuelle helse, gjennom å stimulere til prosesser som fører til sikrere seksualatferd. Dette krever en helhetlig tilnærming til seksuell identitet, seksuell helse og seksuell atferd. Eksempler på tiltak er oppsøkende virksomhet i homofile miljøer, bruk av individuelle samtaler og gruppediskusjoner og likemannsarbeid ('peer education').
- Helsepersonells kompetanse i forhold til å møte målgruppen på en faglig god og fordomsfri måte skal styrkes. Frivillige organisasjoner skal bidra i utviklingen av slik kompetanse. Rådgivningstjenesten for homofile og lesbiske som ligger under Olafiaklinikken i Oslo, ble i forbindelse med Stortingets behandling av Stortingsmelding nr. 25 (2000–2001) besluttet utvidet slik at tjenesten også kan være en veiledningstjeneste for helsetjenesten på landsbasis.

Delmål 1.10

Nysmitte av hiv og seksuelt overførbare sykdommer blant utenlandsreisende skal reduseres

Økende globalisering fører til at stadig flere nordmenn reiser til andre deler av verden på turistreiser og i forbindelse med arbeid. Mer enn en million nordmenn reiser nå årlig til utlandet fra Norge. Antall reisende til mer eksotiske reisemål som Sørøst-Asia, Afrika, Mellom- og Sør-Amerika og Karibia øker sterkt. Dette er samtidig de områder hvor hivepidemien har størst utbredelse.

Vel 70 prosent av norske menn som er påvist hivpositive etter heteroseksuell smitte, er smittet i utlandet, og det er sannsynlig at denne smittemåten vil øke framover. Samtidig kan stadig flere innvandrere i Norge risikere å bli utsatt for smitte på besøk i tidligere hjemland.

Aktuelle tiltak:

- Sentrale og lokale helsemyndigheter skal bidra til høy medieoppmerksomhet overfor befolkningen generelt vedrørende risikoen for smittsomme sykdommer på utenlandsreiser.
- Kommunehelsetjenesten skal vektlegge informasjon om risiko for seksuelt overførbare sykdommer ved rådgivning og evt. vaksinasjon i forbindelse med utenlandsreiser.

- Sexturisme skal motarbeides. Helsemyndighetene vil ta initiativ overfor andre relevante sektormyndigheter med sikte på en holdningskampanje rettet mot kjøpere av seksuelle tjenester både i Norge og i utlandet for å motvirke de faktorer som fremmer utviklingen av prostitusjon. Dette er et fellestiltak under delmål 1.12.
- Aktuelt informasjonsmaterieil til utenlandsreisende skal være lett tilgjengelig.
- Alle virksomheter som regelmessige sender arbeidstakere til utlandet, må ta ansvar for å gi ansatte relevant og målrettet informasjon om risiko for hiv og seksuelt overførbare sykdommer og aktuelle forholdsregler mot smitte. Det er nødvendig å samarbeide med partene i arbeidslivet. Forsvaret skal gi rådgivning og veiledning om hiv og seksuelt overførbare sykdommer til alt personell som skal i utlandstjeneste.
- Helsemyndighetene bør fortsatt arbeide aktivt for å få reiselivsbransjen til å ta et større ansvar for å gi reisende informasjon om risiko for smittsomme sykdommer på reise.
- Sentrale helsemyndigheters arbeid med reiselivsmedisin skal styrkes.
- Offentlige og private virksomheter bør stimuleres til å lage etiske retningslinjer som tar avstand fra kjøp av seksuelle tjenester under tjenestereiser.

Delmål 1.11

Nysmitte av hiv blant injiserende stoffmisbrukere skal ikke øke. Nysmitte av hepatitt skal reduseres

Hivsituasjonen for injiserende stoffmisbrukere anses fortsatt som meget truende og uforutsigbar selv om smitten i dag er på et lavt nivå. Et omfattende utbrudd av hiv blant misbrukere i Helsinki (152 tilfeller oppdaget siden 1998) minner oss på hvor fort hiv kan spre seg blant stoffmisbrukere. Den sterke tilveksten av nye misbrukere som har kommet til siste halvdel av 1990-tallet, representerer en alvorlig trussel for økt hivsmitte i miljøet.

De omfattende utbruddene av hepatitt A og B i gruppen (anslagsvis 2300 tilfeller i 1998–2000) og den høye hepatitt C-forekomsten (50 – 70 prosent av stoffmisbrukerne er smittet) viser at det skjer betydelig sprøytedeling.

Hivforebyggende tiltak må ses i sammenheng med øvrige tiltak for å bedre helsetilstanden og levekårene til misbrukere generelt.

Erfaring har vist at misbrukerne selv har betydelig kraft til å innskjerpe forholdsregler mot

smitte, dersom de varsles om akutte truende situasjoner.

I motsetning til situasjonen mange steder i Europa preges det norske misbruksmønsteret av injisering av det narkotiske stoffet framfor inhalasjon. Dette øker risikoen for overdosedødsfall og smittsomme sykdommer.

Den høye hivtesteaktiviteten i gruppen er trolig en sterkt medvirkende faktor for den gunstige hiv-situasjonen så langt og må opprettholdes gjennom tilbud om testing i behandlingsinstitusjoner, fengsler og andre sammenhenger.

Både helsevesenet og aktuelle miljøer i sosialtjenesten bør være aktører som effektivt kan sikre bedre informasjon, rådgivning og delta i intervensjoner som reduserer risikoaktiviteten. Rehabiliterings- og behandlingsapparatet bør ha et spesielt ansvar for sikrere atferd.

Hiv spres fra stoffmisbrukerne både ved sprøytedeling og ved seksuell omgang. Et nytt utbrudd av hiv i denne målgruppen vil fortsatt være en faktor som i stor grad kan bidra til økt heteroseksuell smittespredning i Norge, også blant yngre heteroseksuelle. Nye sprøytebrukere rekrutteres i betydelig grad fra ungdomsmiljøer som har en eksperimenterende holdning til rus, og som beholder sine heteroseksuelle kontakter.

Det er derfor viktig å opprettholde beredskapsnivået overfor gruppen selv og i behandlingsapparatet.

Folketrygden dekker utgifter til gratis vaksinasjon mot hepatitt B for injiserende stoffmisbrukere og andre utvalgte utsatte grupper.

Aktuelle tiltak:

- Helsemyndighetene skal samarbeide med andre relevante myndigheter om tiltak som tar sikte på å redusere rekrutteringen til misbrukermiljøene og å rehabilitere rusmiddelmisbrukere før de smittes av allmennfarlig smittsom sykdom.
- Sikre lett tilgjengelighet til tilbud om hivtesting, rådgivning og oppfølging som del av den generelle helse- og sosialtjenesten i kommunen. Involverte instanser som kommunehelsetjenesten, sosiale tjenester, oppsøkende virksomheter, lokale akuttmedisinske sentre, behandlingsinstitusjoner, fengsler og lokale frivillige organisasjoner bør samarbeide tett om å tilrettelegge hensiktsmessige tilbud.
- Misbrukere skal sikres et høyt opplysningsnivå om aktuelle smittestoffer, smitteåter, viktigheten av god sprøytehygiene, bruk av kondom

for å beskytte mot seksuell smitte og løpende informasjon om aktuelle lokale utbrudd.

- Stimulere til skadereduserende tiltak ved å dreie misbruket vekk fra injeksjonsmisbruk.
- Helsetjenesten skal sikre at injiserende stoffmisbrukere med hivinfeksjon får god behandling, smertelindring og annen nødvendig oppfølging på lik linje med andre hivsmittede.
- Kommuner med etablerte misbrukermiljøer skal sikre lett tilgang på rene sprøyter, kanyler og kondomer. Det er viktig at lokale myndigheter og lokale politiske miljøer tar ansvar og medvirker til å skape forståelse i befolkningen for nødvendigheten av slike tiltak. Hvilke ordninger som velges, bør tilpasses lokale forhold.
- Rehabiliterings- og behandlingstilbudet overfor injiserende stoffmisbrukere med hiv bør styrkes.
- Sikre innsatte i fengsler informasjon om smittevern og mulighet for å rense sprøyter.

Delmål 1.12

Nysmitte av hiv og seksuelt overførbare sykdommer blant personer som kjøper og selger seksuelle tjenester skal ikke øke

Tiltak som tar sikte på å forebygge hiv og seksuelt overførbare sykdommer gjennom prostitusjon har to formål; primært å få menn til å slutte å kjøpe seksuelle tjenester i Norge og i utlandet, og sekundært å få de som likevel kjøper seksuelle tjenester, til å praktisere sikrere seksuell omgang.

Prostituerte og deres kunder har alltid vært utsatt for risiko for seksuelt overført sykdom. I Norge er få tilfeller av hivsmitte via prostitusjon kjent. Dette kan tyde på at prostituerte og deres kunder har vært flinke til å beskytte seg mot smitte. Derimot er mange menn blitt smittet ved seksuell kontakt med prostituerte i utlandet.

Samarbeidspartnere i prostitusjonsmiljøet rapporterer at enkelte kunder fortsatt insisterer på, og betaler ekstra for, seksuell omgang uten kondom, og dermed utsetter den prostituerte og seg selv for smitte.

Markedet for kjøp og salg av seksuelle tjenester er i stadig endring. Et økende antall prostituerte fra utlandet, til dels fra områder med høy hivforekomst, selger seksuelle tjenester bl.a. i Oslo-området og i Nord-Norge. Mange utenlandske prostituerte har ikke samme muligheter til å beskytte seg mot smitte, for eksempel fordi de er i en tvangssituasjon og/eller oppholder seg i landet på ulovlig vis. Det kan være vanskelig å drive oppsøkende arbeid i prostitusjonsmiljøet. Mobil prostitusjon dominerer store deler av markedet. Om lag 1/3 av

prostitusjonen kommer inn under betegnelsen gateprostitusjon. De som selger seksuelle tjenester fra slike arenaer, har ofte store sosiale, psykiske og helsemessige problemer. Om lag 2/3 av prostitusjonen foregår på et såkalt 'innemarked' hvor ca. halvparten er utenlandske kvinner.

Det er særlig viktig å forebygge salg av seksuelle tjenester i ungdomsmiljøene.

Aktuelle tiltak:

- Helsemyndighetene skal samarbeide med andre relevante myndigheter om tiltak med sikte på å motvirke de faktorer som fremmer utviklingen av prostitusjon i samfunnet.
- Helsemyndighetene skal følge prostitusjonens utvikling i samfunnet og løpende vurdere smitteverntiltak rettet mot kjøp og salg av seksuelle tjenester, bl.a. på bakgrunn av erfaringer fra andre land.
- Helsemyndighetene skal sørge for at både de som selger og kjøper seksuelle tjenester, har tilstrekkelig kunnskap om risikoen for seksuelt overførbare sykdom, og hvordan de kan beskytte seg mot smitte.
- Helsemyndighetene skal sikre at informasjonsmaterieell er tilpasset målgruppenes behov og finnes tilgjengelig på flere språk.
- Kommunene skal i det generelle helsetjenestetilbudet (herunder medisinske undersøkelser, vaksinasjoner, rådgivning og behandling) til kvinner og menn som selger seksuelle tjenester, gi tilbud som er tilpasset de prostituertes behov.
- Sentrale helsemyndigheter vil ta initiativ overfor andre relevante sektormyndigheter med sikte på en holdningskampanje rettet mot kjøpere av seksuelle tjenester både i Norge og i utlandet for å motvirke de faktorer som fremmer utviklingen av prostitusjon. Dette er et fellestilltak under delmål 1.10.

Hovedmål 2:

Alle som er smittet av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal sikres god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi

Delmål 2.1

Hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal diagnostiseres så tidlig som mulig

En grunnsten i forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer er tidlig diagnostisering slik at de som er smittet kan legge om sin atferd for å redusere faren for videre smitte. Dette forutsetter at den smittede får personlig smittevernveiledning og faktisk har muligheter til å endre atferd. Tidlig identifisering av personer med hiv og seksuelt overførbare sykdommer gir også muligheten til å få mer ut av medisinsk behandling. I tillegg er selve testesituasjonen en god anledning til å gi smittevernveiledning også til dem som ikke er smittet, men som frykter at de er det.

For å hindre at kvinner får bekkeninfeksjon på grunn av for eksempel chlamydia må de diagnostiseres tidlig og få adekvat undersøkelse og behandling.

Ettersom tidlig identifisering av personer med hiv er et så viktig element i forebyggingsstrategien, bør alle reelle og opplevde barrierer mot hivtesting motarbeides i helsevesenet og i samfunnet. Personer som kan være smittet, skal forstå at det er bedre for dem selv og for samfunnet at de kjenner sin status enn at de går rundt med hivinfeksjon uten å vite om det.

Mange ulike tiltak bør settes sammen for å sikre at stadig flere tester seg etter situasjoner hvor det kan være mistanke om overføring av hiv eller annen seksuelt overførbare sykdom. Tiltakene bør variere fra generell informasjon til befolkningen og utvalgte grupper, utvikling av helse- og sosialpersonells kompetanse knyttet til informasjon og rådgivning og til aktive intervensjoner.

Det vises for øvrig til delmål 1.6 om smitteoppsporing.

Aktuelle tiltak:

- Helsepersonell og publikum må vite når det er aktuelt å ta en test for hiv eller annen seksuelt overførbare sykdom.

- Alle som oppsøker helsevesenet for mistanke om seksuelt overførbare sykdom, skal gis informasjon om hivsmittetrisiko og tilbud om hivtest.
- Leger og annet helsepersonell må sikres et fortsatt høyt kunnskapsnivå og beredskap for tidlig å gjenkjenne symptomer og tegn på hivinfeksjon og seksuelt overførbare sykdommer i alle stadier og ha kunnskap om smitemønster og utbredelse i befolkningen. De må også kunne beherske kommunikasjon med sine pasienter om alle forhold rundt hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer.
- Alle gravide skal fortsatt få tilbud om gratis hivtest i forbindelse med svangerskapskontrollen. Testingen av gravide for syfilis er ikke lenger obligatorisk, men fortsetter med stor oppslutning. Det vil bli vurdert om alle gravide også skal tilbys hepatitt B-testing.
- Landets infeksjonsmedisinske avdelinger og andre enheter og personellgrupper som har ansvaret for personer med hiv, skal til en hver tid inneha oppdatert og best mulig kompetanse.
- Antall utførte hivtester og tester for andre seksuelt overførbare sykdommer, både klinisk begrunnede og blant personer som har satt seg i en risikosituasjon, skal økes. Befolkningen skal sikres kunnskap om slike risikosituasjoner og om når de bør teste seg, samt tilbys informasjon om hvor de eventuelt kan henvende seg for testing.
- Smitteoppsporingsarbeidet skal forbedres og intensiveres, bl.a. gjennom bedre opplæring av leger og annet helsepersonell.

Delmål 2.2

Personer med hiv og aids skal tilbys god oppfølging

Flere aktører er med i behandling og oppfølging av personer med hiv. Alle helse- og sosialarbeidere må være forberedt på å komme i kontakt med hivsmittede og aidssyke, og må til en hver tid inneha nødvendig og oppdatert kompetanse. Dette er krevende ettersom kunnskap om hiv fortsatt er i en tidlig utviklingsfase som har et stadig voksende kunnskapstilfang.

Det må drives et kontinuerlig utviklingsarbeid for å sikre god oppfølging av personer rammet av hiv eller aids. Dette utviklingsarbeidet må gjøres i nært samarbeid med de hivpositive. Resistens og plagsomme bivirkninger representerer store utfordringer i denne sammenheng.

Behandlingen og oppfølgingen av personer som er smittet av hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer i Norge, er ansett for å være god. Leve-

kårsundersøkelsen blant personer med hiv og aids vil kunne bekrefte eller modifisere denne vurderingen.

Frivillige organisasjoner er svært viktige aktører i oppfølgingen av hivsmittede. Det er viktig at alle som får hivdiagnose, tidlig informeres om hvilke organisasjoner som kan tilby hjelp.

Det vises for øvrig til delmål 2.5.

Aktuelle tiltak:

- Kontinuerlig videreutvikling av kompetanse blant personell som er med i oppfølgingen av personer med hiv og aids må fortsatt stå sentralt. Det skal arrangeres nasjonale konferanser om aktuelle emner innenfor forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Disse konferansene skal bidra til kompetanseheving og nettverksbygging, og være en inspirasjon for alle aktører som jobber med forebygging og oppfølging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer i Norge. Dette er et fellestiltak under delmål 1.5.
- Hivsmitte fra mor til barn skal forebygges. Hivpositive som er gravide eller som ønsker å bli gravide, skal tilbys rådgivning og oppfølging for å forebygge videre smitte.
- Alle personer med hiv skal gjennom egne mestringskurs eller på annen måte få hjelp til å beholde høy livskvalitet og mestre livet som hivpositiv.
- I tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens 2000–2004 er det et tiltak om å kartlegge utbredelsen av resistens hos humant immunsviktivirus (hiv) i Norge. En arbeidsgruppe utreder hensiktsmessigheten av og muligheten for opprettelse av et nasjonalt overvåkingssystem for hivresistens. Innstilling vil foreligge i 2002.
- Levekårsundersøkelsen blant personer med hiv og aids vil forhåpentligvis gi signaler om hvordan hivpositive vurderer den oppfølging som tilbys dem. En vurdering av behovet for nye tiltak under dette delmålet vil skje etter at levekårsundersøkelsen foreligger.

Delmål 2.3

Personer som er smittet med hiv eller seksuelt overførbare sykdommer og deres partnere, skal gis god smittevernveiledning

De aller fleste som vet at de er smittet av en seksuelt overførbare sykdom, følger den personlige smittevernveiledningen og har en ansvarlig atferd som ikke utsetter noen andre for smittefare. Den epidemiologiske overvåkingen i Norge og erfaringene

med å følge opp personer med hiv har likevel avdekket at noen få smittede fortsetter med smittefarlig atferd og i enkelte tilfeller smitter andre etter at de selv er blitt klar over sin diagnose. Ved syfilisutbruddet blant homoseksuelle menn i Oslo i 1999–2000 ble det avdekket at ni av 47 personer med nyoppdaget syfilis hadde kjent hivinfeksjon. Hvert år avdekkes flere tilfeller av gonore hos pasienter med kjent hivinfeksjon. Blant heteroseksuelle er det eksempler på at enkelte har smittet opp til fire-fem personer etter at de selv ble diagnostisert med hiv, og årlig avdekkes tilfeller der personer med hiv har fortsatt med ubeskyttet seksuell omgang, selv overfor fast partner eller ektefelle, uten å informere om sin hivsykdom.

Dagens antivirale behandling av hiv virker bl.a. ved å redusere virusmengden i blodet, men det er ingen klare indikasjoner på at den antivirale behandlingen eliminerer risikoen for at man kan smitte andre. Derfor må smittevernveiledningen følges også av dem som får behandling. Det kan foreligge feiloppfatninger på dette området blant personer med hiv, deres partnere og i risikoutsatte miljøer.

Alle, inklusive personen med hiv og/eller seksuelt overførbare sykdommer, må ha et ansvar for at smitten ikke føres videre. Det må settes i verk et knippe av tiltak som er rettet mot samfunnsforhold (holdninger og praksis overfor personer med hiv, behandling og omsorg), mot personenes miljøer (unngå utestenging og andre negative sanksjoner) og også mot å styrke deres individuelle ønske om, evne til og mulighet for å unngå risikosituasjoner.

Aktuelle tiltak

- Helsemyndighetene skal gjennom informasjon og tilsyn bidra til at behandlende lege og helsepersonell involvert i oppfølging av personer med hiv eller seksuelt overførbare sykdom ivaretar sitt informasjonsansvar, slik at den smittede ikke baserer sin atferd på feilaktige oppfatninger om smitterisiko, og hva som er sikrere seksuell omgang eller forsvarlig hygienisk håndtering av brukerstyr. Dette skal være en integrert del av behandlingen og oppfølgingen. Legen skal forsikre seg om at partneren til personen med hiv også er informert.
- Helsemyndighetene og behandlingsapparatet bør legge vekt på å formidle til de hivsmittede deres moralske, etiske og juridiske ansvar for ikke å smitte andre.
- Personer med hiv og deres partnere skal gis informasjon om tilbudet om gratis kondomer.

Delmål 2.4

Kunnskapsgrunnlaget om levekårene til personer med hiv og aids skal styrkes

Det anses å være en sammenheng mellom hivpositives generelle levekår og risiko for videre smitte. Det er behov for økt kunnskap om levekårene til personer med hiv og aids. Slik kunnskap vil kunne hjelpe myndigheter og organisasjoner til bedre å målrette og tilpasse sine innsatser.

Aktuelle tiltak:

- Kunnskap om levekårene til personer med hiv skal vektlegges. Når den pågående levekårsundersøkelsen blant personer med hiv og aids foreligger sommeren 2002, vil behovet for nye tiltak under hovedmål 2 bli vurdert. Eventuelle nye tiltak vil i så fall bli innlemmet i strategiplanen i statusrapporteringen framover.

Delmål 2.5

Spesielt sårbare eller utsatte personer med hiv og aids skal tilbys tilpasset oppfølging

For å sikre at alle hivsmittede får like god oppfølging vil det i noen tilfeller være nødvendig å yte tilpasset oppfølging overfor personer som av ulike grunner er spesielt sårbare eller utsatte. Erfaringer fra det hivforebyggende arbeidet har vist at oppfølgingen av enkelte personer med innvandrerbakgrunn, kvinner, barn, injiserende stoffmisbrukere og personer som selger seksuelle tjenester kan være særlig utfordrende.

Aktuelle tiltak:

- Det må utvikles spesialkompetanse for å møte utfordringer i forhold til oppfølging av henholdsvis hivsmittede personer med innvandrerbakgrunn, kvinner, barn, stoffmisbrukere og prostituerte.
- Tilbud til barn og ungdommer med hivinfeksjon eller som på en eller annen måte er nært berørt av hivepidemien, skal vurderes etablert. Eksempel på et slikt tilbud kan være en såkalt 'hivskole' som er en pasientskole på lik linje med astmaskoler mv. Det er relativt få barn med hiv i Norge. Disse kan ha årlige samlinger hvor de kan utveksle erfaringer og få profesjonell hjelp til å mestre livene sine.

Delmål 2.6**Stigmatisering og diskriminering av personer med hiv og aids skal bekjempes**

Hiv og aids er fortsatt en av de mest stigmatiserende sykdommene vi har. Stigmatiseringen og diskrimineringen skaper store hindre for forebygging og behandling av sykdommene og påfører store ekstrabyrder for personer som lever med hiv. Frykten for å være åpen om hivdiagnose er trolig svært utbredt, både i forhold til familie, venner, kolleger og helse- og sosialpersonell. Denne frykten kan være et resultat av erfaring, hvor åpenhet om diagnose har ført til diskriminering, stigmatisering, krenkelser og overgrep. Mange personer med hiv opplever i tillegg også en slags 'dobbel' diskriminering eller stigmatisering på grunn av sin seksuelle legning, etniske bakgrunn eller som resultat av ulike kjønnsstereotyper.

Diskriminering og fordommer rettet mot hivpositive forekommer i ulike sosiale arenaer både i offentlige og private sammenhenger. Det er derfor viktig å avstigmatisere hiv og aids og arbeide for en 'normalisering' av samfunnets syn på sykdommen. Vi har alle et ansvar for at stigmatisering og diskriminering ikke skjer.

Aktuelle tiltak:

- Offentlige sektorer skal gjennom tiltak og dokumentasjon synliggjøre samfunnets solidaritet med personer som er smittet av hiv og arbeide for å motvirke stigmatisering og diskriminering gjennom informasjon og lovverk.
- Hivpositive organisasjoner har en viktig rolle som talerør for de hivpositive, og som pådriver for å endre samfunnets holdninger til hiv og aids. Slikt arbeid skal fortsatt støttes.

Delmål 2.7**Aktuelle arbeidsplasser skal ha god beredskap i forhold til yrkesmessig risiko for hivinfeksjon og ha kunnskap om hvordan hiv ikke smitter**

Hivsmitte under utøvelse av yrket har vist seg å forekomme svært sjelden. Risikoen er til stede ved stikk- og kuttskader eller andre situasjoner der blod og infisert materiale fra en person med hivinfeksjon kommer i kontakt med åpne sår eller slimhinner. Det er til i dag ikke rapportert sikre tilfeller av slik smitte i Norge eller i andre land i Norden. Siden hivinfeksjon er omgitt av sterk smittefrykt, er det viktig å sette søkelyset på dette for både å hindre yrkesmessig smitte og samtidig forebygge irrasjonell smittefrykt og diskriminering av arbeidstakere.

Personer med hivinfeksjon som ivaretar vanlige hygieniske retningslinjer og særlig er påpasselige ved muligheter for blodsøl, kan inneha alle typer yrker uten å utgjøre noen smittefare for andre. Dette inkluderer yrker som inneholder håndtering av næringsmidler. Det eneste unntaket er helsepersonell som utfører risikofylte, invasive inngrep.

Aktuelle tiltak:

- Forebyggende behandling med antivirale midler skal tilbys helsepersonell som har vært utsatt for stikkuhell, når smitekilden er kjent.
- Statens helsetilsyn har nedsatt en gruppe som kan gi råd om hvorvidt det er nødvendig å gjøre forandringer i arbeidssituasjonen til en hivsmittet helsearbeider.
- Det skal fortsatt legges vekt på at det i alle utsatte yrker, for eksempel helsevesen, politi og fengselsvesen, gis adekvat og oppdatert informasjon og undervisning om aktuelle smitteforebyggende tiltak, og at arbeidstakere er kjent med retningslinjer og god praksis.

6. Organisering og gjennomføring

I det hivforebyggende arbeidet har det hele tiden vært lagt vekt på at strategier og tiltak skal ha bredde, og at dette er et felt hvor det har vært behov for å prøve ut mange forskjellige tilnærminger, tiltak og arbeidsmåter. Det har vært et tett samarbeid mellom sentrale helsemyndigheter og frivillige organisasjoner. Dette er mer utførlig omtalt i Del II Faktabeskrivelse.

På nasjonalt nivå vil Helsedepartementet ha det overordnede ansvaret for strategiplanen. Helsedepartementet vil ivareta samarbeidet med andre relevante departementer i oppfølgingen av planen, som Sosialdepartementet når det gjelder forebygging på rusmiddelfeltet og i forhold til injiserende stoffmisbrukere spesielt, Utdannings- og forskningsdepartementet for å nå ungdommen gjennom skole/undervisning, Justisdepartementet når det gjelder forholdet til innsatte i fengsler, Kommunal- og regionaldepartementet i forhold til innvandrere, asylsøkere og flyktninger, Arbeids- og administrasjonsdepartementet når det gjelder hivpositive situasjon på arbeidsmarkedet, Forsvarsdepartementet når det gjelder utsending av personell på utenlandsoppdrag og Utenriksdepartementet når det gjelder Norges internasjonale ansvar og oppgaver i forhold til hiv/aids. Sistnevnte samarbeidsrelasjon gjelder særlig i forbindelse med overføring av internasjonal erfaring og kunnskap til det nasjonale arbeidet og det overordnede ansvar for ivaretagelsen av menneskerettighetene når det gjelder hiv, aids og seksuelt overførbare sykdommer.

Helsedepartementet vil også ha ansvaret for de årlige tildelingsbrevene til Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, hvor departementet gir føringer på hvordan arbeidet i virksomhetene skal være med utgangspunkt i omtalen i statsbudsjettet.

Sosial- og helsedirektoratet vil fra 1. januar 2002 være tillagt ansvaret for oppfølging, koordinering og forvaltning av planen, herunder tilskuddsforvaltning og utarbeiding av årlige statusrapporter. En viktig funksjon i denne sammenheng vil være å samarbeide med regionale og andre underliggende statlige etater (herunder også helseforetakene), kommunene og de frivillige organisasjonene. En annen viktig funksjon blir å koordinere

innsatsen knyttet til strategiplanen med annen innsats i forhold til seksualitet og samliv, herunder Handlingsplan for å forebygge uønskede svangerskap og abort og atferdsendringer generelt. En tredje viktig funksjon er informasjon og kunnskapsproduksjon og –formidling.

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil fra samme tidspunkt ha ansvaret for den epidemiologiske overvåkingen og deler av forsknings- og utviklingsarbeidet. Statens helsetilsyn får ansvaret med å føre tilsyn med at lovverket følges og å utarbeide tilsynsrapporter etter behov.

Kommunene har et selvstendig og lovpålagt ansvar for å drive forebyggende og kurativt arbeid innen helsetjenesten generelt og smittevernet spesielt. De er derfor sentrale aktører i forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer. De skal utføre de oppgaver som følger av smittevernloven, herunder skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de kan forebygges. Videre skal kommunene sørge for at så vel individuelt forebyggende tiltak som andre tiltak etter smittevernloven eller kommunehelsetjenesteloven blir satt i verk. Kommunene har en sentral rolle i forhold til lokale frivillige organisasjoner og andre lokale tiltak.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for at befolkningen er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten skal videre bidra til å utvikle gode støttefunksjoner innen rådgivning og veiledning for kommunehelsetjenesten, slik som forutsatt i spesialisthelsetjenesteloven § 7-4 (ny § 6-3). Det er nødvendig med spesialistkompetanse på fylkes- og regionnivå med spesielle oppgaver knyttet til veiledning og oppfølging overfor hiv-/aids-pasienter, smitteoppsporing med mer.

I de tre foregående handlingsplanene mot hiv-epidemien framstår de frivillige organisasjonene som viktige samarbeidspartnere for statlige helsemyndigheter. I denne planen legges det opp til at denne viktige innsatsen skal videreføres, men at

samarbeidet mellom kommunene og de frivillige organisasjonene skal få en større plass.

Strategiplanen har ingen fastlagt tidshorisont som de tre tidligere handlingsplanene hadde. De årlige statusrapportene vil bidra til at dette blir et dynamisk plan- og styringsdokument for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer.

I den forrige handlingsplanen fordelte departementet ansvar for de fleste oppgavene på eget departement, Statens helsetilsyn og Statens institutt for folkehelse. Strategiplanen endrer på dette og følger de retningslinjene som ligger til grunn for den nye organiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltning. Departementet forutsetter dermed at ansvars- og rollefordeling i det hivforebyggende arbeidet nå blir klarere, og at det er tydelig for alle aktører – organisasjoner som befolkningen og andre instanser – at det er Sosial- og helsedirektoratet som er adressaten for henvendelser fra private så vel som offentlige myndigheter under departementsnivå når det gjelder oppfølgingen av denne planen. Dette gjelder for eksempel søknader om tilskuddsmidler.

Som nevnt i innledningen, er det foretatt to eksterne og uavhengige evalueringer av gjennom-

føringen av det hiv/aidsforebyggende arbeidet i perioden 1986 til 2000. Disse ble avsluttet i henholdsvis 1995 og 2001. Mange av de større enkelttiltakene har også vært gjenstand for eksterne evalueringer. I tillegg foreligger det en rekke egne evalueringer av tiltak og prosjekter i regi av bl.a. frivillige organisasjoner. Gjennom denne skriftlige rapporteringen har vi i dag mye kunnskap om det forebyggende arbeid på dette feltet. Det er et mål med ny strategiplan at myndighetene fortsatt skal ta initiativ til evaluering både av forebyggingspolitikken generelt og av enkelte større satsinger og tiltak på dette feltet. Med myndighetene menes her Sosial- og helsedirektoratet som skal ha ansvaret for kunnskapsinnhenting/-produksjon om praksis og rådgivning og veiledning gjennom bl.a. utarbeiding av informasjonsmateriell og veiledere. Sosial- og helsedirektoratet skal også behandle enkeltsaker. Gjennom disse oppgavene vil Sosial- og helsedirektoratet være den instans som kjenner feltet best, og som i samarbeid med andre berørte, kan vurdere når det er behov for å utforme mandat for framtidige evalueringer.

Del II

Faktabeskrivelse til strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer (SOS)

Utarbeidet av Statens institutt for folkehelse i samarbeid med Statens helsetilsyn

Innhold

Del II	Faktabeskrivelse til strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer (SOS)	29	4.7	Genitale papillomavirusinfeksjoner	71
1	Innledning	33	5	Tidligere handlingsplaner og strategier	72
1.1	Mandat, tolkning, avgrensning	33	5.1	Tidligere handlingsplaner mot hiv-epidemien	72
1.2	Arbeidsform	33	5.2	Chlamydia – beskrivelse av tidligere strategi	73
2	Virkemidler	35	5.3	Gonore – beskrivelse av tidligere strategi	73
2.1	Modeller for smittevernet	35	5.4	Syfilis – beskrivelse av tidligere strategi	74
2.2	Utvikling av kunnskapsgrunnlaget	37	5.5	Hepatitt B – beskrivelse av tidligere strategi	74
2.3	Formidling av kunnskap (informasjonsformidling)	38	5.6	Herpes – beskrivelse av tidligere strategi	76
2.4	Lovverket	41	5.7	HPV – beskrivelse av tidligere strategi	76
2.5	Organisering	43	6	Vedlegg	77
3	Atferd	46	6.1	Oversikt over informasjonsmaterie	77
3.1	Seksualatferd	46	6.2	Endring av risikoatferd	83
3.2	Stoffmisbruk	49	6.3	Bruk av blod og annet humant materiale	86
3.3	Bruk av blod og annet humant materiale	50	6.4	Referanseliste	87
4	Sykdommer	52		Aktuelle adresser og lenker	90
4.1	Hivinfeksjon	52			
4.2	Genital chlamydiainfeksjon	65			
4.3	Gonore	67			
4.4	Syfilis	68			
4.5	Hepatitt B	69			
4.6	Genital herpes	70			

Kapittel 1

Innledning

1.1 Mandat, tolkning, avgrensning

Sosial- og helsedepartementet ba i brev av 7. november 2000 Folkehelsa i samarbeid med Helsetilsynet om å utarbeide en faktabeskrivelse som skulle danne grunnlag for ny strategi for forebygging av hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer fra 2002.

