

Terje Lie, Svein R. Kjosavik, Sverre Nesvåg og  
Ellen Ramvi

**Evaluering av gjennomføring av  
Handlingsplanen mot HIV/AIDS- epidemien  
1996 – 2000**

**Hovedrapport**

Rapport RF – 2001/013

Prosjektets tittel: Evaluering av gjennomføring av handlings-  
planen mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000  
Oppdragsgiver(e): Sosial- og helsedepartementet  
Forskningsprogram:

ISBN: 82-490-0089-7  
Gradering: Åpen



## **Forord**

Dette er hovedrapporten for evaluering av gjennomføringen av Sosial- og helsedepartementets handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000. Handlingsplanen er prolongert ut 2001. Det er etablert en egen strategigruppe som skal legge fram forslag til strategi fra 2002.

I 1999 ble det gitt ut en delrapport om evalueringen som tok opp enkelte avgrensede problemstillinger. Høringer fra delrapporten er gjengitt i denne rapporten.

Evalueringsarbeidet har pågått siden høsten 1999. Gjennom dette arbeidet har vi hatt kontakt med mange parter som i større eller mindre grad er involvert i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet. Vi takker alle for den interesse de har vist for evalueringen.

Sosial- og helsedepartementet er oppdragsgiver for prosjektet.

## **Kort resymé:**

Rapporten viser resultatene av evaluering av gjennomføringen av handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000. Evalueringen er utført på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet på grunnlag av departementets mandag for evalueringen. Evalueringen vurderer den epidemiologiske kunnskapsstatus for HIV/AIDS her i landet og går igjennom smittesituasjonen for ulike grupper i befolkningen. Rapporten tar opp den HIV/AIDS-forebyggende innsatsen i handlingsplanperioden og vurderer sterke og svake sider ved denne innsatsen.

Rapporten gir til slutt forslag til prinsipper for framtidig planlegging av forebygging mot HIV/AIDS med forslag til organisering og finansiering.

Stavanger, 07. mai 2001

Terje Lie, prosjektleder



## Innhold

Sammendrag.....	9
Forkortinger, bruk av navn og enkelte fagord .....	13
1 INNLEDNING.....	15
2 METODE .....	17
2.1 Utvalg.....	18
2.2 Datainnsamling .....	20
3 EVALUERINGER ETTER 1996 .....	22
3.1 Informasjonstelefonen om Aids.....	22
3.2 Helseutvalget for homofile, HIV- forebyggende virksomhet.....	23
3.3 Pluss sin HIV-forebyggende virksomhet overfor målgruppen menn som har sex med menn.....	25
3.4 Aids-informasjonsbussen (sprøytebussen).....	27
3.5 Andre evalueringer.....	28
4 KUNNSKAP OM FOREKOMST AV SMITTE.....	30
4.1 Innledning .....	30
4.2 Kunnskapsstatus.....	30
4.3 Er kunnskapen tilstrekkelig?.....	32
4.4 Oppsummering.....	34
5 BEFOLKNINGEN GENERELT .....	35
5.1 Forekomst av HIV i befolkningen .....	35
5.2 Prostitusjon.....	44
5.3 Forebygging .....	48
5.4 Oppsummering.....	58
5.5 Konsekvenser for forebygging.....	58
6 PERSONER MED UTENLANDSK BAKGRUNN.....	60
6.1 Innledning .....	60
6.2 Forebygging .....	62
6.3 Diskusjon.....	69
6.4 Konsekvenser for forebygging.....	70

7	MENN SOM HAR SEX MED MENN.....	73
7.1	Smitte .....	73
7.2	Forebygging .....	78
7.3	Konsekvenser for forebygging.....	84
8	INJISERENDE STOFFMISBRUKERE.....	87
8.1	Forekomst av HIV .....	87
8.2	Forebygging .....	88
8.3	Konsekvenser for forebygging.....	91
9	PERSONER MED HIV OG AIDS .....	93
9.1	Sosiale og økonomiske vilkår .....	94
9.2	Medisinsk behandling .....	96
10	ALTERNATIV ORGANISERING .....	101
10.1	Handlingsplanen som virkemiddel .....	101
10.2	Behov for et nasjonalt kompetansesenter for HIV/AIDS-forebygging .....	104
10.3	Forholdet mellom statlige, kommunale og frivillige instanser.....	106
10.4	Framtidig finansiering og organisering.....	110
11	HØRINGSUTTALELSER TIL DELRAPPORTEN .....	114
11.1	Innledning .....	114
11.2	Generelle kommentarer.....	115
11.3	Statens ansvar ved avslutning av nåværende handlingsplan .....	116
11.4	Rollefordeling mellom statlige helsemyndigheter, organisasjonene og andre aktører.....	117
11.5	Behov for nasjonalt kompetansesenter .....	124
11.6	Andre forhold omtalt i høringsuttalelsene .....	125
12	KONKLUSJON OG OPPSUMMERING.....	129
12.1	Innsatsen i handlingsplanperioden .....	129
12.2	Har vi tilstrekkelig kunnskap om epidemien? .....	131
12.3	Hvordan har det forebyggende arbeidet vært organisert og drevet i perioden?.....	131
12.4	Handlingsplaner som virkemiddel og alternativ organisering.....	132

12.5 Framtidig planlegging .....	132
12.6 Framtidig organisering og finansiering.....	133
REFERANSER .....	137
VEDLEGG 1 TABELLER.....	142
VEDLEGG 2 .....	149
Intervjuguide Helseutvalget for homofile.....	149
Intervjuguide Olafiaklinikken .....	151
Intervjuguide Pluss-LMA .....	152
Intervjuguide til Statens helsetilsyn, Folkehelse, Sosial- og helsedepartementet og Oslo kommune. ....	154
Intervjuguide PRO-senteret.....	155
Intervjuguide PION.....	157
<b>Tabeller og figurer</b>	
Tabell 1. HIV-infeksjon i Norge etter risikoatferd og diagnoseår- Meldt til MSIS per 31.12. 1999.....	37
Tabell 2. Personer heteroseksuelt HIV-smittet etter smittested og kjønn. Meldt til MSIS før 28.11.2000. Totale tall og prosent.....	40
Tabell 3 Personer heteroseksuelt HIV-smittet i Norge etter smitekildens bakgrunn og kjønn. Meldt til MSIS før 28.11.2000. Totale tall og prosent.....	41
Tabell 4. HIV-screening av blodgivere, gravide og rekrutter i Norge 1985-1999.....	43
Tabell 5. HIV-infeksjon etter risikofaktor homo-/biseksuell.....	74
Tabell 6. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og diagnoseår (1984–2000) meldt MSIS per 05.12.2000.....	76
Tabell 7. Homoseksuell HIV-smitte i perioden 1984 – 1.11.00 etter bosted.....	77
Tabell 8 AIDS i Norge etter risikofaktorer og diagnoseår. MSIS per 31.12.1999 .....	93
Tabell 9 HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og alder. Diagnostisert per 31.12.1999 .....	142

Tabell 10. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og alder. Diagnostisert i 1999.....	143
Tabell 11. HIV-infeksjon hos kvinner i Norge etter risikofaktor og alder. Diagnostisert per 31.12. 1999 .....	144
Tabell 12. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og antatt smittetidspunkt*. Tilfeller meldt msis i 1999. ....	145
Tabell 13. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og kjønn. Diagnostisert per 05.12.2000 .....	146
Tabell 14. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og smittested. Meldt msis i 1999, per 31.12.....	147
Tabell 15. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og herkomst. Meldt msis i 1999, per 31.12.....	148
Figur 1. Personer smittet heterofilt i Norge. 1977 – 1998. ....	38
Figur 2. Antatt smitteår der dette er kjent for personer som er heteroseksuelt smittet med HIV og meldt til MSIS før 28.11.2000.....	41
Figur 3 Nysmitte blant menn som har sex med menn i perioden 1977–1997.....	75
Figur 4. Nysmitte blant stoffmisbrukere i perioden 1977 – 1998.....	88



## Sammendrag

Denne rapporten viser resultatene av evaluering av gjennomføring av Sosial- og helsedepartementets Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000.

Departementets mandatet for evalueringen rettes mot fem områder og omfatter i hovedsak: 1) vurdering av innsatsen i handlingsplanperioden ut fra målene i handlingsplanen og epidemiologien, 2) spørsmål om landet har tilstrekkelig kunnskap om den reelle epidemiologiske situasjonen, 3) vurdering av hvordan arbeidet har vært organisert og drevet i perioden, 4) vurdering av handlingsplanen som virkemiddel fra statens side og 5) vurdering av delmål og tiltak som er av særlig interesse.

Evalueringen tar i kapittel 4 opp kunnskapsstatus for smittemønster av HIV i Norge. Med 15 års erfaring med overvåking av HIV har Norge et meget godt meldesystem for HIV-smitte og realistisk oversikt over mørketall. Ut fra den dokumentasjon som foreligger har landet tilstrekkelig epidemiologisk kunnskap som grunnlag for forebygging. Hvis utviklingen skulle forverres, vil dette bli oppdaget via overvåkingen.

I kapittel 5 beskrives smittesituasjonen for den heteroseksuelle befolkningen. Norge er i den heldige situasjon at smitte i denne delen av befolkningen er meget lav sammenlignet med mange andre land. Heteroseksuell smitte skjer i stor grad i forbindelse med opphold i områder av verden med mye smitte. Menn smittes mer enn kvinner på denne måten. Ved økt turisme og kontakt ellers med høyendemiske områder vil denne smitten øker litt år for år. Vår kontakt med områder med mye smitte representerer et smittepress for Norge. Den innenlandske smitten er lav og øker ikke. Kvinner er noe mer utsatt for innenlandsk smitte enn menn.

Kunnskapsnivået i befolkningen om hvordan HIV smitter har vært høy, dokumentert ved Eurobarometer fra 1994. Kunnskapen om hvordan HIV ikke smitter var imidlertid ikke like god. Oppslag i media den senere tid gir imidlertid inntrykk av at risikobevisstheten i befolkningen generelt er ikke er tilstrekkelig.

På tross av god kunnskap om hvordan HIV smitter og lave smittetall, mener vi det er behov for å minne folk om risikoforhold. Det gis informasjon til utenlandsreisende gjennom helsevesenet, men opplysning om smitterisiko i forbindelse med reiser til områder med mye HIV bør likevel intensiveres. Når det gjelder smitte både innen- og utenfor landet, må vi regne med at det forekommer smittetilfeller der den enkelte ikke er oppmerksom på smitterisiko. Vi anbefaler at det lages informasjon for denne type risiki. Landsomfattende informasjonskampanjer av den typen man hadde i epidemiens tidlige fase kan vi ikke tilrå.

Kunnskapen om hvordan HIV ikke smitter bør gjøres bedre kjent for befolkningen.

Forsvaret, utenriksstjenesten og NORAD gir god informasjon om HIV og SOS til sine ansatte i forbindelse med opphold i utlandet.

Informasjon til elever i ungdomsskolen er godt ivaretatt, mens informasjon i videregående skole er mindre god. Det anbefales å styrke tema om seksuelt overførbare sykdommer i L-94.

Kapittel 6 omtaler vi situasjonen for personer med utenlandsk bakgrunn. Denne gruppen oppfattes ikke generelt som en gruppe med høy risiko for HIV-smitte. Blant innvandrere med bakgrunn i Afrika sør for Sahara relativt mange smittet ved ankomst til Norge. Denne smitterisiko vil gi et økt smittepress innenlands, avhengig av tallet på personer som kommer landet.

Smitterisiko fra afrikansk til norsk person har vært tema i perioden for handlingsplanen. De siste årene er det imidlertid ikke registrert økning i denne smitten. Det er et organisert samarbeid mellom helsemyndighetene og afrikanske organisasjoner om HIV-smitte.

De utfordringer man står overfor ved forebygging blant personer med utenlandsk bakgrunn har mange felles trekk med informasjon om forebygging i den generelle befolkningen i Norge. Kapittel 6 tar opp en del forslag til forebygging i denne forbindelse.

Smitte blant menn som har sex med menn omtales i kapittel 7. Risikofaktor homo- og biseksuell smitte er redusert i handlingsplanperioden. Forebygging blant menn som har sex med menn er holdt på et høyt aktivitetsnivå i både i denne og i tidligere handlingsplanperioder. Helseutvalget for homofile er en pionerorganisasjon i denne sammenheng. Innsatsen har gitt gode resultater etter vår oppfatning, men risikoen for smitte er fremdeles høy i denne gruppen sammenlignet med andre deler av befolkningen. Det er derfor behov for fortsatt forebyggende innsats på dette feltet, men det kan være behov for nye innfallsvinkler for forebygging blant menn som har sex med menn.

HIV-smitte blant injiserende stoffmisbrukere er stabil og lav i totale tall, men beregninger viser at risikoen for smitte er nesten like høy for stoffmisbrukere som for menn som har sex med menn. Selv om smitten blant injiserende stoffmisbrukere nå er stabil, er det begrunnet frykt for at smitten i gitte situasjoner kan øke raskt.

Oppmerksomheten om forbygging blant stoffmisbrukere<sup>1</sup> er lavere nå enn i epidemiens tidlige fase. Det kan derfor være grunn til å stimulere den forebyggende innsatsen på dette området. Stoffmisbrukere har imidlertid en rekke andre alvorlige problemer som smitte av hepatitt, problemer med ernæring og hygiene og generelt dårlige levekår. Det mest alvorlige i denne gruppen er likevel den høye dødeligheten som følge av overdose. Forebygging av HIV/AIDS kan derfor lett komme i skyggen av andre trusler mot liv og helse.

I det forebyggende arbeidet overfor injiserende rusmisbrukere mener vi at noe av det aller viktigste er å rette oppmerksomheten mot helsetilstanden og levekårene generelt og iverksette forebyggende og sosiale hjelpetiltak der helse og levekår ses i sammenheng.

Innsatsen overfor personer med HIV og AIDS beskrives i kapittel 9. Interesseorganisasjonen for HIV-positive i Norge Pluss har siden 1988 arbeidet for personer med HIV. Organisasjonen har gjennomgått mer og mindre aktive perioder, men arbeidet er styrket etter sammenslåingen med Landsforeningen mot AIDS i 1999. Arbeidet blant personer med HIV har tatt seg opp og medlemstallet i organisasjonen har økt. Frivillighets-sentralen gjør en betydelig innsats overfor HIV-positive i samarbeid med Pluss-LMA.

Den medisinske behandlingen av personer med AIDS er betydelig bedret i perioden. Ved innføring av nye behandlingsregimer er det skjedd en stor endring for den enkelte pasient. Leveutsiktene og dødeligheten av HIV og AIDS er dramatisk endret. Der en tidligere regnet med at det tok 8-10 år fra smittetidspunkt til utvikling av sykdom, tar det nå gjerne tre ganger så lenge. Ved oppstått AIDS-sykdom har leveutsiktene for mange økt med en enda høyere faktor. Forutsetningene for å kunne opprettholde livskvaliteten forbedret. I dag er det slik at de fleste kan være i arbeid og opprettholde en normal livsførsel på de fleste områder. Selv etter utbrudd av symptomer på AIDS, kan behandling drive virusmengden tilbake og bedre immun-apparatets funksjon i en grad som medfører at en kan opprettholde et yrkesaktivt liv i lang tid.

I kapittel 10 går vi inn på spørsmål om behov for framtidige handlingsplaner og organiseringen av det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet. Høringsinstansene i forbindelse med delrapporten av evalueringen går inn for at staten må sikre det videre forebyggende arbeidet på nasjonalt nivå etter utgangen av denne handlingsplanperioden. Dette synspunktet støttes i denne hovedrapporten. Vi går inn for at staten utarbeider styrings-

---

<sup>1</sup> Med betegnelsen 'stoffmisbruker' menes i denne rapporten injiserende stoffmisbruker.

dokumenter for en nasjonal strategi for forebygging, men den framtidige strategien trenger ikke presenteres som en handlingsplan for en bestemt periode.

Etter utløp av inneværende handlingsplanperiode må staten etter vårt syn fortsatt bevilge et årlig beløp til drift av tiltak rettet mot forebygging av HIV/AIDS. Det må sikres et godt nok tilbud til personer med HIV og AIDS ut over den alminnelige innsatsen til statlige instanser og til de kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenestene.

Mesteparten av denne ekstra innsatsen må rette seg mot arbeidet i Oslo, men deler av innsatsen må også gjøres tilgjengelig for andre kommuner.

Bevilgningen overføres som en ekstra rammebevilgning til Oslo kommune, med de føringer som departementet har bestemt for hvor stor andel som skal dekke landsdekkende innsats og hvilke målsettinger og strategier som skal legges til grunn for arbeidet.

Vi foreslår at Oslo kommune skal forvalte bevilgningen på følgende måte:

- 1) Det inngås en avtale med Olafiaklinikken om omfanget av og innholdet i det landsdekkende arbeidet som man ønsker klinikken skal drive.
- 2) Videre mener vi Oslo kommune må forplikte seg til å inngå **drifts-avtaler** med de viktigste frivillige organisasjonene, så som Helseutvalget for homofile og Pluss-LMA. Driftsavtalene må ha en oppsigelsestid som går ut over ett budsjettår, slik at organisasjonene kan få mer forutsigbare rammer å arbeide ut fra.
- 3) Den øvrige delen av den ekstra rammebevilgningen skal så Oslo kommune kunne forvalte fritt for å dekke de ekstra kostnadene kommunen har med å drive et forebyggende arbeid.
- 4) For å sikre midler til spesielle prosjekt og kvalitetsutviklingsarbeid med basis i de statlige instanser, i de kommunale og fylkeskommunale instanser eller i de frivillige organisasjoner, bør staten fortsatt bevilge et årlig beløp som forvaltes av Helsetilsynet og som fordeles etter søknad.

## **Forkortinger, bruk av navn og enkelte fagord**

AIDS	Ervervet immun-svikt syndrom
Folkehelsa	Statens institutt for folkehelse
Forvaltningsloven	Lov om behandlingsmåter i forvaltningssaker av 10. februar 1967.
Handlingsplanen	Brukt alene i teksten viser betegnelsen til Handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien for 1996–2000
Helsetilsynet	Statens helsetilsyn
Helseutvalget	Helseutvalget for homofile
HIV	Immunsviktvirus
INLO	Innvandrerne Landsorganisasjon
Insidens	Andel av befolkningen som rammes av en sykdom i løpet av en gitt periode.
Kommunehelse-tjenesteloven	Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene med endringer.
Legeforeningen	Den norske lægeforening
LLH	Landsforeningen for Lesbisk og Homofil Frigjøring
MSIS	Meldingssystem for smittsomme sykdommer
OMOD	Organisasjon mot offentlig diskriminering
PION	Interesseorganisasjon for prostituerte
Pluss-LMA	Pluss-Landsforeningen mot aids
Prevalens	Andel av befolkningen som har en sykdom på et gitt tidspunkt.
SHD	Sosial- og helsedepartementet
Smittevernloven	Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 05.08 1994 nr 55. Ikrafttredelse: 01.01.1995
SOS	Seksuelt overførbare sykdommer



## 1 Innledning

På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet gjennomfører RF-Rogalandforskning evaluering av handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1998-2000 (Sosial- og helsedepartementet 1996).

I mandatet for evalueringen heter det at evalueringsarbeidet skal konsentreres om enkelte av de mest sentrale tiltakene i det forebyggende arbeidet. Evalueringsområdene er, sitat<sup>2</sup>:

1. Evalueringen skal gi en vurdering av innsatsen i handlingsplanperioden ut fra målene handlingsplanen setter opp og den epidemiologiske situasjonen i perioden.
  - Evalueringen skal avdekke svakheter, mangler og styrker ved innsatsen fram til i dag med vekt på den siste handlingsplanperioden, dvs perioden fra 1996 og fram til nå.
2. Har vi tilstrekkelig kunnskap om den reelle epidemiologiske situasjonen i Norge i dag?
  - Sammenheng mellom kunnskap om epidemiologi og tiltakene som er gjennomført.
3. Evalueringen skal gi en vurdering av hvordan arbeidet har vært organisert og drevet i perioden (SHD, Folkehelse, Helsetilsynet, tilskuddsmottakere og andre instanser).
  - Fordelingen av roller og ansvar hos de tre instansene SHD, Folkehelse og Helsetilsynet og forholdet til samarbeidspartnere og tilskuddsmottakere (offentlige instanser, frivillige organisasjoner m v).
  - Evalueringen skal gi en vurdering av ressursbruk (penger, personell og andre driftsutgifter) i perioden.
4. Evalueringen skal gi en vurdering av handlingsplanen som virkemiddel fra statens side for å hankses med HIV/AIDS-epidemien.
  - Vi ønsker en drøfting av alternative måter å organisere/innrette et slikt arbeid på.
  - Vi ønsker også en vurdering (erfaring) av hva helsemyndighetene bør gjøre ved avslutningen av en handlingsplanen.

---

2 Jr brev av 14.05.99 fra Sosial- og helsedepartementet: Innhenting av tilbud om evaluering av gjennomføring av handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1996–200.

- Vi ønsker en vurdering av de frivillige organisasjonenes framtidige rolle.

5. Delmål og tiltak som er av særlig interesse. All delmål må inngå i evalueringen.

Departementet ba om en delrapport ved utgangen av 1999. Målet med delrapporten var 1) å vurdere hvilke oppgaver innen det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet staten fortsatt bør finansiere ved avslutningen av den nåværende handlingsplan, 2) vurdere hvordan rollefordelingen mellom statlige helsemyndigheter og organisasjonene bør være og 3) vurdere et eventuelt behov for et nasjonalt kompetansesenter om HIV/AIDS-forebygging.

Delrapporten ble presentert for inviterte parter (SHD, Folkehelse, Helsetilsynet, tilskuddsmottakere m fl) på et seminar vinteren 2000. Rapporten ble sendt til høring, og det kom inn 20 høringsuttalelser. Høringsuttalelsene er referert i kapittel 11.

Den rapporten som nå legges fram tar opp hovedpunktene i mandatet. På grunnlag av høringsuttalelsene og egne vurderinger i løpet av evalueringen, har vi revidert forslagene knyttet til den framtidige organiseringen av det forebyggende HIV/AIDS-arbeidet.

Innsatsen i inneværende handlingsplanperiode, 1996-2000, bygger på tiltaks- og handlingsplaner fra HIV-epidemien ble konstatert i Norge i tidlig på 1980-tallet. I perioden fram til 1996 ble mye oppnådd gjennom forebyggende arbeid, og epidemien tok på langt nær et så dramatisk forløp som først antatt. Innsatsen i denne perioden bygger på innsats, erfaringer og resultater oppnådd tidligere. I denne evalueringen er vi ikke i stand til å skille den tidligere innsatsen fra innsatsen i inneværende periode. I perioden fram til 1996 ble det etablert et forebyggende regime som i store trekk, når det gjelder de sentrale innsatsområder, er videreført i inneværende periode. Vi kan ikke se at det er skjedd noe grunnleggende skifte i det forebyggende arbeidet i perioden 1996-2000 i forhold til den tidligere innsatsen. Evalueringen for denne perioden har derfor to siktemål: 1) vurdere om det er skjedd merkbare kursendringer i epidemien i siste periode som skulle tilsi endring i forebyggende tiltak og 2) vurdere de enkelte resultatmål i handlingsplanen for inneværende periode.



## 2 Metode

Evalueringen av handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000 går inn i en etterhvert ganske omfattende litteratur om evaluering av offentlig virksomhet. Det er mange innfallsvinkler til evalueringsforskning, fra mer prospektive evalueringer med vekt på prosesser og fortløpende målinger av effekter av intervensjoner og tiltak til evalueringer som starter når et program eller tiltak er gjennomført.

Denne evalueringen tilhører den siste gruppen og kallet summativ evaluering, dvs ex post studier av et tiltaks samlede effekter eller måloppnåelse (Foss og Mønnesland 2000). Utgangspunktet for denne evalueringen er å vurdere grad av måloppnåelse i handlingsplanen og om de iverksatte tiltak er i samsvar med den epidemiologiske utviklingen av HIV-epidemien. Det blir da ikke bare et spørsmål om tiltak er gjennomført som planlagt, men også om tiltakene har hatt den ønskede effekt eller virkning. Det første spørsmålet er ofte ikke så vanskelig å svare på, men spørsmålet om effekter og virkninger er vanskeligere å måle i ettertid. Målinger av effekter å betydningen årsak–virkning har sitt grunnlag i det klassiske eksperiment med kontrollgrupper, intervensjoner, før- og ettermålinger. Det har ikke vært anledning til å foreta slike kontrollerte studier i løpet av denne evalueringen, og mandatet for evaluering har heller ikke stilt slike krav. Det er foretatt flere separate evalueringen av enkelttiltak i denne handlingsplanperioden, men heller ikke disse evalueringene er strengt tatt effektevalueringer. Siden tidlig på 1980 tallet har helsemyndighetene i Norge gitt ut flere rundskriv, tiltaks- og handlingsplaner mot HIV/AIDS-epidemien. Vi anser det som lite realistisk å skille effekten av de ulike handlingsplaner fra hverandre. Det er i Norge<sup>3</sup> lite nyere forskningsbasert kunnskap om effekten av informasjonstiltak om HIV/AIDS på ulike grupper i befolkningen eller om den forebyggende virkningen av gratis utdeling av kondomer.

Det dilemmaet vi står overfor i denne evalueringen er ofte å trekke slutninger fra et resultat eller virkning til årsaken. Vi ser f eks at det har vært nedgang i homoseksuell smitte i denne handlingsplanperioden. Samtidig vet vi at Helseutvalget for homofile har utført et årelangt forebyggende arbeid for denne gruppen. Det er da nærliggende å trekke den slutning at det forebyggende arbeidet er årsak til eller medvirkende årsak til nedgangen i smitte. Problemet er at vi sjelden har systematiske observasjoner som kan dokumentere dette. Helseutvalget har et stort

---

3 En del forskningsstudier er referert i evalueringsrapporten om det HIV/AIDS forebyggende arbeidet i 1995, se Norges forskningsråd (1995).

register av tiltak, men vi har ikke tilstrekkelig kunnskap om hvordan tiltakene virker enkeltvis eller i kombinasjon med andre tiltak. Vi vet heller ikke nok om effekten av tiltak eventuelt endrer seg når de er anvendt over flere år.

Det nevnte dilemma må vi leve med i denne evalueringen. Vi mener dette likevel ikke bør forhindre oss fra å sannsynliggjøre forbindelser mellom tiltak og oppnådde resultater. Helt siden HIV/AIDS-epidemien ble kjent har som nevnt landet hatt omfattende handlings- og tiltaksplaner. En rekke forebyggende aktører, både offentlige og private, har drevet sin virksomhet i mange år og har utviklet forebyggende tiltak på et faglig grunnlag og gjennom kontakter med tilsvarende organisasjoner i andre land. Det er en rimelig antakelse at den samlede effekten av det forebyggende arbeidet har bidratt til å holde den norske epidemien på et lavt nivå. Faren for feilslutninger om årsak og virkning i det forebyggende arbeidet er imidlertid stadig tilstede, og dette må en ta med i vurderingen av enkelte konklusjoner. For en mer utdypende diskusjon om påvirkningsfaktorer og virkninger av informasjonsvirksomhet, viser vi til evalueringen av det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet i Norge fra 1995 (Norges forskningsråd 199).

Denne evalueringen har flere likhetspunkter med det Baklien (2000) kaller retrospektiv prosessbeskrivelse, dokumentanalyse og intervjuing av dem som har vært med som en av de viktige datakildene. Gjennom det samlede materialet forsøker vi på denne måten å se sammenhengen mellom kunnskapsgrunnlaget, handlingene og måloppnåelsen.

## **2.1 Utvalg**

Utvalg av aktører som er intervjuet i forbindelse med evalueringen er gjort på basis av informasjon i handlingsplanen om ansvarlige statlige aktører og informasjon om tilskuddsmottakere. Blant tilskuddsmottakerne har vi valgt ut mottakere av større årlige bevilgninger som har deltatt i det forebyggende arbeidet over flere år. Når det gjelder informasjon om arbeidet blant innvandrere har vi valgt grupperinger og organisasjoner som dels har mottatt tilskudd fra staten og dels som SHD har hatt kontakt med over noe tid. Ellers har vi oppsøkt personer og organisasjoner vi er blitt anbefalt underveis. Vi har ikke fått kontakt med en innvandrersorganisasjon, Rainbow Foundation, eller en prosjektleder knyttet til Røde kors som har sluttet i organisasjonen. En innvandrersorganisasjon ønsket ikke å delta i evalueringen. Begrunnelsen var at man ikke var opptatt av HIV/AIDS i organisasjonen.

Vi har også kontaktet instanser i tre kommuner i forbindelse med evalueringen: Trondheim, Stavanger og Oslo. De aktuelle instansene er nevnt i listen nedenfor.

De intervjuede partene er:

Adam Donaldson Powell, uavhengig aktivist. Driver informasjonsvirksomhet om HIV/AIDS.

African Forum

African Health Team, Olafiaklinikken

Aids-informasjonsbussen (sprøytebussen), Olafiaklinikken

Avdeling for rusrelatert psykiatri, 'Eikely', Rogaland fylkeskommune

Avdelingsoverlege Oddbjørn Brubakk, infeksjonsavdelingen, Ullevål sykehus

Bennett reisebyrå

Bydelshelsesøster, Stavanger kommune

Den Norske Reisebransjeforening

Direktør for byrådsavdeling eldre og bydelene, Oslo

Folkehelse, Avdeling for samfunnsmedisin, Seksjon for informasjon og dokumentasjon og Aids-info.

Folkehelse, Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin

Forsvaret, Internasjonal avdeling Jahr

Forsvaret, kontor for helse og miljø

Forsvarets Overkommando, Saniteten

Fylkeshelsesjefen i Oslo, byrådsavdeling helse og sykehus

Fylkeslegen i Rogaland

Godalen videregående skole, Rogaland fylkeskommune

Helsestasjon for ungdom, Stavanger kommune

Helseutvalget for homofile

Helseutvalget for homofile, avd. Trondheim

Helsevernetaten, Oslo kommune

Hero flyktningsmottak

Innvandrerne landsorganisasjon, INLO

Karmsund ABR senter

Landsforeningen for Lesbisk og Homofil Frigjøring (LLH), styremedlem

Leder av basisgruppa for rusmisbrukere, Trondheim kommune

Leder utekontakten, Stavanger kommune  
LLH, lokalavdeling  
Læringscenteret, Kirke-, undervisning- og forskningsdepartementet  
Olafiaklinikken, Ullevål sykehus  
Organisasjon mot offentlig diskriminering, OMOD  
Overlege Rolf Reiersen, infeksjonsavdelingen, Sentralsykehuset i Rogaland  
PION  
Pluss-LMA  
Professor dr. med. Birgitta Åsjø, Haukeland sykehus  
Pro-senteret  
Rogaland A-Senter, Kirkens bymisjon  
Rusmiddeletaten i Oslo  
SAS  
Smittevernkonsulent, Stavanger kommune  
Smittevernoverlegen i Oslo, Trondheim og Stavanger  
Sosial- og helsedepartementet, Forebyggings- og rehabiliteringsavdelingen  
Star Tour  
Statens helsetilsyn  
Stiftelsen Hiimsmoen kollektivet  
Ullevål sykehus, avdeling for forebyggende medisin  
Utekontakten, Stavanger kommune  
Utenriksdepartementet  
Vingreiser as

## **2.2 Datainnsamling**

Vår arbeidsmåte for å svare på spørsmålene fra SHD har vært 1) å intervjuet et utvalg av partene som har oppgaver i gjennomføringen av det forebyggende arbeidet, både statlige instanser og tilskuddsmottakere, 2) gå igjennom og hente erfaringer fra dokumenterte evalueringer i løpet av begge handlingsplanperioder og 3) gå igjennom søknader i Helsetilsynet om støtte fra statlige midler til handlingsplanen og bruk av statistikk om HIV/AIDS fra MSIS, Folkehelse.

I intervjuingen har vi brukt intervjuguide overfor de mer sentrale aktørene i det forebyggende arbeidet. Intervjuguidene er gjengitt i delrapporten. En del aktører fra denne gruppen er kontaktet flere ganger i ettertid for ny informasjon og utdypning av tidligere svar.

En del personer, instanser og organisasjoner er kontaktet kun i forbindelse med spesielle tiltak eller delmål nevnt i handlingsplanen. I slike tilfeller er det ikke brukt intervjuguide, men bare spørsmål relatert til det enkelte tiltak eller delmål.

I tillegg til intervjuing, har vi avlagt et besøk i Statens helsetilsyn og gått igjennom søknadsmassen til midler for handlingsplanen. I dette arbeidet valgte vi ut søknader for 1997 og 1999. Vi fikk tilgang til arkivet for de aktuelle sakene og har således gått igjennom originaldokumenter samt en summarisk oversikt over alle sakene.

All statistikk om HIV og AIDS i rapporten er hentet fra Folkehelsa. Det meste av materialet bygger på meldesystemet for HIV og AIDS. En del tabellmateriale er gjengitt i teksten. Supplerende tabeller finnes i Vedlegg 1.

### 3 Evalueringer etter 1996

I årene 1997 og 1998 ble det gjennomført flere evalueringer av viktige tiltak innen det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet i Norge. Rogalandforskning har ikke hatt som oppgave å gå detaljert inn i en evaluering av de enkelte aktørers forebyggende arbeid. Vi vil derfor nøye oss med en kort presentasjon av tema og resultater fra disse enkelt-evalueringene, og så komme med noen kommentarer og peke på problemstillinger og tema med relevans for Handlingsplanen, som ikke er nærmere vurdert.

Helsetilsynet har vært oppdragsgiver for flere evalueringer i det HIV-forebyggende arbeidet i denne handlingsplanperioden etter pålegg fra Sosial- og helsedepartementet. I første halvår 1997 gjennomførte A.T. Kearney en evaluering av Informasjonstelefonen om AIDS. I andre halvår 1997 gjennomførte Agenda Utredning & Utvikling en evaluering av det HIV-forebyggende arbeidet blant menn som har sex med menn, drevet av Helseutvalget for homofile og Pluss driver. I første halvår 1998 gjennomførte UtviklingsPartner DA en evaluering av Aids-informasjonsbussen ("sprøytebussen") i samarbeid med Oslo kommune. Vi vil først presentere temaene for og resultatene fra disse evalueringene.

#### 3.1 Informasjonstelefonen om Aids

Målet med evalueringen var å få vurdert om Informasjonstelefonen oppfyller krav til god tilgjengelighet, faglig kvalitet på rådgivningen og effektiv organisering og ressursbruk. Grunnlaget for evalueringen var i stor grad Informasjonstelefonens egen database og statistikk over innkomne samtaler. Evalueringen viste at Informasjons-telefonen fungerer som et lavterskeltilbud for alle som har spørsmål som kan relateres til HIV og AIDS. Innringere fra Oslo er sterkt overrepresentert men telefonen brukes av folk fra hele landet. Kvaliteten på tjenesten synes å være god, men ikke uten forbedringsmuligheter. Det store problemet i forhold til ressursbruk, er at over halvparten av innringerne er "useriøse" i forhold til målsettingen med telefonen, dvs. innringere som bare legger på eller tøyser.