Sosial- og helsedepartementet valgte å forankre arbeidet i Folkehelsa, som dermed ble faglig og administrativt ansvarlig for utarbeidelsen av faktabeskrivelsen i samarbeid med Statens helsetilsyn. Departementet skrev også at Folkehelsa skulle samarbeide med andre relevante sektormyndigheter og institusjoner som innehar kompetanse på feltet. Departementet planla også et møte i kontaktforum for hiv og seksuelt overførbare sykdommer som skulle gi muligheter for å få innspill fra andre aktører i feltet.

Det ble av departementet understreket i bestillingsbrevet at faktabeskrivelsen om seksuelt overførbare sykdommer og hivepidemien skulle ha en kontinuitet i forhold til den siste handlingsplanen fra 1996. Faktabeskrivelsen skulle analysere utviklingen siden 1996, beskrive den nåværende situasjonen, og identifisere og prioritere utfordringer.

Departementet ba også Folkehelsa, i samarbeid med Helsetilsynet, og på bakgrunn av faktabeskrivelsen og prioriteringen av utfordringer, beskrive eventuelle nye strategier og tiltak i forhold til gjeldende handlingsplan.

Faktabeskrivelsen skulle også hente beskrivelser fra evalueringsrapporten fra Rogalandsforskning der det ble ansett for relevant.

Faktabeskrivelsen ble ferdigstilt mai 2001 og Sosial- og helsedepartementet sendte den på en bred kommentarrunde sommeren 2001. Faktabeskrivelsen i sin nåværende form er revidert av Folkehelsa og Helsetilsynet i forhold til innkommende kommentarer. Faktabeskrivelsen som ble sendt på kommentarrunde hadde et eget kapittel med forslag til strategier og tiltak. Dette kapitlet er nå tatt ut av faktabeskrivelsen og de foreslåtte strategier og tiltak er innlemmet i strategidelen som er utarbeidet av departementet.

Faktagrunnlaget er inndelt i fire kapitler. Kapittel 2 omtaler modeller for smittevernet og behandler de viktigste virkemidlene som er til rådighet for forebygging av hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer. Kapittel 3 omtaler tre typer atferd som er nært knyttet til risikoen for hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Dette er seksualatferd, stoffmisbruk og bruk av blod og annet humant materiale. I kapittel 4 omtales de ulike sykdommene i egne avsnitt. Her blir sykdommene beskrevet og det blir redegjort for den epidemiologiske utviklingen og dagens situasjon. Kapittel 5 gir en kort gjennomgang av tidligere handlingsplaner mot hivepidemien og tidligere strategier i arbeidet med å forebygge seksuelt overførbare sykdommer.

1.2 Arbeidsform

Folkehelsa nedsatte i samarbeid med Helsetilsynet en arbeidsgruppe med følgende sammensetning:

Fra Folkehelsa:

Overlege Jon Hilmar Iversen (leder), Avd. for samfunnsmedisin

Overlege Preben Aavitsland, Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin

Overlege Hans Blystad, Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin

Rådgiver Øivind Nilsen, Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin

Prosjektleder Ellen Amundsen, Seksjon for epidemiologi

Forsker Bente Træen, Seksjon for epidemiologi

Rådgiver Per Kristian Svendsen, Seksjon for informasjon og dokumentasjon

Forskningsbibliotekar Torill Johme, Seksjon for informasjon og dokumentasjon

Forskningsbibliotekar Sari Kaski, Seksjon for informasjon og dokumentasjon

Prosjektleder Ragnhild Seip, Seksjon for informasjon og dokumentasjon

Fra Helsetilsynet:

Fagsjef Grete Larsen, Avd. for samfunnsmedisin
Rådgiver Marit Christie, Avd. for samfunnsmedisin
Seniorrådgiver Asbjørn Haugsbø, Avd. for samfunnsmedisin

Arbeidsgruppen har hatt sju møter og et todagers arbeidsseminar.

Arbeidsgruppen deltok på kontaktmøtet med de frivillige organisasjonene som jobber på hiv/aidsområdet 12. mars 2001, og har hatt løpende kontakt med departementets strategigruppe for forebygging av hiv/aids.

Arbeidsgruppen ble tilført betydelige bibliotekarressurser for lettere og grundigere å kunne oppdatere kunnskapsgrunnlaget på området.

Kapittel 2

Virkemidler

Dette kapitlet omtaler modeller for smittevernet og behandler de viktigste forebyggende virkemidlene som er til rådighet for forebygging av hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer. Noen av virkemidlene vil bli gjennomgått mer i detalj i forbindelse med hver enkelt sykdom eller de aktuelle atferdsområdene.

2.1 Modeller for smittevernet

Ved planlegging av tiltak mot smittsomme sykdommer kan det være nyttig å analysere sykdommene etter visse modeller for å se hvilke tiltak som kan ventes å ha nytte. For smittsomme sykdommer er særlig to slike modeller mye benyttet, smittekjedemodellen og reproduksjonsratemodellen.

2.1.1 Smittekjeden

Smittekjeden beskriver hvordan smitte spres fra individ til individ. Smittekjeden består av seks ledd: *Smittestoffet* fins hos *en smittet* (smittekilde) og derfra kan det passere en *utgangsport* og med en *smittemåte* (smittevei) nå en *inngangsport* hos en *smitteutsatt* (smittemottaker). For å forebygge en smittsom sykdom på en fornuftig måte, må man kjenne sykdommens smittekjede.

Seksuelt overførbare sykdommer er definert ved at samleie er en av smittemåtene, som regel også den hyppigste (tab 1). De andre leddene i smittekjeden er stort sett de samme for alle seksuelt overførbare sykdommer. Det er imidlertid stor forskjell på hvor effektiv smittemåten er, fra gonore som overføres med opptil 70 % sikkerhet ved et samleie til hiv som overføres ved kanskje bare ett av fem hundre samleier med en smittet partner.

Smittekjeden viser tydelig hvordan det fins tre hovedmåter for bekjemping av smittsomme sykdommer med hvert sitt angrepspunkt:

- **Smittede:** Potensielle smittekilder kan oppspores slik at individrettede tiltak kan iverksettes. For de sykdommer som kan helbredes, er tiltaket antibiotikabehandling slik at smittestoffet fjernes, såkalt smittesaning. For de sykdom-

mer som ikke kan helbredes, er tiltaket atferdsendring etter personlig smittevernveiledning, dvs. rådgivning om hvordan *en* person skal unngå å smitte andre.

- **Smittemåter:** Smitteveiene kan blokkeres slik at smittestoffet som fins i smitekildene ikke kommer i kontakt med inngangsporter hos smitemottakerne. Ved de fleste seksuelt overførbare sykdommer kan smitteveiene blokkeres effektivt med kondomer.
- **Smittemottakere:** Potensielle smitemottakere kan med støtte i informasjon og andre helsefremmende tiltak velge en atferd som reduserer smitterisikoen. For en sykdom, hepatitt B, kan potensielle smitemottakere vaksineres, dvs. gjøres immune.

2.1.2 Reproduksjonsraten

Begrepet reproduksjonsraten er velkjent fra studier av befolkningsvekst. Skal befolkningen øke må hvert individ gi opphav til minst ett annet individ, dvs. at hver kvinne må føde minst to barn – ett til å erstatte seg selv og ett til å erstatte mannen. Tilsvarende er det for tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer (og andre smittsomme sykdommer). Dersom hver smittet person i gjennomsnitt smitter flere enn en annen person, vil antallet smittede øke, og epidemien vokser. Hvis hver smittet person smitter mange andre, vokser epidemien raskt. Dersom hver smittet person i gjennomsnitt smitter færre enn en annen person, vil epidemien dø ut.

Tre forhold bestemmer reproduksjonsraten, dvs. hvor mange andre personer de smittede personene vil smitte:

- **Smittsomheten,** dvs. risikoen for at partnerne skal bli smittet. Denne risikoen er avhengig dels av smitterisikoen per samleie og dels av antall samleier de smittede og deres partnere har.
- **Partnerbytteraten,** dvs. hvor mange nye partnere de smittede har ubeskyttet sex med per tidsenhet.
- **Varigheten av den smittsomme perioden** for de smittede personene.

Tabell 1. Smittekjeden for de seksuelt overførbare sykdommer som omtales i denne planen. Bare smitte ved seksuell kontakt og injiserende stoffmisbruk er tatt med.

Sykdom eller infeksjon	Smittestoff	Smittedes antall i Norge nå (omtrentlig andel som får symptomer kort etter smitte)	Utgangsport	Smittemåte (omtrentlig risiko per samleie)	Inngangsport	Smitte-utsatte
Hiv-infeksjon, aids	Humant immunsviktvirus (hiv)	1500 – 2000 (50 %)	Blod, sekreter i kjønnsorganer og endetarm og sæd	Samleie (0,2 %)	Mikroskopiske rifter i slimhinnene i kjønnsorganer og endetarm	Alle
Hepatitt B	Hepatitt B-virus (HBV)	10 000 – 15 000 (60 %)	Blod, sekreter i kjønnsorganer og endetarm og sæd	Deling av utstyr for stoffmisbruk	Injeksjon	Alle, unntatt 100 000 – 200 000 som er immune
			Blod trukket ut gjennom huden med sprøyte	Samleie (<10 %)	Mikroskopiske rifter i slimhinnene i kjønnsorganer og endetarm	
			Blod trukket ut gjennom huden med sprøyte	Deling av utstyr for stoffmisbruk	Injeksjon	
Genital chlamydia-infeksjon (klamydia)	Bakterien Chlamydia trachomatis	20 000 – 50 000, de fleste ukjente (10 %)	Urinrør, livmorhals og endetarm	Samleie (20 %)	Urinrør, livmorhals og endetarm	Alle
Gonore	Bakterien Neisseria gonorrhoeae	<100 (90 %)	Urinrør, livmorhals, endetarm og svelg	Samleie, munnsex (20–70 %)	Urinrør, livmorhals, endetarm og svelg	Alle
Syfilis	Bakterien Treponema pallidum	<100 (80 %)	Syfilissår	Kontakt mellom sår og slimhinner/hud ved samleie (og munnsex)	Slimhinner, hud	Alle
Genital herpes	Herpes simplex virus (HSV)	200 000 – 500 000, de fleste ukjente (<10 %)	Herpessår (og sekreter i kjønnsorganene og munnen)	Kontakt mellom sår og slimhinner/hud samleie og munnsex (?)	Slimhinner, hud	Alle
Genitale papillomavirusinfeksjoner (inkludert kjønnsvorter)	Humant papilloma-virus (HPV)	100 000 – 400 000, de fleste ukjente (<10 %)	Vorter, slimhinner	Kontakt mellom vorter eller slimhinner og slimhinner / hud (?)	Slimhinner, hud	Alle

Reproduksjonsraten er produktet av disse tre verdiene: smittsomhet x partnerbytterate x varighet.

Reproduksjonsratemodellen viser tydelig hvordan det fins tre hovedmåter for bekjempelse av smittsomme sykdommer med hvert sitt angrepspunkt:

- **Smittsomheten:** Ved mange seksuelt overførbare sykdommer kan smittsomheten blokkeres effektivt med kondomer. Dette tilsvarer tiltakene rettet mot smitteveiene i smittekjedemodellen. Et annet viktig poeng er at tilstedeværelse av andre seksuelt overførbare sykdommer hos den hivsmittede eller partneren kan mangedoble risikoen for overføring av hiv. Derfor er utrydding av andre seksuelt overførbare sykdommer viktig for forebyggingen av hiv. Videre er det kjent at smittsomheten er mye høyere i noen uker etter at man selv er blitt smittet. Det betyr at man ved hyppige partnerskifter eller ved å ha flere partnere samtidig (ektefelle, elskere, prostituerte) kan rekke å smitte flere andre mens man selv er i den høysmittsomme fasen.
- **Partnerbytteraten:** Gitt at partnervalg skjer tilfeldig (dvs. uavhengig av partnerens smitterisiko), vil en reduksjon i partnerbytteraten redusere spredningen av seksuelt overførbare sykdommer.
- **Varigheten av den smittsomme perioden:** Jo tidligere den smittede kan bli kvitt smitten, jo færre nye vil bli smittet. For mange seksuelt overførbare sykdommer vil antibiotikabehandling umiddelbart gjøre pasienten smittefri. For andre sykdommer er det ikke mulig å gjøre pasienten smittefri, men den smittsomme perioden kan likevel stoppe ved at pasienten ikke lenger har ubeskyttet samleie med noen. Dette tilsvarer tiltakene rettet mot smitekilder i smittekjedemodellen.

Vi forstår dermed at varigheten av den smittsomme perioden kan avhenge veldig av når sykdommen blir diagnostisert. Dette avhenger igjen av om og når sykdommen gir symptomer, om pasientene forstår at de må søke lege, om pasientene har råd og mot til å søke lege, om det fins helsetjenester tilgjengelig, og om legen kjenner igjen og har muligheter for å diagnostisere sykdommen.

2.1.3 Lærdommer

Nøkkelen til å forstå den ulike utbredelsen av de seksuelt overførbare sykdommene (tabell 1) er særlig forskjellene i:

- Smittsomheten, dvs. smitterisikoen per samleie
- Symptomene, særlig hvor stor andel av de smittede som får tydelige symptomer raskt etter smitte
- Saneringsmuligheten, dvs. om pasienten kan gjøres smittefri gjennom antibiotikabehandling eller ikke

Som vi har sett, gir de to modellene hver på sin måte verdifulle ledetråder til en strategi for forebygging og kontroll av seksuelt overførbare sykdommer. Sentrale forutsetninger for en vellykket strategi ser ut til å være:

- Økning av kondombruken
- Reduksjon av antallet partnere man har ubeskyttet sex med
- God legesøkningsatferd blant personer som kan være smittet
- Gode og tilgjengelige helsetjenester

2.2 Utvikling av kunnskapsgrunnlaget

2.2.1 Forskningsinnsatsen

Forskning er et viktig virkemiddel for å sikre at det etableres et kunnskapsgrunnlag for det forebyggende arbeid i Norge. Sammen med den overvåking som er etablert, vil norsk og utvalgt internasjonal forskning gi innsikt i og innspill til hvilke forebyggende tiltak som kan ha effekt i Norge. Forskningen kan dessverre av og til bare gi innsikt i hvilke tiltak som ikke har effekt, uten å gi innspill til hvilke tiltak som reduserer risikoatferd for spredning av hiv og andre seksuelt overførte sykdommer. Det er imidlertid vel så viktig å ha slik viten for å unngå sløsing med ressurser.

Mye viktig og relevant forskning om hivforebygging har vært utført i Norge siden epidemien startet. En rekke institutter har vært involvert, fordi temaene både har en medisinskfaglig tilknytning innen smittevern og virologi og tilknytning til psykologisk og samfunnsfaglig atferdsforskning. Flere aktuelle institutter kan nevnes blant dem: Hemil-senteret ved Universitetet i Bergen, Psykologisk institutt, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Statens institutt for folkehelse og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Følgende forskningsområder er av særlig viktighet: epidemiologisk forskning, årsaksforskning, tiltaksrelevant forskning og klinisk forskning.

Systematisering av tilgjengelig kunnskap er et viktig verktøy for å effektivisere forskningen, og for å kunne nyttiggjøre seg forskningsresultatene.

2.3 Formidling av kunnskap (informasjonsformidling)

Det er et mål at informasjon om hiv, hepatitt og andre seksuelt overførbare sykdommer er lett tilgjengelig for befolkningen generelt og spesifiserte målgrupper spesielt. Påvirkningsmulighetene gjennom informasjonstiltak er avhengig av mange forhold. Både avsender, kanal, tema, virkemidler/effekter, arena, mottaker og tidsperspektiv er viktige elementer. Det er i hovedsak fire kanaler for formidling av informasjon: 1) papir/skriftlig (brosjyrer, hefter, bøker, aviser, blader, plakater/boards mv), 2) elektronisk/eter (Internett, CD-ROM, radio, TV og video), 3) drama/film og 4) personlig/dialog. Samme kanal kan ha en stor variasjon av presentasjonsformer og rette seg mot ulike målgrupper. For eksempel formidler TV både korte nyhetsinnslag, forskningsstoff, «featurestoff» og reportasjer.

Valg av kanaler og virkemidler er avhengig av hvor i informasjonsprosessen man befinner seg. Enveis massekommunikasjon i form av nyhetsmeldinger, plakater og brosjyrer kan være effektive tiltak i en situasjon hvor man ønsker å sette fokus på noe nytt og raskt gi svar på de vesentligste spørsmål som måtte bli generert i befolkningen. Atferdsendring som følge av denne type informasjon er sjelden varig, og bør derfor følges av andre tiltak for å opprettholde og fremme videre atferdsendring over tid. Kompleksiteten i tiltak for å påvirke folks seksualatferd har vist seg å være betydelig, og innsatsen vil måtte foregå både på det individuelle, det miljømessige og det samfunnmessige plan.

En betydelig utfordring er at arenaene for informasjon om hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer oftest er steder fjernt fra de situasjoner som medfører risiko. Det samme gjelder konteksten som i informasjonssammenheng ofte har et rasjonelt preg, men i risikosituasjoner kan ha et sterkt emosjonelt og irrasjonelt preg. Verdier og normer spiller inn, noe som gjør at informasjon om hiv, hepatitt og andre seksuelt overførbare sykdommer er potensielt sensitivt og krever varsomhet med tanke på negative effekter. Tillit til avsender av budskapet er derfor viktig. Manglende tillit til avsender kan sette spørsmål ved avsenders motiv og føre til at budskapet svekkes.

Det er sannsynligvis vanskelig å påvirke atferd uten at man tar i bruk virkemidler som engasjerer og som fremmer kognitive prosesser. Individet påvirkes blant annet gjennom dialog og kommunikasjon om verdier, normer og oppfatninger. Tiltak

som fremmer slike prosesser er gjerne forankret i individets nærmiljø.

Eksempler på norske tiltak som har søkt å fremme dialog og engasjement er blant annet oppsøkende teater hvor hovedtema er hiv/aids og hvor publikum til dels har fått medvirke i oppsetningen. Slike tiltak har sin styrke gjennom unike muligheter til identifisering og emosjonelt engasjement. Tiltakene går ut på deltakerstyrt informasjonsvirksomhet (peer education) med stor grad av tillit og legitimitet i målgruppen, og oppsøkende arbeid preget av dialog.

Informasjons- og rådgivingstelefoner er andre eksempler på arenaer hvor individspesifikk informasjon og dialog kan fremmes.

Enveisinformasjon og massekommunikasjon har likevel fortsatt sin legitimitet når det gjelder hiv, selv om det har begrenset betydning for atferdsendring. Forsvinner slik informasjon i for stor grad, kan det svekke den generelle beredskapen i befolkningen og hindre enkeltpersoner til selv å skaffe seg, eller se nødvendigheten av å skaffe seg, aktuell informasjon.

2.3.1 Tilgjengelig informasjonsmateriell

Man kan skille mellom informasjonsstoff som er produsert av det offentlige, frivillige aktører og media (redaksjonelt stoff). Stoff som er produsert av det offentlige er i hovedsak skriftlig og/eller elektronisk. Det offentlige står i noen grad også som produsent av CD-ROM med for eksempel interaktive informasjonsprogrammer der det å ta ulike valg fører til ulike konsekvenser (Statens helsetilsyn).

Som vedlegg bak finnes en oversikt over informasjonsmateriell om hiv/aids, seksuelt overførbare sykdommer og tilgrensende temaer som er tilgjengelig i Norge. Oversikten viser at det er et ganske mye tilgjengelig informasjon både til publikum og spesifikke målgrupper.

Det har lenge vært mangel på generell informasjon om hiv på ulike språk. Dette blir rettet opp i 2001 hvor brosjyren «Fakta om hiv og aids» er oversatt til 14 språk. I tillegg til trykt form vil disse også bli publisert på Internett. En samlet informasjon til personer med hivinfeksjon finnes ikke i dag. Heftet «Hva nå? – Informasjon til hivpositive» som i sin tid ble utgitt av Oslo helseråd og senere revidert, er utgått.

Nyhetsstoff og statistikk over hiv/aids og andre seksuelt overførbare sykdommer beregnet på helsetjenesten, blir i stor grad ivaretatt gjennom bladene Aids-info og MSIS-rapport. Aids-info går nå i sin 15. årgang og bringer stoff om de epidemi-

ologiske, sosiale og samfunnsmessige konsekvenser av hivepidemien. Bladet tar også opp saker vedrørende andre seksuelt overførbare sykdommer og i noen grad forebygging av uønskete svangerskap, spesielt blant unge. Bladet har en populærvitenskapelig fremstilling og et opplag på 19 500. Det når ut til langt flere enn helsetjenesten, som skolebibliotek, folkebibliotek, asylmottak, utdanningsinstitusjoner innen helse- og sosial, personer med hivinfeksjon mm. Mange finner Aids-info på legenes ventetrom. Både Aids-info og MSIS-rapport legges ut på Folkehelsas Internetsider.

Også en lang rekke brosjyrer fra ulike aktører er lagt ut på Internett. Slik parallellpublisering er vanlig i tillegg til at aktører innen forebygging av hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer benytter Internett til å publisere oppdaterte nyheter, diskusjoner og annet aktuelt stoff.

Ungdom er identifisert som målgruppe for informasjon om hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer. Skoleverket, ungdomsklubber og foreninger, helsetjenester for ungdom med mer spiller en viktig rolle. Som det framgår av oversikten finnes det lettfattelig faktainformasjon om sykdommene, hvorav noe er spesielt utviklet for ungdom.

Stadig større deler av helsetjenesten, elever, studenter og befolkningen generelt har tilgang til Internett. En vesentlig fordel ved Internett er at informasjonen til en hver tid kan oppdateres umiddelbart. Man har muligheter for enkelt å henvise til andre nettsider og det er muligheter for interaktivitet som for eksempel prategrupper. Mange har imidlertid ingen eller begrenset tilgang på Internett, blant annet store grupper innen helsetjenesten. Internett krever også at man i stor grad søker opp informasjonen selv. Internett setter derfor i liten grad dagsorden på samme måte som aviser og etermedier, selv om nyhetsformidling på nettet øker.

2.3.2 Særlige utfordringer i informasjonsarbeidet

Påvirkningspotensialet gjennom passive informasjonskanaler hvor dialog og respons er fraværende er begrenset, spesielt i nåværende forløp av epidemien. Slik informasjon anses imidlertid som nødvendig av flere grunner. Blant annet er det et poeng i seg selv at informasjon skal være lett tilgjengelig for alle som måtte søke fakta. Det er også nødvendig å oppdatere informasjonen ut fra endringer i epidemien og gjenta informasjonen til nye generasjoner eller målgrupper. Stadig kunnskapsformidling er viktig blant annet fordi hivinfeksjon

og andre seksuelt overførbare sykdommer kan være asymptomatiske og av den grunn føre til at mange ikke oppsøker helsetjenesten for hjelp og undersøkelser. Ulike former for passiv informasjon kan også bidra til å holde «poteten varm» og skape interesse slik at man hele tiden blir minnet om at hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer fins.

En stor utfordring vil være å skape rom for dialog og gjensidig kommunikasjon og tiltak som fremmer folks mulighet til å endre sin egen risikoforhold. Slike tiltak bør i størst mulig grad ta utgangspunkt i atferdsendrende strategier som har vist effekt og som bygger på anerkjente teorier (se også Teorier om påvirkningspotensialet). For eksempel er *peer education* basert på teorier om at folk ikke nødvendigvis endrer atferd på grunnlag av vitenskapelige fakta, men først og fremst ut fra subjektive vurderinger av mennesker i nærmiljøet som man har stor tiltro til. Når slike personer endrer atferd fungerer de som rollemodeller og normsettere i sitt miljø. *Peer education* med stor grad av deltakerstyring er blant annet karakterisert ved stor grad av innsikt i- og adgang til målgruppen, likeverdighet mellom informant og mottaker, trygghet og tillit og effektiv kommunikasjon (snakke samme språk).

2.3.2.1 Faren for tretthet og likegyldighet

Et viktig trekk ved utviklingen er at den norske hiv-epidemien er liten og «usynlig», noe som øker muligheten for likegyldighet. I de første årene av hivepidemien på 1980-tallet var oppmerksomheten i befolkningen stor. Mange følte seg berørt av informasjonen og media dekket sykdommen i stor grad. Folk hadde behov for informasjon og motivasjonen til å endre atferd økte.

Som følge av situasjonen i USA, ble menn som har sex med menn tidlig identifisert som målgruppe for informasjon om hiv. Homofile leger og sykepleiere var de første som gjennomførte informasjonstiltak i eget miljø i Norge. På samme måte ble stoffbrukere, prostituerte, blødere og andre mottakere av blodprodukter gjenstand for spesifikke informasjonstiltak av ulik karakter. Men det ble også gjennomført betydelige informasjonstiltak i form av brosjyrer, plakater og «boards» rettet mot hele befolkningen. Skoleverket iverksatte i 1987 et stor opplysningsinnsats for at alle landets elever skulle ha basiskunnskap om hiv og aids før de gikk ut av skolen dette året.

Pollak (1991) har fram til 1990 studert hvordan individuelle faktorer, faktorer knyttet til det nære miljø og samfunnsmessige faktorer kan ha påvirket atferdsendring over den perioden hiv har eksis-

tert i Europa. Han deler inn i tre tidsperioder for menn som har sex med menn:

Før 1985/86: Det fantes noen pionerer som endret atferd fordi de personlig kjente noen som hadde sykdommen. Disse personer forutsettes å ha vært disponert for å kunne endre seg gjennom høy selvaktelse, følelsen av å være sosialt akseptert, tro på helsemyndigheter og å være opptatt av sunnhet.

I 1986/87: Epidemien ble synlig gjennom bruk av hivtesten, mange følte en kollektiv risiko og etablerte en ny positiv, seksuell forsiktighet som strakte seg utover gruppen som selv kjente hivpositive. En skjebne som homoseksuell ble knyttet til en identifikasjon med et miljø under risiko. Fasen ble initiert og promotert av frivillige organisasjoner og fulgt opp av offentlige kampanjer.

Etter 1988: Etter en prosess med hurtig gjenomsyring i miljøet av atferdsendring, ser man begrensningene i denne mulighet. De sosiale og økonomiske faktorer som vanligvis oppfattes som grunn til helseproblemer, finnes også i hivepidemien.

Mye av oppmerksomheten rundt hiv/aids har nå tapt seg i Norge. Det er flere naturlige årsaker til dette. Nyhetens interesse blandet med usikkerhet om smittsomhet mv., er erstattet av beroligelse og en mer realistisk vurdering av hivtrusselen. Smittsomheten er lav, og utbredelsen i Norge er liten. Dette kan på den annen side føre til at man ikke lenger opplever at hiv angår en. På grunn av få smittede, og ikke minst på grunn av at svært få er åpne om sin hivinfeksjon, virker også epidemien usynlig for folk flest. Stabiliteten i de norske hivtalene kan gi en opplevelse av at sykdommen er under kontroll.

Internasjonalt tyder mye på at hiv er i ferd med å få status som kronisk sykdom, framfor stempelen «dødelig». Dette skyldes framgang i behandlingen av hivinfeksjon. I flere land blir slike endrete holdninger til hivinfeksjon assosiert med større grad av usikker sex blant menn som har sex med menn. Man bør være på vakt og forebygge utvikling av tilsvarende holdninger til hivinfeksjon som fører til økt risikoatferd også her i landet.

Helsemyndighetene har i informasjonen til befolkningen lagt vekt på at alle kan være utsatt for hivsmitte i risikosituasjoner. Imidlertid har mye av ressursene og informasjonsinnsatsen først og fremst vært rettet mot befolkningsgrupper med særlig risiko for hivsmitte. Med blant annet tanke på hivepidemiens utvikling i verden, og økende reisevirksomhet blant nordmenn, er det viktig at informasjonsinnsatsen innrettes slik at sykdommen blir synlig for befolkningen generelt. Det vil

også kunne redusere stigmatiseringen av særlig utsatte befolkningsgrupper.

2.3.3 Statlig informasjonspolitikk

Statlig informasjonsarbeid skal bidra til å styrke befolkningens demokratiske rettigheter, bl.a. gjennom å sikre alle lik tilgang til den kunnskap som er nødvendig for at den enkelte skal kunne ivareta sine politiske, rettslige og sosiale rettigheter. Informasjonen skal gi et bidrag til den enkeltes livskvalitet gjennom å formidle kunnskap om hvordan samfunnet fungerer, og inkludere flest mulig i arbeidet med å skape gode samfunnsløsninger (Statlig informasjonspolitikk, 1995).

Prinsipper av særlig viktighet for utarbeidelsen av informasjonsstrategi for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer er:

Kommunikasjonsprinsippet: Dette innebærer at informasjonsvirksomheten i størst mulig grad skal ta hensyn til både avsenders og mottakers behov. Det ideelle målet er en kommunikasjonsdyktig stat, der myndigheter og allmennheten veksler i rollene som avsender og mottakere, men også som initiativtakere i kommunikasjonsforløpet. I praksis innebærer dette å være lydhør for den andre parts behov, kunnskap eller synspunkter.

Prinsippet om aktiv informasjon: Staten skal drive aktiv informasjonsvirksomhet. I tillegg til at publikum selv aktivt må søke informasjon om egne rettigheter og plikter, skal staten selv ta initiativ til å gi informasjon. Aktiv informasjon innebærer ikke nødvendigvis mer informasjon, men at informasjonen er målrettet og dekker faktiske informasjonsbehov hos målgruppene, på en måte som er forståelig for mottakerne.

«Statlig informasjonspolitikk» stiller krav til dokumentasjon for de strategier og tiltak som blir valgt. Både teori og empiri inngår i en slik dokumentasjon for valg av strategi. Neste punkt gir en kort oversikt over relevante teorier.

2.3.4 Teorier om påvirkningspotensialet

I arbeid med komplekse samfunnsspørsmål kan det være hensiktsmessig å støtte seg på ulike teoretiske modeller som kan supplere hverandre og bidra til dypere forståelse og et bredere valg av løsninger (Cotter & Smith 1998).

Den såkalte KAB-modellen (knowledge-attitude-behaviour) er en mye brukt modell for å forstå hvordan atferd påvirkes (Sveriges handlingsplan 2000). Kunnskap blir her sett på som en viktig, men i seg selv ikke tilstrekkelig, forutsetning for

rasjonell atferd. Modellen legger til grunn at holdninger også er av stor betydning for hvordan folk handler. Likevel vil folks atferd til tider gå på tvers av både god kunnskap og klare holdninger til hva som er rett og galt. Faktorer som vaner, kameratskap, forelskelse, ruspåvirkning etc. spiller inn.

Kritikere til denne modellen hevder at den fokuserer for mye på betydningen av kunnskap i forståelse av atferd, og at tiltak som blir iverksatt ut fra denne modellen ofte stopper ved masseinformasjonskampanjene. Det må i større grad fokuseres på komplekse psykologiske mekanismer som styrer menneskelig atferd (Joffe 1993).

KAB-modellen legger til grunn at kunnskapsformidling i stor grad er samfunnets ansvar. Skolen er en sentral kunnskapsformidler. Andre viktige kanaler for kunnskapsformidling er brosjyrer, media og Internett.

Å bidra til holdninger som leder til mindre smittespredning og til toleranse i forhold til smittede, er også et samfunnsansvar. Dialog og interaksjon er nødvendig for å påvirke holdninger. Massekommunikasjon er derfor lite egnet.

Atferd antas best å kunne påvirkes i nære relasjoner, og en avgjørende faktor er hvor viktig avsenderen er for mottakeren. Atferdsmønstre grunnlegges ofte tidlig og kan være vanskelig å forandre. Ungdom blir derfor en spesielt viktig målgruppe.

Tradisjonelt har det vært to sentrale tilnæringsmodeller til helsefremmende og forebyggende arbeid. Den ene modellen definerer denne type arbeid som informasjon fra myndigheter og fagpersoner til befolkningen («the top down approach»), den andre modellen tar utgangspunkt i at behov og metoder skal defineres av folk selv («the bottom up approach») (Hart and Bond 1995).

Nye tilnæringsmåter fokuserer viktigheten av samarbeid mellom myndigheter, fagpersoner og befolkningen. Her legges det til grunn at myndighetene og fagfolk har et ansvar i planleggingen og utformingen av det forebyggende arbeidet. I tillegg blir det sett på som helt grunnleggende for å oppnå resultater at målgruppen blir trukket inn i alle ledd av det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Målgruppen innehar kunnskap om seg selv og sin egen situasjon som må komme fram og bli en del av forebyggingsarbeidet. Medbestemmelse bidrar også til å styrke selvfølelse og identitet, noe som igjen er av avgjørende betydning for folks helse (Kahssay & Oakley 1999, Downie et.al. 1996). WHO definerer helsefremmende arbeid som den prosessen som gjør folk i stand til å få økt kontroll over, og å styrke, sin egen helse. Helsefremmende arbeid er ikke å manipulere eller

tvinge folk til å handle på spesielle måter, men å styrke individet slik at det kan gjøre bevisste valg (WHO in Ewles and Simnett 1999).

Kritikere av de overnevnte teorier og modeller hevder at de fokuserer for mye på individet. Antagelsen om at individet er i stand til å gjøre riktige valg i forhold til egen helse, kan lede til en situasjon hvor enkelte sykdommer blir sett på som selvforskyldte (Downie m.fl. 1996).