Et annet problem for vurderingen av nytten av ressursbruken, er vanskene med å vurdere hvem innringerne er, hvorfor de benytter dette tilbudet og om de kan nyttiggjøre seg informasjonen. Bare for ca. 20 prosent av innringerne vet en sikkert at de har en nær relasjon til HIV og AIDS. Det er altså klart at informasjonstelefonen om AIDS først og fremst representerer en lett tilgjengelig mulighet til å få tilgang på oppdatert informasjon om HIV og AIDS. I så måte er telefonen en del av en bred strategi for å kunne tilby informasjon til hele den interesserte del av befolkningen. Evalueringen kan ikke godtgjøre at informasjonstelefonen er et viktig redskap i arbeidet med å nå risikogrupper med viktig informasjon, som

disse ikke også kan få på annen måte, f.eks. i kontakten med det ordinære helsevesenet.

### **Vår vurdering**

Etter at informasjonstelefonen ble evaluert i 1997, er det kommet opp forslag om at informasjonstelefonen bør kunne gi informasjon om alle typer seksuelt overførte sykdommer, se kapittel 11 om høringsuttalelser. I forbindelse med dette forslaget gjør Olafiaklinikken oppmerksom på at det gjennom årene er bygget opp og holdt vedlike en spesifikk kompetanse om HIV/AIDS blant de som betjener telefonen. En utvidelse av oppgavene vil kreve en tilsvarende oppbygging og vedlikehold av kompetanse om andre sykdommer.

## **3.2 Helseutvalget for homofile, HIV- forebyggende virksomhet**

Evalueringen av helseutvalget for homofile er en bredt anlagt evaluering som bygger på et solid datagrunnlag. Evalueringen retter seg mot Helseutvalgets ideologi- og kunnskapsgrunnlag, prioriteringer av ulike målgrupper, organisering, samarbeids-forhold, ressursutnyttelse og -fordeling, og relevansen og effekten av Helseutvalgets mange arbeidsmetoder og tiltak.

Helseutvalget har blinket ut fire målgrupper for sitt arbeid: Unge, uerfarne, menn som nettopp har gått inn i parforhold, og menn som har sex med mange. Dette vurderes å være i samsvar med helsemyndighetenes oppfatning av hvilke grupper som har spesielt høy smitterisiko innenfor gruppen menn som har sex med menn. Også de strategier som Helseutvalget har valgt, har brei støtte hos myndighetene. I det hele vurderes samarbeidsforholdene mellom Helseutvalget og myndighetene til å være ”usedvanlig godt i internasjonal sammenheng, med et meget moderat antall irritasjonsmomenter”.

Ut fra den sterke vektlegging av gruppen menn som har sex med menn og undergrupper med særlig stor smittefare, er det noe underlig at bare halvparten av den totale ressursinnsatsen er rettet mot disse undergruppene. Evalueringen peker også på at mer av ressursbruken bør rettes mot de høyest prioriterte gruppene.

Helseutvalget har satset på to svært ulike strategier i sitt arbeid, en strategi for skriftlig massekommunikasjon mot store deler av målgruppen og en direkte muntlig kontakt strategi med samtaler og møter med mindre grupper og enkeltindivider. Gjennom massekommunikasjonsstrategien når Helseutvalget et svært stort antall menn, anslagsvis 5 – 10.000 per år og i den direkte strategien når de mellom 450 og 600 menn per år. Dette er

svært imponerende tall og viser hvilken viktig rolle Helseutvalget spiller i forhold til denne viktige målgruppen.

Evalueringen peker likevel på noen områder Helseutvalget burde prioritere høyere. Med sin sterke forankring i det homofile miljøet har Helseutvalget problemer med å nå individer blant menn som har sex med menn, som ikke identifiserer seg med dette miljøet. Evalueringen nevner særlig skjulte homofile og biseksuelle som oppsøker saunaer og parker som svært aktuelle målgrupper for forebygging og også homofile i faste parforhold. Det er en utfordring for Helseutvalget å nå disse gruppene på en slik måte at mottakerne kan ta i mot budskapene uten å måtte identifisere seg med det spesifikke homofile miljøet. Et virkemiddel i så måte vil være å kanalisere om annonsemidler fra homopressen til den såkalte ”gråsonepressen”. Evalueringen peker også på at gruppeaktiviteter bør prioriteres høyere med henvisning til kunnskapen om at samtaler i grupper er langt mer egnet enn individuelle samtaler til å fremme atferdsendring og å utvikle og befeste normer. Evalueringen stiller også spørsmål ved hvor mye av ressursene som bør gå til gratis utdeling av kondomer og glidemiddel. Men det synes klart at slik utdeling både må vurderes som et tiltak i seg selv og som en anledning til å komme i dialog og formidle et mer omfattende budskap.

I sum gir evalueringen et bilde av Helseutvalget som en ”meget seriøst arbeidende organisasjon med stort engasjement og brede kunnskaper om sitt arbeidsfelt”.

### **Vår vurdering**

Etter vår mening er det særlig tre tema som er verdt å vurdere nærmere i forhold til denne evalueringen.

Det ene temaet er det som evalueringen tar opp omkring forholdet mellom den strenge ”tekniske” orienteringen i budskapet om hvilken praksis som anbefales og den ”liberale” ideologien i forhold til de relasjonelle forholdene. Evalueringen peker på at påvirkningsstilen har dreid i retning av mer vekt på personlige, emosjonelle budskap, snarere enn formidling av ”teknisk” kunnskap, men Helseutvalget tar ikke standpunkt til eller står for noe bestemt syn på seksuelle relasjoner eller praksis. Ut over dette formidler Helseutvalget et budskapet om at ”enhver må gjøre sine egne valg”. Dette er uttrykk for en individualisering av ansvar, men Helseutvalget er også opptatt av at folk tar ansvar for hverandre. Helseutvalget fremmer dermed både et individuelt og kollektivt ansvar.

I evalueringen oppfordres Helseutvalget til å utfordre målgruppene noe mer og vurdere bevisst bruk av appeller til felles mål og normer. Dette er et tema som det er stor uenighet om blant ulike aktører som driver HIV-forebyggende arbeid, men det ser for oss ut til at den frie kritiske og selvkritiske diskusjonen om dette temaet hemmes av redselen for å støte noen fra seg og av redselen for å bli involvert i en vanskelig homopolitisk



diskusjon. Vi tror det er umulig å unngå en slik diskusjon i framtiden og vil komme tilbake til dette temaet i kapittel 7 som omhandler homofile.

Det andre temaet som vi mener det er viktig å problematisere, er forholdet mellom den ressursen som Helseutvalget rår over i form av ”faste” ansatte og den store avhengigheten av frivillige. Vi setter ”faste” i hermetegn, fordi finansieringen av disse stillingene har vært helt avhengig av behandlingen av de årlige søknadene om økonomisk støtte fra helsemyndighetene. Det er derfor snarere snakk om årlige engasjementstillinger enn faste stillinger. Dermed har det vært en dobbel uforutsigbarhet, både gjennom en usikker finansiering av de ”faste” ansatte og en stor avhengighet av frivillige. Med den viktige rollen Helseutvalget spiller for et kontinuerlig forebyggende arbeid blant en av de viktigste målgruppene, er dette en uforutsigbarhet som etter vår mening, er helt uakseptabel. I avsnitt 10.4, om framtidig finansiering og organisering, vil vi drøfte nærmere hvordan man kan redusere noe av denne uforutsigbarheten.

Et siste tema som evalueringen berører overfladisk, er den sterke konsentrasjonen om Helseutvalgets arbeid i Oslo. Dette er en konsentrasjon som er blitt ytterligere forsterket i årene etter denne evalueringen. I evalueringen slås det bare kort fast at denne ressursfordelingen er i samsvar med smittestatistikken. På den annen side betyr dette at vi står nesten helt uten en aktiv forebyggende aktør som kan nå de færre og mindre synlige homofile miljøene andre steder i landet. Nettopp fordi Helseutvalget representerer en betydelig kompetanse og erfaring i HIV-forebyggende arbeid, er det viktig at denne kompetansen kan nyttiggjøres også andre steder enn i Oslo, selv om behovet der er svært stort. Se også avsnitt 7.2.1, om homoseksuell smitte.

### **3.3 Pluss sin HIV-forebyggende virksomhet overfor målgruppen menn som har sex med menn**

Pluss var på evalueringstidspunktet en interesse- og selvhjelpsorganisasjon, som først og fremst skulle fungere som støttemiljø for HIV-smittede og pressgruppe overfor myndighetene. Foreningens deltakelse i det HIV-forebyggende arbeidet, var altså en bi-oppgave for Pluss, og HIV-forebyggende arbeid rettet mot menn som har sex med menn utgjør en ytterligere begrensning. Gjennom sammenslåingen med LMA i 1999, er dette noe forandret, ved at organisasjonen nå også vil ha et mer uttalt HIV-forebyggende siktemål med sitt arbeid. Men slik var det ikke på evalueringstidspunktet.

De andre tiltakene som er evaluert på oppdrag fra Helsetilsynet, er evaluert ut fra hovedformålene med sin virksomhet. Vi finner det underlig at ikke også Pluss ble evaluert på dette grunnlaget. Helsetilsynet omtaler i sin rapport fra 1998, handlingsplanen som ”handlingsplan mot HIV-

epidemien”, men dette er en handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien med klare målsettinger også for å bedre forholdene for personer med HIV og AIDS. Vi mener derfor det hadde vært rett å evaluere Pluss sin virksomhet holdt opp mot også disse målsettingene med handlingsplanen.

Evaluatør presiserer at evalueringen går på det HIV-forebyggende arbeidet rettet mot menn som har sex med menn og er foretatt ut fra den forutsetning at HIV-forebyggende arbeid ikke er Pluss’ hovedformål. Allikevel brukes det meste av plassen på en omtale av Pluss sitt arbeid overfor personer med HIV og på det som omtales som AIDS-forebyggende arbeid. Det viktigste HIV-forebyggende arbeidet blir dermed det arbeidet Pluss gjør for å påvirke HIV-positive til å ta ansvar for en seksuell praksis som ikke utsetter andre for smitte. Men på dette området oppfattes Pluss som å være tvetydig i sitt budskap.

Det ideologiske standpunktet som formidles mot allmennheten er at hver enkelt har et ansvar for å ta vare på egen helse og at personer med HIV ikke har et større ansvar enn andre for at noen smittes. På den annen side formidles det et budskap direkte til HIV-positive om det sterke ansvaret for ikke å smitte andre. Det oppfordres til en avklaring av denne tilsynelatende motsetningen.

### **Vår vurdering**

Vårt inntrykk er at Pluss i dag er klare på at personer med HIV har et sterkt ansvar for å unngå en seksualpraksis som kan smitte andre. Evalueringen berømmer Pluss for å ha klart å samle og holde på medlemmer med svært ulike interesser og for å ha klart å drive en virksomhet under svært vanskelige forhold, både menneskelige og finansielle.

Pluss drev på evalueringstidspunktet og driver også i dag en utadrettet opplysnings-virksomhet i form av foredrag, innlegg og diskusjoner i media, og deltakelse som innledere på ”sikrere sex-seminar”. Evalueringen konkluderer med at Pluss har en stor betydning for HIV-positives posisjon i samfunnet og for den helsepolitiske debatten omkring HIV og AIDS. Det kan likevel ikke konkluderes sikkert om medlemsskap og deltakelse i Pluss i seg selv har en HIV-forebyggende effekt, selv om arbeidet for å bedre HIV-positives situasjon sannsynligvis også fører til at personer med HIV evner å ta et større ansvar for egen og andres helse.

Etter sammenslåingen med LMA har organisasjonens profil blitt mer uklar. Vi oppfatter sammenslåingen mer som et uttrykk for behovet for å samle ressursene slik at begge organisasjoner kunne overleve og fortsette sitt arbeid. I ettertid har det så blitt viktig å meisle ut en samlet profil og en god strategi. Pluss-LMA er midt oppe i dette arbeidet. Som pasientrettighetsorganisasjon og selvhjelpsorganisasjon har Pluss-LMA er svært viktig oppgave. Spørsmålet er hvordan dette, sammen med LMAs medlems- og støtteorganisasjoner samt andre samarbeidspartnere, kan og

bør danne grunnlaget for et breiere samfunnsarbeid av forebyggende karakter. Se også avsnitt 9.1, om sosiale og økonomiske vilkår for personer med HIV og AIDS.

### **3.4 Aids-informasjonsbussen (sprøytebussen)**

Evalueringen av sprøytebussen tok utgangspunkt i bussens målsetting om å bidra til redusert risikoatferd blant injiserende rusmiddelmissbrukere gjennom å sørge for bedre tilgang på rene sprøyter og kondomer og ved å informere om smitterisiko og hvordan smitte kan unngås. Ut over denne generelle målformuleringen er det ikke arbeidet systematisk med å utvikle spesifikke målsettinger overfor ulike undergrupper innen målgruppen. Dette har gjort en spesifikk evaluering vanskelig.

Det pekes på at organiseringen av sprøytebussen under Oslos 2.linje helsetjeneste, med en målgruppe som ellers hovedsakelig får sine tilbud fra rusvernetatens, byr på store utfordringer for samarbeid og ansvarsplassering. En ser også konsekvenser av denne organisatoriske plasseringen i forhold til tiltakets målsetting. Helsetjenesten er ensidig opptatt av maksimal tilgjengelighet av rene sprøyter for å oppnå maksimal gevinst i forhold til forebygging av smitte, mens rusvernets ønsker er å legge større vekt på de øvrige informasjonsanledningene som sprøyteutdeling representerer. Slik tiltaket drives med utdeling av sprøyter og kondomer gjennom et vindu i bussen, er det små muligheter for å ivareta informasjonsoppgaver basert på personlig kontakt og samtale. I så måte er det typisk at det formelle navnet AIDS-informasjonsbuss i dagligtale er blitt til ”sprøytebussen”.

#### **Våre vurderinger**

To år på rad, etter tidspunktet for denne evalueringen, er bussen brukt som arena for storstilt testing og hepatitt-vaksinering. At dette har vært så suksessfullt viser at potensialet for å utnytte bussen for utvidede formål, utover sprøyteutdeling, ikke er utnyttet. På den annen side er mange redde for alle tilleggsfunksjoner som kan heve terskelen for aktuelle brukere til å få tilgang på rene sprøyter. Det faktum at man har opplevd en så lav nysmitte blant injiserende misbrukere, har vært brukt som ”bevis” for at tilgangen på rene sprøyter gjennom sprøytebussen er et vellykket tiltak. Også brukerne av bussen har denne oppfatningen.

I evalueringen mener man å finne støtte for at sprøytebussen i forhold til HIV-smitte har hatt sin misjon. Det anbefales derfor at tiltaket blir opprettholdt. Men det pekes også på flere forhold, som det må tas mer hensyn til: Det er målsettingen om å redusere total helseskade som må stå i fokus, ikke HIV. Overdoser og hepatittsmitte er et langt større helseproblem enn HIV-smitte i dagens situasjon. Fra andre storbyer (f eks

Helsinki) har man imidlertid erfaring for at smittesituasjonen raskt kan endre seg og kreve en fornyet sterk innsats på områder der man trodde man hadde rimelig god kontroll. Et annet forhold er at må man vurdere om andre måter å distribuere sprøyter på som kan gi en like god tilgjengelighet og samtidig gi langt bedre muligheter for informasjonsarbeid og tilgang på andre relevante tjenestetilbud til målgruppen. Det er nå avklart at tiltaket skal organiseres under rusvernetaten, slik også evalueringen anbefalte som en bedre løsning enn dagens.

### **3.5 Andre evalueringer**

I denne gjennomgangen av evalueringer i perioden etter 1996, vil vi også kort presentere to andre undersøkelser av en litt annen karakter. Den første gjelder en undersøkelse som Olafiaklinikken selv gjennomførte om en del av klinikkens utadrettede arbeid mot gruppen menn som har sex med menn, det såkalte Prosjekt Saunaer. Den andre er en gjennomgang og vurdering av undervisningen om HIV/AIDS i ungdomsskole og videregående skole, som Helsetilsynet foretok på oppdrag fra SHD.

#### **3.5.1 Prosjekt Saunaer**

Hovedsiktemålet med undersøkelsen var å beskrive hvem som bruker saunaer hvor menn som har sex med menn treffes. Videre var målet å undersøke om kundene ved saunaene vet om og oppsøker helsetilbud (spesielt Olafiaklinikkens tilbud) med hensyn til HIV/SOS og gratis hepatitt B-vaksine, og om de opplever at deres behov vedrørende seksuell helse blir ivaretatt.

Undersøkelsen bygger på et kortfattet spørreskjema som ble besvart av 127 menn som besøkte to saunaer i løpet av 6 kvelder. 63 prosent av disse oppgav å være HIV-testet siste år og 60 prosent visste om Olafiaklinikkens tilbud om hepatitt B-vaksine.

Resultatene viste ingen signifikant sammenheng mellom det å være medlem av organisasjoner for homofile og å være HIV-testet. Nesten halvparten svarte at de er usikre på eller ikke føler at deres behov vedrørende seksuell helse er godt nok ivaretatt og blant disse er det en høyere andel som ikke er åpne om sin seksuelle praksis i møte med helsevesenet. Undersøkelsen konkluderer med at i arbeidet med SOS og HIV blant menn som har sex med menn, er det viktig å rette oppmerksomheten mot å skape trygghet på seksuell identitet og å nå de skjulte homofile. Mange har fra tidligere år dårlig erfaring med helsevesenet. Denne undersøkelsen synes å bekrefte at saunaer er viktige arenaer å nå med helsetilbud i forhold til HIV, SOS, rådgivning og samtaler vedrørende seksuell identitet og sikrere sex.

### **3.5.2 HIV/AIDS-undervisning i ungdoms- og videregående skole**

Undersøkelsen bygger på tre datakilder: 1) rapporter om undervisningsmetoder til Helsetilsynet og fylkeslegene, 2) en mindre spørreundersøkelse blant et utvalg lærere samt 3) en spørreundersøkelse blant lærere, utført av Senter for samfunnsforskning ved Universitetet i Bergen, om undervisning i samlivslære.

Den generelle konklusjonen i undersøkelsen er at undervisning og seksualitet og samliv generelt og om HIV/AIDS spesielt, har en beskjeden plass i både ungdomsskole og videregående skole. I de nye læreplanene for ungdomsskolen er disse temaene integrert i ulike fag og på 10. Klassetrinn har de fått en stor plass i både natur- og miljølære, kristendom og samfunnskunnskap. I videregående skole har temaet blitt eget valgfag og har naturlig nok fått en stor plass innen helse- og sosialfag, men ellers er temaet svært lite berørt i undervisningen. Det er altså innen videregående skole, utenom helse- og sosial, en finner den største svakheten i dagens læreplaner.

I den praktiske oppfølgingen av læreplanene avslører undersøkelsen fra Senter for samfunnsforskning store svakheter. Lærerne har lite undervisning i samlivslære. Undervisningen skjer i hovedsak som ordinær undervisning, ikke som temadager eller prosjektarbeid. Undervisningen skjer i all hovedsak i samlet klasse og det er den ordinære læreboka som brukes som grunnlag for undervisningen. Filmer, brosjyrer og andre læremiddel ser ut til å være lite brukt.

I undersøkelsen går en gjennom erfaringene fra spesielle prosjekt og modeller for undervisning som er gjennomført ved utvalgte skoler og klasser i mindre deler av landet, men det trekkes ingen samlende konklusjon om erfaringene fra disse forsøkene.

I forslagene til forbedringer er det heller ikke de spesielle oppleggene og metodene som det blir rettet oppmerksomhet mot. I stedet legges hovedvekten på å påvirke læreplanverkene slik at temaet får en viktigere plass på alle klassetrinn for alle elever. Siden undervisningen viser seg i så stor grad å ta utgangspunkt i de vanlige lærebøkene, er det innholdet i disse som anbefales å bli bedre og mer utfyllende. Ut over dette legges det stor vekt på å styrke samarbeidet og avklare oppgavefordelingen mellom skolen og helsetjenestetilbudet til unge. Det understrekes at pedagogikken kan styrkes gjennom mer elev-involverende og elev-styrte temadager og prosjektarbeid og at eksterne aktører kan brukes som supplement men ikke kan erstatte den ordinære undervisningen. Disse forslagene oppfatter vi som å være klart i samsvar med de nye planverkene for skolen, både når det gjelder integrering av tema og utvikling av pedagogiske tilnæringsmåter.

## **4 Kunnskap om forekomst av smitte**

### **4.1 Innledning**

Kunnskap om epidemiologi, forekomst av HIV og nysmitte i befolkningen er viktige parametre for tilrettelegging av forebyggende arbeid. Forekomsten av HIV gir indikasjon på hvilke grupper i befolkningen som er smittet og gir følgelig et grunnlag for å bestemme hvor forebyggende innsats bør settes inn og hvilke virkemidler som er aktuelle å ta i bruk. Opplysning om nye tilfeller av HIV-smitte vil på samme måte gi grunnlag for innretningen på de forebyggende arbeidet og vil kunne si noe om endringer på kort sikt i smitemønster.

Spørsmålet om vi har tilstrekkelig kunnskap om den reelle epidemiologiske situasjonen tolker vi som et spørsmål om de metoder vi har for å overvåke HIV-epidemien i Norge i dag fanger opp den faktiske nysmitte og utbredelse av smitte i befolkningen.

Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa), Seksjon for forebyggende medisin, er ansvarlig for HIV-overvåkingen her i landet og er landets ledende faglige instans når det gjelder innsamling og bearbeiding av epidemiologiske data om HIV/AIDS. Fra Folkehelsa er det publisert flere artikler om status for overvåkingen (Avitsland og medarbeidere 1996a, 1996b, 1996c, 1996d og 1999) basert på MSIS (Meldingssystem for smittsomme sykdommer). Ellen J. Amundsen ved samme institusjon har publisert to rapporter om HIV/AIDS (Amundsen 1997 og 1998). I rapportene gjør Amundsen sammenligninger mellom de nordiske land, når det gjelder HIV/AIDS-forebygging og smittfordeling over tid for homoseksuelle og stoffmisbrukere.

Vi skal i dette kapitlet trekke fram hovedfunn og konklusjoner fra de nevnte artiklene. Vi skal vurdere om det er kommet fram utviklingstrekk som eventuelt kan føre til andre konklusjoner enn det Folkehelsa tidligere kom fram til, siden artiklene ble publisert i 1996.

### **4.2 Kunnskapsstatus**

I 1983 ble det innført meldingsplikt for AIDS-sykdom her i landet, og for HIV-infeksjon i 1986. De første tallene for HIV-smitte ble offentliggjort for 1984. Diagnostiserte tilfeller fra 1984 til 1986 ble foretatt i ettertid. Kvaliteten på meldingssystemet er naturligvis avgjørende for påliteligheten av de data som systemet produserer. Et viktig spørsmål er også om det forekommer smittetilfeller som systemet ikke fanger opp.

Indikasjon på HIV-smitte bygger på test for antistoffer mot HIV. Denne testen ble tilgjengelig i mindre omfang i 1984 og i stor skala i 1985. Tester blir utført ved medisinsk-mikrobiologiske laboratorier. Meldingsplikten for diagnosen AIDS ble offisiell i 1983. Alle HIV-tester skal verifiseres ved et av fem regionale mikrobiologiske laboratorier (referanselaboratorier) i landet. Meldingssystemet MSIS bygger på oppgaver fra disse laboratoriene, men skjemaene sendes til Folkehelse via primærlegen. Prosedyren er kvalitetssikret på en slik måte det blir kontrollert for dobbelttelling. Folkehelse mener at dekningsgrad av meldinger er 100 prosent (Avitsland og medarbeidere 1996a).

Meldingsskjemaet inneholder ikke pasientens navn, men omfatter opplysninger som fødselsdato, kjønn, bosted, nasjonalitet, sannsynlig tidspunkt og risikofaktor. Med risikofaktor menes vanligste smittemåter. På skjemaet er dette: sex mellom menn, bruk av urene sprøyter, mottak av blod eller blodprodukter, sex mellom mann og kvinne og smitte fra mor til barn. Personer født i Afrika sør for Sahara og som er smittet før testing i Norge er skilt ut som egen gruppe for ikke å gi et uriktig bilde av heteroseksuell smitte i Norge. Menn som både har injisert stoff og har hatt sex med andre menn skilles også ut som egen gruppe.

Personer kan være eksponert for mange farlige smitteepisoder. Det kan i slike tilfeller være vanskelig eller umulig å fastslå hvilken episode som har ført til smitte. Kombinert med andre opplysninger på skjemaet, avgrenses et sannsynlig smittetidsrom og et smitteår tilsvarende medianen av det mulige smittetidsrommet (Avitsland 1996a).

For å få pålitelige data om smitte, må det foreligge representative tester fra befolkningen. Siden det ikke er gjennomført fullstendige prevalensstudier for hele befolkningen, må man vurdere smitten ut fra selvrekrutterte grupper. I neste omgang må det sannsynliggjøres at de testede representerer hele gruppen. I Norge er flere befolkningsgrupper regelmessig testet over en årrekke.

Fra 1987 ble alle gravide kvinner rutinemessig tilbudt HIV-testing. Samlet har oppslutningen om HIV-testing fra 1987 til 1995 vært 96 prosent. Folkehelse sannsynliggjør at gravide kvinner er representative for unge voksne kvinner i forhold til gjennomlevd risiko for HIV-infeksjon. Et spørsmål man kan stille er om gravide gifte kvinner representerer en lavere risiko for smitte sammenlignet med andre kvinner i tilsvarende aldersgrupper. Det er sannsynlig, men denne skjevheten oppveies trolig av testing av abortsøkende, der det finnes en overhyppighet av enslige kvinner.

Obligatorisk testing av blodgivere ble innført i 1985. Et spørsmål er om denne gruppen er representativ for gruppen voksne menn. Folkehelse mener det ikke er slik, fordi personer med særlig høy smitterisiko blir

utelukket som blodgivere allerede før HIV-testing.<sup>4</sup> Derimot vil blodgivere være en markør for smitte i den vanlige heterofile befolkningen.

Rekrutter ble HIV-testet fra og med 1987. Oppslutningen har her vært 90 prosent. Rekrutter er, etter Folkehelsa sin vurdering, trolig representative for heteroseksuelle menn i samme alder. Massetesting av rekrutter opphørte etter 1999, men rekrutter har fremdeles et tilbud om testing.

Inntil 1994 var det få kjente undersøkelser av testaktivitet blant norske menn. I de undersøkelsene som var kjent, rapporterte om lag tre fjerdedel av de spurte at de hadde testet seg minst en gang og om lag halvparten rapporterte testaktivitet ett år eller to før undersøkelsen. Senere undersøkelser har vist en testaktivitet blant homoseksuelle menn på 80 prosent. (Svendsen, Loeb og Munitz 1998). Det foreligger ingen kjente prevalensundersøkelser av homofile menn i Norge.

I Oslo blir brukere ved Uteseksjonen og enkelte andre instanser regelmessig tilbudt HIV-testing. Det gis opplysninger om HIV-smitte også fra Rettsmedisinsk institutt. Fra disse instansene er det bare kommet informasjon om et lite antall HIV-smittede som ikke var kjent fra før gjennom MSIS. Rapporter fra politiet viser en høy testaktivitet blant personer politiet kjente til. Brukere av sprøytebussen i Oslo ble i 1992 spurt om de testet seg. Over 90 prosent av de spurte var testet minst en gang i livet (Avitsland og medarbeidere 1996b).

### **4.3 Er kunnskapen tilstrekkelig?**

Overvåkingen av HIV-smitte i Norge er god. HIV-testing er i Norge basert på frivillighet og det vil derfor til enhver tid kunne finnes forskjell mellom den registrerte HIV-prevalens og sann prevalens, dvs den prevalens en ville fått, hvis det f eks var gjennomført massetesting av hele befolkningen. Slike opplysninger har vi ikke om HIV, bortsett fra screening av blodgivere, rekrutter og gravide kvinner. Oppdaterte prevalenstall er generelt vanskelig å skaffe for alle sykdomstyper, det gjelder ikke bare HIV<sup>5</sup>. Undersøkelser viser at testaktiviteten for HIV i Norge er ganske høy blant personer som er under spesiell risiko for smitte, men det vil av forskjellige grunner finnes personer med smitte som ikke har latt seg teste

---

4 Gjelder stoffbrukere, homoseksuelle menn og menn med prostitusjonskontakt.

5 Det nærmeste vi kommer sanne prevalenstall for ulike sykdomsgrupper i befolkningen er gjennom nasjonale helseundersøkelser over selvrapportert helse som f eks levekårsundersøkelsene og helseundersøkelser gjennomført av SSB eller screening av hele befolkningen av spesielle sykdommer som f eks brystkreft hos kvinner og masseundersøkelser av hjerte/kar sykdommer.



eller som er testet i utlandet. Disse tilfellene vil med stor sannsynlighet bli oppdaget, når personene får AIDS. På et gitt tidspunkt vil det likevel eksistere en forskjell mellom registrert og sann prevalens. Folkehelsa bruker betegnelsen 'mørketall', på forskjellen mellom den registrert og sanne prevalens. Blant heteroseksuelle er den reelle årlige insidensen estimert til å være 20 – 30 per år i perioden 1986-1999.

Med mørketall siktes altså til tallet på HIV-smittede personer i landet som ikke er diagnostisert. Avitsland og medarbeidere (1996) diskuterer i sine artikler størrelsen på mørketallene. Totalt antall udiagnostiserte i den heteroseksuelle befolkningen per 31.12.99 ligger på mellom 100 og 200 personer, hvorav de fleste er menn, (MSIS Folkehelsa, 28.6.200, upubliserte tall). Det meste av smitten til heteroseksuelle skyldes smitte fra en person som tilhørte de tradisjonelle risikogrupperne (førstegenerasjonssmitte). Smitten fra andre som er smittet heteroseksuelt i Norge (andre-generasjonssmitte) er liten og øker ikke (Avitsland et al 1996c). Blant menn som har sex med menn er mørketallet anslått til å ligge mellom 40 og 50 personer per år i perioden 1986–1999 med et akkumulert tall på 150–250 udiagnostiserte ved utgangen av 1999. De tilsvarende tallene for stoffmisbrukere er på 10 – 15 smittede årlig i perioden og 15– 30 udiagnostiserte ved utgangen av 1999.

På grunnlag av overvåkingssystemet for HIV/AIDS kan en skille mellom diagnoseår for HIV-smitte og sannsynlig smitteår. Opplysning om smitteår gir viktig informasjon om den fortløpende utviklingen av epidemien. Andelen personer med ukjent smitteår blir stadig mindre og er nå ganske lav.

Bruk av statistiske modeller for beregning av mørketall gir noe annerledes resultater (Amundsen 1997 og 1998). Modellene integrerer informasjonen om inkubasjonstidsfordelingen fra HIV-smitte til AIDS, effekt av behandling på denne fordelingen samt død eller emigrasjon før AIDS. På grunnlag av denne modellen er mørketallet blant heteroseksuelt smittede personer beregnet til 78 personer i 2000. For menn som har sex med menn ligger mørketallet på 110 personer mens det tilsvarende tallet for sprøytemisbrukere ligger på 9 personer.

#### **4.3.1 Helsepersonell**

Det hviler store informasjonsoppgaver på ansatte i kommunen. Mange av de vi har snakket med opplever seg utbrent på området HIV/AIDS forebyggende arbeid. Helsepersonell, lærere og andre har en stor utfordring i å motivere seg selv for dette informasjonsarbeidet.

Vi tror det viktig at helsepersonell og andre får hjelp til hvordan de kan kombinere informasjon om HIV/AIDS med andre og mer engasjerende tema. Det kan kanskje gi ny glød til arbeidet om en får nye innfallsvinkler.

#### **4.4 Oppsummering**

15 års erfaring med overvåking av HIV har gitt Norge et meget godt meldesystem for HIV-smitte og realistisk oversikt over mørketall. Ut fra den dokumentasjon som foreligger vil vi hevde at landet har tilstrekkelig epidemiologisk kunnskap som grunnlag for forebygging. Hvis utviklingen skulle forverres, mener vi at den vil bli oppdaget via overvåkingen.

Tolking av epidemiologiske data og konsekvenser for forebygging er imidlertid stadig under debatt og dermed også spørsmålet om samsvar mellom kunnskap om smittetall og forebyggende tiltak. Vi kommer tilbake til dette i de følgende kapitler.

## 5 Befolkningen generelt

Det forebyggende arbeide overfor befolkningen generelt har vært en viktig del av den nasjonale forebyggingsstrategien i alle tiltaks- og handlingsplaner mot HIV/AIDS-epidemien. Smittefare for den vanlige heteroseksuelle befolkningen er imidlertid ikke høy, og tiltakene i inneværende handlingsplanperiode er lagt opp i tråd med smittefare i befolkningen generelt. I de aktuelle delmålene heter det at nysmitte i befolkningen ikke skal øke i forhold til perioden 1990–1995 og at kunnskapen om HIV/AIDS i befolkningen må vedlikeholdes.

### 5.1 Forekomst av HIV i befolkningen

I perioden 1984 til utgangen av november 2000 var totalt 351 personer registrert heteroseksuelt smittet i MSIS, se Tabell 2. Av de smittede var 214 menn og 137 kvinner. Tallene for 1996-1999 ligger mellom 34 og 39 diagnostiserte tilfeller årlig. (Tallet på diagnostiserte tilfeller per 05.12.00 var for året 2000 alene på 48<sup>6</sup>.) Tallet på nysmitte med opplysning om smitteår ligger mellom 15 og ni tilfeller årlig i perioden 1996–1999.

Heteroseksuell smitte viser i perioden (1986-95) et omfang på nær 23 tilfeller i gjennomsnitt med et standardavvik på 6,4 tilfeller eller nær det samme som perioden 1990–1995. Tilsvarende tall for siste planperiode (1996-99) er et årlig gjennomsnitt på 36 tilfeller og en årlig variasjon på 3,4 tilfeller i gjennomsnitt.

Tendensen for heterofil smitte er en noe høyere insidens (etter diagnoseår) og mer stabile tall fra år til år, se Tabell 1. Regner vi utviklingen på grunnlag av **nysmitte** blir bildet noe annerledes. Nysmitte, definert som sikkert eller sannsynlig smitteår, viser ingen økning mellom de to periodene<sup>7</sup>. I perioden 1990–1995 var årlig gjennomsnitt på nysmitte på 12,8 tilfeller, og tallet var det samme i perioden 1996–1999. I begge perioder var det en del tilfeller med ukjent smitteår, nær 5 tilfeller årlig i begge periodene<sup>8</sup>. På grunnlag av opplysninger om nysmitte kan vi konstatere en økning i diagnostiserte tilfeller fra 1996 til 1999, men ingen økning i nysmitte.