Systemkritiske teorier, slik som for eksempel feministiske teorier, har tradisjon for å fokusere på maktrelasjoner, og disse relasjonenes betydning for muligheten til å påvirke egen helse. Teoriene fokuserer på erfaring og kunnskap hos marginaliserte grupper som ofte ellers ikke blir gjort synlig. Innfallsvinklene fra slike teorier har derfor nytteverdi i arbeid med å synliggjøre grupper som bl.a. fremmedspråklige, homofile/lesbiske, stoffmisbrukere og en del ungdomsmiljøer (James and Withtaker 1998).

Teoriene og modellene som her er nevnt, er i overensstemmelse med grunntankene i «Statlig informasjonspolitikk – Hovedprinsipper». Befolkningen har rett til kunnskap som er nødvendig for å bedre egen livskvalitet. Staten og fagfolk skal aktivt formidle denne kunnskapen. Dette skal skje i dialog med mottaker i en situasjon hvor mottakers behov står i sentrum.

2.4 Lovverket

En rekke lover kan ha betydning for arbeidet mot hivinfeksjon og seksuelt overførbare sykdommer, for eksempel helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Smittevernloven er imidlertid viktigst for det direkte forebyggende arbeidet og omtales nærmere her.

2.4.1 Smittevernloven generelt

Smittevernloven trådte i kraft 1. januar 1995 og har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer. Den skal videre sikre at myndighetene setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet, og loven skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak. Smittevernloven definerer hvilke oppgaver ulike myndigheter har og hvilke plikter og rettigheter helsepersonell og befolkningen har i forhold til smittsomme sykdommer. På denne måten setter loven de juridiske rammer for smittevernarbeidet, men definerer ikke hva som er de riktige smitteverntiltak mot de enkelte sykdom-

mer. Slike tiltak må ha faglige begrunnelser og må utføres innenfor rammene som loven setter.

Enkelte endringer i smittevernloven er vedtatt og trådte i kraft sommeren 2001. Den viktigste endringen er en mer utfyllende beskrivelse av Folkehelsas oppgaver i smittevernloven § 7–9. Det er også vedtatt enkelte andre endringer i loven i forbindelse med at staten overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Disse vil tre i kraft 1. januar 2002. Det vil også bli foretatt endringer i smittevernloven i forbindelse med fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen, blant annet ved at det nye Sosial- og helsedirektoratet får utøvende forvaltningsmyndighet på smittevernområdet.

Smittevernloven gjelder alle smittsomme sykdommer, inkludert hivinfeksjon og andre seksuelt overførbare sykdommer. Visse sykdommer er etter loven allmennfarlige smittsomme sykdommer, dvs sykdom som «er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader (...)», jf. smittevernloven § 1–3. nr. 3. For disse sykdommene gjelder visse spesielle rettigheter og plikter, det vises blant annet til punkt 2.4.3. Gonore, genital chlamydiainfeksjon, syfilis, hepatitt B og hivinfeksjon er definert som allmennfarlige smittsomme sykdommer.

2.4.2 Oppgavefordeling i henhold til smittevernloven

Smittevernlovens kapittel 7 fordeler oppgaver innen smittevernet mellom ulike organer.

Kommunene har de fleste utøvende oppgavene i smittevernet, jf. smittevernloven § 7–1:

«Kommunen skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon.

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder

- skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen,
- drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges,
- sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk,
- sørge for at andre tiltak etter denne loven eller kommunehelsetjenesteloven blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helsetjeneste. Helsetjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene. (...) »

Kommunelegen har ansvar for å utføre eller legge til rette for flere av disse tiltakene, jf. smittevernloven § 7–2.

Fra og med 1. januar 2002 vil det være det regionale helseforetaket som har ansvaret for spesialisthelsetjenester for personer med smittsomme sykdommer, jf. smittevernloven § 7–3:

«Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen i helseregionen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendig spesialistundersøkelse, laboratorieundersøkelse, poliklinisk behandling og sykehusbehandling, forsvarlig isolering i sykehus, og annen spesialisthelsetjeneste.

Det regionale helseforetaket skal utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført.

Det regionale helseforetaket skal utpeke en sykehuslege som kan gjøre vedtak etter § 4–2 og § 5–8 sammen med kommunelegen.»

Statens helsetilsyn har det overordnede tilsynet med at virksomheten i kommuner, fylkeskommuner og statlige institusjoner er i samsvar med smittevernloven og forskrifter og vedtak med hjemmel i denne. I sin tilsynsvirksomhet kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette forholdene.

Sosial- og helsedirektoratet skal gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter loven medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket. Sosial- og helsedirektoratet kan etter smittevernloven gripe inn dersom kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner ikke sikrer en forsvarlig og effektiv gjennomføring av smittevernloven.

Folkehelsas oppgaver er knyttet særlig til overvåking og rådgivning både av den nasjonale og den internasjonale epidemiologiske situasjonen. Folkehelse har også et ansvar for forskning, vaksineforsyning og vaksineberedskap, samt gi bistand, råd informasjon og veiledning om smittevern og smitteverntiltak, jf. smittevernloven § 7–9.

Grovt sett er dermed oppgavene fordelt slik: Kommunene har ansvar for lokal overvåking og lokale forebyggende tiltak og smitteverntjenester, det regionale helseforetaket har ansvar for spesialistundersøkelser og –behandling, Statens helsetilsyn har overordnet tilsyn med tjenestene, Sosial- og helsedirektoratet har utøvende forvaltningsmyndighet på smittevernområdet og Folkehelse

driver nasjonal overvåking og rådgivning til helsepersonell og publikum.

2.4.3 Leger og pasienters plikter og rettigheter

Dersom en pasient er smittet eller det er mistanke om smitte av allmennfarlig smittsom sykdom (for eksempel hivinfeksjon, gonore, hepatitt B, genital chlamydiainfeksjon eller syfilis), utløses en rekke rettigheter og plikter både for helsepersonellet og for pasienten etter smittevernloven. Legen plikter blant annet

- å tilby pasienten undersøkelse når det er mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom, jf § 3–5,
- å foreta smitteoppsporing dersom det er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det, jf § 3–6,
- å informere om den aktuelle sykdommen, samt gi pasienten personlig smittevernveiledning for å forhindre at den smittede overfører sykdommen til andre jf. § 2–1,
- å melde fra til MSIS som administrere av Statens institutt for folkehelse dersom vedkommende oppdager tilfeller av hiv eller seksuelt overførbare sykdommer.

Utføringen av enkelte av disse pliktene vil kunne stride mot hovedreglen om taushetsplikt i helsepersonelloven § 21. Dersom det er fare for overføring av en allmennfarlig smittsom sykdom fra en smittet person, og det er behov for å gi opplysninger underlagt taushetsplikt for å forhindre videre smitte, skal legen så langt som mulig søke å oppnå medvirkning eller samtykke fra den smittede, jf. Smittevernloven § 2–2, 1. ledd. Dersom det ikke lykkes legen å få et slikt samtykke, kan legen etter 2. ledd fravike hovedregelen om taushetsplikt. Smittevernloven § 2–2 gir bestemmelser om hvem man kan gi opplysninger til.

Pasienter som er smittet av allmennfarlig smittsom sykdom har etter smittevernloven også en del rettigheter og plikter. Pasienten har blant annet rett til gratis undersøkelse, behandling og veiledning, jf. smittevernloven § 6–1 og § 6–2 med tilhørende forskrifter.

Pliktene omfatter blant annet

- å oppsøke lege ved mistanke om smitte med allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 5–1,
- å gi nødvendig opplysninger om hvor smitten kan være overført fra og hvem man kan ha overført sykdommen til jf. § 5–1,
- å ta imot den personlige smittevernveiledningen som legen gir, jf. § 5–1.

2.5 Organisering

I det hivforebyggende arbeidet har det vært lagt vekt på at strategien skal ha bredde. Offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner har bidratt med ulike tiltak.

2.5.1 Offentlige myndigheter

Offentlige myndigheter har et selvstendig og lov-pålagt ansvar for å drive forebyggende og ivareta-kende arbeid. Det forebyggende og kurative arbeidet er integrert i kommunale, fylkeskommunale og statlige helsetjenester. De kurative tjenestene har vært opprettholdt på et forsvarlig nivå. Spesialist-helsetjenesten er pålagt et ansvar for forebyg-gende arbeid, men noe av gløden i det forebyg-gende smittevernarbeidet til den generelle befolk-ningen, synes å ha blitt borte både i de kommunale og fylkeskommunale tjenestene, de siste årene. Det er viktig at det hiv/aids forebyggende arbeidet utføres som en naturlig del av annet forebyggende arbeid og smittevern.

Det har blitt flere kommunale reisevaksina-sjonsklinikker i perioden og flere gir informasjon om smitteforebyggende tiltak i forbindelse med vaksinasjon. Det generelle forebyggende helsetil-bundet til ungdom er styrket med opprettelsen av flere ungdomshelsestasjoner de siste årene. Mye av aktiviteten på helsestasjonene for ungdom er rettet mot forebygging av uønskede svangerskap, seksuelt overførbare sykdommer og hiv.

Det finnes gode eksempler på samarbeid mel-lom skolehelsetjenesten, lærere og helsestasjoner for ungdom, som prosjekt SOS i 10.klasser.

2.5.2 Frivillige organisasjoner

Offisielle helsemyndigheter har i stor utstrekning arbeidet i forhold til spesielle målgrupper benyttet seg av frivillige og private organisasjoner.

I handlingsplanene mot hiv epidemien 1990–95 og 1996–2000 (prolongert til 2001) framstår de frivillige og private organisasjonene som viktige sam-arbeidspartnere for offentlige helsemyndigheter. Det har vært lagt stor vekt på å utnytte de frivillige og private organisasjonenes nøkkelposisjoner med sikte på epidemibegrensning. Myndighetene har identifisert en del organisasjoner som har stor mulighet for å nå de forskjellige målgrupper og som har stor troverdighet som budskapsformid-lere. Disse organisasjonens legitimitet og kontakt-flate har gjort at de har komplettert og avlastet hel-sevesenet, i særlig grad i Oslo kommune, der

hoveddelen av den frivillige sektorens innsats er utført, men også på landsbasis. De frivillige organisasjonene har spilt en viktig rolle i epidemibekjempelsen i Norge.

Helseutvalget for homofile (HU), ble opprettet i 1983 og var det første tiltaket i Norge av betydning for forbygging av hiv. Helseutvalget har gjennomført den overveiende delen av det hivforebyggende arbeidet rettet mot menn som har sex med menn. Helseutvalget har en stab med ansatte i tillegg et stort korps av frivillig og ulønnede medarbeidere, og har kontorer i Trondheim og Oslo. Virksomheten har vært fullfinansiert av statlige midler. Organisasjonen har et styre bestående av representanter fra Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring (LLH), Pluss-Landsforeningen mot aids, uavhengige hivforebyggingskyndige personer og en representant for de ansatte. Organisasjonen er LLH's hivforebyggende organ. Gjennom LLH og andre nettverk kan Helseutvalget mobilisere nettverk over hele landet i hivforebyggende arbeid om nødvendig.

Helseutvalget har brukt ulike virkemidler i sitt hivforebyggende arbeid, som er rettet mot det generelle homofile miljøet, særskilte grupper og enkeltindivider. På miljønivå er det bl.a. satt inn tiltak for å gi informasjon om hiv, tiltak for dannelses og styrking av normer som inkluderer sikrere sex og tiltak for økt risikoerkjennelse. På gruppenivå samles f.eks. unge homofile, hivnegative partnere til hivpositive og andre som er i risiko, for å drøfte seksualitet, nettverk og sikrere sex. HU oppsøker arenaer der menn møtes, som f.eks. saunaer for homofile i Oslo, for å gi informasjon om hiv og drøfte den enkeltes atferd.

Pluss ble opprettet i 1988 og var fram til 1999 en interesse- og selvhjelpsorganisasjon for hivpositive og en pressgruppe i forhold til myndighetene. Organisasjonen var et nettverk og til støtte for hivpositive, bl.a. gjennom virksomheten knyttet til SULPEN, et eget møtested i Oslo for hivsmittede. Pluss fungerte i liten grad som hivforebyggende organisasjon, men var en viktig samarbeidspartner i informasjonsvirksomheten.

Landsforeningen mot aids (LMA) var fram til 1999 en paraplyorganisasjon med medlemsorganisasjoner fra ulike lag av samfunnet, som arbeidstakerorganisasjoner, religiøse organisasjoner og organisasjoner som representerer homofiles interesser. LMA hadde en vanskelig oppgave med å mobilisere medlemsorganisasjonene i kampen mot hiv.

Pluss-Landsforeningen mot aids (Pluss-LMA) er et resultat av at Pluss og LMA slo seg sammen i 1999. Det brede organisasjonstilknyt-

ning fra LMA er beholdt, også i de styrende organer. Målet med sammenslåingen var å styrke både det hivforebyggende arbeidet og arbeidet knyttet til å fremme hivpositives rettigheter og interesser. Miljøarbeidet i SULPEN ble nedlagt, og i all hovedsak ble det psykososiale arbeidet for hivpositive overtatt av Aksept. Pluss-LMA er delfinansiert av statlige midler. I tillegg bidrar blant annet Oslo kommune med økonomisk støtte. Pluss-LMA er en landsdekkende organisasjon, og tilbyr medlemskap til alle hivsmittede.

Pluss-LMA arbeider for å bedre hivsmittedes levekår, og driver derfor virksomhet rettet mot det politiske miljøet og virksomheter for å øke forståelsen for hivpositives behov. Organisasjonen gir veiledning til hivsmittede, arbeider for større aksept og åpenhet om det å være hivsmittet og vil bidra til reduksjon av nysmitte gjennom hivforebyggende arbeid.

Pluss-LMA's frivillighetssentral i Oslo er tilknyttet FRISAM. Sentralen engasjerer frivillige til en rekke forskjellige støttetiltak for hivpositive, som sykebesøk, dyrepass og annet praktisk arbeid. De frivillige medarbeiderne driver også informasjonsarbeid for organisasjonen.

Medisinernes seksualopplysning (MSO) driver opplysnings- og informasjonsvirksomhet om seksualitet. MSO integrerte tidlig hiv/aids i sin virksomhet som blant annet retter seg mot ungdom. De gir også medisinerstudenter opplæring om seksualitet.

Aksept – senter for alle berørt av hiv er drevet av Kirkens bymisjon. Aksept utfører støtte- og omsorgsarbeid rettet mot hivsmittede og deres pårørende. Tiltakene består av miljøarbeid, individuell oppfølging og gruppevirksomhet. Senteret finansieres av Oslo kommune, og har i liten grad mottatt midler fra Handlingsplanen mot hiv/aidsepidemien.

Referansegruppen for afrikanere bosatt i Norge ble startet i 1996. Referansegruppen ble opprettet for å gi Statens helsetilsyn råd i hivforebyggende spørsmål knyttet til innvandrer miljøet, samt for å stimulere til hivforebyggende arbeid gjennom sine nettverk. Gruppen består av flere organisasjoner for innvandrere fra det afrikanske kontinent samt organisasjoner som driver hivforebyggende arbeid i det samme miljøet. Organisasjonene er African Forum in Norway, African Health Team, Rainbow Foundation og Oslo Røde Kors Internasjonale Senter. Gruppen har blant annet hatt seminar for afrikanere og helsepersonell. Referansegruppen er nå, med støtte fra Helsetilsynet, endret til en selvstendig NGO, med egne tiltak overfor målgruppene.

Oslo Røde Kors Internasjonale Senter har gjennom prosjektet FIMHA (flerkulturell innsats mot hiv/aids) deltatt i informasjonsvirksomhet rettet mot afrikanske miljøer i Oslo.

African Health Team (AHT) startet i 1992, etter et initiativ fra Statens helsetilsyn. Organisasjonen er tilknyttet Olafiklinikken i Oslo og driver hivforebyggende arbeid i afrikanske miljøer i Oslo. Driften har vært finansiert av statlige midler. Organisasjonen driver informativt og holdningsskapende arbeid i målgruppen, blant annet gjennom oppsøkende virksomhet på utesteder, gruppeaktiviteter og sosiale tiltak som idrettsarrangementer.

Rainbow Foundation har gjennomført forskjellige tiltak rettet mot sine medlemmer og de afrikanske miljøene samt drevet oppsøkende virksomhet i miljøene.

African Forum in Norway er en paraplyorganisasjon hvor 19 nasjonaliteter er representert gjennom nasjonale foreninger. Organisasjonen har drevet kultur- og informasjonstiltak om hiv/aids flere steder i landet og gitt ut informasjonsmateriell på fem språk.

Prostituertes interesseorganisasjon i Norge (PION) ble opprettet i 1990. Organisasjonen arbeider blant annet med forebygging av seksuelt overførbare sykdommer inkludert hiv, blant kvinnelige og mannlige prostituerte på massasjeinstitutter og lignende. PION driver også oppsøkende virksomhet blant kvinner som kommer til Norge i prostitusjonsøyemed. Arbeidet drives i hovedsak i Oslo.

Kapittel 3

Atferd

I dette kapitlet drøftes tre typer «atferd» som er nært knyttet til risikoen for hivinfeksjon, seksuelt overførbare infeksjoner eller begge deler. Det er seksualatferd, stoffmisbruk og mottak av blod og blodprodukter.

3.1 Seksualatferd

Risikoen for å få seksuelt overførbare infeksjoner er knyttet til seksualatferd. Endring av seksualatferd kan medføre lavere risiko for å pådra seg seksuelt overførbare sykdommer. Atferdspåvirkning er derfor viktig i forebyggingen. Informasjonsbegrepet må derfor utvides til å ikke bare omfatte kunnskapsformidling, men også til å omfatte rådgivning og skolering som har til hensikt å påvirke folks atferd. Målet er å oppnå en læringssituasjon hvor kunnskaper, tanker, følelser og atferd endres (Rogers 1996). For å kunne påvirke folks seksualatferd er det viktig å kjenne til hva folk tenker og gjør på dette området. En må også ha kunnskap om endringsprosesser.

Å kunne ta de riktige forholdsreglene for å hindre smitteoverføring forutsetter at folk kjenner sykdommene og deres smitemåter. Dette er imidlertid sjelden tilstrekkelig til at alle tar de forholdsregler som er nødvendige i alle situasjoner. Det seksuelle møtet mellom to personer, eller trangen til rus, er bare delvis styrt av rasjonelle valg. Forskere er ikke enige om hvor stor betydning rasjonelle valg har i en situasjon hvor positive opplevelser ved risikoatferd skal konkurrere med frykten for å overføre eller bli smittet med hiv og seksuelt overførbare infeksjoner.

Noen forskere beskriver valget om risikoatferd eller ei som en prosess. I prosessen mot opphør av risikoatferd er første ledd at personen må anerkjenne at hun/han er under risiko for å få hiv og dermed stemple egen atferd som risikabel. Dette forutsetter kunnskap og en følelse av utsatthet, samt at man er påvirket av positiv/negativ innflytelse fra andre i eget nettverk, omgangskrets og partnere. Deretter må det utvikles en vilje til endring i ens egen risikoatferd og denne må det holdes fast ved. En nødvendig forutsetning er at folk opp-

fatter at de har evnen til å kunne utføre de handlinger som reduserer risikoatferden. Dessuten vil det være en avveining mellom fordeler (lyst, verdi, trang) og ulemper (negative helsekonsekvenser). Også her er normer og erfaringer i egen referansegruppe viktig. Siste ledd i prosessen mot opphør av risikoatferd beskrives som at individet tar et skritt mot målet ved å skaffe seg opplysninger eller søke hjelp og faktisk endrer sin atferd. Den sosiale situasjon, styrken i eget nettverk, troen på myndigheters budskap og autoriteter har betydning for om prosessen slutter med opphør av risikoatferd eller ei. Sikker atferd forutsetter at alle parter overholder retningslinjene og iverksettelse av sikker atferd er avhengig av involverte parter evner til å kommunisere om seksuelle forhold eller forhold knyttet til sprøytedeling (Catania, Kegeles, Coates 1990).

Andre forskere beskriver det seksuelle møtet som en løpende prosess mellom to mennesker, hvor det som kommer til å skje i øyeblikket avhenger av dynamikken mellom de to, av omgivelsene og av stemningen. Erotikken følger de veier som optimerer tilfredsstillelse av lyst og maksimerer kommunikasjon og intimitet. Seksualatferden endres bare så mye at oppfyllelsen av de nære behov tillater det. Ubeskyttet sex anses som «naturlig» sex, som kan forekomme når som helst for personer som tillater at situasjonen får utvikle seg. Siden man ikke har usikker sex alene, og sex er et samspill, beskrives det som meningsløst å lete etter bestemte faktorer hos enkeltpersoner for å kunne beskrive om sikrere sex vil forekomme eller ei. Før en seksuell handling, antas det at personer forsøker å redusere risikoen for hiv ved å unngå hivpositive gjennom seleksjon av partner (Prieur 1989, Davis 1992, Bochow 1994).

3.1.1 Utviklingstrekk 1987–1997

Nordmenns seksualvaner i perioden 1987–1997 preges av stabilitet snarere enn endring. Den største endringen over 10 års perioden 1987 til 1997 er en nedgang i kondombruk ved første samleie med en ny partner, og en 60 % økning i rapportert homo-seksuell erfaring (Stigum, Træen & Magnus,

2000). Det synes først å fremst å ha vært kvinner, og i mindre grad menn, som har endret seksualatferd (Statens institutt for folkehelse, 1993; Kontula & Haavio-Mannila, 1995; Lewin *et al*, 1997; Stigum, Træen & Magnus, 2000).

3.1.1.1 Heteroseksuelle erfaringer

Første samleie

Median samleiedebutalder er 17,3 år for jenter og 18,0 år for gutter. Debutalderen har vært stabil i Norge siden begynnelsen på 1970 tallet (Kraft, 1991; Sundet *et al*, 1992). 33 % av norske menn og 38 % av kvinnene oppgir å ha hatt sitt første samleie ved fylte 16 år eller tidligere (Stigum *et al* 2000). Det vanligste motivet for første samleie er forelskelse, men emosjonelle motiver synes viktigere for jenter enn for gutter (Træen & Kvaem, 1996a).

Antall partnere

I alt oppgir 67 % menn og 76 % av kvinner at de ikke har hatt noen nye seksualpartnere i løpet av de siste 3 årene, mens 3 % av menn og 1 % av kvinner oppga å ha hatt flere enn 3 nye partnere siste 3 år (Stigum *et al*, 1997). I 1997 var median antall samleiepartnere totalt i livet (median) blant enslige 7 for menn og 6 for kvinner. Når vi sammenlikner antall partnere i grupper med lik fordeling av kjønn, alder og utdanning finner vi like mange partnere i 1997 som i 1987 (Stigum 2000). I gruppen gifte/samboende var median antall livstidspartnere 6 for menn og 4 for kvinner.

Sidesprang

I alt 21 % gifte/samboende menn og 12 % kvinner oppga å ha hatt et sidesprang i sitt nåværende forhold. Andelen gifte/samboende menn med høyere utdanning som har hatt sidesprang er redusert siden 1970, og andelen gifte/samboende kvinner med lavere utdanning som har hatt sidesprang, er økt i samme tidsrom (Træen & Stigum, 1998).

Prostitusjon

I 1997 oppga 14 % av norske menn og 1 % av kvinnene at de noen gang hadde kjøpt sex (Stigum *et al* 2000). 1,4 % av 14–17 år gamle skoleelever oppgir at de noensinne har solgt sex (Pedersen & Hegna 2000). Flere gutter (2,1 %) enn jenter (0,6 %) oppgir å selge sex og kjøperne antas være homo- eller biseksuelle menn. Guttene var i gjennomsnitt 12,6 år gamle første gang de solgte sex, og jentene var

14,1 år. 70 % oppgir å ha solgt sex mer enn 3 ganger. Sexsalget hadde sammenheng med atferdsproblemer, alkohol og narkotikabruk. En undersøkelse i Trondheim viser at 1,2 % av skoleungdom mellom 13 og 17 hadde tilsvarende erfaring (M. Thoresen, Ungforsk 1995).

Prostitusjon blant voksne i Norge utgjøres av flest kvinnelige selgere og menn som kjøper selv om vi også har et antall mannlige selgere. Ca. 1/3 av prostitusjonen kommer innunder betegnelsen gateprostitusjon. De som selger sex fra slike arenaer har store sosiale, psykiske og helsemessige problemer. Om lag 2/3 av prostitusjonen foregår på et innemarked hvor ca. 1/2 parten er utenlandske kvinner og noen menn. De fleste kommer fra Sørøst Asia, Syd Amerika og Øst Europa.

3.1.1.2 Homoseksuelle erfaringer

I 1997 svarte 5 % av mennene og 6 % av kvinnene at de noen gang hadde hatt homoseksuelt samvær (Stigum *et al* 2000). Når vi sammenlikner homoseksuell erfaring i grupper med lik fordeling av kjønn, alder og utdanning finner vi omtrent like store andeler i 1987 som i 1992, og 60 % høyere andeler med homoseksuell erfaring i 1997. Det er grunn til å tro at økningen er reell. Svært få rapporterer utelukkende å ha hatt sex med personer av samme kjønn (i Oslo 2,8 % menn og 0,7 % kvinner, i hele landet 0,3 % menn og 0,2 % kvinner). På landsbasis oppgir 5,4 % biseksuell erfaring, mot 7,4 % i Oslo (Træen, Sørensen, Stigum 2001).

3.1.1.3 Smittebeskyttelse

Mens 73 % av grekere som hadde hatt en ny partner siste 12 måneder brukte kondom ved det første samleie med denne partneren, var tilsvarende tall 54 % blant sveitsere, 53 % blant franskmenn, 48 % blant italienerne, og 38 % blant nordmenn (Træen, Stigum, Hassoun, Zantedeschi 2001). Kondombruk ved seneste samleie blant personer som utelukkende hadde hatt sex med personer av motsatt kjønn, og som hadde sex med en ikke fast partner, var på 17 % i 1987, økte til 22 % i 1992 og falt tilbake til 16 % i 1997 (Stigum, Træen & Magnus, 2000). Endringen var statistisk signifikant. I Oslo brukte 27 % av homoseksuelle menn, og 11 % av alle heteroseksuelle kondom som smittebeskyttelse ved det seneste samleiet (Træen, Stigum & Eskild 2001). Bruk av smittebeskyttelse var minst utbredt blant eldre, de som var forelsket i partneren og de som hadde samleie med sin faste partner. På den annen side hadde høyere utdanning, homoseksuell aktivitet, lavere samleiefrekvens og holdninger

som knytter seksualiteten sterkt til ideen om kjærligheten sammenheng med kondombruk.

Sammenhengen mellom rusmiddelbruk og ubeskyttet samleie er veldokumentert (Reinarman og Leigh 1987, Leigh 1990, Træen og Hovland 1998, Messiah et al 1998). Imidlertid er forholdet mellom årsak og virkning i denne sammenhengen høyst uklar. Både seksualatferd og rusmiddelbruk er komplekse atferder, og å forstå den eksakte sammenhengen mellom dem er vanskelig. Studier viser at atferden i stor grad er avhengig av partenens tidligere seksuelle erfaring og av konteksten (Leigh 2001).

3.1.2 Hva virker?

Etter to tiår med smitteforebyggende arbeid må vi konstatere at det har skjedd få positive atferdsendringer i befolkningen, bortsett fra i særlig utsatte grupper som menn som har sex med menn og sprøytemisbrukere. Nordmenn flest er ikke blitt bedre kondombrukere og praktiserer i liten utstrekning sikker sex. På begynnelsen av 1990-tallet hadde befolkningen gode kunnskaper om smitte- og beskyttelsesmåter for hiv/aids (Kraft 1991), og det er grunn til å anta at dette ikke har endret seg vesentlig de siste 10 årene. En massiv internasjonal litteratur viser imidlertid at det ikke er noen klar årsakssammenheng mellom kunnskap, holdninger og atferd. Det innebærer at en forebyggende strategi som utelukkende tar sikte på å øke kunnskapsnivået og endre holdninger, ikke kan forventes å føre til atferdsendring. Sett i forhold til hva forskning per i dag har produsert av kunnskap om årsaken til bruk/ikke bruk av smittebeskyttelse og beskyttelse mot uønsket graviditet, står vi overfor viktige utfordringer i det framtidige forebyggende arbeidet.

I mange tilfeller fungerer bruk av svangerskapsforebyggende midler som sovepute for bruk av smittebeskyttelse. Med nye seksualpartnere bruker voksne sjeldnere kondom enn ungdom gjør. Det betyr at de er potensielt mer eksponert for smitte. Årsakene til ikke å bruke kondom kan være en opplevelse av at penis blir mindre følsom, at det er et stemningsbrudd å sette den på og angst for ereksjonssvikt (Træen & Hovland, 1998). Jenter er redde for å gi inntrykk av at de er «løse på tråden», og å insistere på å bruke kondom blir forbundet med skam. Folk forklarer også hvorfor de ikke bruker smittebeskyttelse med at de stoler på at partneren uoppfordret vil fortelle dem om eventuelle seksuelt overførbare infeksjoner. Følelsen av å kunne stole på partneren synes sterkere hvis man har møtt ham/henne gjennom felles kjente, eller

hvis partneren representerer noe man beundrer. Vennekretsen og forelskelsen fungerer også som en slags garanti mot å pådra seg seksuelt overførbare sykdommer. Mennesker har sjelden som utgangspunkt for sin atferd – eller aksepterer det som «naturlig» – at de selv eller deres partnere kan være bærere av seksuelt overførbare sykdommer. Å være fertil anses som «naturlig»; seksuelt overførbare sykdommer vurderes ikke å være «naturlig». Å basere sin atferd i en seksuell sammenheng utfra en antagelse om at det er «naturlig» med seksuelt overførbare sykdommer, vil etter all sannsynlighet kunne oppfattes av partneren som et utslag av det å være «unaturlig» mistenksom. Når den samme rasjonalitet utøves i henhold til fertilitet, oppfattes det som en omsorgshandling som springer ut fra et modent ansvar. Også en nyere studie blant unge menn som har sex med menn indikerer at konteksten er sentral for bruk av smittebeskyttelse (Middelthon 2001). På bakgrunn av slike funn fra den norske konteksten kan vi slutte oss til internasjonal litteratur, som framhever at det sannsynligvis vil være bedre å fokusere på risikosituasjoner enn på risikoatferd (Donovan & Ross 2000).

I USA er det vist at kjønnsspesifikke intervensjoner som var effektive i forhold til å øke kondombruken blant kvinner oftest var forankret i sosial psykologiske atferdsteorier, benyttet randomiserte kontrollgruppe design for å evaluere effekten, vektla kjønnsspesifikke påvirkninger, var ledet av «peers» og foregikk over tid (Wingood & DiClemente 1996, Shepherd, Weston, Peersman & Napuli 2000). Det er også vist at for kvinner i risikogrupper er det effektivt å fokusere på parforholdet og forhandlingsferdigheter i parforholdet (Exner, Seal & Ehrhardt 1997, Shepherd, Weston, Peersman & Napuli 2000).

Blant ungdom er det vist at teoriforankrede intervensjoner har større sannsynlighet for å ha en ønsket effekt på atferd enn de som ikke er teoribaserte (Kim, Stanton, Li et al 1997). For å være effektive trenger tiltakene å foregå over lengre tid. En systematisk litteraturgjennomgang av Applegate (1998) konkluderer med at de mest effektive intervensjonene involverte ungdommene fysisk og psykisk gjennom bruk av rollespill og praktisk ferdighetstrening, og var av minst 3 timer varighet. Dette funnet støttes også av Kvaem et al (1996) intervensjonsstudie fra Vestfold. I denne studien ble det videre funnet at ungdoms oppfatning om hvorvidt de selv klarer å mestre lidenskapelige situasjoner med ansvarlighet, hadde sammenheng med prevensjonsbruk (Kvaem & Træen, 2000; Kvaem 2001). Videre, jenter som hadde problemer med å nyte sin egen seksualitet, som hadde samleie fordi

partneren ville det og samleie utenfor eget/partners hjem, hadde oftere drukket alkohol før samleiet. Dette hadde igjen en direkte sammenheng med ikke å bruke prevensjon (Træen & Kvalem 1996b). Intervensjoner som gir ungdom praktisk informasjon og psykologisk støtte på en ikke moraliserende måte, samt som er forankret i unge menneskers sosiale virkelighet, har vist seg å være effektive (Oakley, Fullerton 2000). Forskning viser at intervensjoner rettet mot ungdom som fokuserer på seksualitet, ikke øker den seksuelle aktiviteten. Det finnes heller ingen bevis for at kampanjer som maner til seksuelt avhold påvirker atferd (Dicenso, Guyatt & Willan 1999).

3.2 Stoffmisbruk

3.2.1 Utvikling og dagens situasjon

Antallet sprøytemisbrukere ble i 1999 estimert til å være mellom 9000 og 12000. Den årlige tilveksten av sprøytemisbrukere ble samme år anslått til å være mellom ca. 650 og 870 personer. Begge anslag er beheftet med stor grad av usikkerhet (Bretteville-Jensen og Ødegård 1999). Kvinneandelen er anslått til å utgjøre omtrent en tredel, og synkende med økende alder. I 1990 ble antallet intravenøse misbrukere estimert til å være mellom 4 og 5000 personer (Skog 1990). Sett i forhold til dette anslaget, står vi trolig overfor en utvikling der antall injeksjonsmisbrukere i Norge er fordoblet det siste tiåret.

Det har vært en økende rekruttering på 1990-tallet fra eldre aldersgrupper (Bretteville Jensen og Ødegård 1999). Det finnes imidlertid ikke tallanslag på denne veksten. Andelen under 20 år utgjør ca 10 % av alle sprøytemisbrukere. Antall funn av narkotika og brukerutstyr i fengsler har økt fra 1992 til 1999. Økningen kan skyldes økt spredning og bruk av narkotika i fengslene, men kan også henge sammen med endrede kontrollrutiner. I 1999 var i underkant av 30 % av totalt innsatte i norske fengsler dømt for ulike typer narkotikalovbrudd.