---

6 Diagnostiserte tilfeller av HIV-infeksjon meldt til MSIS per 05.12.2000).

7 Opplysninger om sikkert eller sannsynlig smitteår bygger på upubliserte tabeller fra Folkehelse.

8 Tilfeller med ukjent smitteår var i alt 1990–1995 på 28 tilfeller og i perioden 1996–1999 på 19 tilfeller.

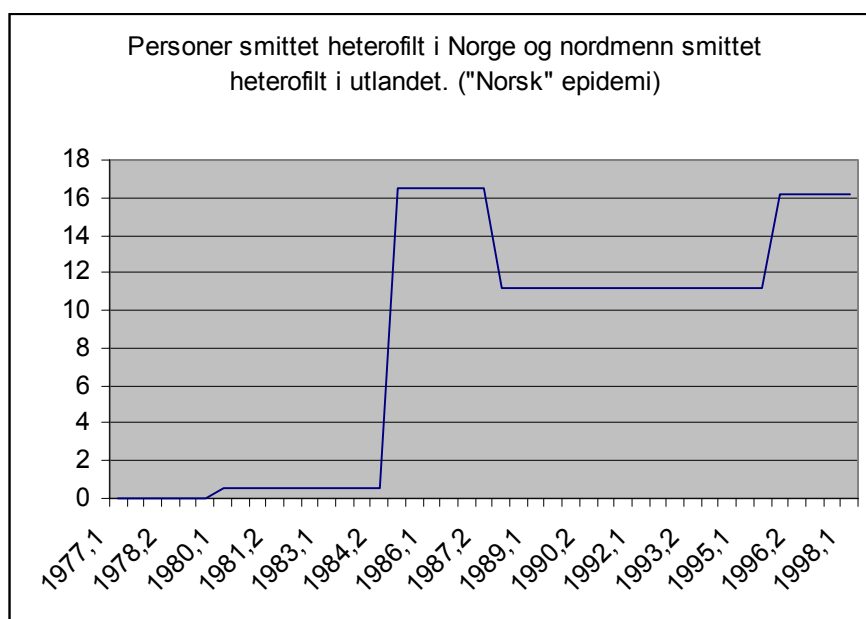
Beregninger foretatt av E. Amundsen over heteroseksuell smitte viser imidlertid en svak økning etter 1995, men endringen er ikke statistisk signifikant, se figur 1. Amundsens tallmateriale går bare fram til 1998 mens tallene for nysmitte i forrige avsnitt går fram til 1999. Dette kan ha påvirket våre beregninger og resultert i lavere tall for nysmitte enn tallgrunlaget for Amundsens beregninger. En oppdatering av Amundsens modell fram til år 2000 vil kunne gi et sikrere estimat over smitten i perioden 1996 – 2000.

Tabell 1. HIV-infeksjon i Norge etter risikoatferd og diagnoseår- Meldt til MSIS 05.12.00.

	Antall tilfeller diagnostisert																		Totalt	%
	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00**			
Homo-/biseksuell mann	12	103	70	72	46	49	36	59	28	44	37	45	35	30	30	36	21	753	35,0	
Injiserende stoffmisbruker	1	75	96	67	31	24	19	14	12	12	11	9	8	11	7	12	6	415	19,3	
Kombinasjonen 1+2		5	8	1	2	5	3	2		1	1	2	1		1			32	1,5	
Hemofili/ koagul. feil		20	1															21	1,0	
Fått blod/-blodprodukt		3		5	10	1		1	2	1								23	1,1	
Heteroseksuell praksis		6	11	29	33	22	18	22	28	25	17	24	34	39	33	38	48	427	19,9	
Høyendemisk fødeland*		1	6	19	20	30	11	40	31	29	17	23	31	29	26	56	56	425	19,8	
Barn av HIV-pos. mor			1			3	2	1					3		1	2	2	15	0,7	
Annet/ukjent		1	1		3	1	1	3	4	1	11	2	4	3		3	1	39	1,8	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>214</b>	<b>194</b>	<b>193</b>	<b>145</b>	<b>135</b>	<b>90</b>	<b>142</b>	<b>105</b>	<b>113</b>	<b>94</b>	<b>105</b>	<b>116</b>	<b>112</b>	<b>98</b>	<b>147</b>	<b>134</b>	<b>2150</b>	<b>100</b>	

\*) Afrika sør for Sahara \*\*) Av tot.159 diagnostiserte

Kilde: MSIS, Folkehelsa.



Figur 1. Personer smittet heterofilt i Norge. 1977 – 1998. (E. Amundsen, Folkehelsa).

Median alder for menn var ved diagnosetidspunkt 40 år og for kvinner 30 år. En mann og en kvinne var under 20 år ved diagnose. Av de i alt 351 smittede er 189 personer eller drøyt halvparten smittet i utlandet. Denne gruppen er i stor grad utsatt for smitte under reise eller opphold i utlandet. Folkehelsa opplyser at 87 prosent av de smittede er norskfødte, 3 prosent er opprinnelig fra annet europeisk land, 5 prosent fra Afrika, 4 prosent fra Asia og en person fra Amerika (Folkehelsa, MSIS nr 47, 2000).

Menn smittes i langt større grad enn kvinner i utlandet, jf Tabell 2. Tallene viser 73 prosent smitte utenlands for menn mot bare 23 prosent for kvinner. Menn smittes i størst grad i Afrika og Asia, hvor 3/4 av utenlandssmitten er lokalisert.

Tabell 3 viser **smitekilde** for personer som er heteroseksuelt smittet i Norge. Totalt er 105 kvinner og 57 menn heteroseksuelt smittet siden overvåkingssystemet ble etablert. Den største smitekilden for kvinner har vært person fra Afrika mens den nest største smitekilden var injiserende stoffmisbrukere. Folkehelsa opplyser at smitte fra injiserende stoffmisbrukere til kvinner har vært uvanlig de siste årene. Siden 1996 er det også oppdaget svært få tilfeller av at kvinner er smittet av afrikansk person i Norge.

En viktig indikator på en innenlandsk epidemi blant heteroseksuelle, er smitte mellom heteroseksuelle personer (andregenerasjonssmitte eller sekundærsmitte<sup>9</sup>). Siden registreringene tok til er i alt 22 personer smittet på denne måten, hvorav 14 kvinner og 8 menn. Det er altså en meget lav sannsynlighet for å bli smittet på denne måten. For kvinner utgjør f eks smitten mindre enn 1 smittet person per 100 000 innbyggere i alderen 15-74 år (folketallet 1.1.2000). I tillegg er et antall på 9 kvinner smittet av bifil mann, se Tabell 3.

Folkehelsa har foretatt beregninger om utviklingen av heteroseksuell smitte fordelt på diagnoseår og antatt smitteår, se Figur 2. Figuren viser at tilfellene er jevnt fordelt utover 1990 årene, og at det ikke har vært noen økende tendens. Tallene viser at heteroseksuell smitte fremdeles er uvanlig i Norge og at det ikke kan vises til noen tydelig økning i den heteroseksuelle smitten. Minst halvparten av den heteroseksuelle smitten skjer på reise eller opphold i utlandet.

---

9 Folkehelsa har brukt betegnelsen 'andregenerasjonssmitte'. SHD anbefaler å bruke uttrykket 'sekundærsmitte'.

Tabell 2. Personer heteroseksuelt HIV-smittet etter smittested og kjønn. Meldt til MSIS før 28.11.2000. Totale tall og prosent

	Kjønn				Alle	
	Mann		Kvinne			
Smittested/risikofaktor	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Norge	57	27	105	77	162	46
Europa (utenfor Norge)	10	5	17	12	27	8
Afrika	72	34	9	7	81	23
Asia	45	21	1	1	46	13
Amerika	16	7	4	3	20	6
Utlandet, uspesifisert	8	4	0	0	8	2
Ukjent	6	3	1	1	7	2
I alt	214	100	137	100	351	100

Kilde: Folkehelse, MSIS nr 47, 2000.

Flere aktører i det forebyggende arbeidet, SHD, media og andre har vært opptatt av økningen i heteroseksuell smitte og at denne prosentvis nå er på størrelse med homoseksuell smitte. Enkelte har stilt spørsmål om dette er et uttrykk for en grunnleggende endring i smitemønsteret og om vi nå må revidere oppfatningen av risikogrupper. Selv om bildet blir et annet om vi skiller mellom diagnoseår og smitteår, må økningen i diagnostiserte tilfeller tas alvorlig, også fordi økingen er større enn resultatmålet i handlingsplanen. I diskusjonen om økningen i totaltallene for diagnostiserte tilfeller, blandes denne informasjonen imidlertid lett sammen med risikobegrepet og sammenligning av smitterisiko mellom ulike befolkningsgrupper.

Når en skal vurdere **smitterisiko**, må en ta med i beregningen størrelsen på befolkningsgruppene som vurderes. En mindre endring i det **totale** antall smittede i den heteroseksuelle befolkningen gir ikke store utslag i **rater** for smitte. Regner vi totalt antall diagnostiserte heteroseksuelt smittede i 1999 fordelt på den voksne befolkningen, 20 år og over, utgjør all heteroseksuell smitte 3 tilfeller per 100.000 innbyggere. Sammenlignet med homofile blir smitterisikoen for heteroseksuell smitte meget liten. Regner vi med at 3 prosent av befolkningen er homofile, utgjør dette om lag 20 000 personer av den voksne mannlige befolkningen. HIV-insidensen for 1999 blir da for homofile 0,18 prosent eller 180 per 100 000 personer. Dette gir homofile 66 ganger større risiko for HIV-smitte enn heterofile. Sett i dette perspektivet er økning i heteroseksuell smitte svært liten i forhold

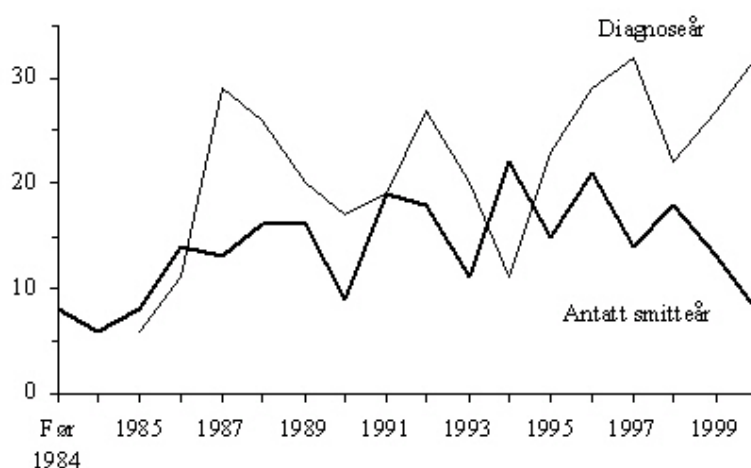


homoseksuell smitte. Raten for nysmitte vill vært mindre for begge gruppene.

Tabell 3 Personer heteroseksuelt HIV-smittet i Norge etter smittekildens bakgrunn og kjønn. Meldt til MSIS før 28.11.2000. Totale tall og prosent

	Kjønn				Alle	
	Mann		Kvinne			
Smittekilden var:	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Bifil mann	0	-	9	<b>9</b>	9	<b>6</b>
Injiserende stoffmisbruker	5	<b>9</b>	26	<b>25</b>	31	<b>19</b>
Blodmottaker	2	<b>4</b>	3	<b>3</b>	5	<b>3</b>
Person fra Afrika	12	<b>21</b>	30	<b>29</b>	42	<b>26</b>
Person fra annet utland	0	-	9	<b>9</b>	9	<b>6</b>
Norsk, heteroseksuelt smittet	8	<b>14</b>	14	<b>13</b>	22	<b>14</b>
Ukjent	30	<b>52</b>	14	<b>13</b>	44	<b>27</b>
I alt	57	<b>100</b>	105	<b>100</b>	162	<b>100</b>

Kilde: Folkehelsa, MSIS nr 47, 2000.



Figur 2. Antatt smitteår der dette er kjent (tykk linje) og diagnoseår (tynn linje, n=351) for personer som er heteroseksuelt smittet med HIV og meldt til MSIS før 28.11.2000. (Kilde: Folkehelsa, MSIS nr 47, 2000).

### **5.1.1 Befolkningsundersøkelser**

Siden 1985 er det foretatt HIV-screening blant utvalgte befolkningsgrupper: blodgivere, gravide og rekrutter. Testing av de nevnte befolkningsgruppene er viktige markører på epidemisk utvikling i den heteroseksuelle befolkningen.

Resultater fra HIV-screening viser meget lave smittetall, jf Tabell 4. Av 923 849 testede kvinner i perioden 1985-1999, er det funnet vel 5 HIV-positive per 100 000 gravide. Av 266 753 rekrutter ble det funnet 4 eller ca 1,4 HIV-positive per 100 000 i løpet av perioden 1985-1999. Blodgivere viser en frekvens på ca 2,1 smittede per 100 000 for samme periode. Det er ingen økende tendens for noen av gruppene. Som resultatet viser er det funnet ekstremt få personer med HIV, og det er ikke tegn til økende antall tilfeller i gruppene.

Samlet viser epidemiologisk informasjon på HIV-smitte i den heteroseksuelle befolkningen at smitten er meget lav og viser relativt liten endring de siste 15 årene. En viss økning i tallet på diagnostiserte tilfeller er likevel et signal som må gis oppmerksomhet.

Tabell 4. HIV-screening av blodgivere, gravide og rekrutter i Norge 1985-1999.

År	Blodgivere			Gravide		Rekrutter	
	Blod-doneringer testet	Blodgivere testet	Tallet på HIV-positive totalt og i prosent	Tallet på personer testet	Tallet på HIV-positive totalt og i prosent	Tallet på personer testet	Tallet på HIV-positive totalt og i prosent
1985	ca 70000	ca 20000	2 / 0.01				
1986	" 220000	" 100000	-				
1987	216437	" 100000	-	24825	1 / 0.004	4603	-
1988	207489	" 100000	-	86620	3 / 0.003	20145	1 / 0.005
1989	208036	" 100000	1 / 0.001	86244	4 / 0.005	25291	2 / 0.008
1990	201161	" 100000	1 / 0.001	87414	5 / 0.006	25296	-
1991	198898	" 100000	1 / 0.001	77992	2 / 0.003	26655	-
1992	192820	" 100000	1 / 0.001	70081	2 / 0.003	24950	-
1993	193072	" 100000	-	71163	-	24669	-
1994	195332	" 100000	-	72192	1 / 0.0014	25376	-
1995	195617	" 100000	-	71685	7 / 0.01	22932	-
1996	188739	" 100000	3 / 0.003	72214	6 / 0.008	24823	-
1997	ca 190000	" 100000	1 / 0.001	67100	3 / 0.004	20672	-
1998	ca 190000	" 100000	-	67319	6 / 0.009	21341	-
1999	ca 190000	" 100000	-	69000	7 / 0,01	19669	1/0,005
Totalt	2 857 600	245000*	10 / 0.004	923849	47 / 0.005	286422	4 / 0.001

Kilde: Folkehelsa

## 5.2 Prostitusjon

Under delmål om heteroseksuell smitte i handlingsplanen er også tatt opp tiltak rettet mot prostitusjonsmiljø. På nasjonalt nivå er det opprettet et eget kompetansesenter, **Pro-senteret**<sup>10</sup>, for arbeid blant prostituerte. Senteret arbeider mest med gateprostitusjon og med oppgaver knyttet til helse, omsorg og bolig. Senteret gir konsultasjon til kommuner rundt i landet, bl. a. til Albertineprosjektet rettet mot prostitusjonsmiljøet i Stavanger (drives av Kirkens bymisjon med kommunal støtte) og ett tiltak i Bergen. Leder ved Pro-senteret mener at det er en utfordring å få kommuner i landet til å praktisere kunnskap om prostitusjon og SOS som Pro-senteret formidler. Senteret er finansiert av staten og Oslo kommune.

Pro-senteret har ellers som spesialområde gutter og menn som selger sex og latinamerikanske kvinner som selger sex. Den største utfordringen i framtiden vil trolig være utenlandske prostituerte.

Kundene er en viktig målgruppe for Pro-senteret. Senteret gir kundene muligheter for å få basal rådgivning om sex. Kundene er veldig redde for smitte, noe som tyder på at det foregår lite ubeskyttet sex. I det oppsøkende arbeidet gis plass for samtaler, utdeling av kondomer og glidekrem.

**PION**, interesseorganisasjon for prostituerte, arbeider med forebygging av seksuelt overførbare sykdommer generelt, bl a med finansiering fra handlingsplanen. PIONs arbeid retter seg mot 'innemarkedet' blant prostituerte, dvs massasjehytter og l. PION hevder at det i dette miljøet er en sterk kultur for bruk av kondom. Kvinner som kommer til landet på turistvisum og som driver prostitusjon kan imidlertid representere en større smittefare. PION driver oppsøkende virksomhet og har kontakt med disse kvinnene.

Prostituerte representerer en smitterisiko for HIV, men det er lite kjent smitte i prostitusjonsmiljøet. Data fra Folkehelse viser at høyst to personer er smittet av HIV som følge av prostitusjonskontakt i Norge fra 1984 til med desember 2000. Begge tilfellene er usikre. Konklusjonen fra Folkehelse er at prostitusjon ikke har spilt noen vesentlig rolle i spredningen av HIV i Norge.

Vi er enig i at prostituerte ikke er noen stor smittekilde i Norge. Vi kan imidlertid ikke se bort fra at personer som eventuelt er smittet av prostituert ikke ønsker oppgi dette ved testing, men kanskje oppgir ukjent smittekilde.

---

<sup>10</sup> Pro-senteret ble etablert i 1983 og har vært et kompetansesenter for hele landet siden 1993. Oversikt over senteret finnes i brosjyren: 'Pro-senteret. Et sosialt hjelpetiltak for kvinner og menn med prostitusjonserfaring.

I statistikken over innenlandsk HIV-smitte utgjør andelen med ukjent smittekilde 27 prosent.

### **5.2.1 Forebyggende arbeid rettet mot ungdom**

Ungdom er interessert i undervisning og informasjon om seksualitet og samliv generelt, og det er her naturlig å ta inn tema som uønska svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer. Ungdom tenker ikke først og fremst sex som sykdom, men faren for graviditet er en mer nærliggende tanke.

Ungdom trenger informasjon som står i forhold til egne erfaringer. De forstår og tar inn fakta ulikt i forhold til hvor de er på erfaringsstigen. Ungdom, som andre, tenker lett at dette gjelder ikke meg. Etterhvert som erfaringene blir flere, må de få ny oppdatering av kunnskap som de lytter til og forstår på en ny måte. Slik er det hele tiden med informasjonsarbeid til barn og unge. Den unge må gjøre noen erfaringer før tema blir interessant igjen. En erfarer at kunnskap og handling ikke alltid henger sammen. Livet består av risiko, slik skal det også være. Smitterisikoen er lav, derfor går dette så godt som det gjør.

I år 2000 gikk innsamlingen til operasjons dagsverk i den videregående skole til HIV/AIDS-syke. Vi får tilbakemelding fra de som jobber med ungdom i videregående skole at dette fungerte meget godt som informasjon om tema til de unge. Det var mange flere som tok HIV-test i denne perioden, sier de på helsestasjon for ungdom i Stavanger, og her mener de også at ungdommene fikk økt kunnskap om smittemåter og forstod at dette også kunne gjelde dem.

### **Skolehelsetjenesten og uteseksjonen**

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lovpålagte deltjenester for kommunene i henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Disse deltjenestene inngår i kommunenes lovpålagte plikt til å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. Bestemmelser i smittevernloven ivaretar også hensynet til barn og ungdom.

Kommunene organiserer arbeidet sitt ulikt. Stavanger har for eksempel en bydekkende ungdomsseksjon som består av oppsøkende tjenester og Helsestasjon for videregående skoler. Med oppsøkende tjenester siktes her til tiltak som utekontakt, uteseksjon og lignende betegnelser.

Arbeidsmetodene ved helsestasjonen for videregående skoler er i hovedsak individuell rådgivning og veiledning til enkeltelever. Det blir også gitt helseopplysning til mindre grupper av elever med særlige behov. Det foregår også helseopplysning som massestrategi ute i skolene.

Jenter er den elevgruppen som i hovedsak oppsøker helsestasjonen. De kommer for å få råd og veiledning i forhold til samliv og seksualitet, prevensjonsbehov og å få svar på spørsmål om graviditet. Det utføres en rekke undersøkelser i forbindelse med underlivsplager og spørsmål om kjønns sykdommer. Mange unge tester seg for klamydia. Klamydiasmitten gir en indikator på at det foregår ubeskyttet sex blant ungdom.

Skolehelsetjenesten i grunnskolen gir blant annet undervisning under tema kropp og helse.

Oppsøkende tjenester gjør et viktig generelt forebyggende arbeid inn mot ungdomsskolene, der de legger vekt på budskap om samliv, sikrere sex og seksuell identitet. Det er imidlertid lite oppmerksomhet direkte på HIV-smitte. Det hevdes at HIV/AIDS ikke engasjerer de unge. Det er større interesse for temaet uønsket svangerskap og hvordan man unngår å pådra seg kjønns sykdommer. Det er i den forbindelse man kan motivere for kondombruk, sier en representant for oppsøkende tjenester.

Oppsøkende tjenester og helsesøstrene synes at HIV-forebyggende arbeid, som en del av forebygging av informasjon om seksuelt overførbare sykdommer, burde trekkes mer inn som prosjektarbeid i skolen. Det er viktig at ungdommene føler at dette angår dem. Prosjektarbeid kan motivere elevene til å ta inn kunnskapen og informasjonen.

Både helsesøster og utekontakt synes det er vanskelig å få med gutter på tema samliv og sex. En representant for uteseksjonen uttaler at man kunne vært flinkere til å samle gutter, særlig kanskje unge homofile gutter.

Helsetilsynet har høsten 2000 utarbeidet en 'pakke' med brosjyre, kondomer og informasjon som heter 'Gutter og sex'. Denne tenkes distribuert til helsestasjoner for ungdom, oppsøkende tjenester eller utekontakten og andre arenaer der man treffer ungdom.

Siste halvdel av år 2000 har Helsetilsynet, gjennom handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort, hatt en ordning med gratis utdeling av kondomer til ungdom. Ved henvendelse til RFSU kan skolehelsetjenesten, ungdomshelsestasjonene, utekontaktene og UNG infoene få tilsendt gratis kondomer ut 2001. Dette utgjør en stor kostnadsbesparelse for de kommunale instansene, og er med på å lette tilgjengeligheten av kondomer for ungdom. Dette krever imidlertid at helsepersonell aktivt deler ut til ungdom.

### **Skolen som arena**

Skolen er en viktig arena for informasjon og undervisning også om HIV/AIDS. Her vet en at en når all ungdom. I handlingsplanen mot HIV/AIDS står det at målet om å vedlikeholde kunnskap om HIV/AIDS i befolkningen skal opprettholdes ved å gjennomføre systematisert undervisning om HIV/AIDS og seksualitet i så vel grunnskole som i

videregående skole. Skolehelsetjenesten skal være en viktig ressurs både for ungdommen og i informasjonsformidling til lærere.

Undervisningen om HIV/AIDS knyttes til undervisning om samliv og seksualitet der vekten legges på prevensjon, kjønnsykdommer, abort og holdning til seksualitet. På ungdomsskolen gir L-97 rom for slik undervisning på alle tre klassetrinn. Under tema kropp og helse står det for åttende klassetrinn blant annet at en skal ta opp tema smittsomme sykdommer, for niende klasse uttrykkes det ikke så eksplisitt som igjen i tiende klassetrinn, der det står at eleven skal gjøres kjent med formeringen, prevensjon, lære om seksuelt overførbare sykdommer og lære hvordan en kan unngå disse. Eleven skal undervises bl a om kjønnsidentitet og sexpress. Man integrerer dette tema i ulike fag, både KRL, norsk, natur og miljø, og har prosjektarbeid over flere uker der seksualitet og samliv er tema. Den nye boka i natur og miljø for ungdomstrinnet får svært positiv omtale fra helsesøster vi snakket med for sin måte å behandle temaet seksualitet og samliv.

En kritikk i forhold til L-97 går på at en venter til tiende klassetrinn med den største delen av seksualitet og samlivsundervisningen. Flere vi har snakket mener dette er for sent. Det viktige er imidlertid at en alle tre årene får en rød tråd i undervisning om seksualitet og samliv.

Mange lærere samarbeider med helsepersonell i denne undervisningen. Det finnes et stort utvalg undervisningsmateriell omkring sex, samliv og seksuelt overførbare sykdommer (SOS) tilgjengelig for skolene og helsepersonell. Statens helsetilsyn gir ut en katalog i regi av Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort, som omfatter alt fra småbrosjyrer til større undervisningspakker, CD-rom og nettstedsteder. I 1995 ble det utgitt en bok beregnet for lærere og lærerstudenter om samliv, seksualitet, HIV og AIDS (Wåge 1995).

I handlingsplanen mot HIV/AIDS står det også at SHD skal ta initiativ på sentralt nivå til et samarbeid med skolemyndighetene for å utarbeide en handlingsplan for integrert seksualundervisning i skolen.

Året før siste handlingsplanen mot HIV/AIDS kom ut, kom handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort (1995, revidert 1999). I begge handlingsplanene er det et mål å få undervisningen oppdatert. SHD hadde møte med KUF angående begge handlingsplanene i 1996. Her var det enighet om å utvikle veiledningsmateriell til lærerne for undervisning i samliv, seksualitet og prevensjon i ungdomsskolen. Materiellet skal brukes på tvers av fag. Det var ikke aktuelt å lage en egen handlingsplan for å integrere seksualundervisning i skolen.

Læringscenteret (KUF) lager nå undervisningsmateriell knyttet til målformuleringer i læreplanen. Ressursboka, som en nå har begynt å kalle den, skulle vært ferdig høsten 2000, men på grunn av sykdom blir den ikke

ferdig før våren 2001. Dette skal bli et undervisningsmaterieell på lærernes premisser. Noe av kritikken mot det informasjons og opplæringsmaterieell som finnes, er at det er løsrevet fra skolens kontekst. Støttmaterieellet til lærerne må ta utgangspunkt i læreplanverket, hevdes det. En finner også dekning for undervisningen i Opplæringsloven og Likestillingsloven.

Ressursboka er laget for ungdomstrinnet, men kan også benyttes av elever på grunnkurs videregående skole.

Det skal videre lages en ny veiledning for dette tema for mellom trinnet i grunnskolen. Undervisningen om seksualitet starter allerede på 5 trinn.

Det er vanskeligere å få seksualitet og samliv inn i undervisningen på videregående skole. L-94 har ikke tema seksualitet og samliv fremme i målformuleringene på samme måte som L-97. I SHD hevder de at det blir viktig å få temaet plassert og ivaretatt i målstrukturene neste gang læreplanen skal revideres. Det blir viktig å skape dekning for seksualundervisning innenfor læreplan for allmennfagene, for at alle elevene skal få en slik undervisning. Dersom slik undervisning kun knyttes til valgfag blir ikke dette et tema alle elever får ta del i.

### **5.3 Forebygging**

I delmål 1.3 i handlingsplanen heter det at nysmitte av HIV ikke skal øke i forhold til perioden 1990-95, ”det vil si ikke overstige 30 personer i året” som det står i planen. Som vist ovenfor er dette tallet oversteget i perioden, men tallet gjelder diagnostiserte tilfeller og ikke årlig nysmitte. Her er det en liten uklarhet i handlingsplanen. Tatt i betraktning at heteroseksuell smitte totalt ligger på et nivå tilsvarende 3 tilfeller per 100 000 innbyggere, vil være vanskelig eller bort i mot umulig å sikre den presisjon på resultatmål som handlingsplanen legger opp til.

I tillegg til opplysninger om årlige smittetall, må vurdering av heteroseksuell smitte vurderes ut fra smittested og smitekilde. Et viktig forhold er at minst halvparten av de smittede er smittet på reise eller under opphold i utlandet. Reisende til høyendemiske områder er således en viktig målgruppe for forebygging.

Smitte i forbindelse med innvandring av HIV-positive personer fra områder med stor smittefare, spesielt Afrika sør for Sahara, har også betydning for innenlandsk smitte. Denne smitten har imidlertid vært lav siden 1996. Sekundærsmitten er lav og viser ikke økende tendens. Den minimale økingen i smitte blant heteroseksuelle som har funnet sted kan mest sannsynlig føres tilbake til økt turisme eller reiser til områder med mye smitte.



Nordmenns reiselyst har økt de senere år. En nærliggende indikator på reiseliv er oversikt over selskapsreiser med charterfly (Reiselivsstatistikk 1999, Statistisk sentralbyrå). Til land som Thailand var det ikke registrert reiser før 1995 mens antall reisende økte fra ca 1600 i 1995 til nær 4500 i 1999. En annen kilde, Den Norske Reisebransjeforening, opplyser at solgte pakketurer til Thailand økte fra nær 5000 i 1995 til 11000 i 1998, (Avitsland og Nilsen 1999). Dette, i tillegg til en kraftig økning i tallet på reisende totalt sett i løpet av 1990 åra, viser at nordmenn er blitt et langt mer reisende folk.<sup>11</sup> Dette indikerer samlet at nordmenn i langt større grad har mulighet for å bli eksponert for risikosituasjoner relatert til seksuelt overførbare sykdommer.

Det er satt opp en del tiltak under delmål 1.9, så som informasjon til reisende, øke unge kvinners bevissthet om HIV, styrke tiltakene mot menn som kjøper sex, sikre personer som selger sex nødvendig kunnskap og sikre fremmedspråklige personer i Norge et tilfredsstillende kunnskapsnivå om HIV/AIDS.

Vurderer vi epidemiologiske data over heteroseksuell smitte, hvor kvinner er smittet av norsk heteroseksuell person, er den som vist meget lav og har ikke vist tegn til økning.

### **5.3.1 Kunnskap i befolkningen**

I inneværende handlingsplanperiode har det vært mindre oppmerksomhet om HIV/AIDS i media. I denne perioden har det ikke vært gjennomført kampanjer rettet mot den generelle befolkningen. I forbindelse med evalueringen i 1995 ble det vurdert som lite effektivt å satse på slike kampanjer. Slike kampanjer er kostnadskreven og det er vanskelig å påvise effekter. Tidligere undersøkelser viste at befolkningens kunnskaper om HIV/AIDS var generelt høy (NFR 1995 og Sosial- og helsedepartementet 1996). I inneværende handlingsplanperiode har man derfor satset på informasjon til de viktigste målgruppene i den generelle befolkningen som ungdom og folk som reiser til utlandet.

I diskusjonen om heteroseksuell smitte bl a i media den siste tiden er det skapt et inntrykk av at det er oppstått en ny situasjon i forbindelse med heteroseksuell smitte og at epidemien nå er inne i en kursendring med

---

<sup>11</sup> Sumtall for alle bestemmelsessteder viste en kraftig økning fra nær 380 000 passasjerer i 1991 til nær 856 000 i 1999, hvilket indikerer økt reiseaktivitet blant nordmenn totalt sett.

økning i heteroseksuell smitte (jf konferanse på Verdens aidsdag Oslo, 1. desember 1999 og plakatkampanje fra Pluss-LMA)

I reportasjer i Aftenposten høsten 2000, hevdes det at myndighetene har sviktet informasjonsbehovet til allmennheten ved f.eks å fokusere ensidig på homser og stoffmisbrukere (Aftenposten 5. oktober 2000). I følge avisen uttaler lege ved Olafiaklinikken Ingeborg Lyngstad Vik: "Folk som ikke definerer seg inn i risikogruppene – og det er de fleste – tror de er immune mot HIV-smitte". Dette koples i artikkelen til kvinner som smittes heteroseksuelt og som verken oppfatter seg som tilhørende noen risikogruppe eller noen som driver 'risikoatferd'. Norske kvinner som er heteroseksuelt smittet av norske menn opplever at de ikke har mottatt informasjon om smittefare, blir det hevdet. Pluss-LMA har gitt uttrykk for et liknende syn, og på det grunnlag hevdet at man må revurdere bruken av begrepet risikogruppe og at myndighetene må øke den forebyggende innsatsen mot heterofile.

Vår reaksjon på dette er at hvis befolkningen generelt tror at de er immune mot HIV-smitte fordi de ikke tilhører en av de tradisjonelle 'risikogruppene', så har informasjonen til allmennheten sviktet ganske grundig, og opplysningsnivået i befolkningen er satt årevis tilbake. Vi tror ikke at opplysningsnivået er så dårlig. Man snakket i epidemiens første år om 'homsepest' og liknende uttrykk fordi HIV-smitte den første tiden ble kjent blant homser. Det var likevel klart i en tidlig fase av epidemien at alle kunne bli smittet av HIV, uansett alder, kjønn, seksuell orientering og rase. Omtale av smitte i høyendemiske områder viser også tydelig at menn og kvinner blir smittet i like stor grad. Helsetilsynet, Folkehelsen og andre har gitt ut informasjonsmaterieell i form av brosjyrer, opplysningshefter o.l. Informasjonsmaterieellet har vært tilgjengelig i mange år.

At myndighetenes oppmerksomhet har vært lite rettet mot den generelle befolkningen, er derfor ikke riktig. Men befolkningene generelt er trolig ikke så informasjonssøkende eller oppmerksom på HIV/AIDS spørsmål nå, som i epidemiens første fase. En konsekvens er, mener Pluss-LMA og Olafiaklinikken, er at norske kvinner stort sett ikke oppfatter seg som tilhørende noen risikogruppe og derfor heller ikke tenker på smitteforebygging.

Den generelle befolkningen (med unntak av personer fra høyendemiske områder, smittet før de kom til Norge) blir ikke sett på som noe betydelig **risikogruppe** i Handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000, men det legges vekt på at kunnskapen om HIV/AIDS i befolkningen skal vedlikeholdes. Befolkningen generelt er både i nåværende og tidligere handlingsplaner sett på som en viktig **målgruppe** for informasjon. Når en erfaren lege fra Olafiaklinikken likevel hevder at bevisstheten om risiko for HIV-smitte i allmennheten er betydelig svekket, må dette tas alvorlig.

I denne perioden har det ikke vært gjennomført større kampanjer rettet mot den generelle befolkningen. I forbindelse med evalueringen i 1995, ble det vurdert som lite effektivt å satse på slike kampanjer, de er kostnads-krevende og det er vanskelig å påvise effekter. Tidligere undersøkelser, bl a Eurobarometer 1994, har vist at befolkningens kunnskaper om HIV/AIDS generelt er høy (NFR 1995, Sosial- og helsedepartementet 1996). I inneværende handlingsplanperioden har man derfor satsset på informasjon til de viktigste målgruppene i den generelle befolkningen som ungdom og folk som reiser til utlandet.

I debatten er kom det fram kritikk både om manglende informasjon til den generelle befolkning, bruken av risikobegrepet og ensidig satsing på de tradisjonelle risikogruppene.

I undersøkelsen fra Eurobarometer kom det fram at kunnskapen om hvordan HIV **ikke** smitter var mindre god. Undersøkelsen viste ganske stor usikkerhet om smitterisiko ved å drikke av samme glass som HIV-positiv, sitte på samme toalett, håndtere ting eller spise måltid som er tilberedt av en som har HIV eller AIDS.

Erfaringer fra Olafiaklinikken gjennom kontakt med personer som har HIV eller AIDS tyder på at befolkningens kunnskaper om hvordan hiv ikke smitter fremdeles er dårlig. En konsekvens av dette er at personer med HIV eller AIDS kan oppleve diskriminerende holdninger.

Når det gjelder risikobegrepet opererer Folkehelsa i sin statistikk (MSIS) systematisk med betegnelsen risikofaktor. Betegnelsen 'risikogruppe' brukes ikke i MSIS. Med risikofaktor siktes til gruppene homofile, stoffmisbrukere, heterofile og høyendemisk fødeland. For hver av gruppene vises de aktuelle smittetallene i MSIS. Det er altså erfaringsbasert tallmateriale over smitte som avgjør risikovurderingen i de ulike gruppene.

Erfaringsdata viser at sannsynligheten for smitte er svært ulike for de ulike risikofaktorene, som vist tidligere. Etter vårt syn har folk har krav på å få informasjon om dette. Menn som har sex med menn har krav på informasjon om sannsynligheten for HIV-smitte ved ubeskyttet sex. Den heteroseksuelle befolkningen har på sin side krav på tilsvarende informasjon. Brukt på denne måten er begrepet risikofaktor eller risikogruppe nyttig.