I 1990-årene har det vært en kraftig økning av narkotikadødsfall. Økningen i overdosedødsfall gjenfinnes i mange land i den vestlige verden. Til tross for at sammenligninger mellom ulike land er beheftet med mye usikkerhet, grunnet bl.a. ulike definisjoner og registreringssystem, er det likevel liten tvil om at de norske tallene nå er relativt høye. Økningen av dødsfallene har ingen enkel forklaring. En rekke faktorer bidrar.

I flere kommuner i Norge deles det ut sprøyter. I Oslo har antall utdelte sprøyter økt markant på

1990-tallet, men ikke de tre siste år. I 1998 ble det delt ut 1 896 653 sprøyter, i 1999 1 719 140 og i 2000 1 870 194. Det betyr at det daglig deles ut ca. 5 000 sprøyter i regi av sprøytebussen i Oslo. Sprøyter kjøpes også på apotek uten resept.

I 1994 og i 1997 gjorde sprøytebussen brukerundersøkelser blant sine klienter. På spørsmål om man i forbindelse med siste injeksjon hadde brukt en sprøyte andre hadde brukt før dem svarte 96 % benektende. De fleste av dem som oppga at andre hadde brukt samme sprøyte sa at den personen som hadde brukt denne var deres faste partner. En bør være oppmerksom på at med den gitte intervju-konteksten, kan det her være snakk om en viss underrapportering. Nye brukerundersøkelser ble gjort i desember 2000 blant sprøytebussens klienter. Resultatene fra denne undersøkelsen foreligger imidlertid ikke ennå.

Til gruppen tunge rusmiddelmissbrukere er det knyttet en sammensatt problematikk, noe som krever et tiltaksapparat som kan ivareta mange og ulike behov. Sosialtjenesten, som har ansvar for hjelpetiltak overfor denne gruppen, har ikke alltid mulighet for å gi den enkelte klient det han eller hun har behov for, for å kunne endre livsførsel. Kommunenes innsats overfor misbrukerne er svært varierende og mange melder behov for bl.a. utvikling av egnede boliger med nødvendig oppfølging.

3.2.2 Hva virker?

Det drives aktive tiltak på ulike plan for å begrense narkotikabruket og skader som følge av misbruk. Disse tiltakene kan deles i tre hovedgrupper:

- Tiltak for å begrense tilgangen på narkotika. Herunder politiets og tollvesenets innsats og lovverket.
- Forebygge rekruttering til misbrukermiljøet og rehabilitering av stoffmisbrukere, herunder medikamentassistert rehabilitering.
- Skadereduserende tiltak. Herunder sprøyteutdeling og informasjon om blodsmitte. Sprøyterom kan være et skadereduserende tiltak.

Institusjonsopphold bidrar over tid til å redusere klientenes rusmiddelmissbruk og dermed også skader som følge av det. Dette gjelder både de som avslutter behandlingen som planlagt og de som «dropper» ut. Avhengig av hva man legger vekt på (forventninger om total rusfrihet, gradvis lengre rusfrie perioder, bedret livskvalitet), har behandlingsinnsatser gjennomgående positiv effekt, om man tar med at de fleste har brukt mange år på veien inn i misbruket, og følgelig også kan trenge

mange år på veien ut. Mens det hersker enighet om at «behandling nytter», synes det ikke mulig ut fra dagens kunnskap å trekke konklusjoner mht. hva slags type behandling/terapeutiske inngrep som har størst effekt. Dette skyldes bl.a. at klientgruppene er ulike, at mange klienter går gjennom en rekke ulike behandlingstilbud, og at det er vanskelig å isolere effektene av de enkelte behandlingsintervensjonene. En forutsetning for å dra nytte av de positive resultatene, er at klientene blir fulgt systematisk opp etter utskrivningen.

Med Stortingsmelding nr 16 (1996–97) Narkotikapolitikken, fikk skadereduksjon status som en integrert del av en helhetlig omsorgs- og behandlingstilnærming til stoffmisbrukere. Skadereduserende tiltak i form av tilbud om hivtest, sprøyteutdeling og informasjon om sprøyterengjøring har bidratt til at misbrukerne selv har kunnet ta ansvar for å unngå hivsmitte, noe de i stor grad har gjort.

3.3 Bruk av blod og annet humant materiale

3.3.1 Utvikling og dagens situasjon

Hvordan vi i helsetjenesten bruker blod og annet humant materiale er av betydning for smitterisiko og beskrives her.

3.3.1.1 Indikasjoner for blodoverføring

Bruk av blod og blodprodukter er nesten alltid substitusjonsbehandling fordi man erstatter en mangel hos mottakeren. Det mest dramatiske er når mangelen skyldes blodtap forårsaket av ytre skader eller det oppstår plutselige indre blødninger. Andre ganger kan behovet for blod eller blodprodukter være en følge av sykdommer som påvirker kroppens produksjon av røde eller hvite blodlegemer, blodplater eller spesielle faktorer. I utgangspunktet retter behandlingen seg mot årsaken til mangelen, for eksempel jern ved jernmangelanemi, vitamin B 12 ved pernisiøs anemi eller cytostatika ved leukemi. Ved plutselig stort blodtap, ved ekstremt lave verdier ved sykdom eller når behandling ikke fører til tilfredsstillende resultat, kan det være indikasjon for tilførsel av blod, blodlegemer, plasma, blodfaktorer eller andre produkter.

3.3.1.2 Forbruk av blod

Det finnes ikke statistikk over antall mennesker som mottar blod i Norge. Overlege Hans Erik Heier ved Blodbanken, Ullevål sykehus, anslår at

ved å regne med at hver mottaker får 3 enheter blod, vil 50–60 000 mennesker hver år få transfusjon med ett eller flere blodprodukter. Transfusjonstjenesten ekspanderte sterkt i 1950- og 60-årene. Omslaget kom med hiv/aids epidemien. I 1982 kom den første rapporten om aids hos en bløder. I 1985 ble en pålitelig test på hivantistoff i blod tilgjengelig. Testen ble gjort obligatorisk for norske blodgivere. I tiden etter 1985 har indikasjonene for bruk av blod og blodprodukter blitt skjerpet.

3.3.1.3 Utvelgning av blodgivere

Det overordnede mål for bruk av blod og blodprodukter er å beskytte mottakeren. Helsetilsynet har fastsatt retningslinjer for transfusjonstjenesten. Disse er nå under revisjon. Hovedpunktene i retningslinjene er: Utvelgelse av blodgivere, testing av blod, prosedyrer knyttet til tappingen og den videre behandlingen av blod og blodprodukter, ruiner for transfusjoner og oppfølging av pasientene.

Siden alvorlige sykdommer som hiv og hepatitt spres gjennom blodsmitte, er det nødvendig å sikre at sykdommene ikke spres ved bruk av blod eller blodprodukter. Selv om alt blod blir testet på smittestoffene, kan det være mulig at giveren er i en så tidlig fase av sykdommen at den ikke slår ut på prøvene. Det stilles derfor strenge krav til blodgiverens helsemessige status og atferd. For nærmere informasjon om de viktigste bestemmelsene se vedlegg nr. 6.3.

3.3.1.4 Infeksjonstesting av blodgivere

Ved hver tapping skal det tas prøver for hiv (anti hiv1 og anti hiv2), hepatitt B og C (HbsAg, anti-HCV, HCV RNA). Ved registrering skal den kommende giveren i tillegg testes for anti-HBc, anti-HTLV 1/2 og syfilis. Dersom en person har et opphold i blodgivning på ett år eller mer, skal vedkommende testes for anti-HBc på nytt. Alle prøvene skal være negative før blodet frigis. Dersom blod i en krisesituasjon må brukes utestet, skal posen være tydelig merket med dette. Dersom en eller flere prøver senere blir funnet positive, skal pasientens lege informeres skriftlig.

Hvis testing av en blodgiver gir holdepunkter for smitte hos giveren, skal giveren innkalles til ny testing for å avklare situasjonen. Hvis smitte bekreftes, skal det gis melding til Helsetilsynet og fraksjoneringsfirmaet. Det skal også iverksettes oppfølgingstiltak for pasienter som har fått cellulære blodprodukter fra giveren de siste 12 månedene.

3.3.2 Regelverk og andre offentlige dokumenter

Blod og blodprodukter er definert som legemidler og kommer inn under legemiddellovgivningen som forvaltes av Statens legemiddelverk. Transfusjonstjenesten er en helsetjeneste og kommer inn under helselovgivningen. For de viktigste lovene, forskriftene og retningslinjene se vedlegg nr. 6.3.

Regelverket er av nyere dato og således tilpasset den faglige utviklingen og de problemer som er oppstått de senere årene. Det gjøres stadige tilpasninger, jf. arbeidet med revisjon av retningslinjer for transfusjonstjenesten i Norge.

Helsetilsynet har i brev av 15. januar til SHD tatt opp spørsmålet om revisjon av Utredning 2–97: Struktur for blodbankene i Norge. Helsetilsynet tar utgangspunkt i at siden utredningen ble gitt ut, har det funnet sted en betydelig utvikling både på det faglige og det teknologiske området. Endringene er så omfattende at Helsetilsynet har funnet at det er nødvendig å revurdere de konklusjoner som ble trukket i 1997. En av årsakene er at kravet til infeksjonstesting er skjerpet. Det er kommet krav om genteknologisk testing ved hver tapping. Foreløpig gjelder dette bare for hepatitt C, men tester for

andre aktuelle virus vil komme. IT-systemer for blodbanker er langt bedre utviklet og muliggjør samkjøring av blodbanker både fylkes- og regionvis.

Norge har en sterkt desentralisert blodbanktjeneste. Det er knapphet på transfusjonsmedisinere, og det har vært vanskelig å oppfylle kravene om at blodbankene skal ha tilsyn av slik spesialist. Helse-tilsynet har funnet at både kvalitetsmessige og økonomiske argumenter taler for en mer systematisk koordinering av blodbankenes virksomhet og har foreslått at dette legges til grunn for nye retningslinjer om struktur for blodbankene i Norge.

Forvaltningen av alt regelverk som omfatter blod og blodprodukter som legemidler, er fra 1. januar 2001 lagt til det nyopprettede Statens legemiddelverk. I praksis medførte dette at en rekke oppgaver ble tatt ut av Helsetilsynet, og ansatte som arbeidet med legemiddelforvaltning ble flyttet over til den nye organisasjonen. Omorganiseringen ventes ikke å få vesentlig innvirkning på forvaltning av den del av regelverket som omhandler blod og blodprodukter. Den store forandringen vil komme som en følge av den nye apotekloven som trådte i kraft 1. mars 2001.

Kapittel 4

Sykdommer

4.1 Hivinfeksjon

4.1.1 Beskrivelse av sykdommen

Hivinfeksjon er en smittsom, systemisk infeksjon med humant immunsviktvirus (hiv). Infeksjonen fører til svekkelse av immunforsvaret slik at den smittede blir mer utsatt for infeksjoner og visse kreftformer.

Hiv kan overføres mellom mennesker ved

- seksuell kontakt
- deling av blodforurensete sprøyter og sprøyte-spisser
- overføring av smittet blod og annet humant materiale
- svangerskap, fødsel og amming (mor til barn-smitte eller vertikal smitte)
- direkte kontakt mellom smittet blod eller kroppsvæsker og sår eller slimhinner, f.eks. ved stikkuhell.

Risikoen for smitteoverføring ved et samleie er lav, trolig så lav som 0,2 %. Det understrekes at dette tallet er basert på gjennomsnittsberegninger. Kunnskapen er nødvendig for å forstå dynamikken i smittespredningen, men tallet er uegnet til å vurdere individuell smitterisiko som er avhengig av en rekke faktorer. Risikoen er høyere ved analt samleie. Risikoen er også høyere dersom en av partnerne har en annen seksuelt overført sykdom. Videre er risikoen for å smitte andre betydelig høyere i noen uker etter at man selv er blitt smittet. Gjentatt ubeskyttet sex med en smittet partner vil over tid selvfølgelig gi betydelig smitterisiko. Også ved stikkuhell er risikoen lav, om lag 0,3 %. Ved svangerskap og fødsel er smitterisikoen 10–30 % og ved amming ytterligere 10–20 %. På verdensbasis er heteroseksuell smitte, vertikal smitte og smitte ved deling av sprøyter blant stoffmisbrukere de dominerende smitemåtene.

Allerede 1–2 uker etter smitte kan den smittede føre smitten videre ved samleie. Om lag halvparten av de smittede får 2–6 uker etter smitte en såkalt primærinfeksjon med halssmerter, feber, og for-

størrede lymfekjertler og noen ganger utslett. Deretter vil alle være uten symptomer på sykdommen i kortere eller lengre tid, vanligvis mange år. Etter hvert svekkes imidlertid immunforsvaret betydelig, og da kan de hivpositive få sykdommer av andre smittestoffer som folk ellers ikke blir syke av. Dette kalles opportunistiske infeksjonssykdommer. De vanligste i Norge er lungebetennelse med *Pneumocystis carinii*, spiserørsbetennelse med *Candida*, toksoplasmose i hjernen og netthinnebetennelse med cytomegalovirus. Hos mange hivsmittede innvandrere bryter tuberkulose ut igjen. Svekket immunforsvar øker også risikoen for at pasienten skal få visse kreftformer, for eksempel Kaposi sarkom, demens og avmagring. Vi sier da at pasienten ikke bare er hivpositiv, men også har hivsykdom. Aids er den alvorligste formen for hivsykdom. Før den effektive behandlingen ble tatt i bruk, kunne de fleste hivpositive regne med å leve om lag 10–12 år uten aids og deretter 1–2 år med aids.

Bruk av langvarig, forebyggende antibiotikabehandling til hivpositive med svekket immunforsvar har redusert forekomsten av mange opportunistiske infeksjoner. Dette har sammen med behandlingen mot selve viruset med en kombinasjon av antivirale midler, ført til færre sykdommer hos hivpositive og lengre overlevelse. Under behandlingen kan blodprøver vise virusmengden i blodet og mengden celler i immunforsvaret. Behandlingen er meget krevende for pasientene og kan ha betydelige bivirkninger.

De smittede må regnes som smitteførende resten av livet. Det ser ut til at virusmengden i blodet – og dermed også smittefaren – er størst de første få månedene etter at man selv ble smittet og når man selv har svekket immunforsvar, dvs. når man får hivsykdom og aids.

Hivinfeksjon diagnostiseres vanligvis ved påvisning av antistoffer mot viruset. En slik positiv test må bekreftes med videre undersøkelser ved utvalgte referanselaboratorier. De fleste personer som smittes, vil ha positiv hivantistofftest allerede 3–4 uker etter smitten.

4.1.1.1 Overvåkingen av hivinfeksjon og aids

Et effektivt smittevern forutsetter løpende kjennskap til smittsomme sykdommers forekomst og utbredelse i befolkningen. Denne kunnskapen er grunnlaget for:

- Målretting og justering av de forebyggende tiltakene
- Evaluering av effekt av forebyggende tiltak
- Prioritering av hivepidemien i forhold til andre helseproblemer
- Riktig fordeling av ressurser til forebygging, behandling og pleie
- Anslag om framtidens behov for behandling og pleie av pasienter med sykdommen

Hivinfeksjon og aids overvåkes i Norge av Statens institutt for folkehelse gjennom det nasjonale Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS).

Meldingsplikt for hivinfeksjon ble iverksatt i august 1986 og gitt tilbakevirkende kraft. Alle som er diagnostisert hivpositive i Norge siden hivtestingen startet i 1985 er derfor innmeldt. Hivinfeksjon meldes av pasientens lege på eget skjema, men uten angivelse av pasientens navn og full fødselsdato. Data som oppgis er kjønn, fødselsmåned og år, bostedskommune, indikasjon for hivtesten, klinisk tilstand, dato for evt. tidligere negativ hivtest, samt detaljerte opplysninger om antatt smitemåte, smittested og smittetidspunkt. Meldingsskjemaet for hivinfeksjon sendes ut til den hivpositive lege fra et av landets fem referanselaboratorier, som alltid skal bekrefte en hivpositiv prøve. Hvert hivmeldeskjema er gitt et unikt nummer. Referanselaboratoriet sender samtidig en melding til MSIS som angir hvilken lege som mottar meldingsskjemaet, meldingsskjemanummeret, pasientens kjønn, fødselsmåned og år, samt evt. tidligere negativ hivtest hos samme pasient. Dette gir mulighet for å kontakte legen dersom melding ikke er sendt MSIS innen rimelig tid. Meldingsdekningen er derfor i praksis 100 % og forsinkelsen ikke mer enn et par måneder. Alle innkomne hivmeldinger blir nøye kontrollert mot tidligere meldinger for å utelukke dobbeltmeldinger. Ved tvil eller der hivskjemaet er mangelfullt utfyllt, kontaktes meldende lege.

Aids har vært meldingspliktig i Norge siden de første tilfellene ble diagnostisert i 1983. Aids er en klinisk diagnose basert på internasjonale kriterier. Aids meldes på eget skjema og med pasientens fulle navn. I tillegg til kliniske opplysninger om grunnlaget for aidsdiagnosen gis epidemiologiske opplysninger tilsvarende dem på hivmeldingsskjemaet. Det gis også opplysninger om tidligere hiv-

melding slik at denne kan kobles mot aidsmeldingen. I Norge er aidsdiagnostikk og behandling i praksis sentralisert til våre fem universitetssykehus eller større sentralsykehus med infeksjonsmedisinske avdelinger. Dette muliggjør tett kontakt mellom MSIS og de behandlende legene for å sikre 100 % meldingsdekning, god datakvalitet og løpende tilbakemelding om dødsfall blant aidspasientene.

Ettersom meldingsrutinene for hivinfeksjon fungerer så bra og stadig færre pasienter får aids (pga. den gode behandlingen), har meldingene av aids fått mindre betydning for overvåkingen. Det har i kliniske og epidemiologiske miljøer i Norge og utlandet blitt drøftet om diagnosesettingen av aids og melding av aidssykdom ikke lenger er hensiktsmessig. Melding om aids og aidsrelaterte dødsfall vil imidlertid fortsatt gi nyttig tilleggsinformasjon i overvåkingen av hivinfeksjon og være et anvendelig verktøy for å overvåke behandlingseffekt og evt. behandlingssvikt ved hivinfeksjon.

Både hiv- og aidsdata videresendes i anonymisert form til det Europeiske overvåkingssenteret i Paris og derfra videre til FNs aidsorganisasjon (UNAIDS) og Verdens helseorganisasjon.

For å styrke overvåkingen av smitte fra mor til barn ble det i 1993 også innført anonymisert melding til MSIS om barn født av hivpositiv mor.

Som ledd i overvåking av hivinsidens og prevalens i den generelle befolkningen innhenter MSIS i tillegg løpende data om antall hivtester utført ved landets laboratorier samt resultatene av hivscreening av blodgivere, gravide og militære rekrutter.

Den norske overvåkingen av hiv/aids er tilpasset de muligheter og fordeler som foreligger i et rikt land med en liten, relativt homogen befolkning og med et godt utbygget offentlig helsevesen. Det er lagt vekt på at overvåkingen ikke skal true personvernet eller gjøre det mindre attraktivt for personer med risiko for hivsmitte å teste seg. Derfor er det ikke laget noe register over hivpositive i Norge. Det tette samarbeidet mellom MSIS, laboratoriene og legene som diagnostiserer hiv/aids sikrer høy kvalitet på de epidemiologiske data.

MSIS måler hvor mange som blir *diagnostisert* med hivinfeksjon i et gitt tidsrom. Det mest interessante er imidlertid hvor mange som blir *smittet* med hiv per tidsenhet. Dette kalles insidensen av hivinfeksjon. Dersom MSIS får meldt 120 personer med hivinfeksjon et år, betyr dette at 120 personer fikk en positiv hivtest dette året. Vi vet ikke hvor mange som ble *smittet* dette året. De som er smittet, men ennå ikke diagnostisert, sier vi gjerne at utgjør mørketallet av hivsmittede. Dersom tallet er 120 i en bestemt gruppe et år, kan dette skyldes at

mange i denne gruppen ble smittet dette året, men det kan også skyldes at mange fra mørketallet i denne gruppen bestemte seg for å ta en hivtest akkurat dette året.

Dette er en svakhet ved alle overvåkingssystemer for hivinfeksjon og gjør det vanskelig å tegne et bilde av hvordan den reelle epidemien utvikler seg. Nysmitte, mørketall og omfang av hivsmittede personer er ikke observerbare størrelser. Overvåkingssystemet gir imidlertid godt grunnlag for å beregne disse størrelser. Ved Folkehelsa benyttes to ulike beregningsmetoder med utgangspunkt i tall fra MSIS.

En metode som tar utgangspunkt i at tid fra hivsmitte til aids følger en tilnærmet kjent kurve. Målinger av aidsdiagnostiserte gjenspeiler hivsmitte ca 10 år tidligere. Ved hjelp av avanserte statistiske modeller beregnes hvordan hivepidemien må ha sett ut for at vi skal observere det faktiske antall med hiv- og aidsdiagnostiserte målt i Norge. I modellen er det lagt inn at noen dør eller flytter fra landet før de får aids, og at de nye behandlingsformer som kom i 1996 har utsatt tid fra hivsmitte til aids for personer som får slik behandling. Resultater av beregninger er oppgitt som eksakte tall, sammen med et intervall for den statistiske usikkerhet i beregningen. Intervallet vil med 95 % sannsynlighet dekke den sanne verdi. Usikkerheten i beregningene vil være størst nærmest nåtid. Det foreligger også en usikkerhet knyttet til at tid fra hivsmitte til aids, død/emigrasjon før aids og effekt av behandling ikke er eksakt kjent. Slike effekter kan kvantifiseres (Amundsen 1997/2000).

Med opplysninger fra meldingsskjemaene kan vi i de fleste tilfellene anslå rimelig bra når pasienten ble smittet. For eksempel opplyses det i en melding at en kvinne var hivnegativ da hun var gravid og testet seg i 1997, men at hun fikk en ny partner i 1998 og var hivpositiv i 1999. Da anslår vi at hun ble smittet i 1998. Dermed rekonstruerer vi trinn for trinn tidligere års insidens av hivsmitte. Til denne kan man legge til de meldte tilfellene med ukjent smitteår. Disse vil fordele seg over årene før de ble diagnostisert. Metoden inkluderer ikke mørketallene, men anslag over disse kan eventuelt legges til.

4.1.2 Epidemiologisk utvikling og dagens situasjon

4.1.2.1 Den globale hivsituasjonen

Ved utgangen av 2000 anslår WHO at 36,1 millioner mennesker lever med hivinfeksjon hvorav 25,3 millioner i Afrika sør for Sahara og 5,8 millioner i

Sørøst-Asia. 5,3 millioner smittes nå årlig med hiv, hvorav 3,8 millioner i Afrika sør for Sahara og 0,8 millioner i Sørøst-Asia. Om lag 3 millioner hivsmittede døde av aids i 2000 og totalt 21,8 millioner er nå døde av hivsykdom og aids siden epidemiens start.

Mens hivsmittespredningen har stabilisert seg i den vestlige verden fortsetter den med uforminsket styrke i store deler av den fattige verden. 95 % av de hivsmittede lever i utviklingsland, og 95 % av dødsfallene har forekommet her. Den fortsatt økende smittespredningen i mange utviklingsland og manglende tilgang på effektiv behandling mot hivinfeksjon vil ytterligere forsterke forskjellen mellom «fattige og rike» de kommende årene. I tillegg til den fortsatt dramatiske hivutviklingen i Afrika sør for Sahara og Sør- og Sørøst-Asia er WHO særlig bekymret for utviklingen de kommende årene i de folkerike landene India og Kina.

I Russland og i flere tidligere Sovjetrepublikker registreres også kraftig økning i epidemien, særlig blant stoffmisbrukere.

4.1.2.2 Hivsituasjonen i Norge

Per 31.12.2000 var det diagnostisert 2194 hivpositive i Norge, 1583 menn og 611 kvinner (tab 2). De siste to årene har antall diagnostiserte hivpositive i Norge økt fra i gjennomsnitt 105 i femårsperioden 1994–98 til 147 i 1999 og 177 i 2000. Dette skyldes i hovedsak en økning i antall hivpositive innvandrere som kommer til Norge, særlig fra land i Afrika sør for Sahara, men også et økende antall hivpositive (flestepart kvinner) fra Sørøst-Asia. Det er de siste 10 år ikke påvist noen sikker økning av hivsmitte blant personer bosatt i Norge. Imidlertid ble det i 2000 oppdaget et høyere antall som var heteroseksuelt smittet mens de bodde i Norge. Dette kan være et tegn på økende hivsmitte i denne gruppen. Rundt 75 % av personene diagnostisert i Norge i 2000 var smittet i utlandet. 60 % av de diagnostiserte var personer av utenlandsk herkomst som var smittet før de kom til Norge. Den dramatiske hivsmittesituasjonen globalt, særlig i Afrika sør for Sahara og Sørøst-Asia preger dermed i økende grad den norske hivepidemien.

I praksis er det nå bare seksuell smitte og smitte ved bruk av urent injeksjonsutstyr blant stoffmisbrukere som har kvantitativ betydning for hivepidemien i Norge. Det er kun påvist et smittefall i Norge ved blodtransfusjon etter 1986, og hivsmitte til barn i forbindelse med svangerskap og fødsel skjer sjelden i Norge.

Tabell 2. Hivinfeksjon i Norge etter smittemåte og diagnoseår 1984–2000.

Smittemåte	1984–90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	1984–2000	Andel (%)
Heteroseksuell	205	59	57	53	33	47	63	67	58	92	133	867	40
– smittet mens bosatt i Norge	109	19	27	20	11	23	29	33	22	27	41	361	–
– smittet før ankomst Norge	96	40	30	33	22	24	34	34	36	65	92	506	–
Homoseksuell	388	59	28	44	37	45	35	30	30	36	32	764	35
Sprøytemisbruk	337	16	12	13	12	11	9	11	8	12	7	448	20
Via blod/-blodprodukt	41	1	2	1				1				46	2
Fra mor til barn	6	3	2	1			4	1	1	4	3	25	1
Annen/ukjent	7	4	4	1	12	2	5	3	1	3	2	44	2
Total	984	142	105	113	94	105	116	113	98	147	177	2194	100

Tabell 3. Hivinfeksjon i Norge etter smittemåte og bostedsfylke på diagnosetidspunktet 1984–2000

Fylke	Heteroseksuell		Homo-seksuell	Sprøytemisbruk	Via blodprodukt	Fra mor til barn	Annen/ukjent	Total	Andel (%)
	Bosatt ¹	Innvandret ²							
Østfold	15	17	18	13	1	3	2	69	3,1
Akershus	44	80	43	67	4	2	3	243	11,1
Oslo	118	131	515	247	10	10	11	1042	47,5
Hedmark	4	6	9	5			2	26	1,2
Oppland	9	12	7	4	2		1	35	1,6
Buskerud	18	15	15	35			4	87	4,0
Vestfold	17	8	18	21	2	2	3	71	3,2
Telemark	10	13	5	6	2		1	37	1,7
Aust-Agder	3	5	5	7		1	2	23	1,0
Vest-Agder	6	14	4	10	1	1	2	38	1,7
Rogaland	19	28	44	5	2		2	100	4,6
Hordaland	11	15	41	14	4	4	2	139	6,3
Sogn og Fjordane	2	3						5	0,2
Møre og Romsdal	11	15	3		4		1	34	1,5
Sør-Trøndelag	20	30	15	5	3			73	3,3
Nord-Trøndelag	5	21	3	2		1	1	33	1,5
Nordland	5	21	7	3	3		1	40	1,8
Troms	22	20	4	2		1	2	51	2,3
Finnmark	6	6	2	2			1	17	0,8
Ukjent/utland	3	11	6		8		3	31	1,4
Total	361	506	764	448	46	25	44	2194	100

¹ Personer smittet heteroseksuelt mens de bodde i Norge

² Personer smittet heteroseksuelt før de kom til Norge

4.1.2.3 Geografisk fordeling av hivtilfellene

Oslo har hele tiden vært det geografiske sentrum for hivpidemien i Norge, spesielt i relasjon til den høye andelen av hivtilfellene blant homoseksuelle menn og injiserende stoffmisbrukere. I takt med redusert antall hivtilfeller i disse gruppene, og økning blant heteroseksuelt smittede som er mer spredt rundt i landet, har Oslos andel av hivtilfellene vært avtagende de siste årene. Mange innvandrere er testet hivpositive under opphold i asylmottak. Den fylkesvise fordeling av tilfellene i denne gruppen reflekterer ikke senere flyttinger.

4.1.2.4 Heteroseksuelt smittede

En stor andel av de heteroseksuelt smittede er innvandrere som ble smittet i sitt hjemland før de kom til Norge. Disse personene har ikke vært tilgjengelige for forebyggende tiltak her i landet.

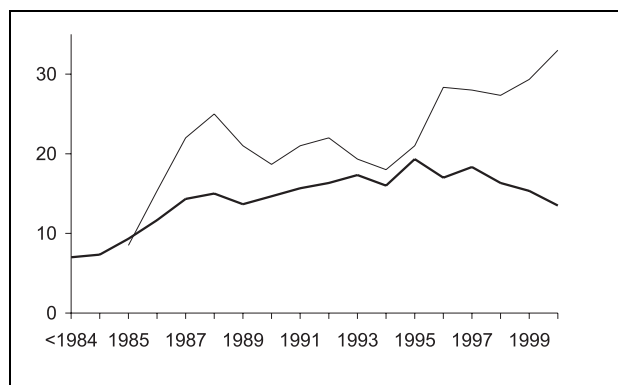
For å gi et mest mulig korrekt bilde av hivutviklingen blant heteroseksuelle har vi delt denne gruppen i to etter om de var fast bosatt i Norge (tab 4) eller ikke (tab 5) da de ble smittet.

Personer smittet heteroseksuelt mens de var bosatt i Norge

Totalt 361 personer er diagnostisert etter heteroseksuell hivsmitte mens de bodde i Norge (tab 4). Av disse er 88 % av norsk herkomst. Median alder for mennene var 40 år (19–81), og 15 av dem var under 25 år da de ble påvist hivpositive. For kvinnene var median alder 30 år (17–62), og 32 av dem var under 25 år da de ble påvist hivpositive. Av de 165 smittede i Norge er smitekilden i 68 tilfeller en person som selv er smittet heteroseksuelt. I 65 % av disse tilfellene var smitekilden en innvandrers, hyppigst fra Afrika. De siste fem årene er svært få smittede heteroseksuelt av stoffmisbrukere og få kvinner er smittet av biseksuelle menn.

Av de som er smittet heteroseksuelt i utlandet er 83 % menn, og de fleste er smittet i Afrika eller Sørøst-Asia. Vanligste årsak til Afrikaoppholdet har vært bistandsrelatert arbeid, og de fleste er smittet i våre tradisjonelle samarbeidsland. Færre har blitt smittet i Afrika de siste fem årene. Hyppigste smittested i Asia er Thailand og antall smittede har økt de siste årene. Samtlige er menn, og mange er smittet ved prostitusjonskontakt.

Av de 361 personene kjenner vi et sannsynlig smitteår for 258 (71 %). De fleste er blitt diagnostisert innen tre-fire år etter smitten. Insidenskurven ser ut til å øke sakte (fig 1). Fallet de siste tre-fire årene representerer trolig etterslepet i å finne de



Figur 1. Heteroseksuelt smittet hivinfeksjon etter år for smitte (nederste strek, n=258) og år for diagnose (øverste strek, n=361). Tre års glidende gjennomsnitt.

hivpositive. Denne beregningsmåten kan derfor ikke si mye om insidensen de aller siste årene. Mange personer i denne gruppen ble *diagnostisert* i 1999 og 2000, men dette inkluderer personer som er smittet flere år tilbake.

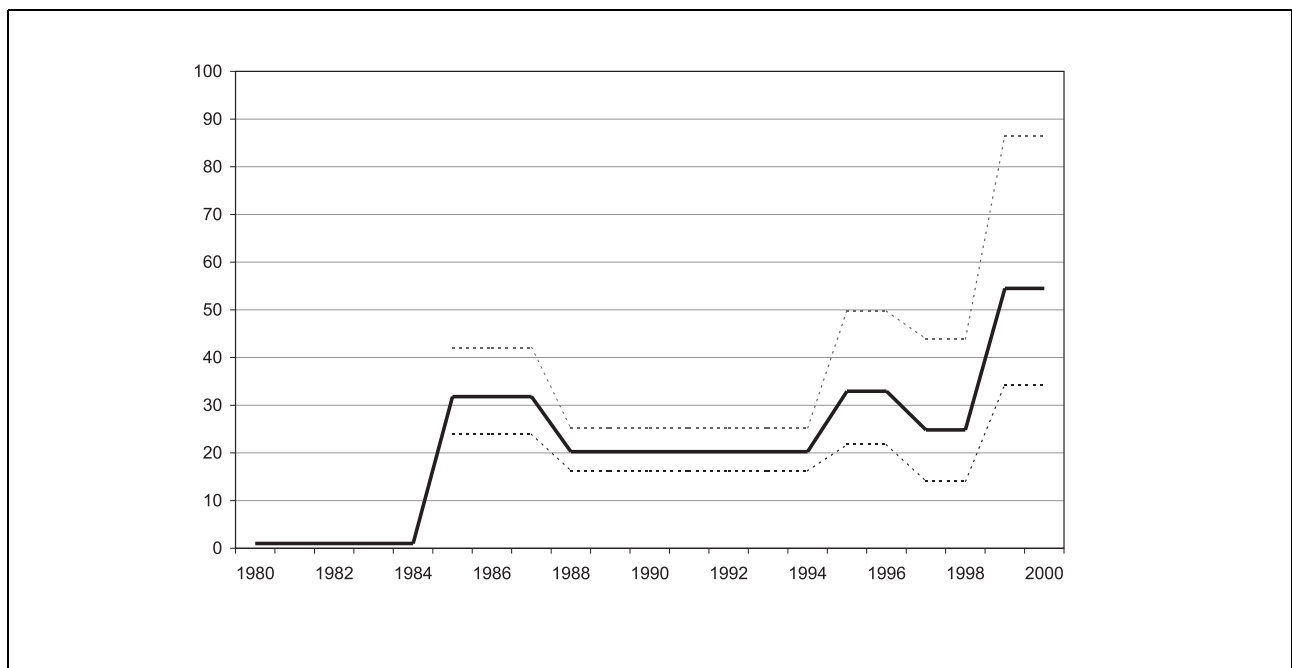
For heteroseksuelt smittede som bor i Norge er beregnet nysmitte mellom 20 og 30 personer hvert år (fig 2), med en mulig økning i 1999 og 2000 til 54 personer. Usikkerheten på det siste års tall er imidlertid stor, et intervall fra 24 til 87 personer vil med stor sannsynlighet dekke den sanne verdi. Antall personer som er smittet, men som ikke er diagnostisert (mørketallet) er beregnet til 61 personer ved utgangen av 1995. På grunn av den mulige økning i nysmitte, økte beregnet mørketall fra 62 personer i 1998 til 102 personer i 2000 (fig 3). Et intervall fra 69 til 135 personer vil med stor sannsynlighet dekke det sanne mørketallet. Antall personer som lever med hiv i Norge (prevalens) i denne gruppen smittede er beregnet til å ha økt vesentlig på 1990-tallet, fra 150 personer i 1990 til 384 personer i 2000 (fig 3). Et intervall fra 328 til 440 personer vil med stor sannsynlighet dekke den sanne verdien.

Samlet er det stor usikkerhet om utviklingen i denne gruppen de siste to-tre årene. Antallet diagnostiserte tilfeller har økt, men det er ingen særlig økning blant disse av personer smittet de seinere år. De matematiske modellberegningene indikerer imidlertid en uventet sterkt økende smitte de to siste år, men også disse beregningene er beheftet med stor usikkerhet. Det er derfor grunn til å følge situasjonen nøye.

Epidemien blant heteroseksuelt smittede bosatt i Norge ville trolig forsvinne over tid hvis det ikke reiste personer ut av landet som ble smittet, og som overfører smitten videre til personer i

Tabell 4. Smittested og smittekildens smittemåte for personer som er hivsmittet heteroseksuelt mens de bodde i Norge 1984–2000.

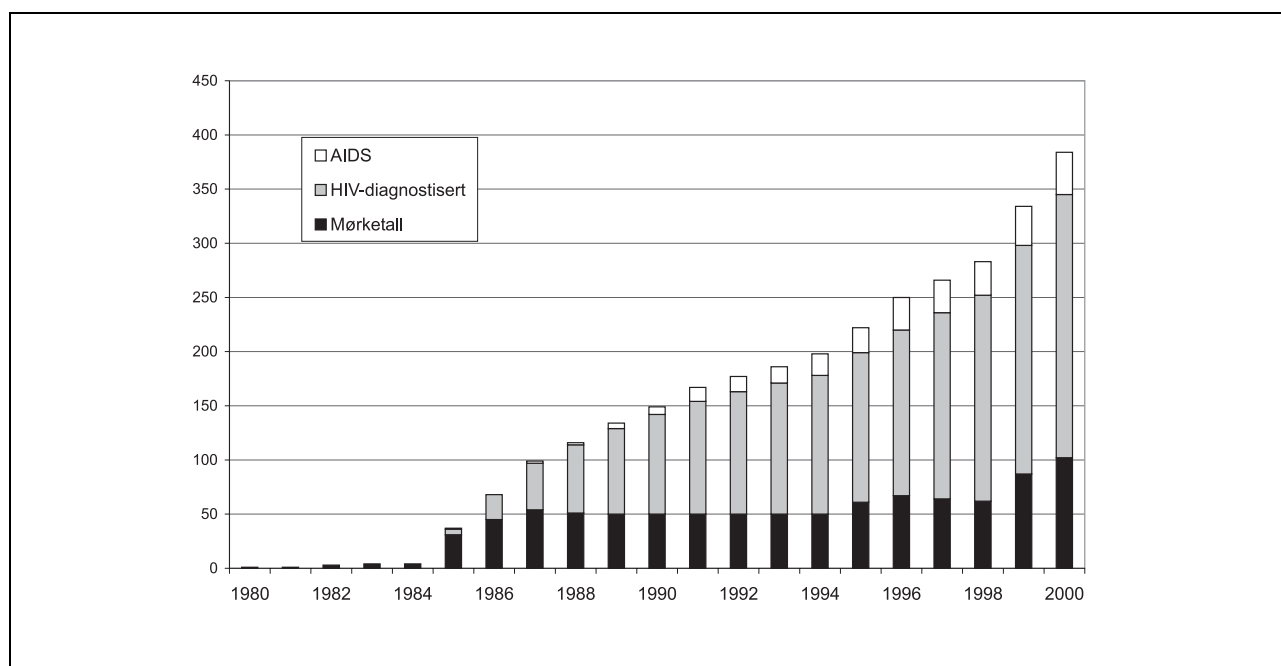
Smittested	Smittekildens smittemåte	Før 96	96	97	98	99	2000			Total		
							Alle	M	K	M	K	Alle
Norge	Heteroseksuell	29	11	9	2	4	13	5	8	20	48	68
	Homoseksuell	8				1					9	9
	Sprøytemisbruk	27			2	1	1		1	5	26	31
	Annen, ukjent	30	9	7	2	5	4	3	1	33	24	57
Norge totalt		94	20	16	6	11	18	8	10	58	107	165
Afrika	Trolig hetero- seksuell	62	3	6	2	6	3	3		73	9	82
Asia		11	4	4	9	7	14	14		49		49
Amerika		16		1	2		2	1	1	16	5	21
Europa		18	1	3		3	3	2	1	11	17	28
Utland uspes.		6	1	1			1		1	8	1	9
Utland totalt		113	9	15	13	16	23	20	3	157	32	189
Ukjent		2		2	3					6	1	7
Total		209	29	33	22	27	41	28	13	221	140	361



Figur 2. Beregnet antall nye heteroseksuelt smittede personer bosatt i Norge. 1980–2000. 95 % konfidensintervall.

Norge. I gjennomsnitt ser det ut til at hver person i Norge overfører smitten til færre enn en ny person i løpet av sin smitteførende periode. Men fordi personer reiser ut og blir smittet, vil epidemien blant

personer bosatt i Norge være i svak vekst hvis utviklingen fortsetter som på siste halvdel av 1990-tallet.



Figur 3. Beregnet antall personer i live i Norge som ble heteroseksuelt smittet mens de var bosatt i Norge. 1980–2000.

Personer smittet heteroseksuelt før de flyttet til Norge

I alt 506 personer er diagnostisert med hivinfeksjon som var heteroseksuelt overført, og som de hadde fått før de kom til Norge (tab 5). Disse har kommet til Norge som asylsøkere/innvandrere (81 %), på arbeids/utdanningsopphold (8 %), eller som turister (7 %).

Av de 424 fra Afrika kommer 98 % fra land i Afrika sør for Sahara. Median alder for de 230 mennene var 31 år (15–70), og 35 av dem var under 25 år da de ble påvist hivpositive. De 276 kvinnene er gjennomgående noe yngre, medianalderen er 27 år (15–59) og 95 var under 25 år da de fikk påvist hivinfeksjon.

Det årlige antallet tilfeller i denne gruppen varierer med antallet personer som kommer til Norge, og hivforekomsten i de landene de kommer fra. De fleste kommer som asylsøkere og tilbys hivtest som ledd i helsekontrollen av asylsøkere. Den totale hivtestoppslutningen i gruppen er ikke kjent, men det antas at en høy andel blir testet innen ett år etter ankomst til Norge. Det er ikke kjent hvor mange av disse personene som får permanent opphold i Norge, men tall fra Utlendingsdirektoratet viser at rundt 70–80 % av asylsøkere fra land i Afrika sør for Sahara får oppholdstillatelse i Norge.

I gruppen som er smittet heteroseksuelt før de flytter til Norge, er det beregnet at ca 55 hivpositive personer levde i Norge i 1990 og ca. 325 i 2000. Beregningen er usikre, bl.a. fordi det ikke forelig-

Tabell 5. Opprinnelsesverdensdel for personer som er heteroseksuelt smittet med hiv før de kom til Norge 1984–2000.

Kom til Norge fra	Før 88	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	Total		
															M	K	Alle
Afrika	25	20	30	11	37	29	28	16	23	29	27	25	54	70	208	216	424
Asia			2	1	1		1	2	1	4	2	10	10	17	4	47	51
Amerika		2			1		2	2			3			1	5	6	11
Europa		5			1	1	2	2		1	2	1	1	4	13	7	20
Total	25	27	32	12	40	30	33	22	24	34	34	36	65	92	230	276	506

ger gode tall for hvor mange som flytter ut av Norge etter hivdiagnose, men før aids.

Av de 51 som har kommet fra Asia er 84 % fra Thailand. Antallet har økt betydelig de senere årene. De fleste er kvinner, og mange har kommet som partnere til norske menn.

4.1.2.5 Hivinfeksjon hos kvinner

Som det framgår av tabell 4 utgjør kvinner flertallet av de som er påvist smittet heteroseksuelt i Norge, 107 kvinner mot 58 menn. I den offentlige debatt har det oftest vært fokusert på hivsmitte blant menn og menns risikoatferd. Kvinnens risiko for hivsmitte og behovet for forebygging, kan derfor lett komme i bakgrunnen. Det er derfor hensiktsmessige å belyse hivsituasjonen blant kvinner og kvinners risiko for hivsmitte spesielt.

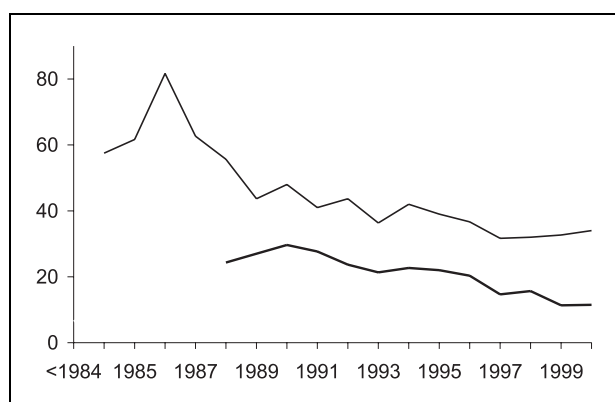
Heteroseksuell smitte er nå den dominerende smittemåten for kvinner som påvises hivpositive i Norge (tab 6). Antallet heteroseksuelt smittede norske kvinner har variert betydelig fra år til år, og det er ikke påvist noen sikker økning. Antall hivpositive innvandrerkvinner som er smittet før ankomst til Norge har økt kraftig de siste årene. Når det gjelder smittesituasjonen i Norge, er det grunn til å anta at kvinner i økende grad risikerer å bli smittet. Antall hivsmittede menn i Norge øker og dermed det heteroseksuelle smittepotensialet for kvinner. De fleste kvinner (64 %) som er smittet heteroseksuelt i Norge er smittet av sin faste partner, som igjen oftest er smittet i utlandet. Ettersom sidesprang er vanligere blant menn, vil kvinner være mest utsatt for smitte fra sin faste partner. Også i innvandrer miljøer med høy hivforekomst vil kvinner trolig være spesielt sårbare for hivsmitte, både internt i miljøet i Norge og på besøk i det opprinnelige hjemlandet.

Få kvinnelige stoffmisbrukere har blitt påvist smittet de siste fem årene. I de tilfeller der smitte har skjedd, har flere blitt smittet i parforhold med kjent hivpositiv misbruker, enten seksuelt eller ved bruk av partners injeksjonsutstyr.

4.1.2.6 Menn som har sex med menn

Hivsituasjonen i denne gruppen har vært stabil siden 1996 med i gjennomsnitt 33 tilfeller diagnostisert årlig. Antall diagnostiserte hivpositive i perioden 1991–95 var i gjennomsnitt 43 tilfeller. Totalt er det påvist 764 hivtilfeller i denne gruppen, og de utgjør 35 % av hivpositive diagnostisert i Norge.

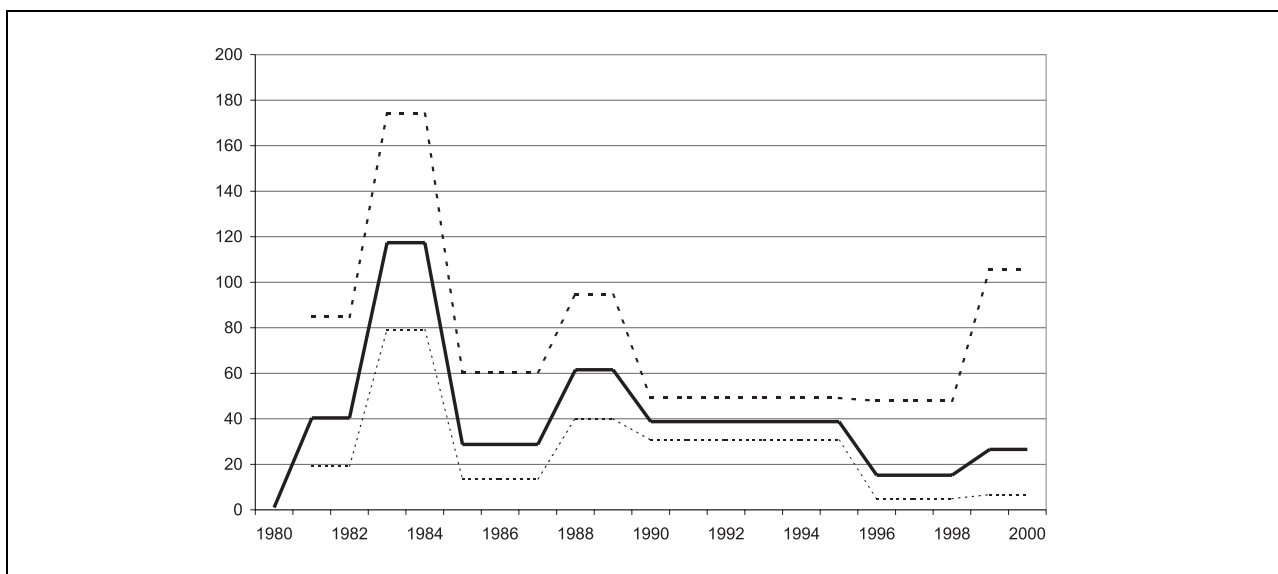
Median alder ved diagnosetidspunktet for alle de 764 tilfellene er 34 år og har holdt seg relativt uforandret gjennom 1990-tallet. Halvparten av alle pasientene har vært mellom 29 og 41 år ved diagnosetidspunktet. Det er påvist få hivsmittede blant



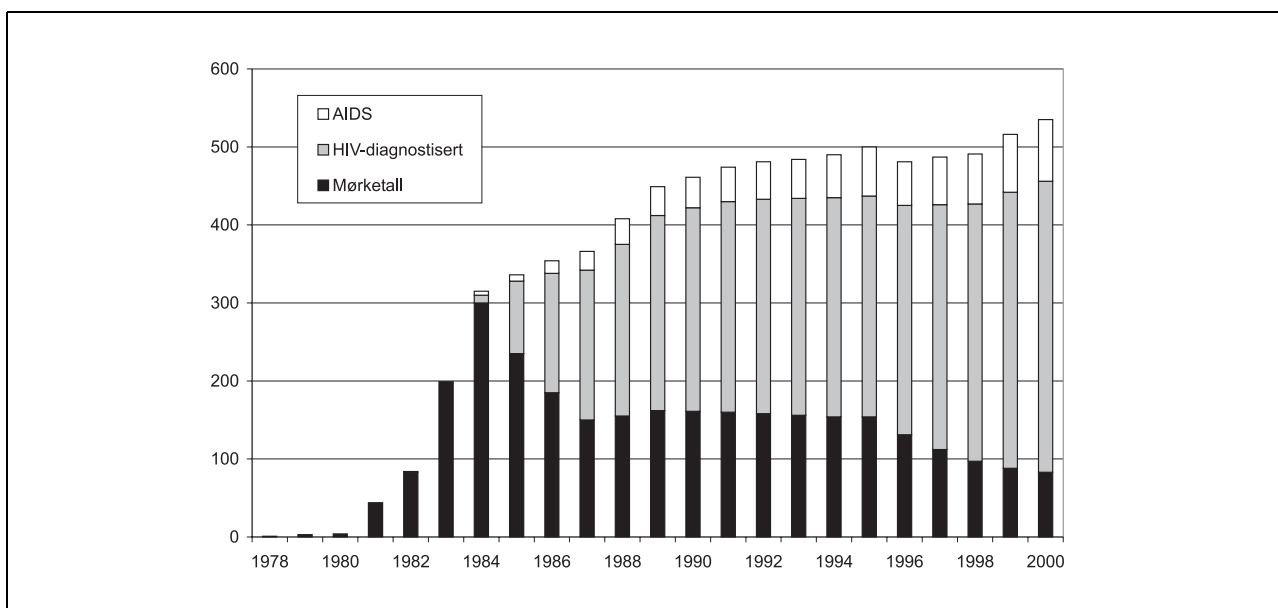
Figur 4. Homosexuelt smittet hivinfeksjon etter år for smitte (nederste strek, n=271) og år for diagnose (øverste strek, n=736). Tre års glidende gjennomsnitt.

Tabell 6. Hiv infeksjon hos kvinner i Norge etter smittemåte og diagnoseår 1985–2000.

Smittemåte	Før 91	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	Total	Andel (%)
Heteroseksuell	81	23	34	21	13	24	36	33	30	50	71	416	68
– smittet mens bosatt i Norge	53	8	14	5	3	8	15	9	4	8	13	140	–
– smittet før ankomst Norge	28	15	20	16	10	16	21	24	26	42	58	276	–
Sprøytemisbruk	120	5	7	6	6	7	3	5	3	2	1	165	27
Via blod/-blodprodukt	7							1				8	1
Fra mor til barn	2	2	1				3	1		1	2	12	2
Annen/ukjent	2	2			4		1				1	10	2
Total	212	32	42	27	23	31	43	40	33	53	75	611	100



Figur 5. Beregnet nysmitte av hiv blant menn som har sex med menn. 1980–2000. 95 % konfidensintervall.



Figur 6. Beregnet antall hivpositive menn smittet gjennom sex med menn i live i Norge. 1980–2000.

unge homoseksuelle i Norge. Tre tilfeller har vært under 20 år, den yngste 17.

84 % av de smittede er av norsk herkomst, 7 % kommer fra Europa, 6 % fra Amerika, 2 % fra Asia og 1 % fra Afrika. Hyppigste opprinnelsesland utenfor Norge er USA, Sverige, Thailand og Storbritannia, alle med mer enn 10 tilfeller. Når det gjelder smittested er det mangelfull opplysning om dette for tilfellene diagnostisert før 1995. Av de 208 tilfellene påvist fra 1995 er 51 % smittet i Norge, 25 % i utlandet og for 25 % er smittestedet ukjent. Hyppigste smittested i utlandet er Thailand og USA.

Videre er halvparten av de 208 tilfellene smittet av tilfeldig seksualpartner, 20 % av fast partner, mens i 30 % av tilfellene er relasjonen til smittekontakten ikke kjent.

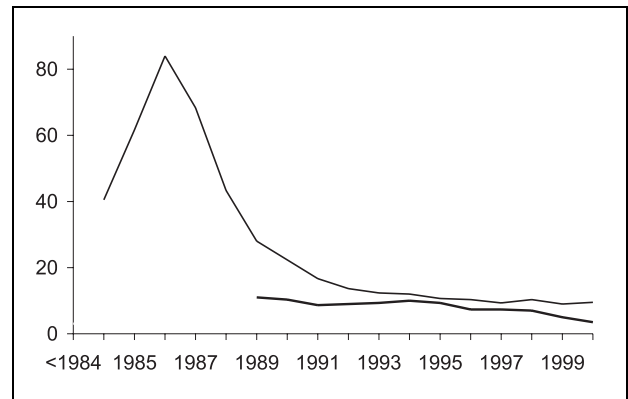
Av de 764 personene kjenner vi et sannsynlig smitteår for 345 (45 %). For de 376 som har blitt diagnostisert de siste ti år, kjenner vi smitteåret for 239 (64 %). Det er først i 1990-årene at vi kan begynne å tegne en kurve over insidens av hiv-smitte i gruppen. Det kan se ut til at insidensen har vært stabil eller svakt synkende.

Beregnet nysmitte av hiv per år blant menn som har sex med menn var 39 (30–49) personer i 1990–95, 15 (5–48) personer i 1996–98 og 26 (7–105) personer i 1999–2000 (fig 5). Tallene i parentes angir intervaller som med stor sannsynlighet dekker den sanne verdi. Gjennomsnittlig for perioden 1996–2000 er det beregnet at 18 (10–34) personer ble smittet årlig, en halvering i forhold til 1990–95. Antall personer som er smittet, men som ikke er diagnostisert (mørketallet) er beregnet til 154 (125–183) personer i 1995 og 83 (5–161) personer i 2000 (fig 6). Reduksjonen i mørketallet kan skyldes at en større andel av udiagnostisert hivpositive tester seg. Det beregnede antall personer som lever med hiv i Norge (prevalens) i denne gruppen økte fra 460 (404–516) menn i 1990 til 535 (434–636) menn i 2000 (figur 6).

I siste halvdel av 1990-tallet har antall nye menn smittet gjennom sex med menn vært såpass lav at hver smittet i gjennomsnitt overfører smitten til færre enn en ny mann gjennom den smitteførende perioden.

4.1.2.7 Injisierende stoffmisbrukere

Gjennom hele 1990-tallet ble det diagnostisert om lag 10 nye tilfeller av hivinfeksjon i denne gruppen årlig. Til sammen er det påvist 448 hivtilfeller fordelt på 283 menn og 165 kvinner. Totalt 55 % av de smittede er hjemmehørende i Oslo og ytterligere

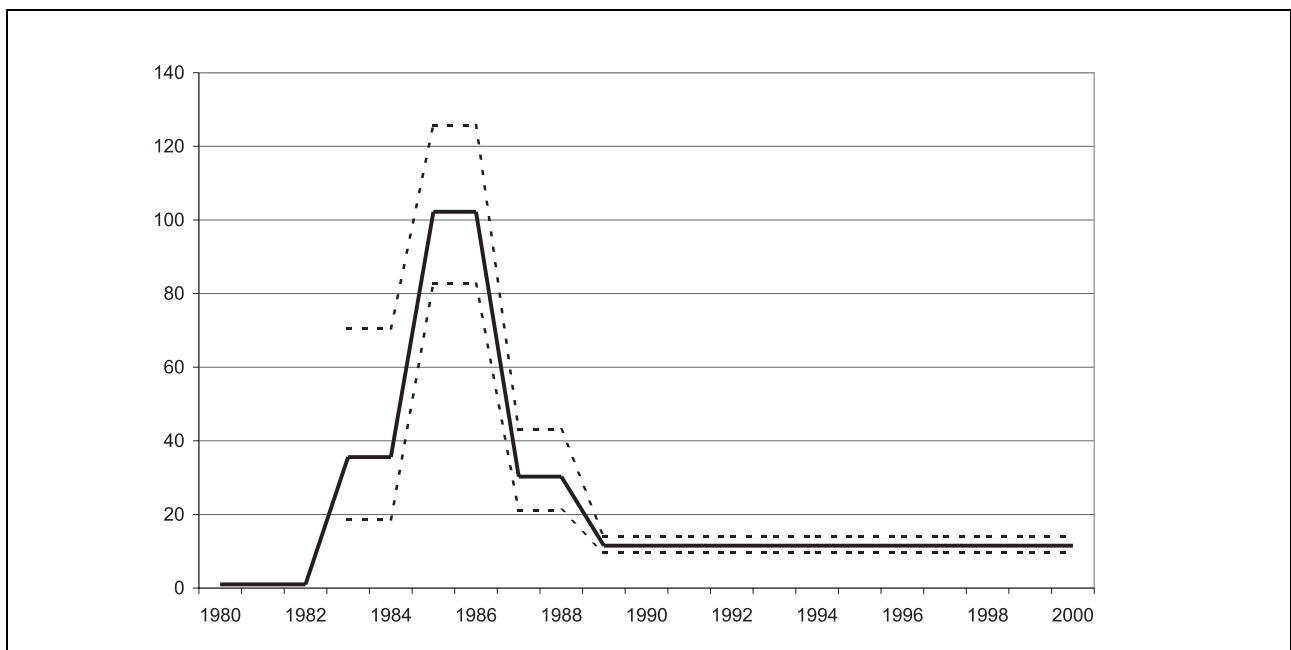


Figur 7. Hivinfeksjon smittet ved stoffmisbruk etter år for smitte (nederste strek, n=96) og år for diagnose (øverste strek, n=448). Tre års glidende gjennomsnitt.

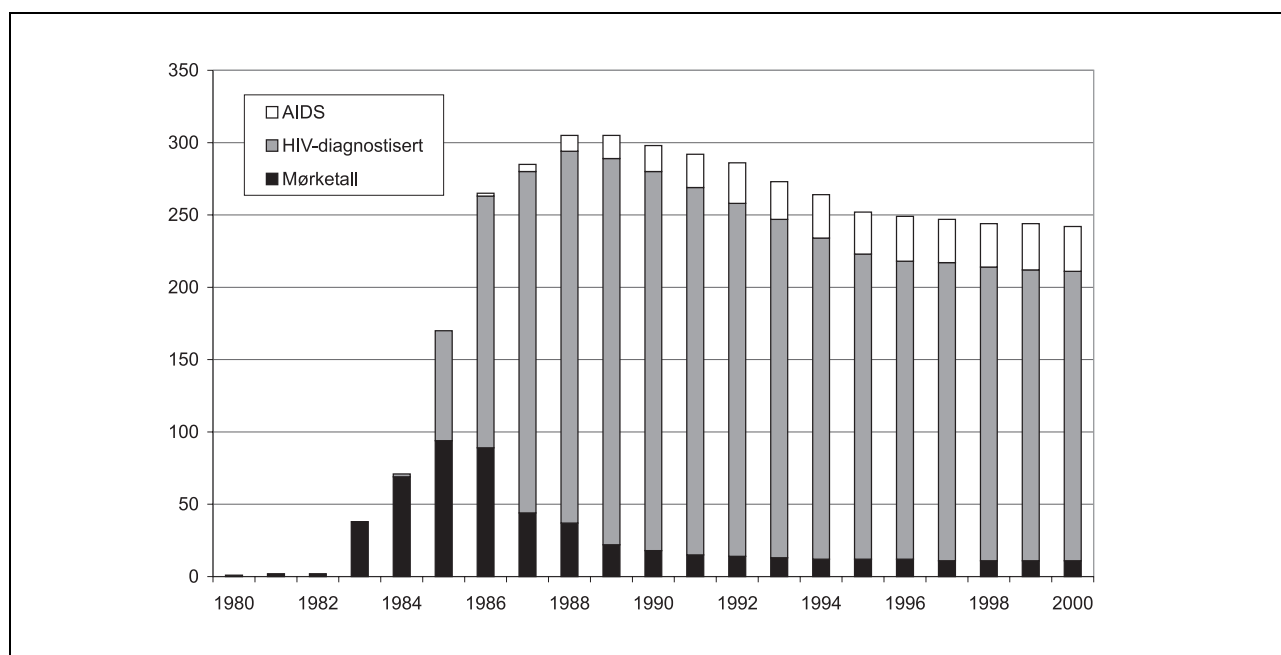
30 % fra fylkene nær Oslo. På 1990-tallet er det kun påvist spredte tilfeller rundt i resten av landet (tab 2).

Median alder ved diagnosetidspunktet for menn er 29 år (17–59) og for kvinner 25 år (14–46). Median alderen har økt for begge kjønn på 1990-tallet, og etter 1995 er det bare påvist fire hivtilfeller blant misbrukere under 25 år.

Av de 448 personene kjenner vi et sannsynlig smitteår for bare 148 (33 %). For de 111 som har blitt diagnostisert de siste ti år, kjenner vi smitteåret for 84 (76 %). Det er først i 1990-årene at vi kan begynne å tegne en kurve over insidens av hiv-



Figur 8. Beregnet nysmitte av hiv blant injiserende stoffmisbrukere. 1980–2000. 95 % konfidensintervall.



Figur 9. Beregnet antall hivpositive injiserende stoffmisbrukere i live i Norge. 1980–2000.

smitte i gruppen. Det kan se ut til at insidensen har vært stabil eller svakt synkende.

Beregnet nysmitte av hiv blant injiserende stoffmisbrukere har ligget stabilt på 11,5 (9,6–14) personer årlig siden 1989 (fig 8). Tallene i parentes angir et intervall som med stor sannsynlighet dekker den sanne verdi. Antall personer som er smittet, men som ikke er diagnostisert (mørketallet) er beregnet til 12 (11–13) personer i 1995 og 11 (10–12) personer i 2000 (fig 9). Antall personer som lever med hiv i Norge (prevalens) i denne gruppen er redusert fra ca 300 (267–333) personer i 1990 til 242 (219–265) personer i 2000 (fig 9). Fallet i prevalens skyldes både lav rekruttering og høy dødelighet av andre årsaker enn hivinfeksjon.

På hele 1990-tallet har hver hivpositive injiserende stoffmisbruker i gjennomsnitt overført smitten til færre enn en ny person i løpet av den smitteførende perioden. Hvis denne utviklingen fortsetter vil epidemien blant stoffmisbrukere forsvinne over tid.

4.1.2.8 Hivsmitte fra mor til barn

Antall hivtilfeller påvist hos barn født av hivpositive kvinner i Norge har holdt seg på et lavt nivå. Av de fem barna påvist smittet på 90-tallet var mødrenes hivinfeksjon kjent ved fødselen i to tilfeller. Mødrene til tre av barna var av utenlandsk herkomst. Av de 14 barna født i utlandet var ni født i Afrika, tre i Asia, ett i Latin-Amerika og ett i Øst-Europa.

Det er kjent at 60 hivpositive kvinner har født i Norge siden 1983, hvorav 37 etter 1990. Mødrenes smitte måte har vært heteroseksuell i 37 tilfeller, hvorav 24 har vært innvandrere smittet før ankomst Norge, og 19 er smittet ved sprøytemisbruk. Vurdert mot de to tilfellene av hivinfeksjon hos barn der mødrenes hivinfeksjon var kjent ved fødselen, har smitteoverføringen vært lav.

Tabell 7. Hivinfeksjon hos barn født av hivpositiv mor etter fødeland og fødeår 1983–2000.

Fødested	1983–87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	Total
Norge	2	2	2					1		2	1		1		11
Utlandet			1	2	2	2	1	1		3		2			14
Total	2	2	3	2	2	2	1	2		5	1	2	1		25

Tabell 8. Aids i Norge etter smittemåte og diagnoseår 1983–2000.

Smittemåte	Før 90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	Tot.	%
Heteroseksuell	23	7	14	11	16	22	15	14	15	9	22	168	24
– smittet mens bosatt i Norge	19	5	7	7	9	17	9	11	5	3	5	97	–
– smittet før ankomst Norge	4	2	7	4	7	5	6	3	10	6	17	71	–
Homoseksuell	137	32	22	38	33	35	24	11	13	10	9	364	52
Sprøytemisbruk	21	16	8	13	19	8	12	8	5	3	6	119	20
Via blod/-blodprodukt	18	3	2	2	2	1	1					29	4
Fra mor til barn	1		1		1		1		2			6	1
Annen/ukjent	3	1	3		3	1	3	1	1		1	17	2
Total	203	59	50	64	74	67	56	34	36	22	38	703	100

4.1.2.9 Aids

Det er ved utgangen av 2000 meldt i alt 703 tilfeller av aids i Norge siden de første to tilfeller ble meldt i 1983. Tilfellene fordeler seg på 580 menn og 123 kvinner. I alt 54 % av tilfellene har vært hjemmehørende i Oslo.

Fra midt på 1990-tallet har det vært et markant fall i antall nye aidstilfeller og antall dødsfall av aids i Norge. Utviklingen tilskrives mer effektive behandlingsformer mot hivinfeksjonen som ble tilgjengelig fra 1996. Nedgangen i aids har særlig kommet blant hivpositive som har vært kjent med sin hivinfeksjon, mens andelen som debutterer med aids uten at hivinfeksjonen er kjent på forhånd har økt og har de siste tre år utgjort 54 % av aidstilfellene. Blant innvandrere som er hivsmittet før ankomst til Norge har det vært en økning i antall aidstilfeller de siste årene.

4.1.2.10 Endrede leveutsikter blant personer med aids

De senere års utvikling i behandling av hivinfeksjon og de sykdommene hivpositive kan få, betegnes av mange som et gjennombrudd. For de fleste med hivsykdom og aids har behandlingsgjennombruddet som kom i 1996 medført et bedre og lengre liv. Behandlingen har forlenget varigheten fra smitte til aids og fra aids til død. Det gjenstår imidlertid problemer knyttet til bivirkninger av behandlingen, pasientenes vanskeligheter med å ta medisinen som forskrevet gjennom flere år, og det faktum at viruset kan utvikle resistens mot behandlingen. Vi vet heller ikke om den gunstige behandlingseffekten vil holde seg over tid.

Tid fra hivsmitte til aids er kjent bare for en mindre gruppe av det totalt antall diagnostiserte.