Det å tilhøre eller å identifisere seg med en risikogruppe, enten det er homofile, stoffmisbrukere eller heteroseksuelle representerer i seg selv ikke en risiko. Den seksuelle praksisen er avgjørende for risiko eller sannsynlighet for smitte, men sannsynligheten for smitte er altså situasjonsavhengig. Begrepet risikofaktor er et forsøk på å gjøre oppmerksom på dette og å skille mellom ulike strukturelle forutsetninger for seksualatferd. Ubeskyttet heterofil sex med annen norsk heterofil representerer ikke samme smitterisiko som ubeskyttet sex blant homofile.

Risiko for heteroseksuell smitte i forbindelse med ubeskyttet sex med prostituerte eller tilfeldige partnere i områder med høy HIV-prevalens representerer høyere smitterisiko enn ubeskyttet sex med fast partner i Norge.

Kvinner flest i Norge vil ikke oppleve noen risiko, og har heller ikke grunn til det. Risikosituasjoner kan imidlertid oppstå hvis kvinner har mange seksualkontakter, har ubeskyttet sex med personer fra høyendemiske områder eller har ubeskyttet sex med personer de ikke kjenner i forbindelse med reiser utenlands o.l. Dette er situasjoner man kan forholde seg til og som kan representere en endret risikositasjon. Det er da mulig å avgrense situasjoner med risikosmitte og som man kan informere om. Situasjoner hvor seksualpartner er en heteroseksuell mann, uten noen risikokjennetegn og som kvinnelig partner ikke oppfatter som risiko, representerer et informasjonsproblem. Det vanskelig å kommunisere informasjon om forebygging, når det ikke foreligger noen erkjent form for risiko. Kvinner som blir smittet på denne måten har maksimalt uflaks. Et fåtall kvinner er imidlertid smittet på denne måten. Risikoen for slik smitte er meget liten, og har ikke økt i denne handlingsplanperioden.

### **5.3.1.1 Konsekvenser for forebygging**

Vi kan ikke se bort fra at oppmerksomheten om risikogrupper og risikoatferd i de tradisjonelle høyrisikogruppene kan ha ført til en opplevelse av null risiko for befolkningen generelt, men her må det skilles mellom ulike situasjoner. Den omtalte sekundærsmitten, dvs norsk heteroseksuelt smittet, er som vist meget lav. Personer som er utsatt for slik smitte (et flertall kvinner) vil ikke gjenkjenne denne smitekilden som forbundet med risiko for HIV-smitte. Dette er likevel ikke grunn nok til å forlate risikobegrepet og tenking omkring risikoatferd. Helsemyndighetene bør snarere styrke informasjonen om HIV-risiko for ulike deler av befolkningen på bakgrunn av tilgjengelig statistikk. Informasjonen må imidlertid gjøres lettere tilgjengelig og mer pedagogisk tilrettelagt enn nåværende MSIS-nyhetsbrev. Selv om det foreligger en god del informasjonsmateriell beregnet på den generelle befolkningen, råder vi helsemyndighetene til å vurdere å ta i bruk endrede informasjonsstrategier overfor befolkningen.

Det må legges til rette kunnskap slik at den enkelte selv kan vurdere risikoen for smitte. For grupper av befolkningen med relativt lav risiko for smitte, som eksempelet med kvinner ovenfor, kan det fortsatt være vanskelig å vurdere risikosituasjoner. Foremann (1998) diskuterer menns ansvar ved HIV-smitte og hevder, i omtale av smitte globalt, at det er menns atferd som bestemmer hvor raskt og til hvem viruset blir overført. Dette skyldes at menn har flere seksualpartnere enn kvinner, menn kontrollerer oftere hyppighet og samleieform og fordi kvinner er mer

mottakelig for viruset. Uten å gå inn på den globale epidemien, tror vi det er god grunn til å trekke fram mannens rolle som smittekilde også i Norge. For å forebygge smitte til kvinner, er det derfor viktig å informere menn. Generelt, når det gjelder sekundærsmitte er likevel forholdene slik at menn og kvinner er like sårbare for smitte.

Når det gjelder omtale i media, er det vår erfaring at det ikke har vært spesielt mye informasjon om smitte i høyrisikogruppene. Avisoppslag utover 1990 tallet har snarere dreid som om heteroseksuell smitte. Omtale av homoseksuell smitte er praktisk talt fraværende, med unntak av Blikk.

Det har vært en god del usikkerhet i befolkningen om hvordan HIV ikke smitter og erfaringer tyder på at dette fremdeles er tilfellet. Vi råder derfor helsemyndighetene til å styrke denne siden ved informasjonsvirksomheten om HIV og AIDS.

### **5.3.2 Utenlandsreisende**

Når det gjelder kunnskap om HIV/AIDS i befolkningen står det i delmål 1.9 at man skal styrke informasjons- og andre typer tiltak overfor personer som reiser til områder i verden med høy forekomst av HIV. Ansvarlige for dette tiltaket er helsemyndighetene sammen med reiselivsbransjen, Utenriksdepartementet, Forsvaret og NORAD.

I den første handlingsplanperioden fram til 1995 var man fullt oppmerksom på smittefaren i forbindelse med turisme og arbeidsopphold i høyendemiske områder. I tiltaksplanen for 1990–1995 (Helsedirektoratet 1990) ble det varslet sterkere satsing på personer som reiser til utlandet. Betydningen av forebyggende arbeide på dette området ble også understreket i evalueringen av den første handlingsplanperioden (Norges forskningsråd 1995).

Vår kontakt med reiselivsbransjen viser at verken turoperatører, reisebyrå eller bransjeforening gir spesiell informasjon til reisende til områder med mye HIV-smitte. Det er heller ikke samarbeid med myndighetene om slik informasjonsvirksomhet. Reiselivsbransjen er nærmest redd for å ta opp dette temaet fordi de tror det kan skremme bort kunder eller stigmatisere bestemte reisemål. Det lengste bransjen går er å opplyse reisende om at det er lurt å undersøke behovet for vaksiner ved reiser til en del land, men også her er informasjonen tilfeldig. Reiselivsbransjen ser det som helsemyndighetenes oppgave å drive en informasjonsvirksomhet om HIV/AIDS.

Kontakt med kommuner tyder på at reisende som oppsøker smittevernkontor (avdeling for vaksinasjon o l) mottar informasjon om smittefare og om HIV/AIDS-problematikken. På vaksinasjonspoliklinikken i Oslo legges

det vekt på å snakke om betydningen av det å ha tilfeldig sex, hvordan HIV smitter og hvordan man kan beskytte seg.

Statlige helsemyndigheter har mot slutten av handlingsplanperioden gitt ut informasjonsmateriell til reisende. Et hefte fra Folkehelse med bred orientering om helsespørsmål, inklusive HIV, i forbindelse med utenlandsreiser, datert februar 2000. I september 2000 ga Helsetilsynet ut et meget instruktivt informasjonshefte til reisende om HIV og forebygging av HIV. Hefte er distribuert til aktuelle instanser i helsevesenet, norske utenriksstasjoner i høyendemiske områder og norske bedrifter i Thailand. Vår kontakt med reiselivsbransjen tyder ikke på at informasjonen er tilgjengelig hos turoperatører, reisebyråer og tilsvarende. Vi er derfor i tvil om informasjonsheftene når godt nok fram til turister og feriereisende som ikke oppsøker et vaksinasjonskontor eller kommunelege i forbindelse med utenlandsreiser.

Risikoen for å pådra seg HIV-smitte er selvsagt relatert til hvor en reiser og hvilken risiko den enkelte tar. Hvordan en kan drive en bedre forebyggende virksomhet innen dette feltet er derfor et sammensatt spørsmål.

Det er gjennomført flere undersøkelser rettet mot risikoatferd blant turister, blant annet fra Folkhälsoinstitutet i Sverige (Folkhälsoinstitutet 1995, 1996, 1997). Det er flere viktige funn i disse undersøkelsene. Noen av de undersøkelsene som det refereres til i disse rapportene er viktige i relasjon til risikoen for HIV-smitte:

- Ved reiser er det en gjennomgående at friheten føles større. En er borte fra de vanlige sosiale relasjonene. For eksempel sier menn som har hatt sex med prostituerte i Thailand ofte at de aldri har hatt eller kunne tenke seg å ha samleie med en prostituert i Sverige.
- Flere rapporter viser at de som reiser uten partner har flere seksuelle relasjoner underveis.
- Risikoen for ubeskyttet seksuell adferd øker ved bruk av alkohol og andre rusmidler

Vaksinasjonskontorene er mulige aktører i forhold til et forebyggende arbeid overfor de reisende. Tidligere var reguleringen av hvem som fikk offentlig godkjenning for å sette gulfebervaksine meget streng. Dette hadde en regulerende effekt på antallet vaksinasjonskontor som drev med vaksiner av reisende. Imidlertid er situasjonen nå en annen, og godkjenning gis de som ønsker dette. Med den økte reisevirksomheten til mer eksotiske reisemål, er også etterspørselen etter vaksiner steget. Antallet vaksinasjonskontorer har derfor økt betydelig.

Vårt inntrykk er at de fleste vaksinasjonskontor er rimelig godt oppdatert på hvilke vaksiner som anbefales til ulike reisemål. Kvaliteten på den

informasjon som gis den enkelte reisende har vært mer variabel. Etter at informasjonsheftet fra Helsetilsynet ble sendt ut høsten 2000 er imidlertid god informasjon tilgjengelig.

### **5.3.2.1 Konsekvenser for forebygging**

Etter Helsetilsynets siste initiativ overfor reisende, er informasjonen over denne gruppen bedret. Vi tror vaksinasjonskontorene er en hensiktsmessige arena for å bedre målrettet forebyggende arbeid overfor reisende vedrørende seksuelt overførbare sykdommer generelt, og HIV-smitte spesielt. Ved å tilby mer strukturert informasjonsmateriale rettet mot de ulike landene der risikoen synes størst, vil en kunne øke bevisstheten hos den enkelte vaksinator for betydningen av dette arbeidet. I tillegg til det omtalte informasjonshefte bør informasjonen gjøres ”skreddersydd” overfor hver enkelt, relatert til risikoen i det/de aktuelle land den enkelte faktisk skal reise til. Da vil informasjonen oppleves mer aktuell, og en vil lettere nå inn med budskapet til den reisende. Det kan også bidra til å forsterke effekten i et slikt budskap overfor den enkelte om en obligatorisk tilbyr alle som kommer til vaksinasjonskontor, å få ta HIV-test etter hjemkomst.

Det er imidlertid ikke alle som reiser til områder med mye smitte som oppsøker et vaksinasjonskontor. Kanskje er det de mest forsiktige som gjør dette. Det kan være grunn til å forsøke også andre informasjonstiltak. Hvis det er vanskelig å komme fram til et samarbeide med reiselivsbransjen og informasjon om HIV/AIDS, kan et tiltak være annonsering i aviser om aktuell smittefare.

### **5.3.3 Forsvaret, UD og NORAD**

Når det gjelder NORAD, forsvaret, hjelpeorganisasjoner og andre som sender personell utenlands, er det vårt inntrykk at situasjonen har blitt tatt på alvor, og at antallet smittede fra slike organisasjoner har fått en ønsket reduksjon.

#### **Forsvaret**

Av de 55 000 norske soldatene som har reist i utenrikstjeneste finner en av forsvarets egne beregninger at det bare er 4 som har testet HIV-positivt, og av dem var det flere som testet positivt før de reiste ut.

Selv om smitten er lav, er det likevel tegn som tyder på usikker sex. Ut fra beregninger forsvaret selv har gjort, kan det se ut som at muligheten for å få klamydia blant de utstasjonerte soldatene er like stor som hos hjemmeboende nordmenn i samme alder. Siden soldatene har redusert mulighet for seksuell aktivitet, sier dette oss at risikoen for klamydia er stor

de gangene soldatene har seksuell omgang. Det er også en klar indikasjon på at de har ubeskyttet sex.

Representanter fra forsvaret som vi har snakket med, understreker to forebyggende tiltak i forhold til seksuelt overførbare sykdommer, herunder HIV-smitte. Det ene tiltaket er undervisning til alle som reiser ut, både de vernepliktige og de som verver seg til internasjonale operasjoner. Det andre er holdningsskapende arbeid og da særlig i mens de oppholder seg i utlandet.

Regiment Jahr sender folk i utenrikstjeneste. I for- og etterkant av reisen har alle en opplæringsperiode. I denne opplæringen ligger en egen leksjon fra sykepleier og lege om faren for seksuelt overførbare sykdommer og hvordan forhindre smitte. Det deles også ut en brosjyre fra Statens Helsetilsyn som heter Fakta om HIV og AIDS.

Det tas rutinemessig HIV-test av alle før de reiser ut og når de kommer tilbake (vanligvis etter 1/2 år). Ved hjemkomst får alle informasjon om at dersom de har hatt usikker sex de siste ukene, må de ta ny HIV-test hos egen lege om 3 måneder. De får også informasjon om at de i denne perioden må bruke kondom. De fyller også ut en legeerklæring med spørsmål om de har hatt seksuell aktivitet under tjenesten. Dersom de har hatt det, må de svare videre for hvilke omstendigheter dette var under. Her kan en kanskje stille spørsmål om hvor pålitelige slike informasjoner er.

Det pågår diskusjon innad i forsvaret om hvordan en best driver påvirkningsarbeid. Det er i hovedsak permisjonene som utgjør risikosituasjonene. Mange tar permisjonene sine på Cuba eller i Thailand. Fra sanitetspersonell vi snakket med, hevdes at de er redd for å øke sexpresset dersom de står ved bussen og deler ut kondomer når permisjonen starter. De legger vekt på den rollen offiserene har i det holdningsskapende arbeidet. Offiserene må ikke stå for en kultur som forherliger kjøp av sex, hevdes det.

En har forsøkt å innføre slagordet 'Norske gutter trenger ikke kjøpe sex!' Dette for å appellere til følelsen av stolthet og egenverd, men hva med soldater med utenlandsk bakgrunn?

I forhold til den holdningsskapende delen av arbeidet blir det etter vårt syn viktig å arbeide videre med offiserenes rolle som 'gode eksempler' og som viktige norm- og kulturbærere.

### **Utenriksdepartementet (UD) og NORAD**

Utenrikstjenestens kompetansesenter (UKS) har ansvar for å arrangere utreisekurs. NORAD benytter seg av også av disse kursene. Innenfor utreisekurset er det en helsebit, hvor informasjon om HIV/AIDS inngår. Det er det samme kurset uansett hvor du skal reise, så en får ikke mer



omfattende informasjonen om HIV/AIDS om en skal reise til Afrika, Asia eller Europa.

NORADs folk får ikke alltid med seg utreisekurs blant annet fordi NORAD ikke har et samlet utreisetidspunkt på samme måte som i UD. Ved UKS hevder de at de ikke kan holde kurs for enkeltpersoner.

Det er ulike kategorier personell som reiser ut fra NORAD. Folk som reiser på ambassadekontrakter (som regel på 2 år) får ikke utreisekurs, men en pakke med papirer og informasjonsmateriell med blant annet Helsetilsynets informasjonsbrosjyre fra 1997 som heter 'Forebygging av HIV- smitte blant norske bistandsarbeidere'. Ut over dette gis ikke mer informasjon. Alle skal imidlertid gjennomgå en helsesjekk før utreise, av egen lege eller bedriftslege. Her kan legen benytte anledningen til informasjon også om HIV-smitte.

Ellers har NORAD samarbeid med en rekke norske institusjoner som medfører reising for mange for kortere eller lengre utenlandsopphold.

I 1997 ble det utarbeidet en rapport av Heidi M. Kvalvaag om seksuelt overførbart smitte blant bistandsarbeidere (Kvalvaag 1997). Rapporten har som formål å finne fram til bedre strategier og metoder for å forebygge HIV-smitte blant bistandsarbeidere på arbeidsopphold i Afrika. Forfatteren peker på at mange bistandsarbeidere definerer seg ut av risikogruppen og har problemer med å integrere kunnskapen om risiko og å gjenkjenne risikosituasjoner for egen del.

### **5.3.3.1 Konsekvenser for forebygging**

Slik vi vurderer forholdene i forsvaret blir det viktig i det videre arbeidet at undervisningen knyttet til seksuelt overførbare sykdommer, herunder HIV-smitte, blir systematisk og lik for alle som reiser. Det bør ikke være opp til de enkelte bataljonenes sanitetpersonale om det skal undervises i dette tema eller ikke. I dag vet en ikke sikkert om de bataljonene som sender folk ut (Jahr, Telemark og Stavanger) har samme rutiner for opplæring. Her ligger et potensiale for forbedring i forsvaret.

Ut fra informasjonen vi har innhentet kan det virke som NORAD trenger en noe mer systematisk opplæring av de som reiser ut. Dette tar de også selv konsekvensen av og er nå i ferd med å ferdigstille en handlingsplan for intensivt innsats mot HIV/AIDS (første utkast skal være klart i årsskiftet 2000/2001). I den blir det anbefalt å bedre og øke informasjon til egne ansatte før de reiser ut og under utenlandsoppholdet.

## 5.4 Oppsummering

I perioden 1996-2000 har det ikke skjedd noen betydelig endring i smittemønsteret. Smitten i den heteroseksuelle befolkningen er fortsatt lav og risiko for innenlands smitte har til nå ikke vært økende. Økt smitte av SOS i Russland har imidlertid skapt smittefrykt i forbindelse med russiske prostituerte i Nord-Norge. Det ble nylig satt i verk tiltak for å hindre prostitusjon her (Dagbladet 21.12.2000).

Økt reisevirksomhet til områder i verden med høy HIV-prevalens har skapt økt risiko for smitte og det er noe økt smitte i forbindelse med reiser utenlands.

Informasjonsnivået om HIV/AIDS i befolkningen har vært høyt i Norge, men enkelte meldinger kan tyde på at denne kunnskapen svekkes eller at risikobevistheten er blitt mindre. Sterk oppmerksomhet rettet mot de mest utsatte gruppene og lav oppmerksomhet om HIV generelt i samfunnet, kan ha ført til at risikobevistheten i befolkningen er blitt for lav. Vår vurdering er imidlertid at det er et ganske godt samsvar mellom subjektivt opplevd og objektiv risiko blant folk flest. Det er likevel rapportert tilfeller hvor dette samsvaret ikke er tilstede og hvor personer er smittet uten å ha opplevd risiko ved situasjonen.

## 5.5 Konsekvenser for forebygging

Vi anbefaler at informasjonsvirksomheten til befolkningen generelt styrkes. I det forebyggende arbeidet blant homofile legges det vekt på stadig å gjenta informasjon for å vedlikeholde risikobevistheten i miljøene. Selv om smitterisiko er betydelig lavere for heterofile, kan det være av betydning for befolkningen generelt å bli minnet om HIV/AIDS-risiko, og at dette er noe som angår alle.

Informasjonen til den generelle befolkning bør gis i en nøktern form. Til nå har Folkehelse i stor grad begrenset informasjonen om HIV-smitte til publisering av de årlige totale smittetallene samt faglige artikler i legeforeningens tidsskrift. Folkehelse bør i større grad enn til nå gi informasjon om risiko for HIV-smitte, f.eks illustrert med rater per 100.000 innbyggere. De regelmessige MISIS meldingene er ingen god informasjonskanal til befolkningen generelt. Vi anbefaler å utarbeide bedre pedagogisk tilrettelagt informasjonsmaterieil beregnet for befolkningen med informasjon som sammenstiller smitterisiko, risikosituasjoner og forebyggende tiltak. Store kampanjer av den typen som ble gjennomført før 1995 anbefales ikke. Informasjonen i dag må gis på et annet grunnlag enn i epidemiens første år. Nasjonale og lokale helsemyndigheter må stå ansvarlige for informasjon og utforming av informasjonsmaterieil til

befolkningen generelt. I den grad private organisasjoner involveres i dette arbeidet, anbefaler vi at informasjonstiltak koordineres med myndighetene.

I områder av landet med prostituerte jenter fra Russland, må informasjonen tilpasses den aktuelle risikosituasjonen.

Informasjon om risiko for smitte og forebygging ved reise til områder med stor utbredelse av HIV er bedret i løpet av handlingsplanperioden. Det er nå laget godt informasjonsmateriell, men informasjonsdekningen til vanlige turister kan bli bedre.

Forsvaret, utenrikstjenesten og NORAD har et oppegående system for informasjon. Dette arbeidet må i fremtiden opprettholdes på minst samme nivå. Eventuelle glipp i informasjonsvirksomheten må dekkes. Det bør også legges til rette for informasjonsmateriell som vanlige norske bedrifter kan nytte seg av, når medarbeidere har opphold eller tjenestereiser i utlandet. Dette er forhold som kan innarbeides i bedriftenes systemer for internkontroll av helse og sikkerhet.

Informasjon til elver i ungdomsskolen er godt ivaretatt. Det er likevel vanskelig å motivere gutter for å motta informasjon om SOS. Her vil en trenge nye innfallsvinkler for det forebyggende arbeidet.

Informasjon i videregående skole er dårlig mens behovet for og aktualiteten av stoffet er stor. Manglende opplegg for SOS har sammenheng med at temaet ikke er godt nok ivaretatt i læreplanen. Vi anbefaler at temaet SOS styrkes under revideringen av L-94.

## 6 Personer med utenlandsk bakgrunn

### 6.1 Innledning

Vi har møtt en del synspunkt på hvilken betegnelse som bør brukes på personer med innvandrerbakgrunn. I handlingsplanen brukes ordet 'fremmedspråklig', men denne betegnelsen er kanskje ikke så hensiktsmessig lenger. I Statistisk sentralbyrås publikasjon over innvandring brukes betegnelsen 'innvandrer' (Bjertnæs 2000), en betegnelse som ellers er vanlig i bruk. I det aller siste er vi også kjent med at betegnelsen 'person med utenlandsk bakgrunn' er foreslått brukt. Denne betegnelsen mener vi er dekkende, men vi vil variere på ordbruken der dette kan være naturlig i teksten.

Informasjon om forebyggende arbeide for 'fremmedspråklige' (slik det uttrykkes i handlingsplanen) er tatt opp i delmålene 1.3 og 1.9 i planen. Vi behandler emnet i eget kapittel, fordi departementet har lagt vekt på dette i mandatet for evalueringen.

Offentlig statistikk gir ikke spesiell informasjon om smitte blant personer med innvandrerbakgrunn. Innvandrere generelt betraktes heller ikke som del av befolkningen med spesiell høy risiko for HIV-smitte. En del opplysninger om smitte framkommer gjennom informasjon om personer som er smittet før de ankom til Norge. Tall for dette vises i MSIS under kategorien 'høyendemisk fødeland'. I følge Folkehelsa er flertallet av de smittede i denne kategorien fra Afrika sør for Sahara. Andelen smittede i denne gruppen vil naturlig nok variere med omfanget av innvandring. Fram til 1989 var tallet på smittede i denne gruppen ganske lavt, med et samlet antall smittede på 76 personer i perioden 1984-1989. I perioden 1990 til 1999 har det årlige tallet på diagnostiserte tilfeller variert noe. Laveste tall er registrert i 1994 med 11 tilfeller mens høyeste tall er registret i 1999 med 56 tilfeller. I perioden 1990-1995 var gjennomsnittet 25 tilfeller mot 36 tilfeller i perioden 1996-1999, altså en økende tendens. Samtidig har innvandrerbefolkningen i Norge økt sterkt, og veksten er størst når det gjelder innvandring fra høyendemiske områder (Bjertnæs 2000). I MSIS statistikken over HIV-smitte for 1999 utgjorde kategorien 'høyendemisk fødeland', den prosentvis største gruppen. Det videre smitteforløp i denne gruppen, etter eventuell bosetting i Norge, har vi ikke oversikt over.

Totalt i perioden 1984-1999 er det i følge MSIS diagnostisert 369 personer med HIV fra høyendemisk fødeland av i alt 2016 smittede (alle risikofaktorer). Dette utgjør 18 prosent av de smittede i hele perioden. Til sammenligning var 36 prosent smittet homoseksuelt og 19 prosent heteroseksuelt (jf tabell 1).

En annen kilde til informasjon om HIV-smitte hvor personer med afrikansk bakgrunn har vært involvert, er statistikk over innenlandsk smitte der smitekilden var person fra høyendemisk område i Afrika. Oversikt over dette er gitt i kapittel 5.

Tallet på smittede personer fra høyendemisk område i Afrika som kommer til Norge er kjent, men det er usikkert hvor stor prosentandel av innvandrere som er smittet. Vi vet f eks ikke hvor mange som får oppholdstillatelse og hvor mange som blir boende i Norge. Vi vet heller ikke hvor mange som eventuelt er smittet etter ankomst til Norge. Tallet på innvandrere fra Afrika sør for Sahara er på nær 15000 i følge Statistisk sentralbyrå (Bjertnæs 2000). Med et antall smittede som ligger under 369, kanskje rundt 220, vil raten for smitte blant afrikanere sør for Sahara bli ganske høy, sammenlignet med befolkningen generelt.

Med økt innvandring må vi regne med vekst i antall HIV-smittede fra høyendemisk fødeland. Smitte relatert til innvandring vil av den grunn trolig få økt betydning i åra framover. I følge Folkehelse er det lite informasjon om intern smitte blant grupper av befolkningen med utenlandsk bakgrunn. Kvinner med utenlandsk bakgrunn følges imidlertid opp under graviditet og de fleste tar frivillig HIV-test. Det er avdekket smitte, men tallene er ikke høye. Det er registrert liten eller ingen smitte fra land i Nord-Afrika, Iran, Kosovo eller Pakistan. Noe smitte blant kvinner fra Thailand og blant vietnamesere på hjemmebesøk i Vietnam. Smitte forekommer klart hyppigst blant afrikanere sør for Sahara.

Et sak som har fått spesiell oppmerksomhet av myndigheter og i media, er smitte fra afrikanske menn til kvinner bosatt i Norge. MSIS viser at dette totalt sett dreier dette seg om 42 smittede personer i perioden fra 1984 fram til desember i år 2000, hvilket gir en ganske lav årlig insidens. I 1996 ble det oppdaget 10 smittetilfeller i Norge, hvorav 9 kvinner hvor smitte var blitt overført fra person fra høyendemisk fødeland. Dette utløste den s k afrikanersaken (se avsnitt 6.2).

I årene etter 1996 melder Folkehelse om få smittetilfeller fra denne befolkningsgruppen, og når en vurderer smittetidspunkt for de tilfellene som blir meldt, ser det ut til at svært få er smittet etter 1996. Dette tyder på at smitterisiko fra afrikanere til kvinner bosatt i Norge er synkende og at risikoen for tiden ikke er spesielt høy.

Vi kan ikke peke på noen sikre årsaker til nedgang i smitte fra afrikanske menn. En mulig årsak er den oppmerksomhet man fikk om smittefare i forbindelse med den s k afrikanersaken, se neste avsnitt. Dette kan har ført til både større forsiktighet hos afrikanske menn og hos deres kvinnelige partnere. Arbeidet i African Health Team, African forum, Røde Kors m fl kan også ha bidratt til resultatet.

## 6.2 Forebygging

Forebyggende innsats i forhold til personer utenlandsk bakgrunn har pågått i lang tid. Et av tiltakene her har vært å gi økonomisk støtte til organiserte grupper av innvandrere. Arbeidet har i stor grad foregått i forhold til det afrikanske miljøet. Eksempelvis har Olafiaklinikken mottatt støtte fra midler over handlingsplanen siden 1992 til drift av prosjektet African Health Team. Andre organisasjoner som har mottatt støtte er Rainbow foundation, African Forum og Innvandererens landsorganisasjon m fl. Røde Kors har også mottatt prosjektmidler i forbindelse med innvandrersprosjektet.

I forbindelse med datainnsamling fra innvandrersorganisasjoner har vi støtt på enkelte vansker. Én organisasjon har vi ikke oppnådd kontakt med og i ett tilfelle var den prosjektansvarlige ikke tilgjengelig. Helsetilsynet har selv foretatt revisjon i en av organisasjonene som har mottatt økonomisk støtte, Rainbow foundation, og fant ikke forholdene tilfredsstillende. Organisasjonen fikk ikke støtte for år 2000. En organisasjon vi hadde planlagt å intervju ønsket ikke kontakt, da organisasjonen ikke arbeidet med HIV/AIDS-spørsmål.

**Statens helsetilsyn** gikk i 1996 ut med advarsel i riksdekkende media og advarte mot HIV-smitte fra afrikanske menn til flere kvinner bosatt i Norge i forbindelse med melding via Folkehelse om flere smittetilfeller samme år, se avsnitt 6.1. Utspillet fra Helsetilsynet provoserte de afrikanske miljøene sterkt og det endte opp med demonstrasjoner og kritikk av Helsetilsynet.

Representanter for afrikanske organisasjoner hevder at afrikanerne først og fremst reagerte på den framgangsmåten Helsetilsynet benyttet seg av, ikke på budskapet i seg selv. Man var bl a redd for at framgangsmåten kunne føre til en uheldig stigmatisering og at utspillet kunne få motsatt effekt av det som var tiltenkt. Helsetilsynet på sin side så behovet for informasjon på det aktuelle tidspunkt, grunnet de spesielle risikoforholdene. Episoden har imidlertid resultert i et styrket samarbeide mellom afrikanske organisasjoner og Helsetilsynet. Flere afrikanske miljø deltar nå i en referansegruppe sammen med Helsetilsynet. Våre informanter mener at kontakten med Helsetilsynet nå fungerer bra. Som kommentert i avsnittet ovenfor er det registrert liten smitte fra afrikanske menn etter 1996. Dette kan tyde på at det provoserende utspillet fra Helsetilsynet har hatt en forebyggende virkning i det afrikanske miljøet.

**African forum** er en paraplyorganisasjon hvor 19 nasjonaliteter er representert gjennom sine nasjonale foreninger. Organisasjonen har fått statlig støtte til å lage brosjyrer om HIV/AIDS på flere språk som somalisk, swahili, fransk, engelsk og norsk. Organisasjonen står også bak kulturarrangementer, fotballturneringer mm. Medlemmer fra organisasjonen har foretatt reiser rundt i landets byer og gitt informasjon

om HIV/AIDS og har besøkt asylmottak. Organisasjonen peker på behov for informasjon og utdeling av kondomer til personer som reiser tilbake til hjemlandet. African Forum er representert i referansegruppa til Helsetilsynet.

**African Health Team (AHT)** startet som prosjekt ved Olafiaklinikken i 1992, først på timebasis med fem personer. Utgangspunktet var et utspill fra Helsetilsynet. For tiden er en person ansatt i full stilling samt en person på timebasis. AHT har til nå blitt finansiert over midler til HIV-handlingsplanen. På grunn av den årlige søknadsprosedyren er det hvert år usikkerhet om statlig støtte blir opprettholdt. Denne usikkerheten gjør det vanskelig å drive arbeidet og enkelte prosjekter har måttet innstille pga usikker finansiering. Helsetilsynet har signalisert at Oslo kommune bør overta det økonomiske ansvaret for AHT. Kommunen har inntil nå ikke støttet AHT og Helsetilsynet har derfor bevilget midler også for år 2000.

AHT mener det er greit å ha tilknytning til Olafiaklinikken, slik som nå. Dette gir muligheter for samarbeide med fagfolkene der.

Daglig leder for AHT jobber aktiv mot det afrikanske miljøet. Han tar personlig kontakt med folk, lager informasjonsbrev om HIV/AIDS og arrangerer 'workshops'. Deltagerne er personer med afrikansk bakgrunn, både menn og kvinner. En kvinnelig medhjelper har tatt seg av kontakt med kvinnelige deltakere.

I 1999 startet AHT med fotballturnering for personer mellom 15 og 30 år med afrikansk bakgrunn, noe som har gitt god kontaktflate mot yngre innvandrere fra Afrika. AHT deler ut kondomer, og de unge har vært flinke til å ta imot. De forstår at AIDS-sykdommen er alvorlig, mener lederen for AHT. Han synes kunnskapen om HIV/AIDS blant personer med afrikansk bakgrunn er blitt bedre siden 1992. Holdningene til informasjon er nå mer positive, men temaet er fremdeles litt ømtålig. AHT har lært at skal man skape interesse om HIV/AIDS-spørsmål, må man kombinere tema om HIV/AIDS med andre saker som kan skape kontakt. Det eksistere en viss skepsis til HIV-testing.

Lederen er opptatt av situasjonen for afrikanere med HIV og framhever at det er viktig å gjøre noe for denne gruppen. Nå blir lite gjort. "Det hjelper ikke med PLUSS, de føler seg ikke hjemme der", hevder han. Problemet er at HIV-positive afrikanere er redde for å snakke om sin status og redde for å bli isolert. Tør personer med HIV stå fram, vil kanskje flere følger etter og det kan bli lettere å hjelpe denne gruppen, mener lederen.

Det er ønskelig med et samarbeid mellom de ulike organisasjonene, sier AHTs leder. Konkurransen om statlige midler er imidlertid en barriere mot samarbeid. Alle vil være best og vise seg for Helsetilsynet, sier lederen. Slik situasjonen er nå (i 1999) støtter ikke folk opp om hverandres tiltak, uttaler lederen.

**Innvandrerne Landsorganisasjon (INLO)** er en sammenslutning av innvandrernes paraplyorganisasjoner som arbeider for reell likestilling mellom innvandrere og nordmenn.

Generalsekretæren for INLO opplyser at organisasjonen deltar i SHDs Forum for innvandrere og i Helsetilsynets referansegruppe for afrikanere og HIV. Når det gjelder informasjon, har generalsekretæren erfart at vanlig informasjon ikke virker på innvandrere slik som på nordmenn. Nordmenn er et lesende folk. Slik er det ikke blant mange innvandrere. Brosjyrer leses i liten grad av afrikanere. Det talte ord har større kraft enn det skrevne. I informasjonsarbeidet er det derfor viktig å bruke muntlig informasjon og f.eks. video, sier generalsekretæren og føyer til at bilder og tale må følge i budskapet. Det er tradisjonen for å snakke med **en person**, når man har et problem, sier INLOs generalsekretær. I denne forbindelse nevnes organisasjonen Pluss-LMA. Generalsekretæren mener at arbeidet overfor innvandrere i Pluss-LMA ikke fanger opp afrikansk tradisjon og kultur på en tilstrekkelig god måte. Dette gjør at oppslutningen om Pluss-LMA kanskje ikke er så god som den kunne ha vært.

Det som i tillegg gjør det vanskelig å drive forebyggende HIV/AIDS-arbeid blant personer med afrikansk bakgrunn er at HIV betraktes som tabu. Det går ikke an å snakke om. Det er også vanskelig å snakke om seksualitet i afrikansk miljø, hevder representanten fra INLO.

Strategien for å nå fram med budskap blant afrikanere må bli å bygge på bruk av sosiale nettverk. Man må bruke ressurspersoner i formidlingsarbeidet, personer som har tillit i miljøet og som samtidig kan formidle budskap om HIV, AIDS og seksualitet, sier INLOs generalsekretær og føyer til at formidlingsarbeidet må starte tidlig. Det bør derfor tas kontakt i asylmottak og gis informasjon der. Her kan en bruke lokale ressurspersoner.

Generalsekretæren for INLO kommenterer kulturelle, religiøse og språklige variasjoner i Afrika. Bare variasjoner innen Nigeria gjør det vanskelig å forholde seg til ulike etniske grupper der. Derfor er det selvsagt enda vanskeligere å representere andre afrikanske land. Dette gjør også informasjonsarbeid i Norge til en stor utfordring.

I det forebyggende arbeidet rettet mot personer med utenlandsk bakgrunn og mot beboere i asylmottak har **Sosial- og helsedepartementet** satt i gang et informasjonsprosjekt lokalisert til Folkehelse. Prosjektet pågår fremdeles, og målet er å lage informasjonsmaterieell om HIV/AIDS på 14 ulike språk. Målet med prosjektet er å styrke smittevernet for flyktninger, asylsøkere og første generasjons innvandrere. Informasjonsarbeidet omfatter HIV, andre seksuelt overførbare sykdommer og tuberkulose. Det er også under arbeid en guide for innvandrere om helsevesenet. Første mål er å få brosjyren ut til førstelinjetjenesten i kommunene. Informasjonsmateriellet skal kunne



fungere som et verktøy for helsepersonell sammen med muntlig informasjon.

Som en del av dette prosjektet arrangeres det også kurs for helsepersonell og personale i asylmottak. Erfaringene fra det første kurset som ble holdt var at det bare kom helsepersonell fra kommunehelsetjenesten, ikke folk fra asylmottak. Prosjektlederen har erfart at smittevernarbeid blir nedprioritert i kommunene og at kunnskapen om smittevern kan være mangelfull. Det har imidlertid vært god respons på kurs som er gjennomført for helsepersonale. Reaksjonene tyder på at det er stort behov for informasjon om smittevern, sier prosjektleder. Olafiaklinikken har ellers en viktig rolle i informasjonsarbeid til helsepersonell om seksuelt overførbare sykdommer

Prosjektleder bekrefter at muntlig informasjon til innvandrere ofte mer egnet enn skriftlig. Her kan en vise til gode erfaringer fra Sverige med bruk av spesielle informanter, kalt 'link walkers' i formidlingsarbeidet. Det også vanskelig å snakke om HIV. HIV-positiv status blir holdt hemmelig i frykt for å bli totalt utestengt fra egen etnisk gruppe. Enkelte innvandrere har liten forståelse av smitte og virus. Afrikanere som kommer til landet har ofte lavt kunnskapsnivå om vestlig medisin og kan ha ulik kulturelt definert forståelse av sykdom og behandling. Erfaringene er også at personer med innvandrerbakgrunn kan ha lite kjennskap til norsk helsevesen. Det å definere målgrupper for et informasjonsprosjekt som dette kan i seg selv by på problemer. Folk føler seg lett uthengt og stigmatisert som gruppe, sier prosjektlederen.

Arbeid blant innvandrere gjøres også av norske frivillige organisasjoner. **Pluss-LMA** er et eksempel på dette. Organisasjonen har kontakt med innvandrere i sitt organisasjonsarbeid som en del av samarbeidet mellom Pluss-LMA og Frivillighets-sentralen. Sentralen driver en egen gruppe kalt Esperanza, med HIV-positive innvandrere. I gruppen deltar menn med afrikansk bakgrunn. Epseranza er en selvhjelpsgruppe med 4-5 personer som deltar jevnt. Det siste året er det også dannet en gruppe for kvinner med HIV.

Frivillighetssentralen har kontakt med innvandrerorganisasjoner som African forum og African Health Team. Sentralen driver informasjonsarbeid om HIV/AIDS i asylmottak. Man har erfart at dette arbeidet er vanskelig på grunn av språkproblemer og fordi det ofte er liten forståelse av HIV/AIDS. Frivillighetssentralen yter også andre typer tjenester til asylmottak. Det kan dreie seg om informasjon om lover og regler, advokathjelp, sykepleiefaglige spørsmål osv.

Vi har ovenfor kommentert reaksjoner fra innvandrerorganisasjoner om vansker med å slutte seg til Pluss-LMA på grunn av forventede negative rasjoner fra eget miljø når det gjelder det å være åpen på sin HIV-status. Dette har vært, og er fremdeles, en barriere mot kontakt med Pluss-LMA.

Det siste året er likevel situasjonen blitt noe lettere, fordi Pluss-LMA har flyttet lokaler til Røde Kors sitt hus. Dette er et mer nøytralt sted å oppsøke for personer med HIV som skal til Pluss-LMA.

Etter 'Afrikanersaken' i 1966 opprettet Helsetilsynet en referansegruppe med representanter for afrikanere bosatt i Norge. Helsetilsynet mener at det har tatt lang tid for afrikanere å erkjenne smitterisiko. Nå er erkjennelsen tilstede, men Helsetilsynet etterlyser mer handling fra miljøet og mener det er vanskelig å få til gode tiltak.

### **6.2.1 Smittevernoppfølging av beboere i asylmottak**

**Sosial- og helsedepartementet** har sammen med Statens helsetilsyn og Folkehelse overordnet ansvar for informasjonstiltak rettet mot fremmedspråklige i Norge. Helsetilsynet hevder at HIV/AIDS-forebyggende arbeid på asylmottak har vært et vanskelig punkt i handlingsplanperioden. Utviklingen viser at smittevern i asylmottak er blitt et stort problem. Smittevern i asylmottak må styrkes i tiden framover, hevder Helsetilsynet. Vansker med å etablere et godt smittevern er dels forbundet med organiseringen av asylmottak. Dette er ingen stabil tjeneste, noen mottak legges ned og nye blir etablert. De ligger ofte i grisgrendte strøk med dårlig legedekning. Flere steder er kommunale legestillinger besatt med utenlandske leger som er lite informert om tiltak mot HIV/AIDS. Helsesøstre er heller ikke alltid tilgjengelig.

En annen utfordring, etter Helsetilsynets oppfatning, er å få kommunene til å ta et større ansvar for helsetjenester i asylmottak, herunder smittevern og forebyggende tiltak i den forbindelse.

Rutiner ved asylmottak er at alle beboere gjennomgår førstegangs helseundersøkelse. Første gangs helseundersøkelse. Tbc. tas av alle, men helseundersøkelse og vaksine utover dette er frivillig.

Eksempel fra enkelte større byer viser at flyktningsmottak er godt dekket ved kommunale helsetjenester. I Trondheim har man f.eks. et eget flyktningshelseteam. Alle beboere har tilgang til helsetjenester og det er høy testaktivitet blant beboerne. Man har funnet noen HIV-positive, mest personer fra Afrika sør for Sahara. Denne gruppen følges opp på regionsykehuset. Kommunehelsetjenesten i Trondheim etterlyser skriftlig informasjonsmateriell fra Folkehelse.

På asylmottak hvor kommunehelsetjenesten i Trondheim har ansvar er det mange studenter fra land med høy HIV-prevalens. De får generell, enkel informasjon. En liten andel tester HIV-positivt. Helsetjenesten jobber sammen med NTNU om testing og om informasjon om SOS.

**Internasjonal helse (IH)** ved Ullevål sykehus foretar frivillige førstegangsundersøkelser (asylsøkere og innvandrere fra ikke-europeiske land). Hvem

som helst kan bestille time ved IH. Helsestasjonen har samarbeid med to asylmottak i Oslo og et hospits. Erfaringen er at få av asylsøkerne er opptatt av smittsomme sykdommer. Asylsøkerne tilbys HIV-test og nesten ingen har motforestillinger mot å la seg teste. Det gis informasjon om smitteveier osv.

1-2 uker etter førstegangundersøkelsen, får asylsøkerne time hos lege. I denne samtalen er det psykiatri som settes i fokus. HIV- positive prøver forekommer.

Internasjonal helse ser behov for nærmere samarbeid med de enkelte bydelene i Oslo, bla a for å få opplysning om hvem som kommer til bydelene på frivillig basis. De som kommer ulovlig til landet er det selvsagt ingen oversikt over.

Utfordringen for helsetjenester for asylsøkere mener IH er:

- Helsetjenesten må være lett tilgjengelig. Det er viktig at samarbeidspartnere henviser personene i systemet.
- Man må ha tilstrekkelig kapasitet.
- Man må være utadvendt og drive PR.
- Gunstig beliggenhet.
- Tolketjeneste, innarbeide rutiner for å jobbe med tolk.

Avdeling for Internasjonal helse burde, etter egen oppfatning, knyttes nærmere til primærhelsetjenesten i kommunen. Bakgrunnen for dette er man ønsker å komme nærmere brukernivået og at man ved plassering på Ullevål kommer litt bort i systemet.

Bedriften **Hero** har drevet flere asylmottak i Sør-Norge siden 1988. En representant for bedriften peker på at mange mottak ligger i små kommuner med dårlige helsetjenester. Men selv om helsetjenesten er mindre gode, kan kommunene kjøpe tjenester fra andre kommuner. De fleste mottak har en helsesøster i halv stilling. I en større kommune på Sør-Vestlandet har kommunen satt av 3/4 helsesøsterstilling til asylmottaket og tilbyr legetjenester 8 timer i uken.

Beboere på asylmottak har mange helseproblemer, og HIV/AIDS er ikke noe dominerende problem. Undersøkelser foretatt lokalt i et mottak viser at 10 prosent av beboerne trenger oppfølging for psykiske problemer, men 5 prosent diagnostiseres som psykiatri. Fysisk helse er dårlig når det gjelder asylsøkere fra enkelte land, her nevnes Somalia spesielt. Andel personer med HIV er spesielt høy fra dette landet. Det er registrert en del andre sykdommer i denne befolkningsgruppen som hepatitt, syfilis, malaria og polio, men lite tuberkulose. Feilernæring er ikke uvanlig.

Totalt sett, for alle grupper av innvandrere, er utbredelse av HIV lavere enn forventet, mener representanten for Hero. Det fleste tilfellene kommer fra Afrika sør for Sahara. Rutiner for helsesjekk er at flyktninger får en samtale med helsepersonell ved ankomst. Asylsøkerne får tilbud om helsesjekk og testing av HIV, syfilis, hepatitt og tuberkulose. Det gis informasjon om at testing av HIV-status er frivillig og interesserte gir informert samtykke. Enkelte gir uttrykk for at de ikke orker å ta HIV-test i den situasjonen de er i ved ankomst til asylmottak. En undersøkelse lokalt viser likevel at 90% av beboerne lot seg HIV-teste i perioden 1994-1998.

Testaktiviteten varierer rundt om i landet. Det finnes mottak hvor helsetjenesten ikke fungerer bra og enkelte steder er det dårlig tilbud om HIV-testing.

Heros representant har erfart at afrikanere vet mye om HIV/AIDS. Vedkommende tror at afrikanere er godt informert før de kommer til Norge og at de har kunnskaper om HIV/AIDS. De fleste har noen kjente i hjemlandet som har HIV, en slektning, venn osv.

Informasjon fra norske myndigheter om HIV/AIDS til asylmottak kommer i stor grad fra **Olafiaklinikken**. Olafiaklinikken har besøkt asylmottak rundt hele landet, og på Dale asylmottak i Rogaland har man f.eks. hatt 9 store møter om bl.a. HIV/AIDS, hvor Olafiaklinikken har gitt informasjon. I framtiden må imidlertid asylmottakene være forberedt på selv å sørge for informasjonen, fordi Olafiaklinikken ikke kan finansiere dette tilbudet lenger. I kapitlet om framtidig organisering, kapittel 10, kommer vi inn på Olafiaklinikkens framtidige rolle. Vi ser her en mulighet for at klinikken kan styrke sin informasjonsvirksomhet overfor asylmottak.

På asylmottak er det behov for informasjonsmaterieell på fremmedspråk. Etter de kommentarer vi har fått fra innvandremiljø på nytten av skriftlig informasjon, er det viktig av skriftlig budskap følges opp av muntlig informasjon. Det er også behov for informasjon direkte til helsepersonell. Eksempelvis er det gjennomført samlinger for helsepersonell i Vest-, og Midt-Norge. Det hevdes at informasjon til helsepersonell er viktig for å få satt i gang arbeide overfor asylmottak. På nevnte faglige samlinger for helsepersonell dannes bl.a. viktige nettverk mellom fagfolk.

Helsepersonell ved asylmottaket på Dale i Rogaland har også ukentlig kontakt med HIV-positive beboere. Her blir det tatt opp mange praktiske spørsmål, og de det gjelder blir henvist til infeksjonsmedisinsk avdeling på sentralsykehuset. Representanten fra Hero bekrefter også at mange beboere med HIV har kontakt med Pluss-LMA.

Når det gjelder familieegjenforeninger, er rutinene for helseundersøkelser dårlige, hevdes det. Det er her en fare for at det skjer veldig lite med helsetjenestetilbudet overfor denne gruppen.

Generelt er det vanskelig å snakke om sex på asylmottak. Vår informant mener likevel at det er lettere for en helsesøster å snakke individuelt med beboerne enn det er å snakke om sex beboerne imellom.

Kommunene og fylkesleger følger i liten grad opp helsetjenestene i asylmottak, har representanter fra Hero erfart.

Det kan oppsummeres enkelte punkter, når det gjelder informasjon på asylmottak. Det er 1) behov for informasjon til flyktninger, 2) behov for informasjon til helsepersonell ved flyktningemottak, 3) det må stilles ressurser til disposisjon i kommunene til helsetjenester ved asylmottak, 4) eiere av mottak kan sette av ressurser til helsetjenester og 5) det er behov for kvalitetssikring av helsetjenestene ved asylmottak.

### **6.3 Diskusjon**

Innvandrerorganisasjonene og andre representanter for personer med utenlandsk bakgrunn peker generelt på store utfordringer i informasjonsarbeidet til egne etniske grupper. Det dreier seg om flere forhold i en informasjonsprosess: Det er vanskelig å snakke åpent om seksualitet og om HIV og AIDS. Skriftlig informasjon når i liten grad fram, spesielt fordi denne måten å informere på har liten tradisjon. Informasjon må formidles muntlig og helst fra personer som har tillit i miljøet. Det er også utfordringer knyttet til det organisatoriske arbeidet. Personer med annen kulturell bakgrunn kan ha mindre erfaring med interesseorganisasjoner. Organisasjoner som etableres opplever også i enkelte tilfeller skiftende oppslutning. Dette kan gjøre det vanskelig å drive forebygging på lang sikt.

Det er heller ikke lett å mobilisere folk til møter for å drive informasjonsarbeid om HIV/AIDS. Grunnet for å samle folk må baseres på andre forhold enn bare informasjon HIV/AIDS. Den beste måten å organisere folk er gjennom vanlig sosialt samvær, mener noen. Innvandrere forteller oss også at homoseksualitet og HIV-positiv status er tabuområder. Ved å stå fram som homofil eller HIV-positiv kan man risikere å bli utstøtt fra sitt sosiale miljø.

De utfordringer som her er nevnt, oppfattes av innvandrere vi har snakket med som særegne for denne delen av befolkningen. Det er nødvendigvis ikke slik, etter vårt syn. Det er nærliggende å tenke seg at informasjonsarbeid om HIV/AIDS blant norske heterofile kanskje ikke ville vært så mye enklere enn tilsvarende arbeid overfor personer med innvandrerbakgrunn. At informasjon bør bygge på personlig og muntlig kontakt er erfaringer som ikke minst Helseutvalget for homofile har gjort. Vansker med å stå fram som homofil og ikke minst som HIV-positiv, kjenner vi godt igjen fra den norske samfunnet. Opplevelse av at dette er et tabuområde, er ikke unikt for innvandrere.

Metoder og utfordringer knyttet til informasjonsarbeid blant innvandrere kan by på andre utfordringer enn informasjonsarbeide overfor etnisk norske. Men også overfor etnisk norske, er muntlig og personlig informasjon viktig. Helseutvalget for homofile har i sitt informasjonsarbeid lagt stor vekt på muntlig og personlig informasjon, men også at informasjonen kommer fra andre homofile (likemannsprinsippet). Det er nettopp slike prinsipper for informasjon innvandrere selv har lagt vekt på. Det er derfor mulig at det som er gode informasjonsstrategier overfor personer med utenlandsk bakgrunn ikke skiller seg så mye fra tilsvarende strategier blant etnisk norske.

Et annet forhold som gjelder organisasjonenes rolle i det forebyggende arbeidet er spørsmålet om representativitet eller legitimitet i innvandrer-miljø. Et par av de mest aktive afrikanske innvandrerorganisasjonene som har mottatt offentlig støtte, drives av personer med nigeriansk bakgrunn. Selv om organisasjonene er ment som paraplyorganisasjoner for alle afrikanere, er det et spørsmål om organisasjonene har tilstrekkelig støtte og oppslutning i alle afrikanske miljøer.

#### **6.4 Konsekvenser for forebygging**

Vårt inntrykk er, etter kontakt med innvandrerorganisasjoner, at personer med innvandrerbakgrunn ikke opplever at de tilhører noen spesiell risikogruppe.

Det ligger derfor nær å tenke seg at innvandrere selv oppfatter HIV-risiko på linje med den vanlige norske befolkningen. For en del innvandrere f eks fra Iran, Pakistan, Kosovo er dette åpenbart riktig. Dette er ikke høyendemiske områder, og ingenting tyder på at smitten blant personer fra disse landene er større enn i den etnisk norske heteroseksuelle befolkningen. Innvandrerorganisasjoner for personer med afrikansk bakgrunn har erkjent en høyere smitterisiko i det afrikanske miljøet, men de utfordringer disse organisasjonene møter i sitt daglige arbeid, tyder på at det ikke alltid er så lett å formidle forebyggende budskap. Vi mener det kan være riktig å se det forebyggende arbeidet blant innvandrere mer på linje med arbeidet knyttet til den norske befolkningen generelt.

Dette innebærer at informasjonsarbeidet antakelig bør legges opp som del av det ordinære arbeidet i forhold til integrasjon av personer med innvandrerbakgrunn i det norske samfunnet. Vi tror f eks det vil være riktig å knytte informasjon om HIV/AIDS til annen allmenn helseinformasjon til grupper i befolkningen med utenlandsk bakgrunn. Informasjon om HIV/AIDS bør koples sammen med kunnskap om helse, livsstil, smittsomme sykdommer generelt og seksuelt overførbare sykdommer.

Hvilke arenaer og hvilke metoder skal en så ta i bruk for å formidle en slik kunnskap? For unge med innvandrerbakgrunn i skolealder må kunnskapen legges til den vanlig undervisningen og følge samme retningslinjer som for alle elevgrupper. (Som vi nevner annet sted, bør undervisningsopplegg for videregående skoler forbedres når det gjelder informasjon om HIV/AIDS.

Vi tror også at mer generell helse- og samfunnsinformasjon kan kanaliseres gjennom ulike etniske innvandrerforeninger. Paraplyorganisasjoner som African forum og INLO bør på nasjonalt nivå fortsatt inngå i en slik informasjonsstrategi.

Innsats i asylmottak er også en viktig kanal med tanke på informasjonsarbeid. Her må også den enkelte vertskommune ta et ansvar for helsetjenestetilbud, informasjon om seksuelt overførbare sykdommer, tilgjengelighet på kondomer og sprøyter. Vår erfaring etter kontakt med asylmottak og kommunal helsetjeneste er at tilbudene er varierende. Noen steder er tilbudet bra, andre steder er tilbudene ikke gode nok. Primærhelsetjenesten i aktuelle kommuner må ta ansvar for at beboere i asylmottak for et tilfredsstillende tilbud på dette området. Vi mener det er viktig av kvalitetssikring av slike tilbud følges opp av fylkeslegen.

Prosjektarbeid av den typen som drives av African Health Team, med satsing på sosialt arbeid blant unge afrikanere (erfaringer fra Oslo) gjennom fotballturneringer og sosiale tiltak tror vi er nyttige på lang sikt. INLO sitt arbeid for å bedre helseforholdene for innvandrere og bedre tilgangen til helsetjenester er verdifull. Generelt tror vi at forebyggende strategier må bygge på grunnleggende sosialt integrasjonsarbeid eller på arbeid som styrker innvandrerens egne arenaer, f.eks innen sport og idrett, i kulturelle sammenheng og i de enkelte nasjonale innvandrerforeninger. Dette har å gjøre med styrking av innvandreres levekår generelt, gjennom utdanning og samfunnsinformasjon, rekruttering til arbeidsmarkedet, boligforhold, helsetilbud osv. I dette arbeidet har statlige og kommunale myndigheter en viktig ansvar, men også arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner, kulturelle organisasjoner og media er viktige bidragsytere i dette arbeidet.

På kommunalt- og fylkeskommunalt nivå bør lokale myndigheter ta et ansvar for integrasjons- og informasjonsarbeid overfor personer med utenlandsk bakgrunn. Her vil kommunale planer for integrering av innvandrere kunne være et hjelpemiddel. Lokale myndigheter bør opprette kontakt med og støtte innvandrerorganisasjoner på forskjellig måte, f.eks med økonomiske midler, lokaler og støtte til kulturtiltak. Oslo står i en særstilling når det gjelder innvandring. Offentlig statistikk viser at 41 prosent av ikke-vestlige innvandrere i Norge bor i Oslo (Bjertnæs 2000).

I tillegg til dette vil fortsatt innsats overfor innvandrere med HIV være viktig. På dette området ser utfordringene også ut til å være nokså parallelle

med situasjonen for etnisk norske med HIV. Her bør en bygge videre på de erfaringer og kompetanse som er etablert både i Pluss-LMA og Aksept. På grunnlag av de opplysninger vi har fått, ser det ut til at kontaktflaten tallmessig med HIV-positive innvandrere er lav, men vi vet ikke om kontakten er lavere med innvandrere enn med etnisk norske med HIV. Uansett bør den sosiale innsatsen overfor innvandrere med HIV styrkes, gjerne gjennom innvandrernes egne organisasjoner der dette er mulig eller i samarbeid mellom Pluss-LMA og innvandrersorganisasjonene.



## 7 Menn som har sex med menn

Menn som har sex med menn har lenge vært den gruppen i befolkningen med størst risiko for smitte. Det forebyggende arbeidet blant homofile kom i gang i HIV-epidemiens første fase. Den forebyggende innsatsen startet på frivillig basis med Helseutvalget for homofile. Etter hvert ble denne organisasjonen tatt med i myndighetenes tiltaks- og handlingsplaner og har fra midten av 1980-tallet og fram til nå mottatt offentlig støtte. Helseutvalget er blitt myndighetenes hovedpartner når det gjelder smitteforebygging blant homofile og ivaretar i realiteten myndighetenes ansvar for denne gruppen.

### 7.1 Smitte

Ved utgangen av 1999 var 743 personer i risikogruppen homo-/biseksuell registrert i MSIS over HIV-infeksjon i Norge. Inntil 1996, ved starten av inneværende handlingsplan, var det tilsvarende tallet på 592 personer (MSIS, Folkehelsa, 28.6.200, upubliserte tall).

Gjennomsnitt per år for perioden 1984-1999 var på 45,7 smittede, med en variasjon i gjennomsnitt (standardavviket<sup>12</sup>) på nær 22 personer, se tabell Tabell 5. Dett er en ganske stor variasjon, noe som dels skyldes høye smittetall de første årene med tvungen meldeplikt. Beregninger foretatt av Folkehelsa viser f eks at av alle diagnostiserte tilfeller i 1984 og 1985 var 87 prosent med ukjent smitteår. Dette gjør det urealistisk å beregne insidens forut for 1984. Holder vi de to første registreringsårene (1984 og 1985) med unormalt stor variasjon utenfor, er den gjennomsnittlige variasjonen (standardavviket) i perioden 1986-1999 på 14 personer, jf Tabell 5. Dette er uttrykk for et noe mer stabilt smitemønster.

---

<sup>12</sup> Standardavvik er en statistisk betegnelse for spredning av observasjoner rundt gjennomsnittet i en gruppe. Standardavviket viser det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet i en gruppe.

Tabell 5. HIV-infeksjon etter risikofaktor homo-/biseksuell etter diagnoseår.

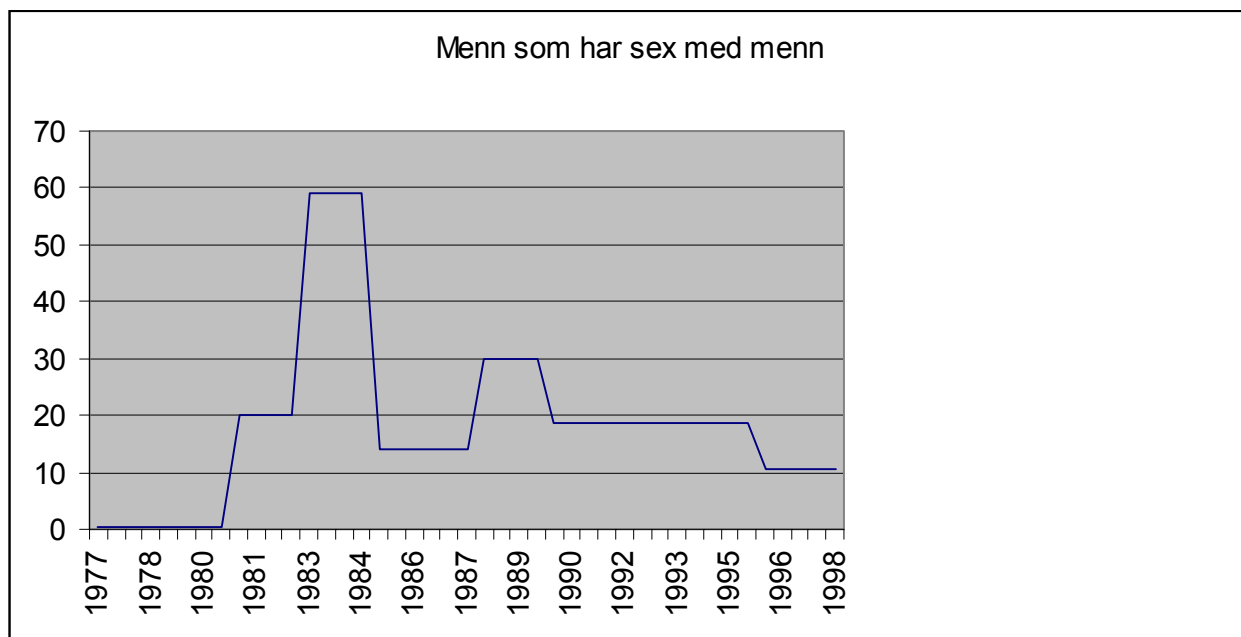
Periode	Gjennomsnittlig antall smittede personer i perioden	Standardavvik	Tallet på personer med HIV-infeksjon	Antall år (N)
1984–1999	45,7	22	732	16
1986–1999	44,1	14,2	617	12
1984–1995	50,1	23,6	601	10
1986–1995	48,6	14,4	229	10
1996–1999	32,7	3,2	131	4

Gjennomsnitt i perioden 1984-1995 var på 50 smittede mot snaut 33 smittede i perioden 1996-1999, jf Tabell 5. Tallene viser dermed en **lavere** årlig smitte i den siste perioden. Holder vi årene 1984 og 1985 utenfor, viser perioden 1986-1995 likevel et ganske høyt årlig gjennomsnitt med nesten 48 smittede. Standardavviket de fire siste årene, 1996-2000, er bare på vel 3 tilfeller årlig mot 14 i perioden 1986 til 1995. Tendensen i tallene for perioden 1996-1999 tyder på at smitten har stabilisert seg på et noe lavere nivå de siste årene, altså i perioden for den siste handlingsplanen. Tallet på smittede i denne risikogruppen i 2000 var per 05.12.00 på 21 personer, noe som tyder på at diagnostisert smitte for 2000 vil følge samme tendens som de siste årene.

Den betraktningmåten på endring i smittetallene vi har lagt til grunn, tyder på at resultatmålet i handlingsplanen 1996-2000 om en reduksjon i smitte på 25% i handlingsplanperioden er oppnådd. Denne antakelsen er likevel ikke uproblematisk. For det første er smittetallene fra 1987 og 1988 relativt høye og kan være uttrykk for smitte i årene før meldeplikt ble innført. Over halvparten av diagnostisert smitte disse årene har ukjent smitteår. Det andre momentet er mørketall. Med et teoretiske mørketall på mellom 150 og 250 smittede i 1999, oppgitt av Folkehelse, kan smittemønsteret i den siste perioden (1996-1999) i realiteten vært høyere enn det de diagnostiserte tilfellene viser. Det er imidlertid lite sannsynlig at mørketallene i år i 1999 og 2000 representerer smitte fra svært langt tilbake i tid. Andelen med ukjent smitteår er de siste par årene nede i ca 30 prosent, og bare 6 tilfeller har sannsynlig smitteår før 1996. Andelen med uoppgitt smitte fra lang tid tilbake er trolig ganske liten. Amundsens beregninger over mørketall ligger noe lavere enn tallene som er referert ovenfor. Amundsens beregninger går fram til 1998 og viser her mørketall på 110 menn (Amundsen 1999).

Tallene for sannsynlig smitteår er jevnt lavere i perioden 1996-1999 enn tidligere, når vi holder utenfor de første årene med registrering hvor tallene for ukjent smitteår var svært høye. Utviklingen etter 1995 viser altså lavere antall årlig diagnostiserte tilfeller av HIV-smitte og redusert sannsynlig nysmitte per år i forhold til tidligere.

Beregninger utført av E. Amundsen vises i figur 3. Figuren bekrefter nedgangen i smitte etter 1995.



Figur 3 Nysmitte blant menn som har sex med menn i perioden 1977–1997. (Ellen Amundsen, Folkehelse)

Konklusjonen er at HIV-smitte med risikofaktor homo-/biseksuell er redusert i den siste handlingsplanperioden (1996-2000) både når vi ser på diagnostiserte tilfeller årlig og sannsynlig årlig nysmitte.

Det er usikkert om den observerte reduksjonen er uttrykk for en varig tendens. Bakgrunn for en slik usikkerhet dette finner vi bl a i informasjon om spredning av andre kjønnssykdommer blant homofile. I 1999 ble det registret utbrudd av syfilis i homosemiljøet i Oslo, med indikasjoner på ubeskyttet analsex. En del av smitekildene var HIV-positive menn. Det har ellers ikke vært registrert tilfeller av syfilis etter 1990. Det er også registret gonore blant homofile med lokalisasjon i anus og urinrør.

Folkehelse har beregnet statistisk risiko for andre seksuelt overførbare sykdommer blant homoseksuelle sammenlignet med heteroseksuelle. Homoseksuelle har 12 ganger økt risiko for gonore og inntil det siste, 130 ganger økt risiko for syfilis. I følge MISIS rapport nr. 30, 2000, ser det

imidlertid ut til at syfilisutbruddet blant homofile nå er over. Det rapporteres fremdeles mye gonoresmitte blant homofile. Det første halvåret 2000 var 35% av alle smittede homoseksuelt smittet mot 32% i hele 1999. De fleste homoseksuelt smittede er menn fra Oslo som ble smittet i Oslo. To av de smittede hadde HIV-infeksjon. Syfilissmitten blant homoseksuelle var også et Oslo-fenomen, og i denne gruppen var det flere HIV-smittede. Disse tegn på ubeskyttet sex illustrerer at miljøet er ganske sårbart for seksuelt overførbart smitte.

Tabell 6. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og diagnoseår (1984–2000) meldt MSIS per 05.12.2000

	Antall tilfeller diagnostisert																		Totalt	%
	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00**			
Homo-/biseksuell	12	103	70	72	46	49	36	59	28	44	37	45	35	30	30	36	21	753	35,0	
Injisierende stoffmisbruker	1	75	96	67	31	24	19	14	12	12	11	9	8	11	7	12	6	415	19,3	
Kombinasjonen 1+2		5	8	1	2	5	3	2		1	1	2	1		1			32	1,5	
Hemofili/ koagul. feil		20	1															21	1,0	
Fått blod/blodprodukt		3		5	10	1		1	2	1								23	1,1	
Heteroseksuell praksis		6	11	29	33	22	18	22	28	25	17	24	34	39	33	38	48	427	19,9	
Høyendemisk fødeland*		1	6	19	20	30	11	40	31	29	17	23	31	29	26	56	56	425	19,8	
Barn av HIV-pos. mor			1			3	2	1					3		1	2	2	15	0,7	
Annet/ukjent		1	1		3	1	1	3	4	1	11	2	4	3		3	1	39	1,8	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>214</b>	<b>194</b>	<b>193</b>	<b>145</b>	<b>135</b>	<b>90</b>	<b>142</b>	<b>105</b>	<b>113</b>	<b>94</b>	<b>105</b>	<b>116</b>	<b>112</b>	<b>98</b>	<b>147</b>	<b>134</b>	<b>2150</b>	<b>100</b>	

Kilde: MSIS, Folkehelsa. \*) Afrika sør for Sahara

\*\*\*) Av tot.159 diagnostiserte

Opplysninger om **smittested** gir relevant informasjon til innsikt i smittemønster blant homofile. Opplysningene er av noe dårlig kvalitet pga høy andel med ukjent opplysning. Av alle diagnostiserte tilfeller i 1999 hadde 25 prosent ikke oppgitt smittested. Regner vi fordelingen av tilfellene med oppgitt smittested, var ca halvparten smittet i Norge mens resten var fordelt i Norden og verden ellers, se tabell 14 i Vedlegg 1. Dette tyder på at forebygging innenlands fungerer bedre enn det totale tallet på smittede skulle tyde på. På den annen side tyder tallene på at det er en overhyppighet av smitte blant reisende homser. Det kan derfor være god

grunn til å adressere forebyggende informasjon til homofile på tur i utlandet. Smitterisikoen er sannsynligvis større i utlandet enn i Norge.

Opplysninger om **bosted** er en viktig opplysning når det gjelder innsikt i spredning av HIV-smitte regionalt. Med bosted menes i denne forbindelse det sted den enkelte person har oppgitt som bosted til folkeregisteret.

Tallene viser at drøyt to tredjedeler av smittetilfellene var registrert i Oslo i perioden 1984 og fram til 1/11 2000, se Tabell 7. Oslo er sterkt overrepresentert som smitteområde. Kommunen har 67,5 prosent av smittetilfellene, men bare ca 11 prosent av befolkningen (1999). Ellers er den registrerte smitten høyest i de største fylkene målt etter folketall: Akershus, Hordaland, Rogaland, Østfold, Vestfold og Buskerud. Sør-Trøndelag er noe lavere representert enn folkerallet skulle tilsi. Dette gjelder også Nordland fylke, jf Tabell 7.

Tabell 7. Homoseksuell HIV-smitte i perioden 1984 – 1.11.00 etter bosted.

Bostedsfylke	Tallet på personer	Prosent
Oslo	508	67,5
Akershus	42	5,6
Buskerud	15	2,0
Østfold	18	2,4
Vestfold	17	2,3
Hordaland	41	5,4
Rogaland	43	5,7
Sør Trøndelag	15	1,9
Landet ellers		7,2
I alt	753	100

Ut fra et forebyggingsperspektiv er disse opplysningene interessante. Den store opphoping av smitte i Oslo området (73 prosent i Oslo og Akershus) gir etter vårt syn grunnlag for å hevde at det vil være strategisk riktig å konsentrere en forholdsmessig stor del av forebyggingen i Oslo området, når det gjelder homoseksuell smitte.

## 7.2 Forebygging

### 7.2.1 Helseutvalget for homofile

Det forebyggende arbeidet blant homofile kom tidlig i gang. Helseutvalget for homofile startet virksomheten i 1983 etter initiativ fra miljøet selv og LLH har flertallet i styret og arbeidsutvalget. Formålet var å arbeide med aktuelle helsespørsmål for homofile og lesbiske (Helseutvalget for homofile 1999). På samme tid ble det etablert et tillitsfullt samarbeid mellom det homofile miljøet og myndighetene. Helseutvalget ble i den første og senere handlingsplaner nevnt som myndighetenes hovedsamarbeidspartner i det forebyggende arbeidet overfor homofile.