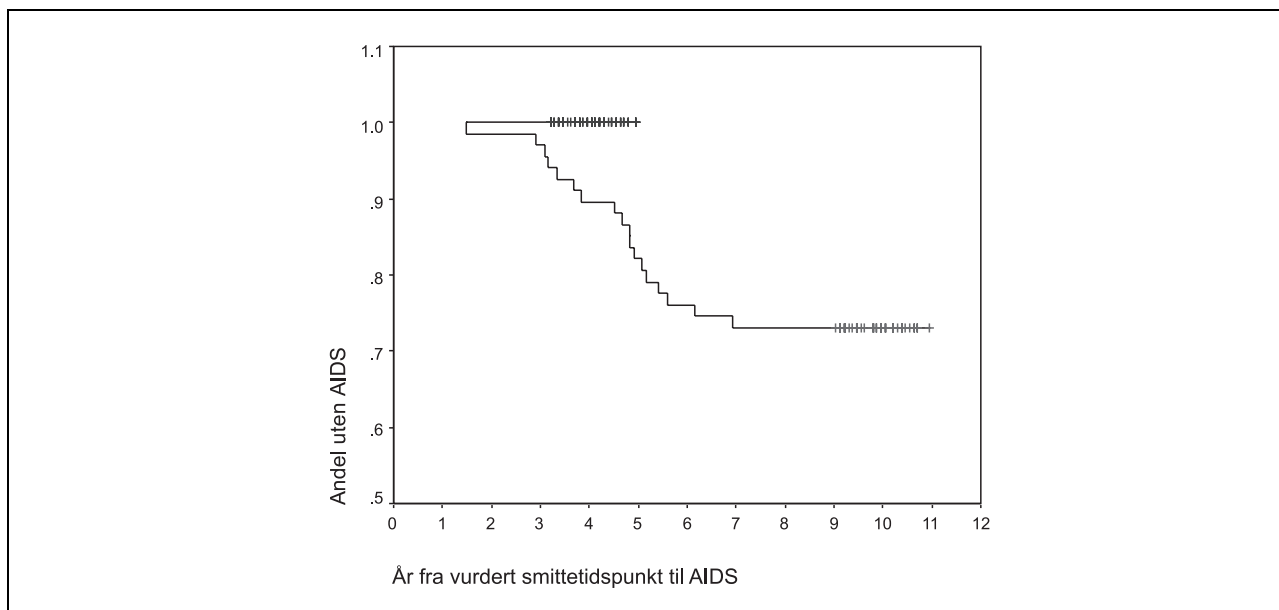
Selv om disse ikke nødvendigvis utgjør et representativt utvalg av alle hivpositive, kan aidsforekomsten blant dem antyde utviklingen. Fra 1996 begynte antallet aidstilfeller å synke (tab 6). Kurven som beskriver levetid med hiv før aids for dem som ble smittet i 1996–97, viser at ingen har utviklet aids fram til utgangen av 2000 (fig 11); mot forventet om lag 15 %. For personer smittet i 1990–91 har nesten 30 % utviklet aids etter 5 år, men deretter – fra 1996 – har det tilkommet få nye aidstilfeller.

På ethvert tidspunkt i sykdomsforløpet er det beregnet at sannsynligheten for å utvikle aids ble redusert med over 60 % etter 1996. Resultatet gjelder for hele gruppen hivdiagnostiserte samlet sett. Effekten av behandling er blitt bedre i 1998–2000 i forhold til 1996–1998. Dette betyr at en større andel av hivdiagnostiserte har fått behandling og/eller at behandlingen kan tilpasses den enkelte bedre. Reduksjonen i sannsynligheten for å utvikle aids avhenger av pasientens livssituasjon og levekår.

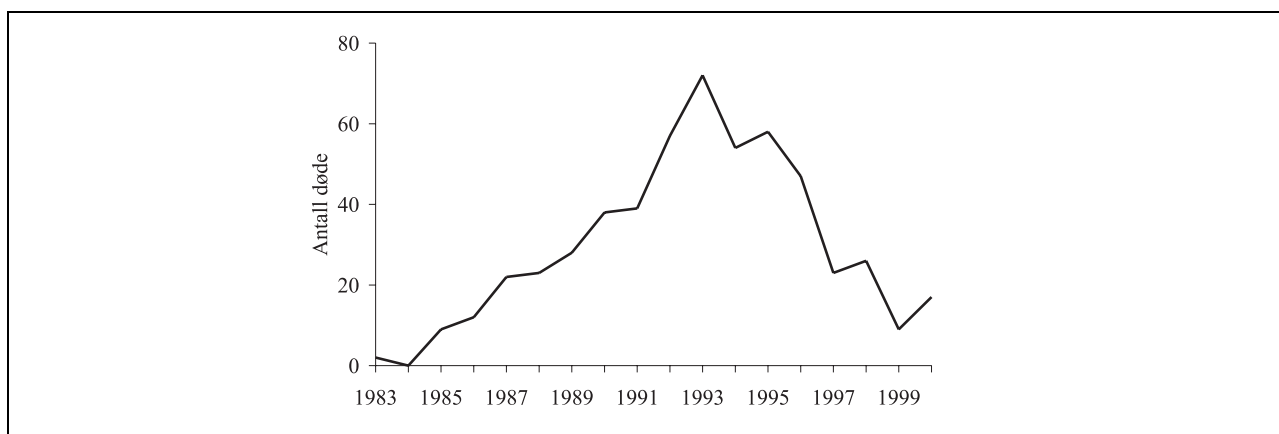
Mens det i 1993 ble registrert 72 dødsfall av aids hadde tallet sunket til ni i 1999, men økt igjen til 17 dødsfall i 2000 (fig 12). Sannsynligheten for å overleve er klart høyere for dem som fikk aids etter 1995 (fig 13), dvs. i den perioden den nye behandlingen av hivinfeksjon har vært tilgjengelig i Norge. For dem er sannsynligheten for å overleve ett, to, tre og fire år henholdsvis 75 %, 68 %, 65 % og 58 %.

4.1.3 Vurdering av situasjonen og utviklingen framover

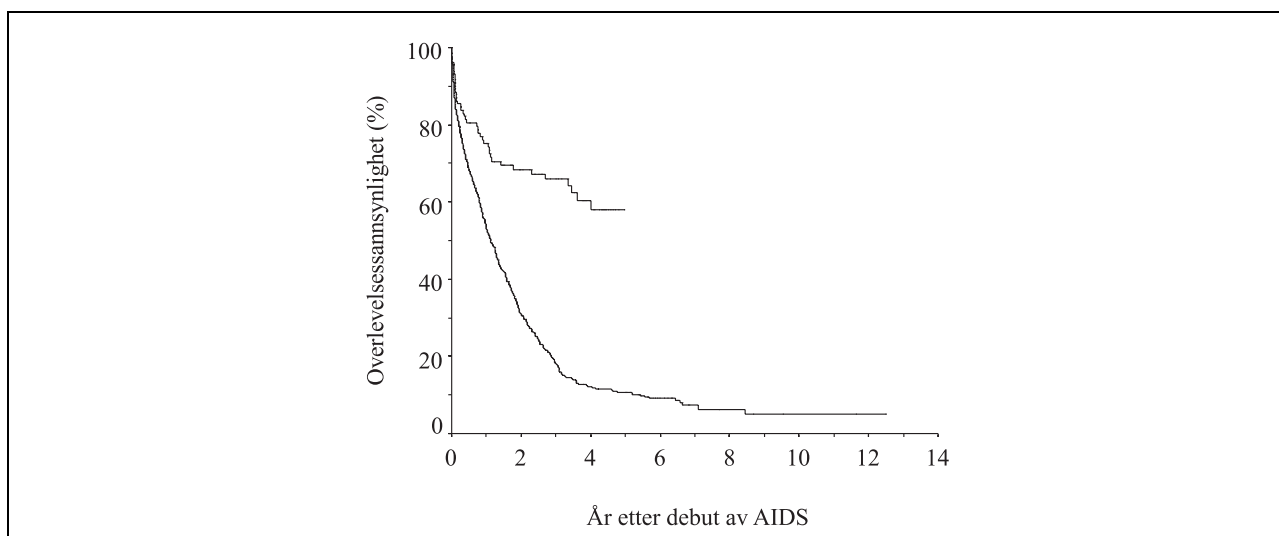
Hivsituasjonen i Norge har de siste fem årene vært relativt stabil blant personer bosatt i Norge mens det har vært en betydelig økning i diagnostiserte hivpositive i 1999 og 2000 blant innvandrere smit-



Figur 11. Andel uten aids etter tid siden smitte for personer som ble smittet i 1990–91 (nederste kurve) og 1996–97 (øverste kurve).



Figur 12. Dødsfall blant personer med aids per år i Norge.



Figur 13. Overlevelse med aids blant personer diagnostisert med aids i 1996–2000 (øverste linje, n=132) og før 1996 (nederste linje, n=435). Kurvene er basert på 567 personer smittet homoseksuelt, ved sprøytemisbruk eller heteroseksuelt (mens de bodde i Norge), hvorav 439 er døde av aids.

tet før ankomst til Norge. Den epidemiologiske utviklingen i handlingsplanperioden 1996–2001 har samsvart med de prognoser som ble lagt til grunn i 1995. I det følgende gis en oppsummering av hivsituasjonen i de mest smitteutsatte grupper og en vurdering av den sannsynlige utviklingen framover.

4.1.3.1 Heteroseksuelle

Det anslås at 20–30 nordmenn årlig har blitt heteroseksuelt hivsmittet på 1990-tallet med en mulig økning i 1999 og 2000. Det kan forventes noe økning i denne gruppen dersom seksualvanene ikke endres fordi det blir stadig flere potensielle smitekilder både i Norge (norske smittede og innvandrere med hiv) og i visse andre land der nordmenn søker seksualpartnere, særlig i Sørøst-Asia, Latin-Amerika og i Øst-Europa.

Ettersom smittsomheten ved heteroseksuell kontakt er lav, ligger det ikke til rette for rask spredning av hiv blant heteroseksuelle i Norge. Økningen vil trolig komme blant godt voksne menn som har seksuell kontakt i risikomiljøer i utlandet. Fra disse mennene kan vi kanskje vente noe spredning til kvinnelige partnere i Norge. Tendensen de senere år ser ut til å være at færre norske menn er blitt smittet i Afrika (bistandsrelatert arbeid), mens flere (turister) blir smittet i Thailand.

Heteroseksuelle norske ungdommer vil trolig fortsatt være lite utsatt for hivsmitte. Lite hiv i gruppen, lav smittsomhet og begrenset seksuell kontakt med grupper med høy hiv forekomst vil begrense smittespredningen. De siste tre år er det kun registrert to nordmenn under 24 år som er smittet heteroseksuelt.

Screening av årlig om lag 100 000 blodgivere, 70 000 gravide og 20 000 militære rekrutter har ikke vist økende hivprevalens på 1990-tallet. Dette bekrefter den lave hivutbredelse i den generelle befolkning.

4.1.3.2 Heteroseksuelt smittede innvandrere

De senere årenes økning i antall hivpositive innvandrere fra Afrika og tildels Asia er nok de første tegn på en utvikling som vil prege hivsituasjonen i Norge i tiden framover. I store deler av Afrika sør for Sahara er 10–30 % av den seksuelt aktive populasjon hivsmittet, og også i store deler av Asia og tidligere Sovjetunionen brer epidemien seg dramatisk.

Det totale antallet hivpositive som hvert år diagnostiseres i Norge vil svinge sterkt i forhold til

antall personer som kommer til Norge fra disse områdene med tanke på fast bosetting. De fleste, uansett hivstatus, blir værende i Norge og kan utgjøre et potensial for videre smitte. Utfordringen for helsevesenet blir å gi disse et hensiktsmessig tilrettelagt tilbud om hivundersøkelse, smittevernveiledning og god medisinsk oppfølging. I mange vestlige land med betydelige innvandrerpopulasjoner registreres nå økende hivsmitte, særlig internt i innvandtermiljøene, men også ut i den øvrige populasjonen. Kvinner ser ut til å være særlig sårbare for å bli smittet. Mange innvandrere risikerer også å bli smittet på besøk i opprinnelseslandet.

4.1.3.3 Menn som har sex med menn

Antall nye tilfeller av hivinfeksjon i denne gruppen har trolig vært ca 40 tilfeller per år i første halvdel av 1990-tallet og ca 20 i siste halvdel av 90-tallet. Sett i forhold til gruppens størrelse (3 % av menn) har seksuelt aktive menn som har sex med menn om lag 70 ganger så stor forekomst av hivinfeksjon som heteroseksuelle menn. Dette kan skyldes at mennene har flere partnere, at de har mer risikabel sex (analsex), at de har større risiko for å velge en partner med hiv eller kombinasjoner av disse grunnene.

En rekke tegn tyder på at den gunstige atferdsendringen og den fine nedgangen i hyppigheten av hivinfeksjon i gruppen nå kan være truet. Fra USA og UK rapporteres om økende risikoatferd og hivsmitte blant menn som har sex med menn. I Oslo har vi sett økende insidens av andre seksuelt overførbare sykdommer (gonore og syfilis) blant menn som har sex med menn, også blant menn som er kjente hivpositive.

Det spekuleres på om de oppløftende resultatene med den nye behandlingen av hivinfeksjon gjør at infeksjonen ikke lenger er så skremmende, og dermed ikke så viktig å unngå. Enkelte hivpositive under behandling kan også ha trodd at de nå er mindre smittsomme. Arenaer for tilfeldig og uforpliktende sex blant menn som har sex med menn ser ut til å spille en betydelig rolle både for hivsmitte og for spredning av andre seksuelt overførbare sykdommer.

Unge homoseksuelle har vært lite utsatt for hivsmitte i Norge. I flere land, bl.a. USA, ser man imidlertid økende hivsmitte blant yngre homoseksuelle. Unge homoseksuelle har i liten grad opplevd hiv/aidstrusselen og vokser nå opp i en tid da hiv kan oppleves som mindre skremmende.

To tredeler av hivtilfellene blant menn som har sex med menn har vært hjemmehørende i Oslo, og det vil fortsatt være riktig å konsentrere betydelig

forebyggingsaktivitet til Oslo-området. Med økende toleranse og åpenhet omkring homoseksualitet i samfunnet er det grunn til å tro at den sterke seleksjon mot Oslo-området som åpenbart har funnet sted blant homoseksuelle gjennom årene vil avta.

Det anses mer sannsynlig at insidensen vil øke noe, framfor å gå ned i denne gruppen dersom en ikke forsterker innsatsen eller lykkes med å utvikle mer effektive forebyggingsstrategier blant menn som har sex med menn.

4.1.3.4 Injisierende stoffmisbrukere

Dette var den gruppen der man på 1980-tallet fryktet den mest ukontrollerbare smittespredningen. Da viruset ble introdusert i gruppen midt på åttitallet ble trolig rundt 250 misbrukere hivsmittet i løpet av en treårsperiode. På 1990-tallet har hiv spredt seg lite i gruppen med bare 10–15 tilfeller i året. Årsaken til dette er ikke entydig. Høy testaktivitet og stor åpenhet om hiv kombinert med sterk smittefrykt og selvjustis i miljøet antas å spille en viktig rolle. Videre har muligheten for risikoreduerende atferd (bruk av nye sprøyter) vært god. I tillegg har mange av de potensielle smitekildene i miljøet blitt borte pga. dødsfall av andre årsaker (særlig overdoser) og rehabilitering.

De omfattende utbruddene av hepatitt A og B i gruppa (anslagsvis 2300 tilfeller i 1998–2000) og den høye hepatitt C-forekomsten (50–70 % av stoffmisbrukerne er smittet), viser imidlertid at det skjer betydelig sprøytedeling i gruppen. Videre har antallet stoffmisbrukere økt betydelig det siste tiåret. Det er imidlertid mulig at de «gamle» stoffmisbrukerne, som altså kan være smittet, ikke deler sprøyter med personer som nå rekrutteres. Hivssituasjonen anses likevel som meget truende og uforutsigbar. Et omfattende utbrudd av hiv blant misbrukere i Helsinki (152 tilfeller oppdaget siden 1998) minner oss på hvor fort hiv kan spre seg blant stoffmisbrukere.

Hiv spres fra stoffmisbrukerne både ved sprøytedeling og ved sex. Et nytt utbrudd av hiv i denne gruppen vil trolig være den faktor som i størst grad kan bidra til økt heteroseksuell smittespredning i Norge, også blant yngre heteroseksuelle. Nye sprøytebrukere rekrutteres i dag nemlig i betydelig grad fra ungdomsmiljøer som har en eksperimenterende holdning til rus, og som beholder sine heteroseksuelle kontakter.

Den høye hivtestaktiviteten i gruppen sikrer en god overvåking. Et eventuelt utbrudd vil trolig raskt bli oppdaget.

4.2 Genital chlamydiainfeksjon

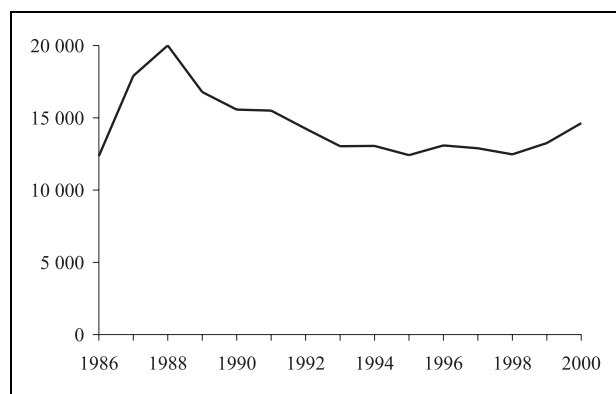
4.2.1 Beskrivelse av sykdommen

Genital chlamydiainfeksjon er en smittsom infeksjon med bakterien *Chlamydia trachomatis* i urinveiene og kjønnsorganene. Først i 1980-årene fikk man tester for bakterien og oppdaget at denne infeksjonen var mye hyppigere enn gonore. Sykdommen er særlig utbredt hos personer under 25 år.

Bakterien smitter ved direkte kontakt mellom slimhinner ved samleie og under fødsel. Smittefaren ved et vaginalt samleie med smittet partner er om lag 20 %. Kondom beskytter fullstendig ved riktig bruk. Uten behandling kan den smittsomme perioden trolig vare over et år.

Om lag 90 % av kvinner og 50–90 % av menn som smittes med *Chlamydia trachomatis* får ikke symptomer på infeksjonen. Eventuelle symptomer kommer vanligvis etter 5–14 dager. De kvinner som får symptomer, har som regel livmorhalsbetennelse med økt sekret fra mormunnen. Dette kan gi litt økt utflod. I sjeldne tilfeller kan infeksjonen spre seg til egglederne (bekkeninfeksjon), og da kan kvinnen få blødningsforstyrrelser, underlivssmerter og feber. Menn kan få urinrørsbetennelse med smertefull vannlatning og litt utflod fra urinrøret.

Det er følgetilstandene som gjør chlamydiainfeksjoner til et viktig problem. Bekkeninfeksjon hos kvinner øker risikoen for infertilitet, svangerskap utenfor livmoren og kroniske magesmerter. Risikoen for bekkeninfeksjon er trolig godt under 5 %. Likevel er genital chlamydiainfeksjon i dag en av de viktigste årsakene til ufrivillig barnløshet. Det er uklart om infeksjonen reduserer menns fertilitet. Barn som fødes mens mor er smittet, kan få infeksjon i øynene eller lungene.



Figur 14. Antall prøver positive for genital chlamydiainfeksjon i Norge 1986–2000.

Bare en urinprøve eller en sekretp prøve fra urinrør eller livmorhals kan sikkert påvise Chlamydia trachomatisinfeksjonen. Stadig flere laboratorier i Norge kan nå motta urinprøver for testing for bakterien. Det betyr at den som ønsker å teste seg, ikke behøver å gjøre en underlivsundersøkelse. Fra Danmark er det kommet lovende resultater med prøver (urinprøver eller pensler fra skjeden) som pasientene tar selv hjemme og sender til laboratoriet.

Chlamydiainfeksjon kan enkelt behandles med antibiotika, i de fleste tilfeller med engangsdosering.

4.2.2 Epidemiologisk utvikling og dagens situasjon

MSIS får meldt antall personer som er diagnostisert hvert år og antall tester som er utført. Som ved hivinfeksjon er ikke antallet diagnostisert med genital chlamydiainfeksjon et år lik antallet som ble smittet dette året (insidensen). De fleste som blir smittet, får jo ikke symptomer og blir kanskje diagnostisert først lang tid senere. Dersom helsetjenesten er dyktig til å spore opp smittede, vil antallet diagnostiserte øke. Dette er jo i så fall en positiv økning som reduserer antallet potensielle smitekilder, og som kan legge grunnlaget for senere nedgang. Det er derfor svært vanskelig å tolke utviklingen basert bare på tallene fra MSIS. Enkelte forskere har rapportert andelen smittede blant kvinner som gjennomfører abort. Disse kvinnene tilbys testing før inngrepet. Utviklingen i denne andelen kan si noe om hvor utbredt uoppdaget chlamydiainfeksjon er blant kvinner.

Testing for Chlamydia kom for alvor i gang tidlig i 1980-årene. I 1986 ble det funnet 12 400 positive prøver, og antallet steg raskt til 20 000 i 1988 før trenden snudde (fig 14). I 1995 var tallet tilbake til 12 400, men så har antallet økt igjen til 14 600 i 2000. Antallet prøver har i perioden variert betydelig, fra 122 000 i 1986 til en topp på 341 000 i 1991 og tilbake til 238 000 i 2000. Dermed har andelen positive blant de testede også variert betydelig.

Andelen positive blant kvinner som utførte abort i Oslo sank fra 11,3 % i 1985 til 2,4 % i 1995 som tegn på at stadig færre kvinner gikk rundt med chlamydiainfeksjon uten å vite om det. Andelen smittede var mange ganger høyere blant tenåringer og unge voksne enn blant mer voksne kvinner. Ettersom dette ikke er en løpende, offentlig statistikk, kjenner vi ikke utviklingen etter 1995.

På bakgrunn av disse dataene, er det ikke mulig å si noe sikkert om flere personer smittes med Chlamydia trachomatis nå enn for noen år

siden. Det er imidlertid sikkert at mange tusen smittes hvert år.

4.3 Gonore

4.3.1 Beskrivelse av sykdommen

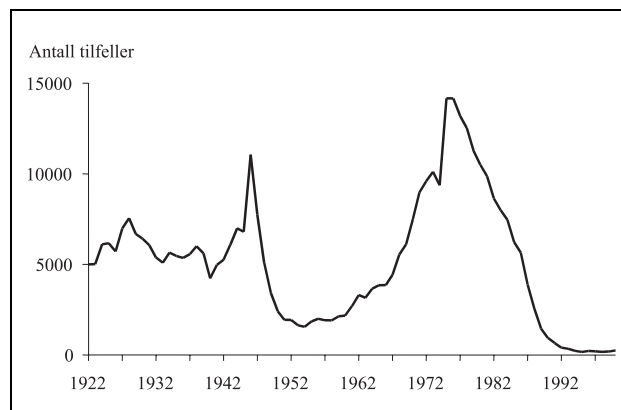
Gonore er en smittsom infeksjon med bakterien *Neisseria gonorrhoeae* i urinveiene, kjønnsorganene, halsen og endetarmen. Sykdommen var utbredt i Norge i 1970-årene, men er nå nesten utryddet. Sykdommen er fortsatt vanlig i mange land utenfor Vest-Europa.

Bakterien smitter ved direkte kontakt mellom slimhinner ved samleie og under fødsel. Smittefaren ved et vaginalt samleie med smittet partner er om lag 50–70 % for kvinner og 20–30 % for menn. Kondom beskytter fullstendig ved riktig bruk. Uten behandling varer den smittsomme perioden 3–12 måneder.

De fleste som smittes med gonokokker, får symptomer i løpet av 2–7 dager, men hos personer med endetarmsgonore og hos kvinner kan symptomene være milde og bli oversett. De vanligste sykdomsbildene er livmorhalsbetennelse med økt utflod og urinrørsbetennelse med utflod fra urinrøret og smertefull vannlatning. I sjeldne tilfeller kan infeksjonen spre seg til egglederne (bekkeninfeksjon), og da kan kvinnen få blødningsforstyrrelser, underlivssmerter og feber.

Ubehandlet gonore kan gi bekkeninfeksjon hos kvinner og dermed økt risiko for infertilitet, svangerskap utenfor livmoren og kroniske magesmerter. Risikoen er trolig godt under 5 %. Mulige følgetilstander hos menn er sammenvoksnings i urinrøret og bitestikkelbetennelse. Barn som fødes mens mor er smittet, kan få infeksjon i øynene.

En sekretp prøve fra urinrøret eller livmorhalsen kan sikkert påvise *Neisseria gonorrhoeae*. Gonore



Figur 15. Gonore i Norge 1922–2000.

kan enkelt behandles med antibiotika, i de fleste tilfeller med engangsdosering.

4.3.2 Epidemiologisk utvikling og dagens situasjon

Fra 1922 til 1992 ble antallet diagnostiserte tilfeller av gonore meldt til sentrale helsemyndigheter. Fra 1993 ble overvåkingen i MSIS styrket betydelig ved at hvert tilfelle nå meldes uten personidentifikasjon, men med detaljerte opplysninger om pasientens alder, kjønn, bostedskommune, smittested, smitemåte mv.

Fra tidlig i 1960-årene økte det årlige antallet meldte tilfeller av gonore i Norge fra rundt 2 000 tilfeller per år til det nådde over 14 000 tilfeller i 1975 (fig 15). Økningen er blitt tilskrevet mer liberale seksualvaner blant ungdom i kjølvannet av tilbudet om sikrere prevensjon (p-pillene og spiralen kom i begynnelsen av 1960-årene) og ungdomsopprør. Epidemien gikk tilbake i Norge og i mange andre vest-europeiske land slik at man 20 år senere, i 1995, registrerte bare 175 tilfeller. Fra 1996 til 2000 ble det meldt henholdsvis 223, 193, 166, 190 og 251 tilfeller.

Den svake økningen siden 1998 skyldes særlig økning blant homoseksuelle menn i Oslo-området og blant menn som er blitt heteroseksuelt smittet i Sørøst-Asia, spesielt Thailand. MSIS har ikke registrert noe problem med smitte fra Russland til Finnmark. For tiden smittes 30–40 % av pasientene i utlandet. Over 80 % av pasientene er menn, og over 80 % er norskfødte.

4.4 Syfilis

4.4.1 Beskrivelse av sykdommen

Syfilis er en smittsom infeksjon med *Treponema pallidum* (syfilisspiroketen). Sykdommen kan være lokalisert til kjønnsorganene og urinveiene eller spredt i hele kroppen. Sykdommen er svært sjelden i Norge.

Bakterien smitter ved direkte kontakt med pasientens kroppsvæsker eller væske i syfilissår. Kondom kan beskytte godt dersom eventuelle sår er dekket. I tillegg kan sykdommen overføres fra mor til foster i svangerskapet og gi alvorlig sykdom hos barnet.

Syfilis kan være uten symptomer. Ellers er de vanligste sykdomsbildene primær syfilis og sekundær syfilis.

Primær syfilis opptrer normalt tre uker etter smitte som et smerteløst, velavgrenset sår med opphøyd kant og rød bunn på kjønnsorganene.

Etter en uke eller to kommer hovne lymfeknuter i lysken, og såret forsvinner etter 2–6 uker.

Sekundær syfilis opptrer hos om lag halvparten av pasientene en til to måneder etter primærsåret. Da er bakterien spredt i blodbanen og gir allmennsymptomer (trøtthet, hodeverk, lav feber, sykdomsfølelse), hovne lymfeknuter over hele kroppen, utslett (ofte på overkroppen), evt. håravfall og andre symptomer. Etter dette stadiet helbreides om lag en tredel av pasientene spontant mens de andre går inn i et hvilestadium uten symptomer (latent syfilis).

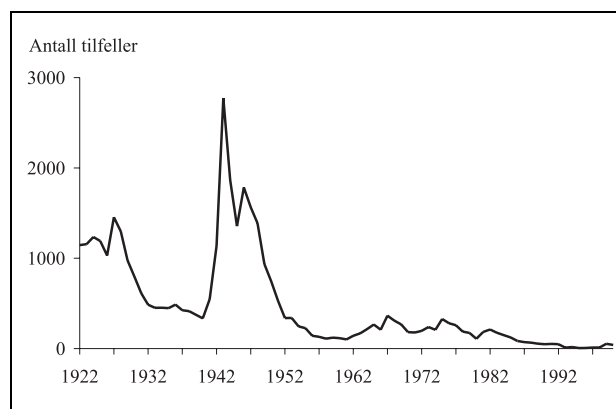
Ubehandlet syfilis kan etter flere år gi alvorlige senmanifestasjoner (tertiær syfilis).

Diagnosen stilles ved hjelp av blodprøver som påviser antistoffer mot syfilisbakterien. Syfilis kan rimelig enkelt behandles med antibiotika, i de fleste tilfeller med engangsdosering. Ettersom sykdommen er så sjelden, bør alle tilfeller undersøkes og behandles av spesialist i hudsykdommer eller infeksjonsmedisin.

4.4.2 Epidemiologisk utvikling og dagens situasjon

Fra 1922 til 1992 ble antallet diagnostiserte tilfeller av syfilis meldt til sentrale helsemyndigheter. Fra 1993 ble overvåkingen i MSIS styrket betydelig ved at hvert tilfelle nå meldes uten personidentifikasjon, men med detaljerte opplysninger om pasientens alder, kjønn, bostedskommune, smittested, smitemåte mv.

Fra tidlig i 1960-årene økte antallet meldte tilfeller av syfilis i Norge fra rundt 100 tilfeller per år til det nådde 365 i 1967 (fig 16). Økningen er blitt tilskrevet mer liberale seksualvaner blant ungdom i kjølvannet av tilbudet om sikrere prevensjon (p-pillene og spiralen kom i begynnelsen av 1960-årene) og ungdomsopprør. Utover 1970-årene var det enkelte epidemier av syfilis blant homoseksuelle



Figur 16. Syfilis i Norge 1922–2000.

menn. Epidemien gikk langsomt tilbake i Norge og i mange andre Vest-Europeiske land slik at man i 1995, registrerte bare seks tilfeller. Fra 1996 til 2000 ble det meldt henholdsvis 7, 11, 11, 53 og 40 tilfeller.

Økningen i 1999 og 2000 skyldes et utbrudd blant homoseksuelle menn i Oslo-området. MSIS har ikke registrert noe smitte fra Russland til Finnmark.

4.5 Hepatitt B

4.5.1 Beskrivelse av sykdommen

Hepatitt B forårsakes av hepatitt B-virus (HBV) og kan gi akutt leverbetennelse (hepatitt) og kronisk bærertilstand, dvs. at viruset er til stede i kroppen resten av livet og på sikt øker risikoen for alvorlig leversykdom. Dersom kroppen klarer å bekjempe viruset, blir man immun for resten av livet. Flere hundre millioner mennesker verden over er bærere av viruset, og hvert år dør 1 million mennesker av følgetilstander av hepatitt B. Verdens helseorganisasjon anbefaler at alle barn vaksineres mot hepatitt B.

Hepatitt B-virus kan overføres mellom mennesker ved

- seksuell kontakt
- nær sosial kontakt mellom små barn (trolig som følge av deling av spytt eller andre kroppsvæsker)
- deling av blodforurensete sprøyter og sprøytespisser
- overføring av smittet blod og annet humant materiale
- svangerskap, fødsel og amming (mor til barnsmitte eller vertikal smitte)
- direkte kontakt mellom smittet blod eller kroppsvæsker og sår eller slimhinner, f.eks. ved stikkuhell

En tredel av voksne som smittes får ingen symptomer. En tredel vil få ukarakteristiske symptomer, som feber, utslett, slapphet, leddsmerter og magesmerter. En tredel vil få gulsott med lys avføring og mørk urin. Etter noen få måneder er de fleste helt friske. 5–10 % blir kroniske bærere av viruset, men har som regel ingen symptomer på dette. De må regnes som smitteførende resten av livet. Ca. 25 % av dem som ble bærere etter smitte som barn og ca 15 % av dem som ble bærere etter smitte som voksne vil over mange år kunne utvikle leverskader. Det fins rimelig bra behandling mot slike skader, men likevel vil mange utvikle dødelig levercirrhose og leverkreft.

Smittefaren under svangerskap og fødsel er svært stor, og bare de færreste barn som smittes på denne måten klarer å kvitte seg med viruset. De fleste kroniske bærere er derfor barn som ble smittet under fødselen. Faren for at barnet blir kronisk bærer kan reduseres betydelig dersom barnet vaksineres umiddelbart etter fødsel.

Hepatitt B diagnostiseres ved en blodprøve som kan påvise biter av viruset. Ved ytterligere undersøkelser av blodet kan man avgjøre om pasienten nylig er smittet, om pasienten er blitt kronisk bærer eller om pasienten har kvittet seg med viruset.

En sikker og effektiv vaksine mot hepatitt B har vært tilgjengelig siden 1983. Den inneholder genetnologisk framstilte biter av viruset.