Helseutvalget har kun vært finansiert gjennom statlige midler under handlingsplanen mot HIV/AIDS. Helseutvalgets øverste organer er et styre og arbeidsutvalg.

Det er gjennomført en egen evaluering av Helseutvalget i 1998 på oppdrag fra Helsetilsynet (Agenda 1998), kommentert annet sted i denne rapporten, se kapittel 3. Helseutvalget er også omtalt i evalueringen av de første tiltaksplanene (NFR 1995).

Helseutvalget er en landsdekkende organisasjon, med hovedkontor i Oslo, og en vesentlig del av det forebyggende arbeidet foregår i Oslo. I 1996–97 la Helseutvalget ned distriktsrepresentasjonen, dvs stillinger i storbyene, unntatt Trondheim. Avdelingen i Trondheim har en fast tilsatt informasjonskonsulent dels med landsdekkende ansvar, samt innsats av frivillige. Helseutvalget er ikke representert med egne ansatte i andre byer, men har kontaktpersoner i de største byene utenom Trondheim.

Ansatte fra Helseutvalget besøker andre byer sporadisk, i forbindelse med arrangementer o.l. Landsdekkende innsats er også lagt til internettadressen [www.radiator.no](http://www.radiator.no). Dette tiltaket er et samarbeidsprosjekt mellom Helseutvalget og annen privat interessent. Radiator ble aktiv høsten 2000 og inneholder nyheter, opplysning om sikrere sex, bestilling av kondomer mm.

LLH hadde tidligere representanter fra hvert fylke i representantskapet under Helseutvalget. Denne representasjonen er nå opphørt og dermed også den formelle kontakten med lokallagene i LLH og Helseutvalget, men LLH er har som nevnt flertall i styret og arbeidsutvalget for Helseutvalget.

På grunnlag av samtaler med et lokallag for LLH formidles inntrykk av det eksisterer et noe ulikt perspektiv Helseutvalgets arbeidsmåter. Vi kan her se en sentrum-periferi dimensjon i forholdet mellom Helseutvalget og lokallag av LLH. Fra et lokalt ståsted kan Helseutvalgets arbeid fortone seg sterkt sentrert om Oslo-området og tilpasset behovene der. Dette kan føre til at man lokalt ikke alltid kjenner seg igjen i Helseutvalgets arbeidsmåter.

Vår kommentar til dette er at Helseutvalget har et landsdekkende ansvar og derfor må ta hensyn til lokale behov for forebyggende tjenester. Av økonomiske og driftsmessige grunner er imidlertid vanskelig å opprettholde driftsavdelinger i større regionale sentra utenom Oslo. At hovedinnsatsen til Helseutvalget er konsentrert om Oslo-området er et riktig valgt etter vårt syn, under nåværende ressursituasjon.

Helseutvalgets avdeling i Trondheim har imidlertid god erfaring fra informasjons- og påvirkningsarbeid lokalt. Stillingen i Trondheim er tillagt landsdekkende oppgaver. Helseutvalget kan bygge på erfaringer fra Trondheim ved tilpasning av innsatsen i større regioner. Det kan imidlertid se ut som om kontakten med lokale lag av LLH bør styrkes. Siden LLH har flertall både i styret og arbeidsutvalg, burde LLH gjennom sin organisasjon også kunne formidle lokale behov til Helseutvalget sentralt.

### **7.2.2 Sikrere sex; budskap, ideologi og handling**

Evalueringen fra forrige handlingsplanperiode konkluderer bla med at Helseutvalget gjennom sin forebyggende virksomhet har bidratt positivt til begrensning av epidemien blant homofile. Den gang ble det spurt om det var mulig å nå stort lenger i begrensning av epidemien med de virkemidler man gjorde bruk av.

Det var også den gang tegn til at folk gikk lei av de vanlige forebyggende metodene. Internasjonalt er det også pekt på 'tretthet' i det forebyggende arbeidet og tendenser til øking i epidemien. Undersøkelser i Australia rapporterer om økning i risikosex både blant HIV-negative og -positive (referert i Aids-info nr 2 2000). Fra USA, San Francisco meldes om en økning i smitte i perioden 1997 til 1999 (San Francisco Chronicle 2000 viser til tall fra San Francisco Department of Public Health). Denne 'nye bølgen' av HIV-smitte er ikke registrert i Norge. Tvert om viser statistikken (se avsnitt ovenfor) en nedadgående tendens.

Annick Prieur viser i boka 'Sex mellom menn i aidsens tid' (Prieur 1988) hvor problematisk det kan være å gjennomføre en sikrere sex strategi selv om man kognitivt har kunnskapen om sikrere sex. En slik strategi setter ikke bare krav til individuell vurdering av den enkelte risikosituasjon, men også endringer i den homofile kulturen omkring homofil kjærlighet og seksuell praksis. Verdier i den homofile kulturen med konsekvenser for HIV-smitte, samliv, partnerbytte og seksuell praksis tar tid å endre. Det er derfor litt av en bragd at smitten er redusert merkbart i den siste handlingsplanperioden.

Det kan likevel være grunn til å diskutere den strategien som Helseutvalget (i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger) har fulgt i sitt forebyggende arbeid, se avsnitt 3.2 hvor tidligere evaluering av Helseutvalget blir omtalt. Valg av seksuell praksis er blitt formidlet som et ansvar for den enkelte,

men med vekt på de ”tekniske forholdsregler”, dvs. bruk av kondom og glidemiddel. Alle vet risikonivået er svært avhengig av tekniske forholdsreglene og den seksuelle praksisen vurderes ut fra spørsmålet om hva som er tilstrekkelig for å mestre den risikoen som praksisen innebærer. Vektlegging av de ’tekniske’ sider ved sikrere sex er selvsagt viktig, men dette budskapet kan ha overskygget Helseutvalget sitt arbeid for å påvirke holdninger knyttet til felles ansvar og kollektive normer.

Dette kan ha skapt en tvetydighet i forståelsen av ideologien bak Helseutvalgets forebyggingsstrategi. Denne tvetydigheten handler om balanseringen av det kollektive ansvaret og normer for seksualatferd mot de mer tekniske forholdsreglene for sikrere sex og det individuelle ansvaret. Helseutvalget kunne med fordel å ta opp denne problemstillingen eksplisitt.

Prieur mener problemene som mange homofile har med å endre sin seksuelle praksis, må tilskrives det at homofile seksuelle relasjoner **ofte** er vesensforskjellige fra heterofile relasjoner, både ut fra en ikke-komplementaritet i rettigheter og plikter, et annet emosjonelt innhold og en annen relasjon til de nære omgivelsene, altså en spesifikk homofil kultur.

Det kan diskuteres om denne vesensforskjellen, ut fra et homopolitisk siktemål, er gjort til et ideal i den forstand at forskjeller mellom det homofile og det heterofile blir overkommunisert mens variasjon blant homofile blir underkommunisert. Dette er i så fall ikke noe særsyn. Samfunnsmessig mobilisering for å bedre en gruppes samfunnsmessige posisjon og en tydeliggjøring av identitet for å styrke selvbilde og selvrespekt, har vært en både effektiv og nødvendig strategi for mange grupper som har møtt undertrykking og opplevd selvfordedrelse. Det blir imidlertid et stort dilemma dersom denne selvforståelsen bidrar til å opprettholde en svært risikofylt seksuell praksis. Dilemmaet består i dette: I stedet for å peke på forskjellen mellom homofil og heterofil praksis, skal man heller ta utgangspunkt i variasjonen innen homofile relasjoner og praksis? Gjør man det, vil man også kunne utfordre selve den praksis (partnerbytte og seksuelle handlinger) som innebærer høyest risiko.

På den annen side risikerer man da selvsagt også å støte de fra seg som insisterer på en slik praksis. Det er ofte dette strategiske argumentet som blir brukt for å ikke utfordre selve praksisen, men heller ensidig rette oppmerksomheten på de tekniske forholdsreglene. Reduksjonen i antallet nysmittede er da også et uttrykk for at man har kommet langt med denne strategien. Men fremdeles blir mange smittet, og homoseksuell praksis utgjør fremdeles den største relative smitekilden. Mange har åpenbart en seksuell praksis som innebærer stor smitterisiko og mange har, naturlig nok, store problemer med å klare å ta de tekniske forholdsreglene konsekvent i alle situasjoner.



Grunnen til at antall nysmittede ikke er høyere, må derfor trolig også tilskrives det faktum at tallet på HIV-positive i utgangspunktet ikke er høyt nok til at epidemien skal "ta av" og at HIV er relativt lite smittomt. Men faren for at tallet på HIV-positive generelt eller i mer avgrensede miljø plutselig kan nå en et "kritisk" antall, er imidlertid alltid til stede. Det krever at man arbeider aktivt for å redusere nysmitten ytterligere. Skal man oppnå dette, kan en sterkere vekt på diskusjoner om den mest risikofylte praksis og de normer som regulerer denne være en vei å gå.

### **7.2.3 Diskusjon i media om forebygging blant homofile**

Siste året har det pågått en diskusjon om Helseutvalget i homopressen. I avisa Blikk nr. 2 2000, foreslår leder for Pluss-LMA å slå egen organisasjon sammen med Helseutvalget. Dette kan gi grunnlag for et skikkelig kompetansesenter for HIV/AIDS og kan føre til at HIV-smittede i større grad kan drive forebyggende arbeid, sier generalsekretæren i Pluss-LMA. I samme reportasje tar generalsekretæren opp sider ved Helseutvalgets arbeid. Han mener det nå er behov for å ta i bruk nye arbeidsmetoder med informasjon om sikrere sex for å nå fram til grupper utenfor de tradisjonelle homomiljøene og peker i den forbindelse på unge menn som ikke har identitet som homser, menn som har sex med andre av samme kjønn. Generalsekretæren mener at det i de tradisjonelle homosemiljøene er en slags slitasje ute og går. Budskapet har blitt presentert på samme måte i 15 år, og det er for lenge, hevder han. Generalsekretæren retter også kritikk mot Helseutvalgets praksis med å dele ut gratis kondomer på saunaer. Dette bør opphøre og finansieres av saunaeiere, sier han.

Organisasjonssekretæren i LLH, uttaler i samme reportasje at hun ser positivt på en sammenslåing mellom Helseutvalget og Pluss-LMA. Fungerende leder i Helseutvalget mener sammenslåing mellom de to organisasjonene ikke er noen aktuell problemstilling. Arbeidsdelingen mellom de to organisasjonene er bra, mener han og de har allerede et samarbeide. Fungerende leder kommenterer Helseutvalgets informasjonsarbeid for sikrere sex og sier det kan tenkes at Helseutvalget ikke har vært tydelige nok i sin informasjon til yngre homser. Når det gjelder smitte av gonore og syfilis på saunaer med HIV-positive involvert, kan budskapet om at alle har like stort ansvar for smitte blitt misforstått av enkelte HIV-positive, sier fungerende leder for Helseutvalget. Dette er forhold som bør diskuteres på nytt i samarbeid med personer med HIV, sier han. Fungerende leder er uenig med generalsekretæren i Pluss-LMA i at kondomer på saunaer ikke skal finansieres gjennom statlige bevilgninger. Han påpeker at Helseutvalgets politikk er å levere en helhetlig informasjonspakke til saunaene med kondomer, glidemiddel, tilbud om

massasje og samtaler og at dette fungerer best for å nå fram til dem som går på sauna.

Diskusjonen mellom Helseutvalget og Pluss-LMA fortsatte imidlertid i Blikk og fikk etter hvert en skarpere tone, bl a med beskyldninger om at Pluss-LMA ville sikre seg alle AIDS-pengene.

Diskusjonen mellom Helseutvalget og Pluss-LMA handler også om det å ta s k 'bareback-fester' alvorlig. Barebacking går ut på at HIV-negative og HIV-positive møtes for å ha ubeskyttet sex, men ingen skal vite hvem som har HIV. Det hevdes at slike fester forekommer i Norge. Pluss-LMA hevder at Helseutvalget ikke tar slike fenomener alvorlig og ikke setter i verk forebyggende tiltak mot dette.

Debatten mellom Helseutvalget og Pluss-LMA vises også igjen i brevspaltene i Blikk (samt Blikk sine internettsider) og innlegg i Aftenposten. Mange stiller spørsmål ved informasjonsarbeidet fra Helseutvalget om sikrere sex. Andre mener debatten er lite konstruktiv.

I Blikk nr. 12 2000 intervjues lederne for Pluss-LMA og Helseutvalget under tittelen 'Hva krangler dere om?' I en ingress stiller avisa spørsmål om hva de to organisasjonene egentlig krangler om og hvorfor de er så sinte. Generalsekretæren i Pluss-LMA legger mest vekt på faglig og metodisk uenighet mellom de to organisasjonene. Leder i helseutvalget mener striden handler om økonomi og forebyggingsfilosofi.

På spørsmål om sammenslåing mellom de to organisasjonene, blir dette avvist av leder i Helseutvalget.

#### **7.2.4 Innsats på kommunalt nivå**

I kommunene vi har vært i kontakt med foregår det lite forebyggende virksomhet direkte mot gruppen menn som har sex med menn, med unntak av Oslo. Det er liten eller ingen kontakt mellom på den ene siden helsepersonell eller andre offentlige instanser og på den andre siden de homofiles egne organisasjoner eller det homofile miljøet. De offentlig ansatte vet lite om hva de kan gjøre for å arbeide inn mot denne gruppen, og sier at de homofiles egne organisasjoner vet best hvordan de kan nå sine egne.

Smittevernlegen i Oslo hevder å ha nært samarbeid med frivillige organisasjoner som f eks Helseutvalget. Eksempel på at samarbeidet fungerer så man ved utbruddet av syfilis for en kort tid tilbake. Da jobbet instansene sammen om smitteoppsporing. Under syfilisutbruddet oppdaget de det store informasjonsbehovet folk hadde. De så behov for utvidelse av HIV/AIDS telefonen til SOS telefon, som er foreslått i første delrapport av evalueringen.

Bydelslegene skal som kjent gi smitteveiledning, og de skal tilby gratis hepatitt B- vaksine til bl a homofile. Det er viktig at bydelslegene benytter muligheten til informasjon og samtale omkring smitte. Det er også viktig at Folkehelse kommer med jevnlig repeterende informasjon, slik at legene blir påminnet dette, og at nye leger holdes orientert, hevder smittevern konsulenten i Stavanger.

## **Ungdom**

Skolen spiller en viktig rolle når det gjelder formidling av kunnskap og holdninger om homofili. Undervisningsoppleggene omkring seksualitet og samliv formidler en normaliseringstankegang, der det å være homofil skal kunne erkjennes, verdsettes og oppleves normalt. Disse oppleggene tar imidlertid ikke høyde for å gi spesifikk kunnskap om HIV-smitte til de homofile.

Gutter får også i liten grad tatt opp problemer eller risiko knyttet til sex, når de har kontakt med helsestasjonen og uteseksjonen, hevdes det fra disse instansene. Ved å ta eksempel fra Stavanger kommune finner vi at 13,8 prosent av alle elever fra videregående skoler oppsøkt helsestasjonen for individuell konsultasjon i løpet av 1999. Kjønnfordelingen viser at 14,8 prosent av de som kommer til konsultasjon er gutter, og 85,2 er jenter. Unge gutter kommer antakelig i en utsatt posisjon i forhold til smitte (ubeskyltet sex) i forbindelse med et utprøvende sexliv eller usikker seksuell identitet. Den lave andelen gutter som oppsøker helsestasjonen kan ha sammenheng med at tilbudet ikke er tilrettelagt på en måte som skaper interesse hos gutter.

I løpet av 2000 og 2001 skal Høgskolen i Oslo (HiO), i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet (SHD) og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) gjennomføre et kursopplegg hvor kjønn, identitet og marginalisering settes i fokus. Målgruppen er ansatte i primærhelsetjenesten. Kursopplegget vil ta utgangspunkt i samfunnets holdninger til lesbiske og homofile sett i et sosialhistorisk lys, bevisstgjøring av egne holdninger til lesbiske og homofile og egen yrkespraksis.

Slike problemstillingene er ikke tatt opp i forbindelse med slike kursopplegg i Norge tidligere. Behovet synes stort for å arbeide med egne holdninger til dette tema og vi tror det vil være viktig at kurs og konferanser vektlegger slike tema. Vi vil våge påstanden at homofili fortsatt er et tabuemne blant helsepersonell. Kunnskapsnivået kan være godt, men det kreves arbeid med egne holdninger for å gå inn i temaet.

Tema homofili er ikke alltid like populært blant de som arbeider i helsestasjonen for ungdom. Erfaringene herfra er at en trenger å styrke kompetansen på dette området og også få en større aksept for dette arbeidet. En av representantene fra helsestasjonen mente de manglet mer

presise tilbud for gruppen menn som har sex med menn. Hun understreket også betydningen av at denne gruppen må oppleve å bli sett.

Frivillige organisasjoner lokalt sitter og venter på å bli kontaktet i dette arbeidet, mens de offentlige instansene ikke opplever at de kjenner godt nok til de frivillige organisasjonene. Til og med i rusmiddeletaten i Oslo hevdet de at de burde kjenne bedre til arbeidet i de frivillige organisasjonene som Helseutvalg for homofile og Pluss.

### 7.3 Konsekvenser for forebygging

Gruppen menn som har sex med menn er den enkeltgruppe med relativt størst HIV-prevalens og nysmitte. Ut fra smittevern hensyn er det fortsatt viktig å arbeide forebyggende i dette miljøet. En vet at det fortsatt praktiseres usikker sex i denne gruppen og tegn tyder på at risikoatferden er økende mens frykten for HIV/AIDS ser ut til være på vei ned. Dette kan bety at Helseutvalget sitt arbeid blir enda viktigere enn før.

Her står vi tilsynelatende overfor et tilsynelatende paradoks i forebyggingen. Samtidig som smitten blant homofile i Norge går ned, kommer det stadig fram stadig meldinger om økt risikoatferd. Både nasjonalt og internasjonalt komme signaler om at folk har et mer avslappet forhold til sikrere sex, folk er villige til å ta større sjanser (jf barebacing) og at interessen for HIV/AIDS er dalende. Mange homofile er gått lei av det tradisjonelle forebyggende arbeidet, får vi høre, og personer med HIV lever lenger og kan teoretisk sett representere en større smittefare. Seksualvaneundersøkelsene fra Folkehelsa (Stigum og medarbeidere 1990), viser i tillegg at antallet menn som har sex med menn er økt de siste årene.

Gjennom media får vi ett inntrykk av at samtaler med informerte personer i det homofile miljøet, at folk er mindre opptatt av sikrere sex. Noen systematisk dokumentasjon av dette har vi imidlertid ikke i Norge. En undersøkelse blant danske homoser viser bl a at 26 prosent av de spurte hadde hatt usikker sex i løpet av de siste 12 månedene (Stop-AIDS nyt, nr 12, desember 2000). Dett kan være et signal om at det tradisjonelle forebyggende arbeidet ikke har samme effekt nå som i epidemiens første år. På denne annen side ligger det nær å knytte redusert homoseksuell smitte, jf avsnitt ovenfor om epidemiologien, nettopp til resultater av Helseutvalgets mangeårige innsats.

Det kan ligge mange forklaringen bak tilsynelatende motstridende tendenser i forebyggingen, (lave smittetall, mye risikoatferd). En ting er at meldingene om økt risikoatferd kan være overdrevne. Forekomst av andre seksuelt overførbare sykdommer som syfilis- og gonoresmitte i saunaer trenger ikke være sikkert tegn på **økt eller endret** risikoatferd. Forskjellen i forhold til tidligere kan være at det på et tidspunkt kom syfilis inn i

smittekjeden og at smitten avspeiler et atferdsmønster som allerede er etablert, men som ved syfilisutbruddet ble svært synlig. Vi vet ikke om utbrudd av syfilis er tegn på økt risikoatferd eller bare er en bekreftelse på etablert atferd. At risikoatferd har forekommet i alle år siden HIV-epidemiens begynnelse er helt sikkert, og dokumenteres i meldinger om årlig HIV-smitte insidens i MSIS. Det er altså ikke noe nytt eller oppsiktsvekkende at risikoatferd forekommer.

At folk kan gå lei av nokså likelydende budskap om sikrere sex over 10-15 år er forståelig. Vi vil tro at stadige gjentakelser av samme budskap kan få karakter av mas. ”Maset om kondomer” er et uttrykk vi har hørt. Nyhetsverdien svekkes. Det etterlyses bl a en informasjonsstrategi mot personer som ikke har noen klar homoseksuell identitet og som eksperimenterer med sin seksualitet. Ikke alle homser går på de tradisjonelle utestedene for homser i Oslo, er nært knyttet til Oslos homsekultur eller leser aviser for homser. Det etterlyses derfor informasjon mer synlig i det offentlige rom rettet mot målgrupper som oppter mer marginalt i forhold til den etablerte homsekulturen.

Vi tror likevel Helseutvalgets forebyggende innsats har virkning på folks holdninger og atferd. De stadige påminnelser fra Helseutvalget bidrar til å opprettholde et visst trykk eller press i retning av risikobegrensning. En annen sak er at mye av Helseutvalgets arbeid er personlig rettet og inngår i situasjoner hvor mottakere er informasjonssøkende og motivert for å motta informasjon, f eks sexseminarer og gruppediskusjoner, dialog på pratkanaler, bruk av informasjon på Internett og utvikling av sosiale nettverk. Fra terapeuter ved Ullevål sykehus får vi vite at inntrykket fra kontakt med HIV-positive under behandling er at interessen for sikrere sex ikke er avtatt blant homofile. En tilsvarende debatt som den vi har sett i Danmark går fram av reportasjer og innlegg i Blikk, som vi nettopp var inne på. Opplysninger fra Ullevål sykehus om virkninger av HIV-behandling bør også tas med i diskusjonen om dagens smittesituasjon. Funn viser at nye medisiner virker inn på smitteegenskapene ved HIV. Det er sannsynlig at smittsomheten ved HIV-virus avtar ved behandling av nye AIDS-medisiner. Gitt samme risikoatferd, vil AIDS-medisiner redusere sjansene for smitte. Om dette i praksis har noen konsekvens for HIV-smitte, vet vi ikke ennå noe om.

Det er rett at Helseutvalgets forebyggende innsats i stor grad er rettet mot etablerte homomiljø, særlig i Oslo. Dette er et bevisst valg. For det første fordi risiko for smitte antakelig er størst i disse miljøene. For det andre settes hovedtyngden av forebyggingen inn der effekten forventes å bli størst. Denne typen valg og prioriteringer må gjøres, når ressursene er begrensede.

Når det gjelder det forebyggende arbeidet overfor saunaer, har Helseutvalget satset forebyggende på disse stedene siden tidlig på 1980

tallet. På tross av et forebyggende 'trykk' mot besøkende på saunaer, kan det konstateres usikker sex her. Mange smittetilfeller med syfilis kan føres tilbake til smitte i saunaene i Oslo. Et av de faste tiltakene har vært gratis utdeling av kondomer til saunaene. Det er ikke dokumentert at dette er den mest effektive form for forebygging. God **tilgjengelighet** på kondomer er viktig, men det er ikke så sikkert at det avgjørende er at kondomene er gratis. Vi kan ikke se bort fra at å inkludere pris på kondomer i inngangsprisen til saunaer kunne vært en minst like god løsning rent forebyggende. Den besøkende ville da mottatt en kondom ved ankomst, noe som også ville vært en påminnelse om risiko. Saunaeiere måtte i tillegg ta ansvar for å ha kondomer tilgjengelig i lokalene, inkludert glidekrem.

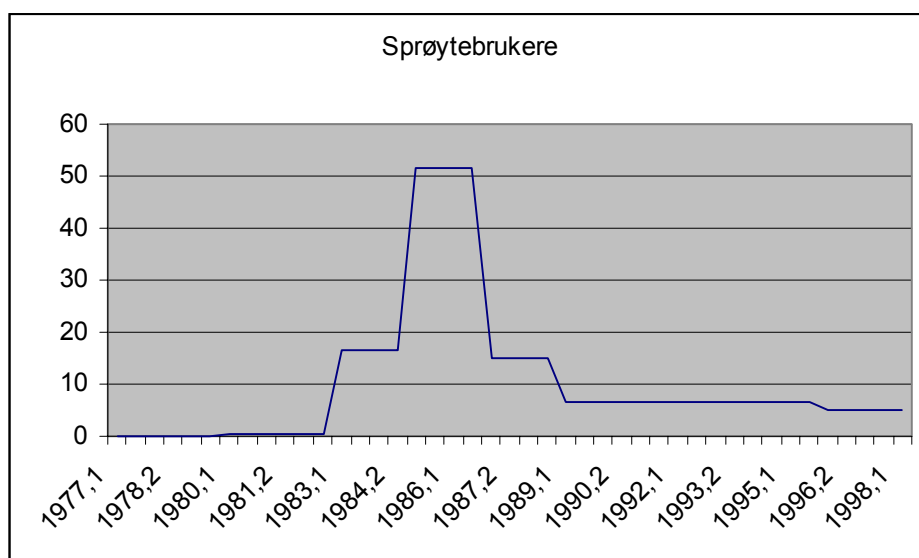
## 8 Injisierende stoffmisbrukere

Injisierende stoffmisbrukere en gruppe med betydelig risiko for smitte grunnet smittefare ved bytte av HIV-infiserte sprøyter. Det er et delmål i handlingsplanen at nysmitte i denne gruppen ikke skal øke i forhold til perioden 1990-1995.

### 8.1 Forekomst av HIV

Fram til 1999 var 408 personer diagnostisert med HIV-infeksjon etter smitte ved stoffmisbruk, se Tabell 6, side 54. Av disse hadde 101 personer utviklet AIDS. Testaktiviteten i denne gruppen er høy, og Folkehelsa anslår et mørketall på 10-20 personer ved utgangen av 1999. Amundsens beregninger viser et noe lavere tall, og var 9 personer i 1998 (Amundsen 1999). Mørketallet er forholdsvis lavt og viser at det er liten forskjell mellom tallet diagnostiserte tilfeller og årlig nysmitte. Tallet på smittede er sterkt redusert i perioden fra epidemiens begynnelse til i dag. I perioden 1986-1995 var tallet på registrert HIV-smitte 29,5 i årlig gjennomsnitt mot 9 personer i perioden 1996-1999. Variasjonen fra år til år er også betydelig mindre i den siste perioden. I 1996 uttalte Folkehelsa at epidemien blant stoffmisbrukere var liten og tilsynelatende under kontroll (Avitsland et al 1996). Utviklingen fram til år 2000 bekrefter denne vurderingen. Helsevesenets innsats gjennom helseopplysning, sprøyteutdeling, tilgjengelighet til sprøyter og HIV-testing har trolig bidratt til reduksjon av smitte i denne gruppen over tid. Det foreligger imidlertid ikke dokumentasjon på dette. Mye tyder på at frykt for smitte er sterkt til stede i gruppen og at det er en del selvjustis for å unngå smitte. Utbrudd av hepatitt A og B i denne gruppen tyder på omfattende deling av sprøyter. Utbruddene som startet i 1995 har imidlertid avtatt betydelig (MSIS nr. 16 2000). Når omfanget av nysmitte likevel er så lite, kan dette ha flere forklaringer: at det er stor selvjustis i gruppen, at personer med HIV i liten grad deler sprøyter med andre, høy testaktivitet og at mange eldre med HIV er døde.

Amundsens beregninger over insidensen blant stoffmisbrukere viser redusert smitte etter 1996, se figur 4.



Figur 4. Nysmitte blant stoffmisbrukere i perioden 1977 – 1998. (E. Amundsen, Folkehelsa).

Selv om det årlige tallet på diagnostiserte tilfeller blant stoffmisbrukere er lavt, er likevel risikoen for smitte ganske høy, sammenlignet med befolkningen generelt. Overslag over tallet på injiserende misbrukere i hele landet ligger på 8–10000 personer<sup>13</sup>. Med 11 smittede personer i 1999 tilsvarer dette minst 111 smittetilfeller per 100 000 personer, mot som tidligere nevnt, 3 tilfeller per 100 000 innbyggere i gruppen heterofil risikofaktor og 118 tilfeller per 100 000 med homoseksuell risikofaktor. Selv om smitten blant stoffmisbrukere er lavere enn i epidemiens første år, og smitten er stabil i omfang, har stoffmisbrukere fremdeles en høy risiko for HIV-smitte.

## 8.2 Forebygging

Det smitteforebyggende arbeidet i kommunene er den siste tiden styrket de fleste steder som følge av vekst i antallet nye tilfeller av hepatitt A, B og C. I kommunene har det vært satt i gang forebyggende tiltak mot smitte av hepatitt bl a gjennom økt bruk av vaksine. Utekontakten (og tilsvarende instanser) i flere byer mener imidlertid at injiserende stoffmisbrukere i liten grad er opptatt av HIV/AIDS spesielt, men de er opptatt av å få hepatitt

<sup>13</sup> Dette tallet er et grovt anslag og bygger på opplysninger fra St meld nr 16 (1996–97) om narkotikapolitikken. I meldingen oppgis et tall 4–5000 stoffmisbrukere i 1990. På grunnlag av utviklingen på 1990-tallet er det rimelig å anta at tallet på stoffmisbrukere i dag ikke overstiger 8–10 000 personer.



vaksine. Det går fram av samtaler vi har hatt med ansatte i rusvernet at temaet HIV/AIDS ikke er så lett å få på bane. Oppmerksomheten om HIV/AIDS er lav, var en gjengs oppfatning blant ansatte. Tidligere var oppmerksomheten langt større. Det var også en vanlig erfaring blant ansatte at de nå kjenner få eller ingen klienter som er HIV-smittet. Ansatte oppfordrer imidlertid stoffmisbrukere til å bruke rent sprøyteutstyr, og misbrukere tilbys av og til HIV-test.

Representanter fra rusvernet hevder at de trenger å bli minnet om betydningen av å snakke om HIV-smitte spesielt. MSIS rapportene hver måned opplever de som en god påminnelse.

Vår erfaring etter kontakt med det kommunale rusvernet er at det nå legges mer vekt på forebyggende arbeid. Oppsøkende tjenester i Stavanger har kontakt med unge i ungdomsskolealder, og arbeidet foregår mer i bydelene enn i sentrum. Også i Trondheim legges mer vekt på forebyggende arbeid. Dreiningen av arbeidet i mer forebyggende arbeid rettet mot yngre personer, kan gjøre det uklart hvem som skal ha ansvar for de mer erfarne brukerne. I Trondheim vil man f.eks. fortsatt ha mye kontakt med etablerte og eldre rusmisbrukere. Ungdomsbasen i byen driver med gruppevirksomhet og informasjon.

Betydningen av forebyggende arbeid blant rusmisbrukere bekreftes av flere. Ansatte ved en helsestasjon for ungdom hevder at flere og flere unge ikke-etablerte injiserende misbrukere tar i bruk injeksjoner med opiater for å komme 'ned' etter bruk av ecstasy og amfetamin. Dette er en gruppe unge som har både skoleplass og andre ressurser intakt, mens som har behov for opplysning om smittefare. Økende rekruttering til rusmiljøet og mer liberale holdninger til rus understreker betydningen av å opprettholde informasjon om smitte.

På institusjonene for stoffmisbrukere tar man opp problemstillinger rundt SOS og kondombruk i varierende grad. Det er vårt generelle inntrykk at institusjonene selv ser at dette temaet kunne fått en mer sentral plass i arbeidet.

### **Tilgang på rene sprøyter**

I Oslo er det god tilgang til rene sprøyter, se omtale av AIDS-informasjonsbussen, avsnitt 3.4. Det er imidlertid debatt innad i kommunen om dette tiltaket. Noen mener det viktigste med sprøytebussen å mette markedet for sprøyter og at det ikke skal være noen hinder for å skaffe rene sprøyter. Andre mener at informasjon er helt nødvendig, hvis man først deler ut sprøyter. Under et samarbeid mellom sprøytebussen, feltpleien og smittevernlegen i Oslo om blodprøver og vaksine, oppdaget feltpleien at mange unge gutter kom og hentet rene sprøyter, men kunne lite om hygiene, om å sette sprøyter, om hepatitt osv. Rusmiddeletaten i Oslo mener at Uteseksjonen må være på banen ved sprøytebussen, hvis det skal

være noen poeng med gratis utdeling av sprøyter. I dag er bussen et 'fredet' område for uteseksjonens involvering, og det drives ingen informasjon i eller ved bussen.

I andre større byer er praksis noe forskjellig. I Stavanger er det ingen gratis returordning med apoteket. Det er satt opp 2 sprøytebeholdere til brukte sprøyter i byen. Ungdom på arbeidstreningstiltak i Stavanger har fått opplæring i hepatitt problematikk, og har arbeid med å tømme beholderne med brukte sprøyter, plukke brukte sprøyter som ligger utenfor beholderne og setter opp informasjonsplakater (laget ved smittevernkontoret våren 1999) om faren for hepatitt og HIV-smitte. Ved Smittevernkontoret har de også laget en brosjyre som bl a deles ut på apoteket i forbindelse med sprøytesalg.

Smittevernkonsulenten i Stavanger har samarbeid med Kirkens bymisjon om personer uten fast bopel. Her drives et aktivt informasjonsarbeid om betydningen av kondom og rene sprøyter. Det er laget en brosjyre, 'Din viktigste sprøyte', som gir informasjon om hepatitt A,B, C og HIV.

I Stavanger har en til nå måttet kjøpe rene sprøyter på apotek. Ved slutten av år 2000 har kommunen imidlertid satt nye sprøyteautomater i drift. Helse- og sosialpersonell var svært usikre på effekten av sprøyteautomater. "Selv om de har god tilgang på sprøyter, så er det ikke sikkert at de går til byen for å skaffe sprøyte fra en automat. De trenger den her og nå, og tar det første og beste" sier en representant for smittevernet.

I Trondheim etablerte man for et par år siden å innarbeide praksis med bytte av sprøyter på apotek, men apoteket nektet etterhvert å fortsette med innbytte. Deretter oppstod en periode med dårlig tilgang på rene sprøyter. Det er nå installert sprøyteautomater, men det har vært en del problemer med drift av automatene. Det har vært mye hærverk og automatene er vanskelige å plassere. Dessuten er sprøytene dårlige hevdes det. Det er behov for flere automater i distriktet.

### **Helsetilbudet til stoffmisbrukere**

Et annet tiltak overfor injiserende stoffmisbrukere som foreslås i handlingsplanen, er å bedre det generelle helsetjenestetilbudet overfor denne gruppen for å styrke deres helse, samt bedre behandlingen av SOS. Det er også et delmål (1.8) at forekomst av seksuelt overførbare sykdommer skal reduseres.

Alle de store byene som Bergen, Oslo, Trondheim, Tromsø og Stavanger har opprettet eller vedtatt å opprette helsestasjon for rusmiddelbrukere. Her skal det være gratis sprøyteutdeling, et generelt primærhelsetilbud, vaksinasjoner og smittevernveiledning, hvor HIV-smitte veiledning inngår.

I alle storbyene mener imidlertid de vi har snakket med at helsetilbudet til misbrukere i den vanlige helsetjenesten generelt er dårlig.

I Stavanger er det ikke etablert egne oppfølgingsprogram for personer med HIV og AIDS. Det er ikke systematiske opplysninger om hvordan disse ivaretas i det ordinære apparatet.

I Oslo sier ansatte fra feltpleien at HIV-positive ofte er ved dårlig fysisk og psykisk helse. Feltpleien må motivere dem for å få dem til lege. Det er ikke nok å dele ut kanyler, hevdes det fra feltpleien i Oslo, og mange trenger legehjelp.

HIV-positive skal prioriteres ved inntak til institusjoner for stoffmisbrukere, er et av målene i handlingsplanen. Dette synes å være en lite aktuell problemstilling rundt om i landet. Det er liten bevissthet om å prioritere denne gruppen og de fleste har ikke hørt om at HIV-positive skal prioriteres.

Olafiaklinikken fungerer dårlig for stoffmisbrukerne, hevdes det fra Rusmiddeletaten i Oslo. De blir tatt dårlig imot, har lite hensiktsmessige åpningstider og krever utfylling av lange vanskelige skjema. Klinikken bør prioritere stoffmisbrukerne høyere, hevdes det.

**Akuten på Ullevål** ble opprettet i forbindelse med HIV-epidemien. I dag har avdelingen ansvar for mye mer enn de HIV-smittede. Oppmerksomheten om HIV/AIDS er imidlertid langt mindre nå enn i epidemiens tidlige fase. Hepatitt smitten krever naturlig nok mer oppmerksomhet i dagens situasjon. Alle som kommer til 'Akuten' blir imidlertid spurt om de vil teste seg for HIV. Innlagte pasienter går også igjennom legeundersøkelser og får informasjon om smittemåter og risiko.

### **8.3 Konsekvenser for forebygging**

Smittesituasjonen for injiserende rusmisbrukere er ikke endret i løpet av den siste handlingsplanperioden. Gjennom intervjuer med ansatte i rusomsorgen har vi fått sprikende informasjon om misbrukernes risikobevissthet. Noen uttalelser tyder på at stoffmisbrukere er opptatt av risiko, mens annen informasjon tyder på det motsatte. En oppfatning vi har fått gjengitt fra flere ansatte er at misbrukerne ofte kjenner til hvem som har HIV og man unngår å dele sprøyter med HIV-positive. Omfanget av hepatittsmitte viser likevel at det foregår mye deling av sprøyter.

Så lenge omfanget av smitte blant stoffmisbrukerne har vært nærmest konstant og over mange år, kan det være et problem å holde vedlike oppmerksomheten om HIV-smitte, ikke minst fordi HIV-trusselen lett kommer i skyggen av andre helseproblemer blant misbrukerne. Vi kan ikke se bort fra at situasjonen når det gjelder HIV-smitte i denne gruppen, fort kan endres. Det er på bakgrunn av dette viktig at den forebyggende beredskapen blant injiserende stoffmisbrukere opprettholdes.

Forhold som ernæring, hygiene, overdoseproblemer, smitte av hepatitt og HIV bør sees i sammenheng. I 1999 var det 270 dødsfall som følge av overdose blant stoffmisbrukere (Rusmiddeldirektoratet 1999). Dette er et helseproblem som nok overgår HIV-trusselen. Tallet på overdosedødsfall en nå har, tilsvarer en dødelighet på 2700 per 100 000 personer, noe vi betegner som ekstremt høyt. Det finnes antakelig ingen vestlige land med stor dødelighet i denne misbrukergruppen. HIV-insidensen blant injiserende stoffmisbrukere tilsvarer 112 tilfeller per 100 000 innbyggere, altså nær like høy risiko som ved homoseksuell smitte.

Viktige HIV-forebyggende tiltak er fortsatt å sikre tilgang til rene sprøyter samt å gi informasjon til brukerne om smitteveier, hygiene mv. Vi ser imidlertid at HIV-trusselen bare er en bit av de samlede helseproblemer i blant stoffmisbrukere og at HIV-forebygging ikke kan sees løsrevet fra andre helseproblemer i gruppen.

I det forebyggende arbeidet overfor injiserende rusmisbrukere mener vi at noe av det aller viktigste er å rette oppmerksomheten mot helsetilstanden og levekårene til misbrukerne generelt. Det finnes vel knapt noen enkeltgruppe i landet som har mer alvorlige helseproblemer enn injiserende stoffmisbrukere. På dette området tror vi det er behov for en handlingsplan for å bedre helsetilstanden og levekårene i gruppen.

## 9 Personer med HIV og AIDS

I dette kapitlet skal vi ta opp handlingsplanens mål knyttet til HIV-positive. I delmål 2.1 heter det at de økonomiske og sosiale vilkårene til HIV-smittede og AIDS-syke skal bedres. Med økonomiske og sosiale vilkår menes her forhold som tilgang på trygder og sosiale ytelser, informasjon om rettigheter og sosialt nettverk. I delmål 2.2 er målet å bedre den medisinske behandlingen av personer med HIV og AIDS.

Per 31.12.99 var det diagnostisert 664 personer med AIDS i Norge. Av disse var nær 54 prosent (355 personer) homo-/biseksuell mann, 15 prosent var stoffmisbruker mens 15 prosent tilhørte risikofaktor heteroseksuell praksis. I gjennomsnitt for alle gruppene hadde 72 prosent av tilfellene kjent HIV-infeksjon på diagnosetidspunktet. Ved utgangen av november 2000 var som tidligere vist 2150 personer smittet med HIV-infeksjon.

Tabell 8 AIDS i Norge etter risikofaktorer og diagnoseår. MSIS per 31.12.1999

	Antall tilfeller diagnostisert											Tot.	%
	1983-89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99		
Homo-/biseksuell mann	107	30	32	22	38	33	35	24	11	13	10	355	53,4
Stoffmisbruker	7	11	16	6	11	17	6	11	8	5	3	101	15,2
Homosex+misbruk	1	2		2	2	2	2	1				12	1,8
Hemofili/koagul.feil	5	2				2		1				10	1,5
Fått blod/-blodprod.	11		3	2	2		1					19	2,9
Heteroseks. praksis	9	11	5	9	8	10	17	10	11	9	5	104	15,6
Høyendemisk fødeland	2	1	2	5	3	6	5	7	3	6	4	44	6,6
Barn av HIV-pos. mor	1			1		1		1		2		6	0,9
Annet/ukjent	1	2	1	3		3	1	1	1	1		14	2,1
Total	144	59	59	50	64	74	67	56	34	36	22	665	100

Kilde: MSIS, Folkehelsa

I tidsrommet 1983-1999 var 518 personer døde av AIDS. Tallet på døde viser en topp i 1993 med 72 døde. Etter den tid har tallet vært jevnt synkende og var i 1997 og 1998 på henholdsvis 23 og 26 personer (MSIS). I 1999 var det meldt om 9 personer døde av AIDS. Synkende dødelighet skyldes sannsynligvis bedre behandlingsmuligheter for AIDS-syke (se avsnitt 9.2).

## 9.1 Sosiale og økonomiske vilkår

I handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien er målene for HIV-smittede og AIDS-syke beskrevet i delmål 2.1. Resultatmålet er å sikre at HIV-smittede og AIDS-syke får tilgang på de trygder og sosiale ytelser de har krav på. Det er også et resultatmål at de to gruppene ikke skal møte diskriminerende holdninger.

Det er nevnt flere tiltak i denne forbindelse. Dette gjelder tiltak som det å sørge for bedre informasjon til personer med HIV og AIDS om deres rettigheter, sørge for bedre informasjon til helse-, og trygdepersonell, gjennomføre holdningsskapende tiltak blant trygde- og sosialpersonell og styrke nettverket til personer med HIV og AIDS. Ansvarlig for tiltakene er foruten offentlige helsemyndigheter, Pluss-LMA og andre aktuelle organisasjoner. Pluss ble før sammenslåingen med LMA evaluert. Evalueringen er omtalt i avsnitt 3.3 supplert med refleksjoner over den videre utviklingen i Pluss-LMA.

Pluss-LMA skriver i sin faglige og politiske plattform at organisasjonen skal ivareta HIV-positives interesser og rettigheter i samfunnet og arbeide for best mulig adgang til medisinske tilbud. Videre skal organisasjonen arbeide for å forebygge utbredelse av HIV-viruset, arbeide for at relevante problemstillinger rundt det å være HIV-positiv blir reist i samfunnet og delta i internasjonalt solidaritetsarbeid. I løpet av 2000 opprettet Pluss-LMA hjemmesider med internettadressen [www.pluss-lma.no](http://www.pluss-lma.no).

Pluss-LMA engasjerer seg på en rekke felt innen samfunnsdebatten om HIV/AIDS. Diskusjon omkring begrepene risikogruppe og risikoatferd har den siste tiden vært et aktuelt tema. Pluss-LMA argumenterer mot fortsatt bruk av disse begrepene bl a fordi det virker tilslørende på oppfatning av risiko.

Pluss-LMA satser spesielt på arbeide for kvinner med HIV, risiko i forbindelse med utenlandsreiser og arbeide blant innvandrere og asylsøkere om HIV/AIDS-spørsmål.

Høsten 2000 har organisasjonen utgitt et hefte om HIV-positives rettigheter. Her tas opp en rekke områder som rettigheter i arbeidslivet, trygde- og pensjonsrettigheter og annen relevant lovgivning. Det arrangeres også kurs og temamøter om rettighetsspørsmål. Rettighetsheftet (Pluss-LMA 2000) skal distribueres til alle steder der HIV-positive kan dukke opp, så som region-, sentral- og fylkessykehus, trygde- og sosialkontor, metadonprosjekter, kommunehelsetjenesten og rekreasjonssteder. Heftet er utgitt med støtte fra stiftelsen Helse og Rehabilitering. Pluss-LMA hevder at det ble søkt Helsetilsynet om støtte til en slik publikasjon, men at søknaden ble avslått.

Gjennom sitt arbeide har Pluss-LMA kontakt med HIV-positive som søker om opptak til behandlingsinstitusjoner for stoffmisbrukere. Erfaringen så langt er at HIV-positive ikke blir prioritert ved opptak til slike institusjoner. Pluss-LMA følger opp HIV-positive som er tatt opp på metadonprosjekt i Oslo. Hittil er det gjort meget gode erfaringer blant de HIV-positive som har deltatt i prosjektet, sier representanter for Pluss-LMA.

Pluss-LMA har i 2000 fått innvilget prosjektmidler fra stiftelsen Helse og Rehabilitering til flere formål: Et prosjekt om tilrettelegging av rekreasjonssteder for HIV-positive, et toårig prosjekt for å bygge opp et kompetansesenter for HIV og AIDS i Norge og delfinansiering av en levekårsundersøkelse av HIV-positive i Norge. Helse og Rehabilitering setter store krav til faglig nivå ved innvilging av søknader.

Frivillighetssentralen er samlokalisert med Pluss-LMA og driver et aktivt arbeid for personer med HIV. Organisasjonen har omkring 70 aktive frivillige.

Aksept er et senter for alle berørt av HIV. Senteret drives av Stiftelsen Kirkens Bymisjon og er finansiert av Oslo kommune. Senteret mottar ikke midler fra handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien.

Arbeidet Aksept driver innenfor det psykososiale området består blant annet i miljøarbeid, individuell oppfølging, samtaler, gruppetilbud til smittede og pårørende, oppfølging av brukere utenfor huset og samarbeid med instanser i tilstøtende fagfelt.

Døgnetenheten tar imot HIV-positive for rekreasjon, rehabilitering, avlastning og terminal pleie.

### **9.1.1 Konklusjon**

Det foreligger ikke opplysninger som tyder på at personer med AIDS er dårligere stillet enn befolkningen ellers når det gjelder tilgang på trygde. Pluss-LMA understreker likevel at det er viktig å gjøre AIDS-syke oppmerksom på sine rettigheter bl a i trygdesystemet. Pluss-LMA sin utgivelse av rettighetsbrosjyre er et viktig tiltak i forhold til målsettinger i handlingsplanen. Det undrer oss at Helsetilsynet ikke har funnet å kunne støttet et slikt tiltak.

Personer med HIV og AIDS opplever fremdeles diskriminerende holdninger i samfunnet. Gjennom sin kontakt med pasienter, erfarer Pluss-LMA at mange har store motforestillinger mot å gjøre kjent sin sykdom. Det er derfor fortsatt en viktig oppgave å arbeide for mer åpenhet om HIV og AIDS og personer som er rammet av denne sykdom og helseplage. Pluss-LMA har siden sammenslåingen markert seg som en mer åpen interesse- og pasientorganisasjon for personer med HIV og AIDS. Vi tror

dette arbeidet, kombinert med satsing på ulike prosjekter, vil ha gunstige virkninger for denne befolkningsgruppen i tiden framover.

## 9.2 Medisinsk behandling

Resultatmålet i handlingsplanen var redusert komplikasjonsfrekvens og økt levetid hos HIV-positive i forhold til perioden 1990-1995. Det ble ikke definert hvor stor endring en forventet seg, bare at behandlingen skulle bli bedre. Det kan derfor sies at dette målet ble oppnådd.

Det har skjedd og skjer svært mye når det gjelder regimer for behandling av HIV og Aids på verdensbasis. Dette har fått stor betydning også for situasjonen i Norge.

Mot slutten av 80 tallet brukte en monoterapi i behandlingen av HIV-infeksjonen. Senere viste studier at det var bedre resultater ved kombinasjon av to preprat. Nå er det vanlig å gi tre eller flere midler samtidig, og det er flere ulike regimer for behandling. Det ligger utenfor denne evalueringen å gå nærmere inn på disse, men til sammenligning kan en si at behandlingsoppleggene likner noe på den strategien en har brukt overfor tuberkulose. Det betyr at en stort sett behandler med minst 3 forskjellige medikamenter om gangen, og ved behandlingssvikt bytter ut minst to av disse.

Ved bytte av medikament gjøres det også en del resistensanalyser av virus, for i hvert enkelt tilfelle å avklare hvilken behandling som synes mest fordelaktig. I dette arbeidet har spesielt professor Birgitta Åsjø og hennes medarbeidere ved Haukeland Sykehus i Bergen vært sentrale. Det er et spesielt fagområde, og antallet analyser som gjøres er økende. I 1999 var det gjennomført ca. 80 tester ved Haukeland sykehus og i 2000 har det vært ca. 130. Utfra den plass slik resistenstesting har i dagens kliniske praksis anslås behovet for tester til å ligge på ca. 250 til 300 per år i vårt land.

Det er fortsatt en del usikkerhet knyttet til hvordan de svar en får fra resistensbestemmelse skal brukes i forhold til valg av preparater. Det kan være mulig å få svar på hvilke midler som ikke synes fornuftige å bruke, men vanskeligere å konkludere sikkert hvilke midler en skal anse som best av gjenstående alternativer.

Strategier for behandling diskuteres og videreutvikles stadig. Viktige tema i denne sammenheng er spørsmål om når behandling skal påbegynnes og hvilke behandlingsregimer som skal følges. I tillegg er det en betydelig forskning innen utvikling av nye midler.



Teoretisk har en hatt en tanke om at :

- tidlig behandlingsstart eller behandling innen få uker etter smitte kan gi mindre skade til immunsystemet og en bedret prognose<sup>14</sup> og at
- antivirale legemidler kan ha større mulighet til å minke virusmengden om en starter behandling mens virusmengden er relativt lav.

Sikre forskningsdata for dette mangler likevel, og tidspunkt for oppstart er derfor fortsatt et diskusjonstema.

Det er også argumenter som taler mot tidlig behandlingsstart :

- Det er ingen sikker kunnskap om hvor lenge en skal gi legemidlene, ved tidlig intervensjon.
- Bivirkninger av langtidsbehandling kan redusere livskvalitet og gi andre sykdommer som metabolske forstyrrelse med økt risiko for hjerte/kar sykdommer og sukkersyke, skade på lever og bukspyttkjertel, nevrogene smerter pga nevropati/ nerveskade mm.
- Økt risiko for resistensutvikling slik at behandlingen ikke lenger virker på viruset. I verste fall kan slik resistens også gi kryssresistens hos virus mot andre medikamenter og redusere behandlingsmuligheter senere i et sykdomsforløp.
- Sen behandlingsstart kan også være effektiv. Studier har ikke vist noen dokumentasjon på at det blir ”for sent” til å starte behandling, men at behandlingsstart selv hos de med betydelig reduksjon i immunsystemet (CD4 under 200) har gitt rask bedring og evne til å bekjempe infeksjoner mm<sup>15</sup>.
- Det kan tenkes at det innen få år er tilgjengelig bedre legemidler som er lettere å bruke. Dagens doseringsregimer er belastende for pasienten å gjennomføre.
- Det er ikke dokumentert noen sikker helsegevinst ved tidlig behandlingsstart i forhold til noe senere oppstart av behandling.

Gjennomgang av resultatene for pasienter behandlet ved Ullevål sykehus, viser at en noe senere oppstart gir like gode resultater som tidlig oppstart<sup>16</sup>. Dagens strategi i vårt land er derfor å begynne noe senere i forløpet,

---

<sup>14</sup> <http://www.aidsmap.com/>

<sup>15</sup> <http://www.aidsmap.com/>

<sup>16</sup> Oddbjørn Brubakk, Ullevål sykehus, personlig meddelelse.

bedømt etter den kliniske situasjonen i hvert enkelt tilfelle, i lys av Cd4 nivå (250-300) og til en viss grad antall viruskopier (50-100.000).

Når det gjelder smitte og mulighet for påvirkning av denne etter mulig eksponering, har en også utviklet behandlingsregimer, såkalt post-exposure prophylaxis (PEP). Ved slik behandling ønsker en å starte behandling innen 48 timer etter eksponering for smitte. Håpet er at dette kan blokkere for smitten eller i hvert fall redusere risikoen for å bli smittet. Det har vært vanlig å gi slik behandling i ca. 4 uker. Det er ingen sikker kunnskap om dette er rett behandlingstid, og det viser seg å være vanskelig for mange å gjennomføre en slik behandling. Likevel er det slik at siden en i dag ikke vet hvor lang behandlingstid en bør ha, brukes det vanligvis 4 ukers regimer.

Også i vårt land blir slik behandling brukt, men kun etter individuell vurdering av hvert enkelt tilfelle. Hvorvidt en starter med behandlingen er avhengig av mange faktorer, men først og fremst knyttet til antatt risiko for at smitte kan ha skjedd. Det er ikke helt lett å få sikre tall for hvor mange det er per år som får slik behandling, men utfra de vurderinger terapeuter i de sentrale behandlingsinstitusjonene gir, vil vi anslå dette til mellom 10 og 20 tilfeller i året.

Det har, ved innføringen av de nye behandlingsregimene, skjedd en stor endring for den enkelte pasient med HIV. Endringene er så betydelige at en beskriver situasjonen som et paradigmeskifte. Dette kom tidlig på 90 tallet. I medisins historie har en knapt noen gang sett en så sterkt endring i mortalitet og morbiditet for en bestemt sykdom.

Leveutsiktene og dødeligheten av HIV og AIDS er dramatisk endret. Det er vanskelig å komme med eksakte tall for forbedringen, fordi den varierer innen ulike grupper av HIV-positive. Det er forskjeller knyttet til hvordan en er smittet, rasemessige og genetiske forhold og flere andre faktorer. Likevel kan en si, at der en tidligere regnet med at det tok 8-10 år fra smittetidspunkt til utvikling av sykdom, tar det nå gjerne tre ganger så lenge. Ved oppstått AIDS-sykdom har leveutsiktene for mange økt med en enda høyere faktor.

Livskvalitet er et annet spørsmål. Den er avhengig av mange faktorer. De sosiale og psykiske effektene av det å være smittet er stadig et viktig anliggende som ikke bør bagatelliseres. Likevel er det slik at når behandlingen har blitt såvidt mye bedre, blir også forutsetningene for å kunne opprettholde livskvaliteten forbedret. I dag er det slik at de fleste kan være i arbeid og opprettholde en normal livsførsel på de fleste områder. Selv etter utbrudd av symptomer på AIDS, kan behandling drive virusmengden tilbake og bedre immunapparatets funksjon i en grad som medfører at en kan opprettholde et yrkesaktivt liv i lang tid.

For livskvaliteten er det viktig at behandlingsregimene for mange har vært vanskelige å gjennomføre. Det er nokså omfattende behandlingsregimer med et stort antall tabletter som skal tas hver dag, og det kan gi betydelige bivirknings problemer. Heldigvis er det også fremgang her, slik at det blir noe enklere å gjennomføre behandlingen, og økende antall medikamenter gir større muligheter for å finne opplegg som kan fungere for den enkelte.

De viktigste bivirkningene er knyttet til endringer i fettstoffsifte i kroppen. Dette kan gi seg ulike utslag som for eksempel omfordeling av fettlagrene slik at en blir tynn i armer og ben, men med mer fettlag på kroppen og i nakken. Dette er et kosmetisk problem, men kan også ledsages av økt kolesterol og fettmengde i blod, og derigjennom øke risikoen for hjerte/kar problemer. Når en finner dette, gir en gjerne tilleggsbehandling med statiner for å senke kolesterolemengden i blodet.

Disse endringer i stoffskifte kan også medføre økt fare for sukkersykdom. Spesielt er behandling med proteasehemmere et problem i denne forbindelse. I tillegg er det et fenomen relatert til såkalt mitochondrie-relatert sykdom. En tror at dette er et problem som forårsakes av nukleosidanalogaene. Konsekvensene dette gir er noe usikre, men en vet at det kan gi økt melkesyre i blodet og kanskje være medvirkende årsak til nedsatt allmenntilstand og slapphet / trøtthet hos pasienten. Det kan også ha betydning i forhold til risikoen for lav blodprosent mm.

Et viktig fenomen knyttet til behandlingen kalles ofte for HAART tretthet. HAART er forkortelsen for dagens behandlingsregime: "Highly Active Anti Retroviral Treatment". Ved dette problemet er pasienten tilsynelatende biokjemisk friskere enn de selv føler seg, og pasienten har en redusert allmenntilstand og tretthet som en ikke uten videre kan gi en god forklaring på. En konsekvens av dette er at pasienten ikke lenger orker å stå på behandlingen, selv om det fra medisinsk side synes både nyttig og hensiktsmessig å fortsette behandlingen.

I tillegg er det noen endringer en ser i selve sykdomsbildet for pasientene som får dagens behandlingsregimer. Behandlingen gir bedret leveutsikt og mindre skade av immunapparatet. Dette synes å gi en endring i måten immunproblemene gir seg klinisk utslag på. For eksempel ser en økning i antall lymfomer blant de AIDS-syke. Dette er ondartet kreftsykdom av typer en ikke så før og hvor en behandlingsmessig ikke har mye å tilby. Det kan således forstås som en forskyvning og endring av det sykdoms-panorama de som får AIDS rammes av, siden de nå lever lenger med sin sykdom. Dette medfører nye utfordringer i forhold til utviklingen av behandlingen.

En annen side av livskvaliteten for personer med HIV og AIDS er knyttet til begrensninger i egen livsutfoldelse av frykt for å smitte andre. Smittefaren er derfor i seg selv et viktig spørsmål. En rekke undersøkelser

har dokumenter at behandling av gravide før fødsel har en dramatisk effekt på risikoen for at barn smittes av moren ved fødselen. Utfra denne erkjennelsen er det også en grunnleggende tro på at reduksjon i virusmengde og bedring i den HIV-positive sin immunstatus, reduserer risikoen for smitte på annet vis, selv om sikker vitenskapelig dokumentasjon fortsatt mangler.

Det er en del funn som tyder på at det i hvert fall i enkelte miljø er en tendens til at flere driver usikker sex. Syfilisepidemien i Oslo blant menn som har sex med menn er en indikasjon på dette. Likevel er det ingen økning av antallet nye HIV-smittede i denne gruppen. Hvis dagens behandlingsregimer faktisk har en effekt også på smitterisikoen kan det kanskje være forklaringen på dette. I så fall vil det kunne være noe i en bekymring om at bedret behandling minker redselen for HIV og AIDS, og øker faren for at flere tør ha usikker sex.

Når det gjelder HIV og AIDS blant stoffmisbrukere, har også situasjonen endret seg. Metadon assistert rehabilitering har medført en helt annen situasjon for mange av de tyngst belastede stoffmisbrukerne. De av disse som er smittet med HIV har fått ett nytt behandlingstilbud gjennom MARS. Dette er en underavdeling under Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo (MARIO) for pasienter med kroppslige sykdommer, og er lokalisert på Ullevål. Her følges den enkelte opp både med metadon for sitt narkotikaproblem, men og behandling av ulike somatiske lidelser som for eksempel HIV og AIDS.

Å behandle stoffmisbrukere med HIV har vært en vanskelig oppgave. For mange overskygget rusproblemene de helsemessige problemene. Evnen til å følge opp behandling ble derfor liten, og resultatene av behandlingen desto mindre nyttig. Gjennom kombinasjonen av behandling med metadon for rusproblemene og annen behandling for HIV-infeksjonen, har denne gruppen pasienter klart å følge opp behandlingen i en mye større grad, og med gode resultater.

## 10 Alternativ organisering

### 10.1 Handlingsplanen som virkemiddel

I mandatet ber Sosial- og helsedepartementet om at evalueringen skal gi en vurdering av handlingsplanene som virkemiddel fra statens side for å hankses med HIV/AIDS- epidemien.

I den nye handlingsplan for perioden 1996-2000 stilles spørsmålet om behovet for fortsatte handlingsplaner. I forordet til planen uttaler daværende helseminister: ”Jeg regner ... med at denne handlingsplanen blir den siste i rekken, og at sentrale helsemyndigheter, regional statsforvaltning, fylkeskommuner og kommuner etter år 2000 vil ta like forsvarlig vare på det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet som de ellers er pålagt å gjøre på smittervernfeltet gjennom smittevernloven” (Sosial- og helsedepartementet 1996).

Landet har nå hatt tiltaks- og handlingsplaner for forebygging av HIV/AIDS over en 15 års periode. Vi mener dette er lang tid for en handlingsplan, sett på bakgrunn av handlingsplanens funksjoner. Gjennom de handlingsplaner som til nå er realisert, har man oppnådd å sette forebyggingen i system, ansvarliggjøre de aktuelle instanser og mobilisere resurser. De sentrale aktører som i dag ivaretar det forebyggende arbeidet, har lært sine roller og aktivitetene er i stor grad kommet inn i faste, institusjonaliserte former. Allerede i 1990 var epidemien brakt langt mer under kontroll enn det man hadde forventet i epidemiens første år, og det var etablert et stort apparat for å håndtere epidemien.

Dette kan være argumenter mot å videreføre det forebyggende HIV/AIDS-arbeidet gjennom handlingsplaner. Det er grunn til å tro at dette arbeidet vil kunne fortsette i framtiden uten detaljerte handlingsplaner. Epidemien er brakt under kontroll og utviklingen følger de samme tendenser som ble registrert mot slutten av 1980-tallet og fram til 1996. Det er ikke kommet til nye eller overraskende momenter som skulle tilsi en radikal endring i det forebyggende arbeidet. En viktig sak som er skjedd, er vedtak om ny smittevernlov som regulerer smittevernområdet og gir kommunene et spesielt ansvar for det forebyggende arbeidet. Kommunene skal etter denne loven lage sine egne smittevernplaner. Ideelt sett burde disse planene fange opp aktuelle tiltak på kommunalt nivå. Dette er også et argument for at handlingsplanene slik de til nå har vært er mindre aktuelle.

I flere av høringsuttalelsene til den første delrapporten av evalueringen, peker høringsinstansene på behovet for kompetanse på nasjonalt nivå om forebygging som en ikke kan forvente at den enkelte kommune kan ta ansvar for. Det vil her dreie som om kompetanse som finnes både i statlige

institusjoner som Folkehelse og Helsetilsynet og i de frivillige organisasjonene. Dette taler for at det fortsatt må tas et nasjonalt ansvar for visse deler av det forebyggende arbeidet. Et slikt ansvar må formuleres i plandokumenter som kan sikre en kopling og koordinering av kommunalt og statlig ansvar.

Etter vårt syn har det vært nødvendig for utviklingen av epidemien at ble det etablert tiltaksplaner i epidemiens første fase. Det var nødvendig, ut fra forståelse av epidemiutviklingen de første årene, at myndighetene og frivillige organisasjoner tok ansvar for å bekjempe epidemien. Det viste seg etterhvert at viruset var mindre smittefarlig enn man hadde trodd og at smitten ble langt mindre omfattende enn de første anslag. Likevel må det være hevet over enhver tvil at etablering av det forebyggende apparatet, gjennom serien av AIDS-skriv og tiltaksplaner, har bidratt til smittebegrensning og til at smitten i Norge er så lav som den nå er. Denne evalueringen alene er ikke dokumentasjon god nok for å underbygge en slik påstand. Her må en se hele det forebyggende arbeidet i sammenheng fra de første initiativ ble tatt fra helsemyndighetenes side og fra den tid da nyheten om HIV/AIDS epidemien ble kjent i Norge.

### **10.1.1 Er smittevernloven og det kommunale arbeidet tilstrekkelig?**

Planene har stimulert og bidratt til etablering av et samordnet system for overvåking og tiltak på nasjonalt nivå. Planene retter oppmerksomheten mot et alvorlig helseproblem. Handlingsplanen har i denne sammenheng hatt en viktig dagsordenfunksjon. Planene har ajourført kunnskap om utviklingen av epidemien. Planene formulerer også strategier for å håndtere viktige utfordringer og bidrar til å mobilisere ressurser på ulike nivå i samfunnet for å løse utfordringene.

Smittevernloven pålegger kommunene å lage planer, i prinsippet tilsvarende de nasjonale tiltaksplanene mot HIV/AIDS. På et slikt grunnlag mener vi det er argumenter for å la kommunene ta mer ansvar for det forebyggende arbeidet i kommunene og samtidig å trappe ned det statlige ansvaret.

I praksis ser det ikke ut til å være så enkelt. Eksempler fra kommunale smittevernplaner viser at selv de største bykommuner på langt nær legger opp til et så omfattende program for forebygging av HIV/AIDS som vi har sett i de statlige tiltaks- og handlingsplaner. Konsekvensen av dette kan bli en nedprioritering av det forebyggende HIV/AIDS-arbeidet.

Høringsuttalelsene etter delrapporten i evalueringen viser at selv om mange høringsinstanser er enige i at kommunene må ta et klart ansvar, er det likevel behov for en sentral styring av den forebyggende innsatsen. Dette

begrunnes dels med at det er behov for kompetanse som ikke er til stede i hver enkelt kommune.

Tradisjonen med tiltaks- og handlingsplaner har mange verdifulle sider, bl a med å gi en samlet ajourført kunnskap om HIV/AIDS og å peke på strategiske prioriteringer i det forebyggende arbeidet. De kommunale smittevernplaner ser ikke ut til å kunne ivareta denne funksjonen. Vi ser det som viktig at det i framtiden også blir tilgjengelig denne type sentral informasjon om HIV/AIDS-arbeidet.

### **10.1.2 Framtidig planlegging**

I den framtidige forebyggingen av HIV/AIDS ser vi for oss at staten ved Sosial- og helsedepartementet må utarbeide styringsdokumenter som klargjør ansvaret til sentrale helsemyndigheter. Slike styringsdokumenter bør også ha en samordnende rolle og vise helheten i det forebyggende arbeidet fra sentralt til lokalt nivå, inklusive innsatsen fra de frivillige organisasjonene.

I framtidige styringsdokumenter bør det kommunale ansvaret adresseres tydeligere enn det som er tilfellet i dag. I framtiden bør det også komme klarere fram at det forebyggende HIV/AIDS-arbeidet forutsetter en samordning og samarbeid mellom statlige og kommunale myndigheter.

Styringsdokumenter fra statens side som eventuelt skal erstatte nåværende handlingsplan trenger ikke, etter vårt syn, presenteres som en handlingsplan for en bestemt periode. Styringsdokumentene må trekke opp den overordnede strategi for forebyggingen og vise til det driftsapparat som i dag eksisterer, både offentlig og privat. I det forebyggende arbeidet har de ulike aktørene forskjellige roller og oppgaver, innarbeidet gjennom lang tid. I de framtidige styringsdokumentene for HIV/AIDS-forebygging må nasjonal hovedstrategi for forebyggingen komme fram, men vi ser det ikke som nødvendig å ta i bruk samme målstyringsprinsipp som i nåværende handlingsplan. Derimot foreslår vi at de enkelte aktørene som tildeles statlige midler i det forebyggende arbeidet redegjør for sine mål og planer (utover lovpålagte oppgaver) og at disse planene utgjør 'kontrakten' mellom myndighetene og den enkelte aktør. Det gjelder både statlige og private parter i forebyggingen.

### **10.1.3 Oppsummering**

Når perioden for denne handlingsplanen utgår, må staten ved Sosial- og helsedepartementet sikre 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 forhold til kjøp av tjenester fra aktører i det forebyggende arbeidet bør en legge til grunn prinsippet om bestiller og leverandør av tjenester. Den instans som bevilger og anviser offentlige midler til forebygging har rollen som bestiller av tjenester mens den part som skal utføre tjenestene har rollen som leverandør. Levering av tjenester blir inngått ved kontrakt/avtale etter forutgående søknads- eller tilbudsdokumenter. Når det gjelder spørsmålet om organisering, viser vi til de følgende avsnittene.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene følger opp det forebyggende arbeidet med råd og veiledning og fører tilsyn med det forebyggende arbeidet.

I de følgende avsnittene går vi nærmere inn på forslag til framtidig organisering av det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet.

## **10.2 Behov for et nasjonalt kompetansesenter for HIV/AIDS-forebygging**

Synspunktene på behovet for et nasjonalt kompetansesenter er varierte blant høringsinstansene. Vi mener å kunne trekke ut av høringsuttalelsene at det er behov for en bedre koordinering av kompetansen på området, men ikke nødvendigvis ved peke ut en enkelt instans til et kompetansesenter. Enkelte går også imot å etablere et kompetansesenter.

Kompetansen på forebygging av HIV/AIDS har på mange måter fulgt en utvikling og rollefordeling som ble etablert allerede ved de første tiltaksplanene for forebygging på 1980-tallet. Dels er kompetansen fordelt på statlige institusjoner opprettet for nettopp å ivareta slike oppgaver som Folkehelse og Statens helsetilsyn. På departementsnivå ble det opprettet en egen avdeling for forebygging og rehabilitering i Sosial- og helsedepartementet, som nå har ansvaret for HIV/AIDS-saker i sentralforvaltningen.

Oslo kommune ved den daværende avdeling for tiltak mot AIDS og seksjon for seksuelt overførbare sykdommer var tidlig ute med forebyggende tiltak, og ble opprettet i 1985. I en tidlig fase av epidemien ble det startet en egen rådgivningstjeneste for homofile ved etaten og det ble ansatt helsepersonell i deltidstillinger (NFR 1995). Dette arbeidet ble videreført ved Olafiaklinikken, opprettet i 1993, nå administrativt underlagt Ullevål sykehus. Olafiaklinikken har hatt en sentral faglig rolle i forbindelse med HIV/AIDS-epidemien, men yter også en rekke tjenester i forbindelse med seksuelt overførbare sykdommer ellers.

Frivillige organisasjoner kom også tidlig på banen i det forebyggende arbeidet. Helseutvalget for homofile er nevnt, og denne organisasjonen var aktiv fra 1984. Organisasjonen for HIV-positive, Pluss, som er en støtte- og selvhjelpsorganisasjon for HIV-positive, ble etablert i 1985. Landsforeningen mot AIDS (LMA) ble også etablert på den tiden. De to sistnevnte organisasjonene ble slått sammen i 1999. Aksept, drevet av Kirkens



bymisjon har i en årrekke drevet omsorgsarbeid for personer med HIV og representerer kompetanse på dette feltet. Etat for miljørettet helsevern i Oslo kommune startet mot slutten av 1980-tallet et arbeid for å spre informasjon om HIV/AIDS i gateprostituertmiljøet i Oslo. PION er en interesseorganisasjon for prostituerte som fra 1990 har drevet opplysningsarbeid om HIV/AIDS. (Miljø knyttet til massasjeinstitutter har vært en viktig målgruppe for denne organisasjonen.) Senere er det etablert et eget kompetansesenter, PRO-senteret, for arbeid blant prostituerte. Senteret finansieres av staten og Oslo kommune.