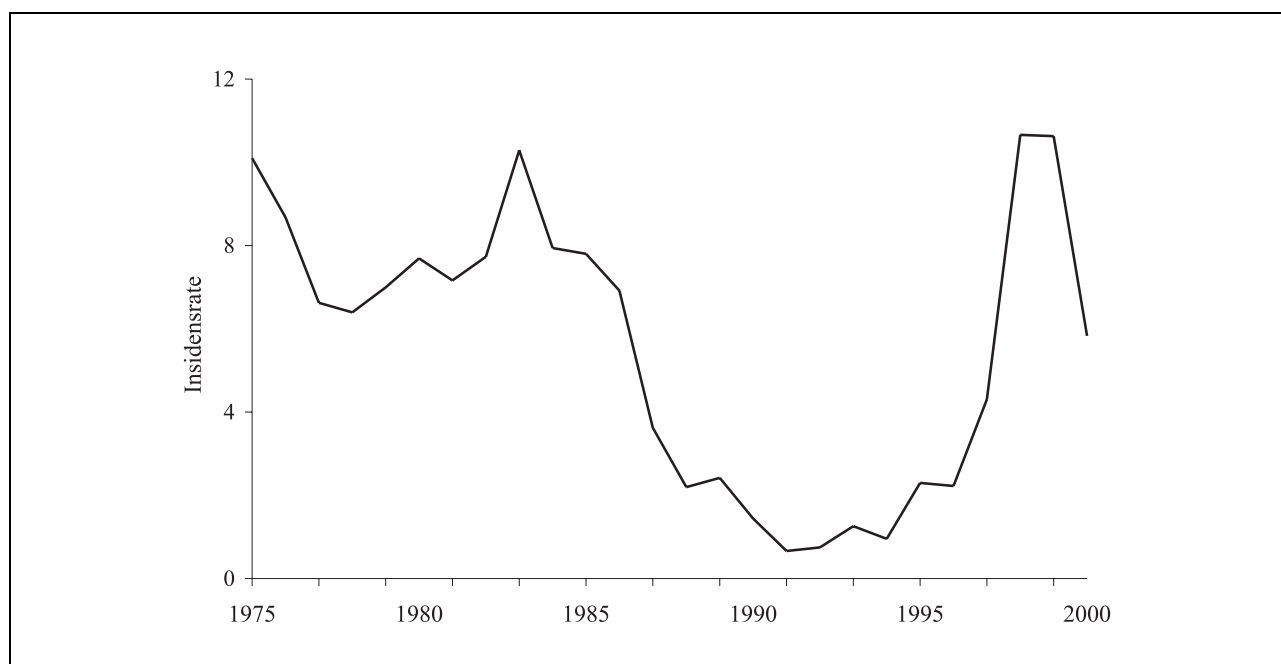
4.5.2 Epidemiologisk utvikling og dagens situasjon

Hepatitt B smitter i Norge hovedsakelig gjennom bruk av urene sprøyter og ved sex. Smitte utover disse smitemåtene er svært sjeldent i Norge (se tab 9). På 1970- og 1980-tallet var menn som har sex med menn en spesielt risikoutsatt gruppe for hepatitt B-smitte, men pga. høy vaksinasjonsdekningen er det i de senere årene meldt få tilfeller i denne gruppen. I perioden 1995–2000 har det vært et landsomfattende utbrudd av hepatitt B blant injiserende stoffmisbrukere (fig 17). De siste tre årene har man sett et økende antall heteroseksuelt smittede personer. Denne økningen skyldes hovedsakelig økt smitte blant jenter som ferdes i stoffmisbrukermiljøer og kan derfor ses i sammenheng med utbruddet blant injiserende misbrukere. Gjennomsnittsalderen for disse jentene er generelt noe lavere enn median alder blant meldte misbrukere som er ca. 28 år.

I tillegg har man de senere årene sett en svak øking i antall smittede i utlandet. I perioden 1992–2000 har det til MSIS årlig blitt meldt 10–15 hepatitt B-tilfeller etter seksuell smitte i utlandet (hovedsakelig Sørøst-Asia) og 1–2 tilfeller assosiert med kontakt med helsevesenet i utlandet.

Det er i perioden 1992–2000 ikke meldt tilfeller av akutt hepatitt B hos barn relatert til stikk på sprøytespisser henslengt i lekemiljø. Det eneste tilfellet av smitte etter stikkskade med en henslengt kanyle var hos en eldre mann som satt seg på en sprøytespiss på en parkbenk.

Antall kroniske hepatitt B-bærere i Norge er anslått til 15 000 – 20 000, anslagsvis 70 % av disse er innvandrere som er blitt smittet i sitt tidligere hjemland (som regel ved fødselen), før innreise til Norge.



Figur 17. Akutt hepatitt B i Norge per 100 000 innbyggere 1975–2000.

Tabell 9. Akutt hepatitt B i Norge etter antatt smittemåte og diagnoseår, meldt til MSIS 1992 – 2000.

Antatt smittemåte	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total	%
Sprøytemisbruk	2	10	10	39	55	132	385	374	176	1184	69
Heteroseksuell	10	25	5	24	17	19	52	55	48	255	15
Homoseksuell	6	3	10	7	5	1	5	5	6	48	3
Seksuell, uspesifisert			1	6	5	9	12	14	16	63	4
Mottatt blodtransfusjon	1	1		1		1	1			5	
Blodeksposisjon i yrke	1			1				2	2	6	
Annen blodeksposisjon	2	1		1	3	5	2		1	15	
Hustandskontakt	1			3		1		4	1	10	
Mor-til-barn							2			2	
Ukjent	9	14	15	17	11	14	10	18	10	118	7
Total	32	54	41	99	96	182	469	472	260	1706	100

4.6 Genital herpes

4.6.1 Beskrivelse av sykdommen

Genital herpes er en smittsom infeksjon i kjønnsorganene med herpes simplex virus (HSV) type 1 eller 2. Begge virus gir en livsvarig infeksjon. HSV-1 gir vanligvis ansiktsinfeksjoner, som munnsår, og er svært vanlig. HSV-2 gir nesten alltid infeksjoner på kjønnsorganene. Utenom utbrudd, dvs. periodene med herpessår, ligger viruset latent i nerve-

røttene. Genital herpes er en av de mest utbredte seksuelt overførbare infeksjonene i Norge.

Viruset smitter ved direkte kontakt mellom hud eller slimhinner, f.eks. ved samleie og munnsex. Smittefaren ved ett vaginalt samleie med smittet partner er ukjent, men avhenger av partnerens kliniske status. Virusets fins særlig i sårene, men også utenom utbrudd kan det skilles ut noe virus. De fleste smittes av en partner uten symptomer. Kondom gir god beskyttelse dersom det infiserte hudområdet er dekket.

De fleste smittede får ikke symptomer. Noen får sår på kjønnsorganene, vanligvis en ukes tid etter smitte. Sårene starter som grupper av små blemmer, som brister etter få dager og er borte etter 8–10 dager. Deretter får noen nye utbrudd med varierende hyppighet, mens noen aldri får nye utbrudd. Svært få får hyppige utbrudd. Første gangs utbrudd er som regel mer smertefullt enn eventuelle senere utbrudd.

Hovedproblemene med genital herpes er at noen få av de smittede får alvorlige plager med stadig tilbakevendende sår, og at barn kan smittes under fødselen og få en svært alvorlig sykdom.

Typiske symptomer og tegn kan være nok til å stille diagnosen i Norge. Diagnosen kan bekreftes ved å påvise viruset i sår under utbrudd. Behandling kan lindre og forkorte utbruddene, men ikke fjerne viruset.

4.6.2 Epidemiologisk utvikling og dagens situasjon

Det er praktisk talt umulig å måle hvor mange som smittes med genital herpes hvert år. Det skyldes at de smittede ikke får symptomer, og at det første utbruddet pasienten merker ikke nødvendigvis kommer like etter smitten. Fra 1985, da sykdommen var nokså nyoppdaget og til 1994 ble det meldt et par tusen tilfeller summarisk til MSIS hvert år. Deretter har laboratoriene påvist om lag 2 500 positive prøver i året. Det er ikke mulig å si om dette betyr at 2 500 personer smittes hvert år. At antallet er stabilt, gir en viss informasjon.

I tillegg er det kjent fra undersøkelser av utvalg av befolkningen i Norden at om lag 10–30 % av voksne har antistoffer mot HSV-2 i blodet. Dette betyr at de en gang i livet har vært smittet og derfor trolig fortsatt har viruset i kroppen. Genital herpesinfeksjon er derfor svært utbredt selv om få personer har plager.

Årlig meldes det til MSIS 1–2 tilfeller av alvorlig hjernebetennelse hos nyfødte som følge av HSV-infeksjon smittet fra mor.

4.7 Genitale papillomavirusinfeksjoner

4.7.1 Beskrivelse av sykdommen

Genital papillomavirusinfeksjon er en smittsom infeksjon i kjønnsorganene med humant papillomavirus (HPV). Det fins flere titalls typer av dette viruset. Noen gir kjønnsvorter (kondylomer) mens andre kan gi celleforandringer og kreft på livmorhalsen. Infeksjonen kan vare i flere år, men går trolig over av seg selv. HPV-infeksjoner er trolig svært utbredt.

Viruset smitter ved direkte kontakt mellom hud eller slimhinner, f.eks. ved samleie. Smittefare ved et vaginalt samleie med smittet partner er ukjent. Kondom kan gi god beskyttelse dersom alle infiserte områder er dekket.

De fleste smittede har ikke symptomer, men viruset er tilstede i huden eller slimhinnene. Noen får etter en periode på en måned til kanskje flere år synlige vorter på kjønnsorganene. Andre kan få små, usynlige vorter som gir kløe, svie og sprekker i hud eller slimhinne.

Hovedproblemene med HPV-infeksjoner er at en liten andel av de smittede utvikler celleforandringer og i verste fall kreft i livmorhalsen, og at noen andre får plagsomme vorter.

Typiske symptomer og tegn er nok til å stille diagnosen. Det er ikke praktisk å ta prøver for å påvise viruset. Behandling kan fjerne vortene og eventuelle celleforandringer på livmorhalsen.

4.7.2 Epidemiologisk utvikling og dagens situasjon

Det er praktisk talt umulig å måle hvor mange som smittes med genital papillomavirusinfeksjon hvert år. Det skyldes at de smittede ikke får symptomer, og at de første symptomer pasienten eventuelt merker ikke nødvendigvis kommer like etter smitten.

Det er kjent fra undersøkelser av utvalg av kvinner at om lag 10 % av voksne kvinner til enhver tid har HPV-infeksjon, de fleste uten noen som helst symptomer.

Kapittel 5

Tidligere handlingsplaner og strategier**5.1 Tidligere handlingsplaner mot hivepidemien**

Det første utkast til en norsk offentlig handlingsplan mot hivepidemien kom fra Statens institutt for folkehelse tidlig i 1985 og ble utgitt som Helsedirektoratets kontrollprogram for aidssykdommen 2. juli 1985. Kort tid etter kom Helsedirektørens tiltaksplan for bekjempelse av hivinfeksjonen (15. oktober 1986). Denne ble avløst av Helsedirektørens tiltaksplan mot hiv/aidsepidemien 1990–1995 15. november 1990. I tillegg ble det utarbeidet en rekke rundskriv og veiledningsmaterieell. Høsten 1996 utga Sosial- og helsedepartementet den nåværende Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000.

I hele perioden har visse målsettinger i det hivforebyggende arbeidet vært felles:

- Befolkningen skal få grunnleggende kunnskap om hiv/aids.
- Epidemien skal overvåkes nøye.
- Smittefarlig atferd skal forebygges.
- Hivsmittede skal diagnostiseres og veiledes så tidlig som mulig.
- Diskriminering og utstøtning av smittede og personer i risiko skal bekjempes.
- Helse- og sosialpersonell skal ha god kompetanse, og de hivpositive skal ha tilgang på den beste tilgjengelige behandling.

Det har i hovedsak vært stor enighet om hovedlinjene i arbeidet. Viktige styrende prinsipper har vært:

- Tiltakene skal være minst mulig inngripende mot personlig frihet.
- Innsatsen skal være både målrettet mot grupper med høy risiko og forekomst og generelt mot hele befolkningen.
- Myndighetene skal samarbeide med frivillige organisasjoner.
- Samfunnet skal vise solidaritet med hivpositive.

Perioden har også vært kjennetegnet av et stort sentralt statlig engasjement og strategisk ledelse. Handlingsplanene har vært støttet av en øremerket post på statsbudsjettet.

5.1.1 Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000

Den gjeldende strategien er uttrykt i Handlingsplanen fra 1996. Planen omfatter to hovedmål, 12 delmål med resultatmål og i 59 tiltak. Hovedmålene er:

1. I løpet av perioden 1996–2000 skal antall hivnysmittede reduseres i forhold til perioden 1990–1995. Delmålene og tiltakene er særlig knyttet til:
 - Reduksjon av nysmitte først og fremst i kjente risikogrupper, men også blant heteroseksuelle.
 - Sørge for at blod og andre humane produkter ikke inneholder hiv.
 - Sørge for fortsatt god overvåking av hiv/aids epidemien.
 - Øke antall utførte hivtester blant personer med risikoatferd.
 - Øke kondombruken blant personer med risikoatferd bl.a. ved bedre tilgjengelighet.
 - Lette tilgangen på rene sprøyter.
 - Redusere forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer.
 - Vedlikeholde befolkningens kunnskap om hiv/aids. Spesielt er ungdom og fremmedspråklige målgrupper.
 - Bedre kunnskapsgrunnlaget om hvilke forebyggende virkemidler som virker.
2. I løpet av perioden 1996–2000 skal personer med hiv og aids få bedret sin livskvalitet og forlenget levetid sammenliknet med perioden 1990–1995. Delmålene og tiltakene knytter seg særlig til:
 - Bedre de økonomiske og sosiale vilkårene for disse gruppene. Ikke gjennom noen form for særomsorg, men ved å bidra til god informasjon om rettigheter og bedre tilgjengelighet i helse-, sosial- og trygdeapparatet.
 - Holdningsskapende arbeid overfor personell som kommer i kontakt med personer med hiv og aids for å hindre diskriminering mv. Opprettholde kompetansen blant helse- og annet personell i behandling og omsorg for gruppen.

- Bedre medisinsk behandling med dokumentert effekt av personer med hiv og aids.
- Stimulere forskning som kan øke kunnskapen om faktorer som påvirker hivinfeksjonens forløp.
- Spesiell fokusering på hivpositive og aidssyke kvinners helse- og livssituasjon.
- Styrke hivpositive og aidssykes sosiale nettverk gjennom bl.a. økonomisk støtte til organisasjoner for hivpositive.

Handlingsplanen er nærmere evaluert og kommentert i departementets eget bidrag til en europeisk evaluering og i Rogalandsforskningens evaluering, begge fra 2000.

5.2 Chlamydia – beskrivelse av tidligere strategi

Sentrale helsemyndigheter har ikke tidligere laget noe eget strategidokument for genital chlamydia-infeksjon. I Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000 var det et delmål å redusere forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer. Viktige tiltak var å gjøre diagnostisering og behandling lett tilgjengelig og bedre smitteoppsporingen. For øvrig forutsatte man at generelt økt kondombruk ville ha nytte også mot chlamydia-infeksjoner.

For Folkehelsen har det vært særlig viktig å veilede legene om målrettet testing for Chlamydia trachomatis. Formålet med å finne og behandle de smittede er å redusere deres risiko for følgetilstander og redusere antallet potensielle smitekilder. Ved en ekspertkonferanse i 1993 ble det enighet om indikasjonene for testing:

Med *kliniske indikasjoner* menes symptomer eller tegn på infeksjon med Chlamydia trachomatis.

Med *epidemiologiske indikasjoner* menes anamnesticke forhold som tilsier at personen trolig har vært utsatt for smitte. Følgende personer blir anbefalte testing:

- Smittekontakt (person som har hatt ubeskyttet samleie med person med chlamydiainfeksjon)
- Foreldre til nyfødt barn med konjunktivitt eller pneumoni forårsaket av Chlamydia trachomatis
- Person nylig smittet med annen seksuelt overført sykdom
- Smittekontakt til person med annen nylig smittet seksuelt overført sykdom, særlig bekkeninfeksjon, urethritt eller gonore

Med opportunistisk screening eller rutinetesting menes testing ved anledning av personer som er hos legen av andre grunner, for å plukke ut personer som har såpass høy risiko for chlamydiainfeksjon at de kan ha fordel av flere undersøkelser eller behandling.

- Alder under 25 år: testing etter hvert partnerskifte (eller etter ett til to år dersom legen ikke kjenner til partnerforholdene)
- Uansett alder: testing før abortinngrep

Ettersom tidlig diagnostikk og behandling av de smittede er en hjørnestein i forebyggingen, spiller allmennpraktiserende leger, inkludert de som arbeider i helsestasjoner for ungdom, en nøkkelrolle i epidemibekjempelsen.

Strategien har trolig vært effektiv. Gjennom 1980- og 1990-årene ble mange smittede diagnostisert slik at de kunne få behandling. Utbredelsen av genital chlamydiainfeksjon sank. Det er imidlertid et problem at så mange fortsatt smittes. Videre er det et problem at overvåkingen ikke er fullgod.

5.3 Gonore – beskrivelse av tidligere strategi

I Handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000 var det et delmål å redusere forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer. Viktige tiltak var å gjøre diagnostisering og behandling lett tilgjengelig og bedre smitteoppsporingen. For øvrig forutsatte man at generelt økt kondombruk ville ha nytte også mot andre seksuelt overførbare sykdommer.

Fra 1970-årene bestod strategien mot gonore av tidlig pasientnær diagnostikk (til dels uten laboratorieprøve) og umiddelbar endosebehandling av personer, som regel menn, med klare symptomer på gonore. Ettersom de fleste menn fikk ubehagelige symptomer på sykdommen, var dette en effektiv måte å redusere antallet potensielle smitekilder. I tillegg ble det oppfordret til kondombruk gjennom offentlige kampanjer. I midten av 1970-årene skjedde ytterligere to framskritt.

For det første ble det utviklet gode transportmedier slik at stadig flere laboratorier kunne tilby legene å sende inn prøver for undersøkelse. Dermed kunne legene diagnostisere gonore hos personer med ingen eller mer uklare symptomer. Det ble allerede i 1972 oppfordret til å ta rutineprøver av kvinner for å finne asymptomatiske smittebærere. Oppfordringen ble fulgt, og i 1991 ble 333 000 prøver undersøkt for gonokokker i norske laboratorier.

For det andre ble endosebehandling tatt i bruk slik at pasienten kunne få antibiotika der og da under oppsyn av legen og bli smittefri nesten umiddelbart.

I begynnelsen av 1990-årene var epidemien kommet under kontroll. Strategien hadde vært effektiv, men kostbar. Da var det på tide å endre strategi. De aller fleste gonoretester var nå bortkastede. En ekspertkonferanse i regi av Folkehelse anbefalte nye indikasjoner for testing for gonore. Formålet med å finne og behandle de smittede er å redusere deres risiko for følgetilstander og redusere antallet potensielle smitekilder.

Med *kliniske indikasjoner* menes symptomer eller tegn på gonore. For kvinner er dette gulgrønt sekret fra livmorhalsen og symptomer eller tegn på bekkeninfeksjon. For menn er det utflod fra urinrøret med sviende vannlatning og symptomer eller tegn på bitestikkelbetennelse.

Med *epidemiologiske indikasjoner* menes anamnestiske forhold som tilsier at personen trolig har vært utsatt for smitte. Følgende personer blir anbefalt testing:

- Smittekontakt (person som har hatt ubeskyttet samleie med person med gonoré)
- Foreldre til nyfødt barn med gonoreisk øyeinfeksjon

Prøvetaking kan i tillegg være aktuelt etter ubeskyttet samleie med person fra land utenfor Norden, og som kontroll etter behandling.

Følgende forhold er ikke lenger indikasjoner for gonoretesting: Utflod alene, hyppig vannlatning alene, prevensjonsveiledning eller –kontroll, svangerskapskontroll, celleprøvetaking fra livmorhalsen, svangerskaspavbrudd, innsetting av spiral, generell helseundersøkelse.

Strategien ble altså lagt om fra massiv rutine-testing av kvinner ved prevensjonsveiledning og svangerskap til målrettet testing av personer med symptomer og intensiv smitteoppsporing rundt dem som ble funnet smittet. Omleggingen har vært effektiv. Gonore er nesten utryddet fra Norge samtidig som prøvetallet i løpet av ti år er redusert fra over 330 000 til 80 000. Ingen av de siste syv årene er det meldt flere enn 300 tilfeller. Samtidig har vi svært god overvåking av gonore slik at endringer i bildet raskt vil bli oppdaget med tanke på målrettede tiltak.

5.4 Syfilis – beskrivelse av tidligere strategi

I Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000 var det et delmål å redusere forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer. Viktige tiltak var å gjøre diagnostisering og behandling lett tilgjengelig og å bedre smitteoppsporingen. For øvrig forutsatte man at generelt økt kondombruk ville ha nytte også mot andre seksuelt overførbare sykdommer.

Arbeidet mot syfilis har i stor grad skjedd i helsetjenesten gjennom tidlig diagnostikk, effektiv endosebehandling og smitteoppsporing. Inntil de siste par tiår var rutinemessig testing for syfilis vanlig ved sykehusinnleggelser og mange andre kontakter med helsevesenet. Screening av gravide var obligatorisk fram til 2000 og fortsetter nå som et frivillig tilbud med svært høy oppslutning.

Under utbruddet i Oslo blant menn som har sex med menn ble det lagt stor vekt på informasjon i de aktuelle miljøene, tilgjengelighet av kondomer på treffstedene og tilbud om undersøkelse og behandling.

5.5 Hepatitt B – beskrivelse av tidligere strategi

De viktigste forebyggende tiltak mot hepatitt B er immunisering (inkludert vaksinasjon), bruk av kondom, tilgang på rent sprøyteutstyr og tiltak for å finne gravide kvinner som er kroniske bærere.

5.5.1 Immunisering

De nordiske land, Nederland, Irland og Storbritannia har valgt ikke å følge Verdens helseorganisasjons anbefaling om å innføre allmenn hepatitt B-vaksinasjon av barn. Disse landene har i stedet valgt å vaksinere utvalgte grupper med høy risiko. I Norge er denne politikken uttrykt i rundskriv I-27/2000 fra Sosial- og helsedepartementet. Folketrygden dekker utgifter til gratis vaksinasjon av bl.a. følgende grupper:

- personer med langvarig omgang med kjente kroniske smittebærere, for eksempel seksualpartnere og familiemedlemmer til kroniske bærere
- stoffmisbrukere
- menn som har sex med menn
- prostituerte
- nyfødte barn av mødre som er kroniske bærere
- personer med utenlandsk bakgrunn, dvs. personer under 25 år med foreldre som er født i

Tabell 10. Estimert vaksinasjonsdekning mot hepatitt B i spesielt risikoutsatte grupper.

Gruppe	Ca. antall vaksinerte i 1999	Estimert vaksinasjonsdekning i 1999
Personer med langvarig omgang med kjente kroniske smittebærere	1000	75 %
Injiserende stoffmisbrukere, homoseksuelle menn og prostituerte	1800	60 %
Personer med utenlandsk bakgrunn < 25 år dvs. personer med foreldre som er født i land utenfor lavendemisk område	5000	40 %

land utenfor lavendemisk område og spedbarn av foreldre fra land utenfor lavendemisk område. (Grunnen til at unge innvandrere er en spesielt målrettet gruppe for vaksinasjon er at disse oftere velge seksualpartner med bakgrunn fra sitt eget opphavsland utenfor lavendemisk område og derfor med større risiko for å være bærer.)

Basert på utlevering av vaksiner fra Folkehelse som dekkes av Folketrygden kan man gjøre et estimat av vaksinasjonsdekningen i disse gruppene (tabell 10).

I tillegg vaksineres særlig utsatt helsepersonell og andre yrkesgrupper i overensstemmelse med bestemmelsene i arbeidsmiljølovgivningen.

På bakgrunn av hepatitt B-utbruddet blant misbrukere har det vært igangsatt en intensivert vaksinasjon av misbrukere i mange kommuner. Folkehelse har beregnet at 2 000 – 2 500 misbrukere ble vaksinert mot hepatitt A og/eller hepatitt B i 1999. Dette bekrefter inntrykket av en betydelig innsats i kommunene i 1999 for å få vaksinert stoffmisbrukere.

Immunisering kan også gjøres *etter* at en person (sannsynligvis) har vært utsatt (eksponert) for hepatitt B-viruset. Slik posteksponeringsimmunisering kan være meget effektivt i å hindre smitte. Den første dosen vaksine må gis så tidlig som mulig etter hendelsen. Dersom det er gått under 48 timer siden hendelsen, vil trolig spesifikt humant immunoglobulin mot hepatitt B gi ytterligere beskyttelse. Posteksponeringsimmunisering benyttes i dag i all hovedsak til nyfødte av mødre som er kroniske bærere, etter stikkuhell i helsevesenet og antakelig svært sjeldent etter seksuell eksponering. Retningslinjer for slik immunisering er gitt i rundskriv I- 27/2000 fra Sosial- og helsedepartementet.

5.5.2 Sprøytetilgang

Utbruddene av hepatitt A og B har ført til at mange kommuner har satt i verk spesielle tiltak for å sikre stoffmisbrukerne tilgang til rene sprøyter. Utbruddene omfattet en betydelig andel av landets injiserende misbrukere. Svært mange kommuner har hatt smittede misbrukere, men Oslo ser ut til å ha relativt få tilfeller. Det er nærliggende å anta at dette har sammenheng med den gode tilgangen på rene sprøyter i Oslo. Se for øvrig under hivinfeksjon.

5.5.3 Kondombruk

Se under hivinfeksjon.

5.5.4 Testing av gravide

Umiddelbar immunisering (med vaksine og hepatitt B immunoglobulin) av et nyfødt barn av en mor som er bærer av hepatitt B-virus kan redusere sannsynligheten for at barnet blir kronisk smittebærer fra over 90 % til under 5 %. Forutsetningen for dette tiltaket er selvfølgelig at mors bærertilstand er kjent ved fødselen.

I mange land tilbys alle gravide screening for hepatitt B (test for HbsAg). I Norge er dette ikke tilfellet, slik det er for hivinfeksjon. I stedet anbefaler Folkehelse at testing bør tilbys den gravide dersom kvinnen selv, hennes tidligere seksualpartner eller hennes nåværende seksualpartner:

- er født eller oppvokst i mellom- eller høyendemisk område (dvs. områder av verden der hepatitt B er svært utbredt)
- er tidligere eller nåværende injiserende stoffmisbruker
- har fått blodoverføring i utlandet

- har hatt seksuell kontakt med sprøytemisbruker eller biseksuell mann
- har vært utsatt for yrkesmessig eksponering
- har hatt hepatitt B.

Det er ikke kjent hvor mange gravide som blir testet for hepatitt B, men vi antar at tilbudet om testing når disse gruppene. Det skjer sjeldent at barn i Norge diagnostiseres og at man i ettertid finner ut at barnet ble smittet under fødselen. Imidlertid skjer det enkelte ganger at testing er utelatt under svangerskapskontrollen og må utføres på sykehuset mens fødselen pågår.

5.6 Herpes – beskrivelse av tidligere strategi

I Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000 var det et delmål å redusere forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer. Det generelle arbeidet for økt kondombruk har vært rettet også mot genital herpes. For øvrig har helsevesenet

diagnostisert smittede og tilbudt lindrende behandling til dem som har store plager. Årvåkenheten har vært stor overfor gravide med genital herpes slik at tiltak kan iverksettes dersom kvinnen har utbrudd under fødsel. Folkehelse har anbefalt at smitteoppsporing ikke utføres.

5.7 HPV – beskrivelse av tidligere strategi

I Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000 var det et delmål å redusere forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer. Det generelle arbeidet for økt kondombruk har vært rettet også mot genital papillomavirusinfeksjon. For øvrig har helsevesenet diagnostisert smittede og tilbudt lindrende behandling til dem som har store plager.

I tillegg fins det et offentlig program for masseundersøkelser mot livmorhalskreft.

Folkehelse har anbefalt at smitteoppsporing ikke utføres.

Kapittel 6

Vedlegg

6.1 Oversikt over informasjonsmateriell

Under finnes en oversikt over aktuelt informasjonsmateriell og Internettadresser om hiv/aids, hepatitt B og andre seksuelt overførbare sykdommer. Oversikten er begrenset og viser for eksempel ikke informasjon som omfatter skjønnlitteratur og undervisningslitteratur (skolebøker), kommersielle Internettsider mm. Med få unntak viser oversikten det som er finansiert helt eller delvis av hel-

semyndighetene, men kan være produsert av ulike organisasjoner som står sentralt i hivarbeidet. Materiellet omfatter i hovedsak brosjyrer, hefter, rapporter, periodika og plakater. Det meste av materiell som brosjyrer og hefter er relativt uforandret over tid. Noe materiell er produsert med tanke på kampanjer, f.eks. annonser.

Materiellet er ordnet etter målgrupper. Noen titler med flere sentrale målgrupper kan være oppgitt flere steder.

Titel	Produsent	Hovedtema	Hovedtype	Målgruppe/aldersgruppe
Generelle befolkning				
Fakta om hiv og aids	Statens helsetilsyn/ Folkehelsa	Generell informasjon om hiv og aids	Brosjyre (A5)	Hele befolkningen (Oversatt til 14 språk 2001)
Aids-info	Folkehelsa	Nyhetsstoff om medisinske, sosiale og samfunnsmessige konsekvenser av hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer	Periodisk blad 4 ganger årlig 16 sider Opplag 19 500	Kommunehelsetjenesten, sykehus, høyskoler, videreg. skoler, folkebibliotek, fagbibliotek, asylmottak, personer med hiv og andre spesielt interesserte oa
Bruk kondom	Pluss-LMA	Fire forskjellige plakater om «bruk kondom»	Publisert i en rekke aviser og livsstilsblader	Publikum, ungdom
www.pluss-lma.no	Pluss-LMA	Pluss-LMAs hjemmesider Organisasjonsinfo Debatt/aktuelle saker Faktainformasjon	Internett	Medlemmer, interesserte, publikum
Hvorfor hate?	Helsedirektoratet	Hvordan en ung mann blir mottatt av familie og venner når dette blir kjent at han har hiv	Video	For alle uansett nasjonal bakgrunn. Tekstet Tale urdu/hindi Alle
Felles rettigheter, felles ansvar	Statens helsetilsyn	Om rettigheter og ansvar for hiv-positive og hivnegative. Produsert til Verdens aidsdag 1995	Brosjyre	
Ungdom				
Gutter og sex	Statens helsetilsyn	Seksuelt overførbare sykdommer	Brosjyre i plastlomme med kondomer	Unge gutter
Sikkert stikk	Utekontaktene/ Statens helsetilsyn IK-2657	Veileder om sikrere sex for gutter	Brosjyre i lommeformat	Unge gutter
Hva vet du om sos	Klinikk for seksuell opplysning	Informasjon om seksuelt overførbare sykdommer	Hefte	All ungdom
SOS?	Sosialmedisinsk senter, Tromsø	Kort om seksuelt overførbare sykdommer	Brosjyre i lommeformat	Unge i Tromsøregionen

Tittel	Produsent	Hovedtema	Hovedtype	Målgruppe/aldersgruppe
Bruk kondom	Pluss-LMA	Fire forskjellige plakater om «bruk kondom»	Publisert i en rekke aviser og livsstilsblader	Publikum, ungdom
Jenter & Sex	Statens helsetilsyn	Film for jenter om forelskelse, kropp og pubertet	Video	Unge jenter
Gutter & Sex	Statens helsetilsyn	Film for gutter om forelskelse, kropp og pubertet	Video	Unge gutter
Det store mann-domsspranget	Statens helsetilsyn	Ett rollespill for gutter om seksua-litet	CD-ROM	
Jeg elsker hvem jeg vil	Norsk filminstitut	Dokumentarfilm om unge homo-file	Video	Undervisning fra 13 år
God reise til utlandet	Statens helsetilsyn	Hivsmitte på reise i utlandet	Brosjyre i lommeformat og plakat	Reisende til utlandet Alle i seksuelt aktiv alder Spesiell fokus på menn (brosjyre)
Forebygging av hiv-smitte blant norske bistandsarbeidere	Statens helsetilsyn/ NORAD	«Prinsipp-program» om tiltak mot hivsmitte blant nordmenn som oppholder seg lenge i høyende-miske områder, spesielt Afrika	Hefte (A4)	Arbeidsgivere og ansatte på opp-drag i høyendemiske områder
For deg som skal til et land med høy fore-komst av hiv/ Du er nå i et land med høy forekomst av hiv	Statens helsetilsyn		Brosjyre/ plakat	Ansatte på oppdrag i høyende-miske områder
Gode råd for god reise	Folkehelsa	Kortfattet om ulike helseproble-mer ved reise til utlandet, inkl. Seksuelt overførbare sykdommer	Hefte i lommeformat	Reisende
Heteroseksuelle				
Sikrere sex for menn og kvinner	Statens helsetilsyn	Sikrere sex for heteroseksuelle	Hefte	Seksuelt aktive menn og kvinner
	Fylkeslegen i Finnmark		Brosjyre og plakat	Menn som kjøper sex

Tittel	Produsent	Hovedtema	Hovedtype	Målgruppe/aldersgruppe
Menn som har sex med menn				
Sikrere sex for menn som har sex med menn	Helseutvalget for homofile	Veileder i sikrere sex	Hefte	Menn som har sex med menn
Hiv-testen	Helseutvalget for homofile	Om hivtesten	Brosjyre i lommeformat	Menn som har sex med menn
Jeg elsker hvem jeg vil	Norsk filminstitutt	Dokumentarfilm om unge homofile	Video	Undervisning fra 13 år
www.radiator.no/helse/	Helseutvalget for homofile	Helseutvalgets hjemmeside med nyheter, informasjon mm	Internettsider	Menn som har sex med menn
Metodebok Klinikk for seksuell opplysning	Klinikk for seksuell opplysning	Omhandler prevensjon, svangerskap, infeksjoner, seksuelle problemer og undersøkelsesprosedyrer	Bok/hefte	Kommunehelsetjenesten
Stoffbrukere				
Virus og sprøyter	Statens helsetilsyn	Tegneserie om hiv og hepatitt smitte gjennom sprøytebruk	Brosjyre i lommeformat	Stoffbrukere
Virus og gummi	Statens helsetilsyn	Tegneserie om hiv og hepatitt smitte ved sex	Brosjyre i lommeformat	Stoffbrukere
Beskytt deg selv og andre mot hiv og hepatitt	Statens helsetilsyn	Om sprøyterensning	Plakat (fengsler) og brosjyre	Stoffbrukere
Personer med hivinfeksjon/pårørende				
Felles rettigheter, felles ansvar	Statens helsetilsyn	Om rettigheter og ansvar for hivpositive og hivnegative. Produsert til Verdens aidsdag 1995	Brosjyre	Alle
«Nytt fra Pluss-lma»	Pluss-LMA	Medlemsblad	6x året. Om PLMA og stoff om hiv/aids	Går til medlemmer og andre som ønsker det

Tittel	Produsent	Hovedtema	Hovedtype	Målgruppe/aldersgruppe
Informasjonsbrosjyre om PLUSS-LMA	Pluss-LMA	Informasjon om Pluss-LMA	Brosjyre	Hivpositive og alle som arbeider med hiv/aids
HIV-smitte	Pluss-LMA	Fore forskjellige plakater om HIV-smitte	Avisannonser	Publikum
www.pluss-lma.no	Pluss-LMA	Pluss-LMAs hjemmesider Organisasjonsinfo Debatt/aktuelle saker Faktainformasjon	Internett	Medlemmer, interesserte, publikum
Helsetjenesten oa				
Handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000	Sosial- og helsedepartementet	Norges handlingsplan mot hiv/aids for perioden 1996–2001	Hefte	Helsetjenesten og alle andre aktører i arbeidet med hiv/aidsforebygging. Media
Aids-info	Folkehelsen	Nyhetsstoff om medisinske, sosiale og samfunnsmessige konsekvenser av hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer	Periodisk blad 4 ganger årlig 16 sider Opplag 19 500	Kommunehelsetjenesten, sykehus, høyskoler, videreg. skoler, folkebibliotek, fagbibliotek, asylmottak, personer med hiv og andre spesielt interesserte oa Hele helsetjenesten
Råd mot blodsmitte i helsetjenesten	Folkehelsen/ Helsetilsynet	Praktiske råd i risikosituasjoner som kan oppstå i helsetjenesten	Plakat	
Hva ansatte i barnehager bør vite om sykdommer som smitter gjennom blod	Statens helsetilsyn	Om generelle tiltak mot hiv og hepatittsmitte i barnehager	Brosjyre (A5)	Ansatte i barnehager
Retningslinjer for smitteoppsporing ved HIV-infeksjon	Statens helsetilsyn IK-2332	Retningslinjer for smitteoppsporing ved hiv-infeksjon	Hefte	Helsetjenesten Ansvarlige for smitteoppsporing
An evaluation of Aids prevention in Norway	Statens helsetilsyn	Engelsk kortversjon av Hiv/aidsforebyggende arbeid i Norge – En evaluering	Hefte (A4)	Utenlandsk helsetjeneste/ forskningsmiljøer/ hivforebyggende miljøer

Tittel	Produsent	Hovedtema	Hovedtype	Målgruppe/aldersgruppe
MSIS-rapport	Folkehelse	Ukesrapport med meldinger om smittsomme sykdommer med kommentarer	Nyhetsbrev	Helsetjenesten, MSIS-meldeenheter oa
Personer med annen språkbakgrunn				
	Fylkeslegen i Finnmark	Informasjon om seksuelt overførbare sykdommer på norsk og russisk	Brosjyre og plakat	Menn som kjøper sex Språk: norsk og russisk
Fakta om hiv og aids	Statens helsetilsyn/ Folkehelse	Generell informasjon om hiv og aids	Brosjyre (A5)	Hele befolkningen (Oversettes til 14 språk 2001)
Hvorfor hate?	Helsedirektoratet	Hvordan en ung mann blir mottatt av familie og venner når dette blir kjent at han har hiv	Video	For alle uansett nasjonal bakgrunn. Tekstet Tale urdu/hindi
Handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000 –kortversjon	Sosial- og helsedepartementet	Norges handlingsplan mot hiv/aids for perioden 1996–2001	Hefte	Kortversjonen er utgitt på engelsk, fransk og spansk.
Kvinner / Gravide				
Tilbud om HIV-test til alle gravide	Folkehelse	Om hiv og graviditet	Brosjyre	Gravide
Andre				
Sikrere sex for kvinner som har sex med kvinner	Helseutvalget for homofile	Veileder i sikrere sex	Hefte	Kvinner som har sex med kvinner

6.2 Endring av risikoatferd

Målgruppe	Forebyggingsperspektiv	Arena	Kanal	Målsetting	Budskap	Begrunnelse for budskap Viktige utfordringer
Ungdom Unge voksne	Kortsiktig Individrettet	Skole	Massekommunikasjon	Spre informasjon Oppmerksomhet	Ha sex, vent med samleie	hiv/aids-epidemien aktualiserte det å få folk til å praktisere sikrere sex. Problemet med dette budskapet er at det representerer et brudd med den tradisjonelle, samleiefikserte nordiske seksualkulturen, hvor unge mennesker samler seg seksuelle erfaringer etter mønsteret 1) lett petting, 2) samleie, og 3) avansert petting (Lewin & Helmius, 1983). Ved siden av dette forholdet, kan sikrere sex atferd kompliseres av seksualitetens mening. Overføring av sæd fra en person til en annen kan betraktes som en symbolsk handling som uttrykker kjærlighet og ønsket om å ville gi «hele seg» til den man elsker. Både sikrere sex, og kondombruk, hindrer denne viktige formen for symbolsk kommunikasjon.
Ungdom Unge voksne	Kortsiktig Individrettet	Skole	Personlig kommunikasjon	Øke mestring Atferdsendring	Kontekstspesifikk budskap om når og i hvilke situasjoner risikerer man SOS smitte	Strategien tar utgangspunkt i ungdoms egen sosiale og seksuelle virkelighet. Utdifferensierte budskap kan bidra til å skape unødvendig engstelse om sex blant ungdom generelt. Det er viktig å snakke med unge hvordan seksualiteten oppleves, og å knytte seksualiteten til «jeg»-opplevelsen. En innfallsport kan være å snakke om forelskelse og kjærlighet. Samtalen bør foregå innenfor en trygg ramme. Det er viktig å snakke med unge jenter om onani og seksuell nytelse. Unge jenter har gjennomgående dårligere kunnskap om egen seksualitet og egne behov, og bør oppmuntres til å lære å kjenne seg selv som seksuelle vesener. Det vil kunne føre til økt trygghet og bedre evne til å hevde egne behov i seksuelle møter.
Personer med høy partnerturnover	Kortsiktig Langsiktig Individrettet	Skole, Ungdomsklubb Utesteder Helsestasjon Legekontor	Personlig kommunikasjon Intervensjon Drama Rollespill	Øke mestring Atferdsendring	Kontekstspesifikk budskap som: «Neste gang du står overfor en ny partner skal du spørre deg selv: Hva er det denne partneren har som jeg trenger?»	3–5 % av befolkningen har hatt et betydelig høyere antall samleiepartnere enn gjennomsnittet (2/3 menn). Deres atferd gjør dem spesielt risikoutsatt for SOS. Mye tyder på at intimitetsangst, manglende evne til selvankjennelse og et negativt selv bilde er faktorer som ligger under en slik atferd (Træen & Sørensen, 2000). Det bør være en målsetting å lære mennesker opp til å gi seg selv spesifikke selvinstruksjoner til bruk i spesifikke situasjoner.

Foreldre Førskole- lærere, Lærere Helsesøs- tre Leger	Langsiktig Individ- rettet	Barneha- ger Skoler Ungdoms- klubb Helsesta- sjon Legekon- tor	Personlig kom- munikasjon	Øke mest- ring Atferdsend- ring	Kjønns-spesifikt budskap: 1) La små jenter få utforske egen kropp og seksua- litet 2) La gutter snakke om og vise følelser	I et langsiktig perspektiv er småbarnsforeldre en viktig målgruppe å nå. Eftersom det er en sammenheng mellom manglende prevensjonsbruk og lavt grad av seksuell nytelse blant unge jenter, blir det viktig å fremme budskap om at alle barn har en egen seksualitet som de bør få lov til å utforske. Spesielt bør fokus rettes mot betydningen av å la små jenter bli kjent med kroppen sin, og betydningen av å la små gutter uttrykke følelsene sine i ord. Tanken bak budskapene er å gjøre gutters og jenters seksuelle virkelighet likere hverandre, slik at de i fremtidige seksuelle samhandlingssituasjoner er bedre rustet til å kommunisere med hverandre om hva de ønsker seg av hverandre, både seksuelt og følelsesmessig.
Den gene- relle befolkning	Langsiktig Individ- rettet	Masse- media	Massekommu- nikasjon	Holdnings- påvirkning	Å påvirke oppfat- ningen av bakte- rier og virus	Avhengig av hvordan en bakterie eller et virus overføres, tolkes det forskjellig. Mens noen anses «moralsk akseptable», er de som gir SOS «umoralske». De seksuelle aktørene ønsker sannsynligvis å bli oppfattet som «rene» i hverandres øyne. Å insistere på smittebeskyttelse i en romantisk sammenheng blir dermed ulogisk og oppfattes som et tegn på at de ekte følelsene ikke er til stede. Kjærlighet blir uforenelig med smittebeskyttelse. En vei å gå i forebyggingsarbeidet er å forsøke å påvirke ryktet til de mikroorganismer som gir opphav til SOS.
Den gene- relle befolkning	Kortsiktig Langsiktig Individ- rettet	Masse- media	Massekommu- nikasjon	Holdnings- påvirkning	Kjønns-spesifikt budskap: 1) Ekte mann- folk sjangler og snøvler ikke! 2) Fylla har ikke skylda!	Vi har en tendens til å hevde at folk ikke <i>klarer</i> å bruke smittebeskyttelse når de har samleie med en ny partner de har kjent kort tid. Det er imidlertid mer sannsynlig at folk i denne oftest romaniserte situasjonen ikke har intensjon om bruk av smittebeskyttelse. Alkohol og beruselse tillater og muliggjør atferden, og fungerer som unnskyldning dagen derpå. En europeisk, komparativ studie viser at det er bare i Norge at beruselse har sammenheng med manglende kondombruk (Træen <i>et al</i> , 2001). Det kan ha sammenheng med både kjønnsroller og forhold til beruselse. Basert på forskjeller i drikkemønstre kan de europeiske land deles inn i tre regioner representative for tre ulike drikkekulturer: Den sørlige regionen representativ for vindrikker kulturen; den øldrikkende kulturen i Sentral Europa; og den nordlige drikkekulturen tradisjonelt dominert av spritkonsum. Bak disse forskjellene i hvilken type alkohol som konsumeres, ligger det ulikheter i drikkekul-tur med hensyn til forholdet til beruselse. Beruselse er sannsynligvis mer sosialt tolerert i de nordlige regioner enn i de sørlige regioner av Europa. Lewin (1991) har vist at svenske ungdommer oppfatter alkoholbruk og beruselse som noe positivt og voksent. Latinamerikanske innvandrungsdommer oppfatter imidlertid beruselse som noe sosialt stigmatiserende, umodent og det å ikke være et riktig «mannfolk». Dette bør utnyttes i det forebyggende arbeidet blant norske, gjennom å bevisst spille på folks forestillinger om feminitet og maskulinitet.

Ungdom Voksne	Kortsiktig Miljørettet	Utesteder Skoler Ungdoms- klubb Helse- stasjon Lege- kontor Flyplasser Reisebyrå	Massekommu- nikasjon	Å øke kon- dombruk gjennom bedret til- gjengelighet		Mange tenåringer har ikke sex spesielt ofte, og derfor blir det vanskelig å forutse når det kan skje og planlegge for hendelsen. I forebyggende øyemed bør man anerkjenne dette, og møte de unge gjennom å sørge for at kondomer er tilgjengelig på steder ungdom ferdes og møter sine fremtidige samleiepartnere. Hvis vi øker tilgjengeligheten av kondomer på offentlige steder, har vi muligheten til å forebygge SOS både i den store gruppen av ungdom som lever ut sitt seksualliv i overenstemmelse med de sosialt aksepterte verdier om kjærlighet og parforhold, <i>i tillegg til</i> den lille gruppen av spesielt seksuelt aktive ungdommer som avviker fra majoriteten med sin seksuell atferd. En økt tilgjengelighet av kondomer på utesteder, vil videre bidra til å holde i live ideen om at smittebeskyttelse er nødvendig. Ved sin tilstedeværelse vil kondomene også fungerer som et signal om at beskyttelse mot SOS er en del av de sosialt aksepterte ideer om seksualiteten.
Helseper- sonell	Kortsiktig Langsiktig Individ- rettet	Utdan- ningsinsti- tusjoner Etterut- danning	Personlig kom- munikasjon	Økt kunn- skapsnivå Positive holdninger Endre atferd	Tør å kjenne etter på egen sek- sualitet	Å skolere helsepersonell til å få et godt forhold til egen seksualitet og øke deres kunnskaper om seksualitet, vil kunne gjøre dem til bedre terapeuter i møte med klienter.
Innvan- drerung- dom	Kortsiktig Langsiktig Individ- rettet	Skolen Helseje- nsten	Personlig kom- munikasjon Massekommu- nikasjon	Økt kunn- skapsnivå Øke mest- ring Endre atferd		

6.3 Bruk av blod og annet humant materiale

6.3.1 Eksempler på de viktigste bestemmelsene om blodgivning:

Risikoadferd

- Blodgiveren skal ikke ha vært i risikosituasjoner for smitte av hiv eller hepatitt
- Beruselse eller alkoholmisbruk utelukker fra blodgivning
- Narkotikamisbruk fører til permanent utelukkelse
- Gjennomgått syfilis, behandling for syfilis eller positiv screeningstest for syfilis fører til permanent utelukkelse fra blodgivning
- Annen seksuelt overført sykdom fører til minimum 12 måneders karantene etter gjennomført behandling

Virussykdommer. Permanent utelukking fra blodgivning

- Kliniske tegn eller laboratoriesvar som tyder på nåværende eller tidligere infeksjon med hepatitt B virus (HBV), hepatitt C virus (HCV), humant T-celle lymfotropt virus (HTLV) eller humant immunsvikt virus (hiv)
- Giver som har donert den eneste enhet av blod eller blodprodukt gitt til pasient som utviklet klinisk tegn eller laboratorietegn på transfusjonsassosiert hepatitt, hiv eller HTLV infeksjon, utelukkes dersom ikke annen opplagt smittekilde er kjent.

Utelukkelse pga. informasjon på skjema for blodgivere godkjent av Statens Helsetilsyn

Personer med sikker hepatitt A eller hepatitt forårsaket av CMV eller EBV gjennomgått for mer enn 5 år siden, kan gi etter vurdering av lege.

Tidsbegrenset utelukkelse

- Tatovering, piercing, hull i ørene, blodsøl på slimhinner, penetrasjon av hud med nåler, instrumenter eller andre gjenstander som var forurenset med blod eller kroppsvæske. 12 måneders utelukkelse
- Seksuell kontakt med person i risikogruppe slik de er angitt på spørreskjema for blodgivere godkjent av Helsetilsynet. Tidsbegrenset eller varig.

- Seksuell kontakt med person som har vært behandlet med blodprodukt siste 12 måneder. 12 måneder utelukkelse
- Ny seksualpartner, eller tilfeldig seksuell kontakt, 6 måneder utelukkelse
- Arrestopphold over 72 timer. 12 måneder utelukkelse

Spesielt om hiv/aids

Spørreskjema for blodgivere skal inneholde spørsmål for å identifisere personer med risiko for hivinfeksjon. Personer som besvarer skjemaet på en måte som er forenlig med risiko for hivsmitte skal ekskluderes fra blodgivning permanent.

Oppvekst, bopel

Personer som er født i andre land enn Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island, Storbritannia, Irland, Tyskland, Sveits, Nederland, Belgia, Luxembourg, Frankrike, USA, Canada, Australia eller New Zealand, eller som har hatt langvarig opphold utenfor de nevnte landene, definert som sammenhengende opphold over 1 år, skal ikke være blodgivere.

Personer med seksualpartnere som er født i, eller har hatt langvarige opphold i andre land enn de ovennevnte, skal ikke gi blod før 6 måneder etter at det seksuelle samlivet opphører. Personer som har opphold i andre land enn de ovennevnte i over 4 uker, men mindre enn ett år, skal ikke gi blod før 6 måneder etter hjemkomsten.

Egne, strengere regler gjelder for opphold i områder med malaria og/eller andre tropesykdommer. Blodgivere som ikke fyller kravene til fødeland etc, men som har gitt blod i lengre tid i den organiserte transfusjonstjenesten, kan fortsette som vanlige blodgivere.

6.3.2 Regelverk og offentlige dokumenter om blod og blodprodukter

Generelt

- Lov om legemidler mv. av 4. desember 1992
- Forskrift om tilvirkning og innførsel av legemidler av 30. juni 1995 (Tilvirkningsforskriften)
- Forskrift av 20. juli 1995 nr. 698 om legemidlers kvalitet, standarder med mer.
- Retningslinjer for GMP i blodbanker, 1996, IK 2527
- Retningslinjer for transfusjonstjenesten i Norge, 1997. IK-2590. Revidert utgave vil bli publisert i 2001.

- The rules governing medical products in the European Union, volume 4, Good manufacturing practice, 1997 edition (ISBN 92-828-2029-7).
- Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components, 4th edition 1998. Utgitt av Europarådet.

Transfusjonstjenesten

- *Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten* fastslår at Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med all helsetjeneste og alt helsepersonell, herunder den del av blodbankenes virksomhet som ikke omfattes av legemiddelovgivningen.
- *Lov om spesialisttjenesten* omfatter transfusjonstjenesten som en del av spesialisthelsetjenesten.
- *Struktur for blodbankene i Norge*, Utredning 2-97, utgitt av Helsetilsynet.
- *Rundskriv IK-12/99, Infeksjonstesting av blodgivere*, gir en oversikt over hvilke tester som er påbudt ved blodtapping.

6.4 Referanseliste

1. Amundsen E. HIV/AIDS-epidemien i Norge, Danmark og Sverige blant menn som her sex med menn: tre ulike fortellinger. Oslo: Statens institutt for Folkehelse, 1997.
2. Amundsen E, Aalen OO, Stigum H, Eskild A, Smith E, Arneborn M et al. Back-calculation based on HIV and AIDS registers in Denmark, Norway and Sweden 1977-95 among homosexual men: estimation of absolute rates, incidence rates and prevalence of HIV. *Journal of Epidemiology and Biostatistics* 2000; 5:?
3. Applegate M. AIDS education for adolescents: a review of the literature. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children* 1998; 2(1):5-29.
4. Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Statlig informasjonspolitikk – hovedprinsipper. Oslo: Departementet, 1995.
5. Ball A, Donoghoe M, Rana S, Weiler G. Strategies for the prevention of HIV infection associated with injecting drug use: an overview. *Int Conf AIDS* 1998; 12:908 (abstract no. 43308).
6. Bochow M, Chiarotti F, Davies P, Dubois AF, Dur W, Foucherd J et al. Sexual behaviour of gay and bisexual men in eight European countries. *AIDS Care* 1994; 9:533-49.
7. Bretteville-Jensen AL, Ødegård E. Injeksjonsmisbrukere i Norge. Oslo: SIFA, 1999. Report No.:4/99.
8. Brocklehurst P. Interventions aimed at decreasing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *The Cochrane Library* [Issue 1, 2001]. Oxford: Update Software.
9. Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ. Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly* 1990; 17:53-72.
10. Centers for Disease Control and Prevention. HIV prevention strategic plan through 2005. Atlanta, Georgia: The Center, 2001.
11. Cotter A, Smith P. Epilogue: setting new research agendas. In: Smith P, editor. *Nursing research: setting new agendas*. London: Arnold, 1998.
12. Coyle SL, Needle RH, Normand J. Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health* 1999; 113(Suppl. 1):19-30.
13. Davies P. On relaps: recidivism or rational response? In: Aggleton P, Hart G, Davies P, editors. *AIDS. Rights, risk and reason*. London: Falmer Press, 1992: 133-141.
14. Davis KR, Weller SC. The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. *Family Planning Perspectives* 1999; 31(6):272-9.
15. Donovan B, Ross MW. Preventing HIV: determinants of sexual behavior. *Lancet* 2000; 355(9218):1897-1901.
16. Downie RS, ... [et al.]. *Health promotion: models and values*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
17. Ewles L, Simnett I. *Promoting health: a practical guide*. London: Harcourt Brace & Company Limited, 1999.
18. Exner TM, Seal DW, Ehrhardt AA. A review of HIV interventions for at-risk women. *AIDS and Behavior* 1997; 1(2):93-123.
19. Exner TM, Gardos P, Ehrhardt AA, Seal D. A review of HIV interventions with adult heterosexually active men. *Int Conf AIDS* 1998; 12:995-6 (abstract no. 254/44303).
20. Folkhälsoinstitutet. *Nationell handlingsplan för STD/HIV-prevention under perioden 2000-2005*. Stockholm: Institutet, 2000.
21. Gibson DR, McCusker J, Chesney M. Effectiveness of psychosocial interventions in preventing HIV risk behavior in injecting drug users. *AIDS* 1998; 12(8):919-29.
22. Grilli R, Freemantle N, Minozzi S, Domenighetti G, Finer D. Mass media interventions:

- effects on health services utilisation (Cochrane review). In: The Cochrane Library [Issue 1, 2001]. Oxford: Update Software.
23. Hart E, Bond M. Action research for health and social care. 2nd ed. Buckingham: Open University Press, 1995.
 24. Heier HE. Blod og samfunn: Streiftog i transfusjonstjenestens historie. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, 2000. Report No.: 2000: 1.
 25. Heimer R, Abdala N. Viability of HIV-1 in syringes: implications for interventions among injecting drug users. *AIDS Reader* 2000; 10(7):410–7.
 26. Helsedirektoratet. Helsedirektørens kontrollprogram for AIDS-sykdommen. Oslo: Direktoratet, 1985. AIDS-skriv nr. 4.
 27. Holmes KK, Sparling PF, Mård PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P et al. Sexually transmitted diseases. 3 ed. New York: McGraw-Hill, 1999.
 28. Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 1997; 349: 1797–1800.
 29. James T, Whittaker D. Researching hidden worlds: dilemmas for nurse researchers. In: Smith P, editor. *Nursing research: Setting new agendas*. London: Arnold, 1998: 139–59.
 30. Joffe H. Beyond the knowledge-attitude: behavior paradigm of AIDS research. 1993.
 31. Kahassay MH, Oakley P. Community involvement in health development: a review of the concept and practice. Geneva: World Health Organization, 1999.
 32. Kaufmann GR, Duncombe C, Zaunders J, Cunningham P, Cooper D. Primary HIV-1 infection: a review of clinical manifestations, immunologic and virologic changes. *AIDS Patient Care & STDS* 1998; 12(10):759–69.
 33. Kell JA. Changing HIV Risk Behavior. Practical Strategies. London: Guilford Press, 1995.
 34. Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J. Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: A quantitative review. *Journal of Adolescent Health* 1997; 20(3):337–53.
 35. Kontula O, Haavio-Mannila E. Sexual pleasures: enhancement of sex life in Finland, 1972–1992. Aldershot: Dartmouth Publishing Company Limited, 1995.
 36. Kraft P. AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion, and sexual behavior [thesis]. University of Bergen, 1991.
 37. Kvaalem IL, Træen B. Self-efficacy, scripts of love and intention to use condoms among Norwegian adolescents. *Journal of Youth and Adolescents* 2000; 29(3):337–53.
 38. Laurence J. «Amplified perversity»: trends in heterosexual HIV. *AIDS Patient Care & STDS* 1999; 13(12):683–8.
 39. Leigh, B.C. The Relationship of Sex-Related Alcohol Expectancies to Alcohol Consumption and Sexual Behaviour. *British Journal of Addiction* 1990; 85:919–928.
 40. Lewin B, Fugl-Meyer K, editors. Sex i Sverige: om sexuallivet i Sverige 1996: rapport från en av Folkhälsoinstitutet finansierad befolkningsbaserad studie. Uppsala: Uppsala Univ. Förl., 1997.
 41. Lie T, Kjosavik SR, Nesvåg S, Ramvi E. Gjennomføring av handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000 – en evaluering. Stavanger: Rogalandsforskning, 2001. Rapport RF – 2002/13.
 42. Lystad A. Tanker om prinsipper og retningslinjer for kontroll med AIDS-sykdommen. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1985.
 43. Masterson A. Discourse analysis: a tool for change in nursing policy, practice and research. In: Smith P, editor. *Nursing research: Setting new agendas*. London: Arnold, 1998.
 44. Metzger DS, Navaline H, Woody GE. Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Reports* 1998; 113(Suppl. 1):97–106.
 45. Middelthon, A.L. Being young and gay in the context of HIV. A qualitative study among young Norwegian gay men. Thesis. Oslo: University of Oslo, Faculty of Medicine, 2001.
 46. Oakley A, Fullerton D. Risk, knowledge and behaviour: HIV/AIDS education programmes and young people. Report for North Thames Regional Health Authority. London: University of London, Social Science Research Unit., 1994.
 47. Pedersen W, Hegna K. Barn og unge som selger sex. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2000; 120: 215–20.
 48. Pollak M. AIDS prevention for men having sex with men. Lausanne: Institute universitaire de médecine sociale et préventive, 1991.
 49. Priur A. Kærlighed mellem mænd i en tid med AIDS. Gylding: Hans Reitzels forlag, 1989.
 50. Reinerman, C. and Leigh, B.C. Culture, Cognition and Disinhibition: Notes on Sexuality and Alcohol in the Age of AIDS. *Contemporary Drug Problems*, Fall, 1987
 51. Rogers A. Adults learning for development. London: Cassell, 1992.

52. Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli IZ. Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviors intended to prevent cervical cancer (Cochrane Review). In: The Cochrane Library [Issue 1, 2001]. Oxford: Update Software.
53. Silvermann BG, Gross TP. Use and effectiveness of condoms during anal intercourse. A review. *Sexually Transmitted Diseases* 1997; 24(1):11–7.
54. Skog OJ. Utvikling av intravenøst narkotikamisbruk i Norge: anslag for insidens og prevalens. Oslo: SIFA, 1990. Report No.: 1/90.
55. Skretting A. Ungdom og rusmidler: data fra SIFAs årlige spørreskjemaundersøkelse 1968–99. Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 2000.
56. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug & Alcohol Dependence* 2000; 59(1):17–31.
57. Sosial- og helsedepartementet. Handlingsplan mot HIV/AIDS epidemien 1996–2000. Oslo: Departementet, 1996.
58. Sosial- og helsedepartementet. Kunnskap og brubygging: handlingsplan I-0910, sosialtenesta si førstelinje. Oslo: Departementet, 1998.
59. Sosial- og helsedepartementet. Den norske landrapporten i prosjektet «HIV prevention in Europe. A review of policy and practice in Europe». Oslo: Departementet, 2000.
60. Sosial- og helsedepartementet. Narkotikaproblemen i Norge 2000: Rapport om situasjon og tiltak. Oslo: Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, Forsvarsdepartementet, Justisdepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Utenriksdepartementet, 2001.
61. Statens helsetilsyn. Retningslinjer for transfusjonstjenesten i Norge. Oslo: Tilsynet, 1997. Trykksak No.: IK-2590.
62. Stigum H, Harris JR, Magnus P, Samuelson SO, Bakketeig LS. Frequency of sexual partner change in a Norwegian population. Data distribution and covariates. *American Journal of Epidemiology* 1997; 145(7):636–43.
63. Stigum H, Træen B, Magnus P. Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992 og 1997. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2000.
64. Sundet JM, Magnus P, Kvaem IL, Samuelson SO, Bakketeig LS. Secular trends and sociodemographic regularities of coital debut age in Norway. *Archives of Sexual Behavior* 1992; 21:241–52.
65. Træen B, Kvaem IL. Sexual socialization and motives for intercourse among Norwegian adolescents. *Archives of Sexual Behavior* 1996; 25(3):289–302.
66. Træen B, Kvaem IL. Sex under influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction* 1996; 91(7):995–1006.
67. Træen B. Seksuallivet i Oslo 1997: en forenklet rapport. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1998.
68. Træen B, Stigum H, Sørensen D. Parallel sexual relationships in the Norwegian context. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 1998; 8:41–56.
69. Træen B, Hovland A. Games people play. Sex, alcohol and condom use among urban Norwegians. *Contemporary Drug Problems* 1998; 25(Spring):3–48.
70. Træen B, Sørensen D. Breaking the speed of the sound of loneliness: sexual partner change and fear of intimacy. *Culture, Health and Sexuality* 2000; 2(3):287–301.
71. Træen B, Stigum H, Hassoun J, Zantedeschi E. Presexual alcohol consumption and use of condoms: a cross cultural European study. 2001. Ref Type: Unpublished Work
72. Træen B, Stigum H, Eskild A. Use of condoms and use of STD protection in urban Norwegians. *Culture, Health and Sexuality* 2001;(submitted).
73. Træen B, Sørensen D. Sexual diversity in random samples of 18–49 year old Norwegians. 2001.
74. Vanhems P, Lecomte C, Fabry J. Primary HIV-1 infection: diagnosis and prognostic impact. *AIDS Patient Care & STDs* 1998; 12(10):751–8.
75. Wade R. Educating for the 21st Century. In: Inman S, Wade S, editors. Development education within initial teacher training: shaping a better future. Oxford: Oxfam Publication, 1997.
76. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, Bickham NL. Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985–1997. *American Journal of Public Health* 1999; 89(9):1397–405.
77. Wikan U. Mot en ny norsk arbeiderklasse: Innvandrere, kultur og integrasjon. Oslo: Gyldendal, 1995.
78. Wilson MG, Jorgensen C, Cole G. The health effects of worksite HIV/AIDS interventions: a review of the literature. *American Journal Health Promotion* 1996; 11(2):150–7.
79. Wingood GM, Diclemente RJ. HIV sexual risk reduction interventions for women: a review. *American Journal of Preventive Medicine* 1996; 12(3):209–17.

Aktuelle adresser og lenker

African Health Team
Olafiaklinikken
Grensen 5–7
0159 Oslo
Tlf 22 08 29 50
Faks 22 08 29 90
Internett: www.olafia.no

African Health Watch
Osterhaugsgata 27
0183 Oslo
Tlf 22 36 09 22
Faks 22 36 09 23
E-post: afhwatch@frisurf.no

Aksept – senter for alle berørt av hiv
(Kontaktsenter for hivpositive og pårørende)
Postboks 6590 Rodeløkka
0501 Oslo
Tlf 23 12 18 20
Faks 23 12 18 21
Internett: www.aksept.org

Helseutvalget for homofile
Øvre Slottsgate 29 4 etg.
0157 Oslo
Tlf 23357200
Faks 23357201
E-post: oslo@helseutvalget.no
Internett: www.helseutvalget.no eller www.radiator.no

Helseutvalget for homofile
Olav Tryggvasons gate 15
7011 Trondheim
(Inngang fra Søndre gate)
Tlf 73 52 45 57 / 416 27 060
E-post: trondheim@helseutvalget.no

Informasjonstelefonen om aids (Oslo kommune)
Tlf 810 03 200
Mandag – torsdag
Kl. 09–13 og kl. 18–22

Klinikk for seksuell opplysning (KSO)
Hammerfestgate 1 v/Carl Berners plass i Oslo
Postboks 6699, Rodeløkka, 0565 Oslo
Samtaletelefon: 23 22 80 60. Alle hverdager fra klokken 09–15
Internett: www.seksuellopplysning.no

Medisinernes seksualopplysning (MSO)
Oslo:
Tlf 22 46 92 80
Internett: www.come.to/mso/
Bergen:
Tlf 55 97 48 75
Internett: www.uib.no/people/mso/
Trondheim:
Tlf 73 59 75 16
Internett: www.stud.unit.no/studorg/msotr/
Tromsø:
Tlf 77 64 66 88
Internett: www.fagmed.uit.no/student/mso/

Olafiaklinikken (Oslo kommune)
(Poliklinikk for seksuelt overførbare sykdommer og hiv/aids)
Grensen 5–7
0159 Oslo
Tlf 22 08 29 50
Faks 22 08 29 90
Internett: www.olafia.no

PION
(Prostituertes interesseorganisasjon i Norge)
Geitemyrsveien 59
Postboks 6851
0130 Oslo
Tlf 22 38 29 23

Pluss-Landsforeningen mot aids
Christian Krogsgate 15
0186 Oslo
Tlf 22 00 16 20
Faks 22 00 16 21
Internett: www.pluss-lma.no

PRO-senteret
(Sosialt hjelpetiltak for kvinner og menn med pro-
stitusjonserfaring)
Tollbugata 24
0157 Oslo
Tlf 23 10 02 00
Faks 22 41 05 44

Senteret for Ungdom, Samliv og Seksualitet
(SUSS)
(Tilbyr undervisning- og informasjonsmateriell,
råd og veiledning)
SUSS- telefonen 800 33 866
Telefonen for seksuell helse 810 02 244
Internett: www.suss.no

Sosial- og helsedepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
Tlf 22 24 87 01
Faks 22 24 87 01
Internett: www.odin.dep.no eller
www.sosialoghelse.no

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo
Tlf 22 24 88 88
Faks 22 24 95 90
Internett: www.helsetilsynet.no

Statens institutt for folkehelse
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
Tlf 22 04 22 00
Faks 22 35 36 05
Internett: www.folkehelsa.no

Fra 01.01.02 vil det bli endringer i den sentrale
sosial- og helseforvaltningen.

Nærmere spørsmål om lokale hiv/aidsinstanser
rettes til fylkeslegen.