Konsekvensen av denne utviklingen er et mangfold av organisasjoner og miljø med kompetanse på ulike områder innen HIV-forebygging og omsorg for personer med HIV.

Noen organisasjoner er etablert på frivillig basis med den hensikt å arbeide direkte mot risikogrupper. Disse organisasjonene, som Helseutvalget for homofile, Pluss og PION har fått innpass i målgrupper som det offentlige ellers ville hatt vanskelig for å nå. Staten har på sin side ivarettatt sitt ansvar gjennom departement, Folkehelse og Helsetilsynet (tidligere Helsedirektoratet). De første årene av epidemien ble det likevel påpekt at den totale innsatsen var for dårlig koordinert og at samordningen mellom ulike aktørers rolle og oppgaver ikke var god nok. I evalueringen fra den forebyggende innsatsen i den første perioden, hevdes det at det er foregått en gradvis institusjonalisering av den forebyggende innsatsen. Med institusjonalisering menes her en utvikling mot større rolleavklaring og arbeidsdeling og økt vekt på styring gjennom rutiner og prosedyrer samt strategier for den forebyggende innsatsen (NFR 1995). Denne arbeidsdelingen har ytterligere forsterket seg i perioden fram til år 2000.

I delrapporten oppfatter vi kompetansesenter som et senter der den forebyggende virksomhet er samlet i en organisasjon. Det er etter vårt syn ikke rasjonelt å samle den erfaringen som er bygget opp i de eksisterende organisasjoner i en ny, felles organisasjon, som et samlet kompetansesenter. Mangfoldet i innsatsen, den etablerte arbeidsdelingen, interesser og motivasjon som er knyttet til denne arbeidsdelingen ville etter vårt syn ikke bli mer effektiv ved å slå sammen virksomhetene. Det er heller ikke noe realistisk mål. Det er selvsagt ikke grunnlag for å organisere oppgaver som ivaretas av Folkehelse, Olafiklinikken og Helsetilsynet i en felles organisasjon.

Aktørene i det forebyggende arbeidet utfyller hverandre i dagens situasjon på en god måte. Motivasjon, interesse og faglig bakgrunn for det forebyggende arbeidet er i stor grad knyttet til den arbeidsdelingen som har utviklet seg over tid. Selv det å slå sammen såpass nærliggende organisasjoner som Helseutvalget for homofile og Pluss-LMA blir avvist som lite realistisk og ikke hensiktsmessig.

Den nåværende organiseringen utelukker likevel ikke å etablere kompetansesentre med avgrensede oppgaver innen det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet. Olafiaklinikken søkte i 1996 om statlig støtte for å opprette et nasjonalt kompetansesenter innenfor forebyggende arbeid mot HIV/AIDS. Det har i ettertid foregått en korrespondanse og møtevirksomhet mellom Oslo kommune og SHD om denne saken. Vi kan konstatere at det er en del uavklarte spørsmål i denne saken knyttet til Oslo kommunes ansvar lokalt etter smittevernloven og eventuelle landsdekkende oppgaver i et kompetansesenter. Det er også diskusjon om hvilke områder et eventuelt kompetansesenter skal dekke og hvilke formelle krav som stilles til et slikt senter<sup>17</sup>, spørsmål om finansiering osv. Vi mener det er utenfor vårt mandat å gå inn i den aktuelle saken mellom staten og Oslo kommune.

Prinsipielt stiller vi oss imidlertid positive til at det etableres kompetansesentra med avgrensede og nærmere definerte oppgaver i forbindelse med HIV/AIDS-arbeidet etter de planer Olafiaklinikken har lagt fram. Olafiaklinikken er en institusjon med spesiell kompetanse på seksuelt overførbare sykdommer innen en medisinsk modell. Vi mener dette arbeidet vil styrkes på nasjonalt nivå om det utvikles et **medisinsk kompetansesenter** på klinikken. Et slikt kompetansesenter vil kunne få en faglig nyttig oppgave i den modell for organisering vi har foreslått ovenfor, se avsnittene 10.4 og 10.5. I denne sammenheng ville Olafiaklinikken og Helsevernetaten være naturlige aktører fra Oslo kommunes side.

### **10.3 Forholdet mellom statlige, kommunale og frivillige instanser**

Både den forebyggende og den kurative innsatsen i forhold til HIV/AIDS er avhengig av innsats fra både statlige, kommunale og frivillige instanser. Med frivillige instanser mener vi her de private, ikke-kommersielle organisasjonene med deres lønnede og ulønnede personell, ofte kalt tredjesektor.

Forholdet mellom de ulike instansene er ikke og kan ikke være statisk. Når vi her presenterer våre vurderinger av hvordan ansvarsforholdene og oppgavefordelingen bør organiseres, så gjør vi det med utgangspunkt i hvordan vi vurderer de aktuelle behovene for forebyggende og kurativt arbeid i forhold til HIV/AIDS. Erfaringene både fra andre land og vårt eget, tilsier at situasjonen raskt kan endre seg, totalt sett eller i forhold til enkelte grupper. Det betyr at en kontinuerlig bør være opptatt av spørsmålet om vi

---

<sup>17</sup> Det er her tale om regelverk for styring av den nasjonale høyspesialiserte somatiske helsetjenesten når det gjelder landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og kompetansesentra.

har den mest effektive oppgave- og ansvarsfordelingen mellom ulike instanser og den rette ressursinnsatsen i forhold til problemets relative omfang.

Det er her særlig to grøfter man kan havne i og som vi mener å ha sett tendenser til at enkelte instanser og aktører har beveget seg mot. På den ene siden må det aldri bli slik at fastlåste prinsipper for den vanlige organiseringen av helse- og sosialtjenester (både forebyggende og kurative) blir det avgjørende argumentet for hvordan oppgaver skal organiseres. På den andre siden må det aldri bli slik at forståelsen og markedsføringen av et problem preges av enkeltinstansers behov for å ivareta egne interesser. For at ulike instanser skal kunne samarbeide godt, kreves den en felles og kontinuerlig kritisk og selvkritisk refleksjon om forståelsen av problemet og dets omfang og mønster og en felles diskusjon om målsettinger og strategier for arbeidet. Vi mener det må legges vekt på å organisere forholdet mellom de ulike instansene slik at vi fremmer en felles refleksjon og diskusjon.

På mange områder innen helse- og sosialsektoren har vi sett hvordan funksjoner, ansvarsforhold og rollefordeling har skiftet mellom de tre typer instanser i ulike tidsepoker. I en fase kan det være det statlige nivået som tar initiativ, finansierer og organiserer aktivitet på et område. I en annen fase kan det være frivillige organisasjoner (tredje sektor) som er mest nyskapende, pågående og viktige for forebyggende og kurativ virksomhet. Særlig ser dette ut til å gjelde på områder som av ulike grunner har liten samfunnsmessig oppmerksomhet og lav status. I en tredje fase kan det ”alminnelige” helse- og sosialapparatet i kommuner og fylkeskommuner være best egnet til å nå alle aktuelle målgrupper på den mest effektive måten.

I alle faser er det behov for å spille på ressursene, kompetansen og kontaktflaten til alle tre typer instanser. Kort oppsummert (se også mer utdypende vurderinger andre steder i denne rapporten) bygger vårt forslag til organisering av forholdet mellom statlige, kommunale og frivillige organisasjoner på vurderinger som følger nedenfor.

### **10.3.1 Kommuner og fylkeskommuner**

Vi er kommet til en fase der forebyggende og kurativt arbeid i forhold til HIV/AIDS må forankres i det kommunale og fylkeskommunale tjenesteapparatet. Personer med HIV og AIDS har behov for en rekke tjenester som bare helse- og sosialtjenesten på 1. og 2.linje kan tilby. Gjennom smittevernloven er også ansvaret og oppgavene i forhold til smitteovervåking og forebygging blir forsterket og tydeliggjort. Det er kommunenes og fylkeskommunenes ansvar å sørge for at det blir en balanse mellom de behov som finnes for slike tjenester i den enkelte

kommune eller fylkeskommune og den kompetanse og de økonomiske ressurser som bygges opp og stilles til rådighet for å dekke disse behovene.

### **10.3.2 Statlig nivå**

På statlig nivå er det særlig to instanser som har et klart ansvar og klare oppgaver. Helsetilsynet er ansvarlig for å føre tilsyn med at de kommunale og fylkeskommunale helsetjenester har en kvalitet og et omfang som gjør det mulig for dem å oppfylle sine lovpålagte forpliktelser. Helsetilsynet bør også spille en aktiv rolle i arbeidet med å utvikle kvaliteten på disse helsetjenesten, inkludert kvaliteten på samarbeidet med andre instanser.

Folkehelsa er ansvarlig for å overvåke og formidle oppdatert kunnskap om den epidemiologiske utviklingen til alle instanser og personer som har bruk for og er interessert i slik kunnskap. Særlig viktig blir det at Folkehelsa kan koble nasjonale data med internasjonale utviklingstrekk og lokale utslag. Da får ”utøvende” instanser et bedre grunnlag for både å ha tilstrekkelig beredskap på framtidig utvikling og en bedre tilpasning av lokale målsettinger og strategier. Også andre statlige instanser har et ansvar på dette området. Særlig for personer med HIV og AIDS er det helt avgjørende at stat og kommune ivaretar ansvaret for trygdeytelser, arbeidsmarkedstiltak, boligpolitikk, rusverntiltak og andre sosiale ytelser.

### **10.3.3 Storby**

Ikke innenfor noe annet felt innenfor helse- og sosialområde er det en større geografisk skjevfordeling enn det vi finner for HIV/AIDS. Storbyeffekten (i norsk målestokk) gir et visst utslag og tilsier at alle storbyer bør ha en spesiell oppmerksomhet på både det forebyggende og kurative arbeidet. Statstilskuddet til kommunene har innbakt en storby-faktor som gjør at storbyene skal ha en mulighet til å bygge opp et mer omfattende tilbud enn andre kommune, uten at de får tildelt spesielle øremerkede statlige midler. Vi mener derfor det ikke er behov for en egen statlig finansieringsform for ordinære kommunale og fylkeskommunale tiltak mot HIV/AIDS.

### **10.3.4 Oslo**

For Oslo er imidlertid situasjonen helt spesiell. Oslo er i en særstilling i forhold til viktige risikogrupperne for HIV/AIDS. Det relative omfanget av intravenøst rusmiddelmissbruk er betydelig høyere i Oslo enn i alle andre kommuner (Rusmiddeldirektoratet 1999). Man antar at ca halvparten av alle landets stoffmisbrukere oppholder seg i Oslo. Svært mange av disse rusmiddelmissbrukerne har flyttet inn fra andre kommuner eller oppholder seg i Oslo uten å ha meldt flytting. Den relative andelen av befolkningen med utenlandsk opprinnelse, inkludert de med opprinnelse i høyendemiske

områder, er betydelig større enn i alle andre kommuner (Bjertnæs 2000). Selv om myndighetene har hatt som strategi å plassere asylmottak rundt om i hele landet og tilby videre bosetting i nesten alle landets kommuner, er det en kjensgjerning at svært mange ved første anledning ønsker å bosette seg i Oslo der det finnes større miljøer av personer fra samme opprinnelsesland. Og for det tredje: ingen annen kommune har et så stort og åpent miljø av homofile (jf MSIS). Heller ingen annen kommune har så mange arenaer der menn som har sex med menn kan møtes. Det siste betyr også at mange menn som har sex med menn, og som bor i andre kommuner enn Oslo, best kan nås på arenaer som ligger i Oslo.

I Oslo kommune finnes det da også en rekke offentlige tiltak og instanser som er bygget opp for å møte denne situasjonen. Vi tenker da både på flere av de spesifikke HIV/AIDS-tiltakene innen 2.linje helsetjenesten (Klinikk for forebyggende medisin, Olafia-klinikken) og på instanser innen rusverntjenesten som arbeider mye med HIV/AIDS-problematikk. Arbeidet ved disse instansene er svært avgjørende for å kunne gjøre en tilfredsstillende forebyggende og kurativ innsats i Oslo. De har også utviklet en kompetanse og en erfaring som ingen offentlige instanser i andre kommuner har tilsvarende av og som derfor bør gjøres tilgjengelig for andre kommuner.

Til nå har stat og kommune delt på finansieringen av disse tiltakene blant annet med en generell begrunnelse i Oslo kommunes spesielle situasjon. Vi mener det fortsatt må være slik at Oslo får relativt større statlige overføringer til dette arbeidet enn det andre kommuner gjør. Men vi vil hevde at dagens deling av det finansielle ansvaret ikke bygger på noen særlig gjennomtenkt og felles oppfatning av fordelingen av ansvaret for selve tjenestene, mellom staten og Oslo kommune. Det er vel snarere slik at fordelingen er et resultat av strategier for oppbygging av tilbud i de enkelte instanser som har vært aktive på dette området og som så har forsøkt å få finansiert hele eller deler av tiltakene gjennom de statlige handlingsplanene mot HIV/AIDS. Når så statlige myndigheter har ønsket å overføre finansieringsansvaret til Oslo kommune, har kommunen forsøkt i det lengste å unngå dette. Dermed har staten måttet vurdere om de skulle risikere å nekte videre finansiering og satse på at Oslo kommune da ville overta ansvaret, for å hindre at tiltakene ble lagt ned. Flere tiltak organisert under Olafiaklinikken er for tiden i en vanskelig situasjon på grunn av dette.

### **10.3.5 De frivillige organisasjonene**

De frivillige organisasjonene utfører et arbeid som ingen andre kan utføre på samme gode måte. Gjennom sin legitimitet, kunnskap og kontakflate har de klart å komme i kontakt med og drevet forebyggende arbeid overfor risikogrupper for smitte, på måter som andre instanser vanskelig kan få til.

Ut fra det samme grunnlaget har de også etablert kontakt med og ytt avgjørende bistand til grupper av befolkningen med HIV og AIDS. Særlig gjelder det på områder der det offentlige har lite å tilby, så som rettighetsarbeid, omsorg, sosial støtte osv. Disse organisasjonene mobiliserer også ubetalte frivillige ressurser på en måte som ingen offentlige instanser har mulighet til. Dermed får vi en økt ressursinnsats, særlig i forhold til den type behov som det offentlige vanskelig kan dekke. En siste viktig funksjon som de frivillige organisasjonene har dekket, er å holde oppe interessen og engasjementet i forhold til HIV/AIDS. Dette har de klart gjennom et aktivt informasjonsarbeid til ulike deler av befolkningen og gjennom å holde HIV/AIDS på mediens og politikeres dagsorden. Særlig i den fasen vi nå er inne i, er denne innsatsen helt avgjørende for at ikke HIV/AIDS skal gå i glemmeboken hos politikere, i media og i befolkningen ellers.

Finansieringen av de frivillige organisasjonene har skjedd gjennom årlige tilskudd fra statlige myndigheter. Det er brukt mye ressurser fra organisasjonene på de årlige søknadene og på oppfølging, lobbyvirksomhet og noen ganger også klage, i forhold til saksbehandlingen av disse søknadene. Mye av kontakten med myndighetene har vært konstruktiv i den forstand at det har fremmet diskusjonen om målsettinger, strategier og evalueringer av arbeidet. Men mye har også vært destruktivt i forhold til unødig ressursbruk, konflikter om tildelinger og stor uforutsigbarhet om framtidig aktivitetsnivå. Dette er en finansieringsform som ikke kan fortsette, uansett hvor pengene skal komme fra.

De frivillige organisasjonene har også tilpasset seg det faktum at den aller største del av både målgruppene for det forebyggende arbeidet og av HIV-positive og AIDS-syke bor eller kan nås i Oslo. Etterhvert som ressurstilgangen fra staten har blitt mindre, har konsentrasjonen om Oslo blitt stadig sterkere. Dette er uheldig fordi de frivillige organisasjonenes kompetanse og arbeidsmetoder bør være tilgjengelige også i andre deler av landet, og i alle fall i de største byene.

#### **10.4 Framtidig finansiering og organisering**

De statlige instanser og de ordinære kommunale og fylkeskommunale instansene bør selvsagt finansieres og organiseres på vanlig måte. Forholdet mellom stat og kommune vil da reguleres av det vanlige rammefinansieringssystemet, lovverket og tilsyns-systemet.

Innenfor rammen av handlingsplanen har Helsetilsynet tildelt midler til svært ulike aktører og tiltak. Søknadsmengden har vært stor og har dreid seg om alt fra hovedfinansiering av viktige instanser som Helseutvalget, Pluss-LMA og tiltak under Olafiaklinikken, til enkelttiltak og prosjekt fra et stort antall enkeltpersoner og organisasjoner. Det er vanskelig å se noe

mønster i hvem som har fått innvilget penger til hvilke typer tiltak. Det må bety at det ikke er gitt gode nok føringer på hva det ville være aktuelt å støtte. På denne måten er det brukt svært mye energi på søknadsskriving og saksbehandling, til liten nytte. Vårt inntrykk er at det på et tidlig tidspunkt i arbeidet mot HIV-epidemien ble etablert noen aktører og typer av tiltak som nøy større tillit hos helsemyndighetene enn andre. Disse har så fått innvilget sine søknader til likeartede tiltak hvert eneste år.

Den framtidige finansieringen av faste tiltak innen det offentlige og i de frivillige organisasjoner, drøfter vi i neste avsnitt. Men for å sikre midler til spesielle prosjekt og kvalitetsutviklingsarbeid med basis i de statlige instanser, i de kommunale og fylkeskommunale instanser eller i de frivillige organisasjoner, bør staten fortsatt bevilge et årlig beløp som forvaltes av Helsetilsynet og som fordeles etter søknad. Føringerne lagt på denne bevilgningen bør spesifikt være rettet mot utvikling av nye arbeidsmetoder og bedring av kvaliteten på eksisterende metoder. Evalueringer av ulike instansers arbeid på avgrensede arbeidsfelt, må her ses på som en metode for å bedre kvaliteten på arbeidet.

Det bør også vurderes om Fylkeslegene bør tildeles en årlig bevilgning til lokalbaserte tiltak som engasjerer de mange offentlige og private aktører som har HIV-forebygging som en mindre del av sitt arbeidsfelt.

Ut over dette mener vi det da gjenstår tre særlige problemstillinger:

1. Hvordan sikre finansieringen av det særlig omfattende kommunale tilbudet som kreves i Oslo og som det vanlige rammefinansierings-systemet ikke gir en god nok dekning av?
2. Hvordan sikre at den særlige kompetanse som kommunale tiltak i Oslo rår over, skal kunne bli gjort tilgjengelig også for andre kommuner?
3. Hvordan sikre finansieringen av de frivillige organisasjoners virksomhet, slik at de kan tilby sine tjenester både i Oslo og i andre deler av landet?

Vi mener følgende modell for organisering/finansiering vil kunne være et godt svar på disse spørsmålene. Vi vil imidlertid understreke at dette kun er en skisse av hovedtrekkene i en ny organisasjons- og finansieringsmodell og at det vil kreve en mye mer detaljert vurdering for å kunne ta stilling til detaljene i modellen.

Alle tre problemstillinger krever at staten fortsetter å bevilge et årlig beløp til drift av tiltak rettet mot forebygging av HIV og for å sikre et godt nok tilbud til personer med HIV og AIDS, ut over innsatsen til statlige instanser og til alminnelige kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenester. Mesteparten av denne ekstra innsatsen må rette seg mot arbeidet i Oslo, men deler av innsatsen må også gjøres tilgjengelig for andre kommuner. Vi tenker da på formidling av kompetanse fra offentlige

instanser i Oslo (spesielt Olafiaklinikken) og på formidling av kompetanse og aktivt arbeid fra frivillige organisasjoner med hovedkontor i Oslo (Helseutvalget, Pluss-LMA, PION, PRO-senteret, INLO).

Størrelsen på den årlige bevilgningen, hvor mye som skal gå til landsdekkende innsats og justeringer av målsettinger og strategier, bør bestemmes av departementet etter å ha innhentet oppdatert informasjon og faglige råd fra medlemmene i det samarbeids-forumet som vi har foreslått opprettet, jf delrapporten fra 1999, (Lie, Ramvi og Kjosavik 1999). Bevilgningen overføres så som en ekstra rammebevilgning til Oslo kommune, med de føringer som departementet har bestemt når det gjelder hvor stor andel som skal dekke landsdekkende innsats og hvilke målsettinger og strategier som skal legges til grunn for arbeidet.

Bevilgningen skal Oslo kommune så forvaltes på følgende måte:

Det inngås en avtale med Olafiaklinikken om omfanget av og innholdet i det landsdekkende arbeidet som man ønsker klinikken skal drive. Avtalen må gi rom for at Olafiaklinikken kan videreutvikle sin kompetanse og legge langsiktige planer for sitt formidlingsarbeid. Det betyr at avtalen må ha en oppsigelsestid som går ut over ett budsjettår, slik at både staten og kommunen forpliktes på en langsiktig strategi. Justeringer i de årlige statlige føringene for mål og strategier, må selvsagt følges opp av kommunen i sin dialog med Olafiaklinikken.

Videre mener vi Oslo kommune må forplikte seg til å inngå driftsavtaler med de viktigste frivillige organisasjonene, så som Helseutvalget for homofile og Pluss-LMA. Disse avtalene må inneholde beskrivelser av og avtale om fordeling mellom de Oslo-dekkende og de landsdekkende oppgavene til de frivillige organisasjonene. Avtalene må følges opp med en årlig dialog om målsettinger og strategier. Også disse driftsavtalene må ha en oppsigelsestid som går ut over ett budsjettår, slik at organisasjonene kan få mer forutsigbare rammer å arbeide ut i fra. Slike driftsavtaler har det vært vanlig å bruke også på andre områder. F.eks. har vi et omfattende system med driftsavtaler mellom fylkeskommuner og private aktører på rusfeltet (så som Kirkens Bymisjon og Blå Kors). Noen av disse er også ansvarlige for landsdekkende kompetansesenter-funksjoner, og de statlige overføringene til å dekke disse funksjonene er innbakt i driftsavtalene mellom den private aktøren og den aktuelle fylkeskommunen.

Den øvrige delen av den ekstra rammebevilgningen skal så Oslo kommune kunne forvalte fritt for å dekke de ekstra kostnadene Oslo har med å drive et forebyggende arbeid og gi et tilbud som står i forhold til antall innbyggere i ulike risikogrupper og i forhold til tallet på beboere med HIV og AIDS i kommunen.

Vi tror en slik modell vil kunne ta vare på mange hensyn som springer ut av de spesielle trekkene ved HIV/AIDS-epidemien. For det første vil den ta



hensyn til Oslos helt spesielle situasjon og behov. For det andre vil den gjøre det mulig for andre kommuner å dra nytte av den kompetanse og de erfaringer som er bygget opp i både offentlige og private instansers arbeid i Oslo. For det tredje sikrer den de frivillige organisasjoner forutsigbare rammevilkår for sitt viktige arbeid. Og for det fjerde understrekes det statlige ansvaret for arbeidet i forhold til HIV/AIDS.

## 11 Høringsuttalelser til delrapporten

### 11.1 Innledning

I den første delrapporten fra evalueringen (Lie og medarbeidere 1999) ble temaet om alternativ organisering tatt opp. Rapporten ble sendt til høring til aktuelle instanser og ble fremlagt på et seminar i januar 2000.

Vi skal her først gi en oppsummering av høringsuttalelsene. Innen høringsfristens utløp kom det inn 20 høringsuttalelser. Av høringsinstansene hadde enkelte bare mindre eller ingen spesielle kommentarer til rapporten eller ga generell støtte til de foreslåtte tiltak. Nedenfor går vi igjennom høringsuttalelsene og gir våre kommentarer til uttalelsene.

**Norsk sykepleierforbund** slutter seg i store trekk til rapporten. **Universitetet i Oslo** ønsker å vente til hovedrapporten foreligger, før de uttaler seg. **Forsvarets sanitetsstab** sier seg enig i delrapportens konklusjoner i kapittel 5. **Fylkeslegen i Hedmark** er enig i at det ikke er hensiktsmessig med en ny handlingsplan etter at den nåværende planen utløpet. Hovedansvaret for HIV/AIDS-forebyggingen bør klarlegges på det kommunale nivået og samordnes med det arbeidet som ellers utføres på smittevernområdet i kommunene. Fylkeslegen i Hedmark har ellers ingen kommentar. **Kommunal- og regionaldepartementet** og **Fylkeslegen i Akershus** hadde ingen kommentarer til delrapporten.

I den første delrapporten ble evalueringsmiljøet bedt om å vurdere følgende forhold:

- Hvilke oppgaver skal staten ta ansvar for ved avslutningen av den nåværende handlingsplanen?
- Hvordan bør rollefordelingen mellom statlige helsemyndigheter og organisasjonene være?
- Er det behov for et nasjonal kompetansesenter for HIV/AIDS?

I delrapporten ble det kort oppsummert gitt følgende forslag:

Staten skal fortsatt ha et overordnet ansvar for det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet og skal fortsatt avsette midler på statsbudsjettet til dette arbeidet. Støtte til de større frivillige organisasjonene bør fortsette, og her nevnes spesielt Helseutvalget for homofile og PLUSS-LMA. I rapporten legges det også vekt på normalisering av det forebyggende arbeidet i samsvar med smittevernloven. Det foreslås også at nåværende

handlingsplan blir den siste nasjonale handlingsplanen for forebygging av HIV/AIDS.

I rapporten foreslås det at Oslo kommune overtar saksbehandling knyttet til fordelingen av statlige midler til handlingsplanen mot HIV/AIDS. Samtidig må kommunen etter dette forslaget ta et ansvar for koordinering av arbeidet i de frivillige organisasjonene og bidra til å skape et ressursmiljø innen forebygging.

Vi går i rapporten ikke inn for å etablere et nasjonalt kompetansesenter for HIV/AIDS. Aktørene i det forebyggende arbeidet har kompetanse på ulike områder som samlet utgjør et sentralt kompetansemiljø, slik at det vil ikke være naturlig å etablere et nytt nasjonalt kompetansesenter.

## **11.2 Generelle kommentarer**

Flere høringsuttalelser peker på manglende begrunnelser for ulike forslag i delrapporten og det etterlyses alternative løsninger og modeller knyttet til ulike forslag. Noen kommenterer manglende omtale av enkelte sider ved det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet. Enkelte etterlyser en oversikt over utviklingen av epidemien.

Fylkeslegen i Oslo mener at rapporten ikke baserer seg på god nok kunnskap om arbeidsfordelingen mellom Statens helsetilsyn og fylkeslegene. Bedre dekning av fylkeslegens rolle i det forebyggende arbeidet etterlyses også. Fylkeslegen i Oslo mener at delrapporten oppholder seg for mye ved Oslo kommunes rolle og forpliktelser mens den ikke i tilstrekkelig grad drøfter landets øvrige kommuner sine oppgaver og forutsetninger for å drive dette arbeidet.

### **Våre kommentarer**

Vi er enige i de mer generelle innvendinger som er kommet fram. De mangler i rapporten som er påpekt må til en viss grad sees på bagrunn av rekkefølgen av evalueringsoppgavene. Slik rapporteringen i dette tilfellet var lagt opp, kommer hovedrapporten og dermed den viktigste delen av evalueringen etter den første delrapporten. Delrapporten tar bare opp noen få og avgrensede problemstillinger, etter SHD sitt ønske. Delrapporten er ikke ment å være en gjennomgang av den samlede innsatsen i planperioden eller en evaluering av de enkelte aktørene. Ideelt sett ville det vært mer gunstig om problemstillingene i delrapporten var blitt presentert som en konklusjon på hovedrapporten. Dette har nok bidratt til å gi delrapporten et uferdig preg.

Forventningene til omfanget av tema som skulle behandles i delrapporten var større enn de faktiske intensjoner med delrapporten. En oversikt over f.eks. epidemiutviklingen hører hjemme i hovedrapporten. Situasjonen for

innvandrere har vi også holdt utenfor delrapporten. Hensikten var å ta opp dette temaet i hovedrapporten.

I delrapporten er det lagt vekt på å være tydelig på de områder SHD har bedt om vurderinger. Høringsuttalelsene tyder på at vi har oppnådd det. At det så er saklig uenighet om en del av forslagene er en annen sak.

### **11.3 Statens ansvar ved avslutning av nåværende handlingsplan**

Av de som har uttalt seg om spørsmålet, er det en klar felles oppfatning om at staten må ta et ansvar for det forebyggende arbeidet etter avslutningen av nåværende handlingsplan.

**Regionsykehuset i Trondheim** skriver: ”Som anbefalt i rapporten bør staten fortsatt ha ansvar for kostnader knyttet til utvalgte frivillige organisasjoner, forebyggende arbeid blant flyktninger og innvandrere og informasjonsmateriell til skoler, helsepersonell osv.”.

Forslaget støttes også av **Fylkeslegen i Oslo**. Fylkeslegen i Oslo har, som flere andre høringsinstanser, kommentarer til forvaltningen av den statlige støtten. Dette kommer vi tilbake til.

**Norske fysioterapeuters** landsforbund skriver at staten fortsatt må ha det landsdekkende ansvaret for epidemien samt samordnings- og styringsansvaret på landsbasis for tildeling av statlige midler til HIV/AIDS-arbeidet. Landsforeningen for lesbiske og homofile støtter uttalelse i delrapporten om at Helseutvalget for homofile og PLUSS-LMA sikres midler til videre drift og påpeker at vi fortsatt må ha et nasjonalt koordinerende arbeid for forebygging av HIV/AIDS. Fylkeslegen i Vestfold uttaler om finansiering at det er naturlig at staten finansierer landsomfattende tiltak, inklusive eventuell økonomiske tilskudd til frivillige organisasjoner.

Bare en av høringsinstansene, **Regionsykehuset i Trondheim**, kommenterer forslaget om at denne handlingsplanen blir den siste. Sykehuset støtter forslaget.

#### **Våre kommentarer**

Forslaget om statens ansvar etter avslutningen av denne handlingsplanperioden har bred støtte blant høringsinstansene. Det er en klar forventning blant instansene om at staten tar et finansielt ansvar for landsdekkende oppgaver for det forebyggende arbeidet, bl a gjennom støtte til frivillige organisasjoner. Det uttrykkes imidlertid også ønske om at staten tar et nasjonalt koordinerende ansvar for det forebyggende arbeidet. Dette innebærer etter vårt syn at staten også etter avslutningen av denne handlingsplanperioden fortsatt bør ha et finansielt og organisatorisk ansvar

for bekjempelse av HIV/AIDS-epidemien på nasjonalt nivå. Etter vårt syn bør staten i den forbindelse utarbeide styringsdokumenter for forvaltningen av det nasjonale ansvaret. Slike styringsdokumenter trenger likevel ikke ha samme funksjon, utforming og innhold som nåværende handlingsplan. Dette forholdet omtales nærmere i kapittel 10.

#### **11.4 Rollefordeling mellom statlige helsemyndigheter, organisasjonene og andre aktører**

I delrapporten kommenteres at normalisering av smittevernarbeidet til smittevernloven bør få organisatoriske konsekvenser og at overgangen fra en lang fase med statlige handlingsplaner og initiativ til et sterkere kommunalt ansvar bør markeres. I den forbindelse foreslås i delrapporten at Oslo kommune overtar den oppgaven Helsetilsynet til nå har hatt med tildeling av statlige midler til det forebyggende HIV/AIDS-arbeidet, etter søknader fra aktørene. Høringsinstansene sine synspunkt på dette spørsmålet blir i flere tilfeller knyttet til oppfatninger av fordeling av statlig og kommunalt ansvar.

De fleste høringsinstansene gir uttrykk for at den enkelte kommune der dette er aktuelt må ta ansvar for det forebyggende HIV/AIDS-arbeidet i samsvar med smittevernloven, også når det gjelder innvandrere og flyktninger. Det er også bred enighet om at staten må ta ansvar for landsdekkende oppgaver, organisatorisk og finansielt. **LLH** uttaler at staten også må ta et overordnet ansvar for innvandrere og flyktninger, ettersom kompetanse på denne gruppen er vanskelig å bygge opp i en kommune. Forslaget (om at Oslo kommune ved Helsevernetaten skal overta Helsetilsynets rolle som saksbehandler for tildeling av midler under handlingsplanen) får isolert sett liten støtte, og de fleste instansene går klart imot. Vårt syn om en slik normalisering av smittevernarbeidet med et større kommunalt ansvar for det forebyggende arbeidet og en styrking av kommunenes roller, er det ulike oppfatninger om.

**Regionsykehuset i Trondheim** finner det betenkelig at Oslo kommune ved Helsevernetaten overtar denne funksjonen [forvaltningen av statlige midler knyttet til handlingsplanen]. Med henvisning til Oslo kommunes store byråkrati, mener Regionsykehuset i Trondheim at utenforstående ikke vet hvilken kompetanse og hvilke oppgaver etaten har. Regionsykehuset i Trondheim stiller seg også tvilende på bakgrunn av at Helsevernetaten ikke har noen kultur med hensyn til å gi landsdekkende service. Det hevdes videre at det lett vil oppstå mistanke om forfordeling, eller at midlene brukes til formål på siden av det som er hensikten. Sør-Trøndelag fylkeskommune uttaler at det vil være mer hensiktsmessig at Olafiaklinikken overtar den landsdekkende funksjonen, hvis Helsetilsynets oppgave skal overføres til annen institusjon eller etat. Regionsykehuset i

Trondheim peker på at Olafiaklinikken er en velkjent institusjon også utenfor Osloregionen og at klinikken er kjent for å yte god service med henblikk på HIV/AIDS-forebyggende tiltak.

**Fylkeslegen i Oslo** viser til siste handlingsplan der det forutsettes at kommunene i stadig større grad integrerer det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet i det øvrige smittevernarbeidet. Dette prinsippet må det ikke rokkes ved, uttaler Fylkeslegen i Oslo. På den annen side er realitetene at de store byene, og Oslo spesielt, har store risikogrupper og er i en særstilling når det gjelder HIV-prevalens. Fylkeslegen går derfor inn for at Oslo kommune gis særlig statlig tilskudd for å kunne møte disse utfordringene og at kommunen bør ha ansvar for en langt bedre samordning av de ulike tiltakene i kommunen.

Fylkeslegen i Oslo viser til de særlige utfordringene som økt innsats for flyktninger og innvandrere representerer. Flere av landets kommuner har de siste årene fått mange nye medborgere fra land med høy risiko for HIV/AIDS og andre smittsomme sykdommer eller seksuelt overførbare sykdommer. Erfaringer fra arbeid med flyktninger viser at beredskapen på smittevernet i mange kommuner ikke er beredt på dette. Det er derfor viktig at staten sikrer finansiell støtte til arbeid med flyktninger og innvandrere slikt at arbeidet blir prioritert og tilrettelagt lokalt, uttaler Fylkeslegen i Oslo.

Fylkeslegen er uenig i at Oslo kommune skal overta som saksbehandler for fordeling av midler til de landsomfattende frivillige organisasjonene. Fylkeslegen finner at Helsetilsynet til dels har hatt en for sterk detaljstyring på det HIV/AIDS-forebyggende området i forhold til både de frivillige organisasjonene og til Oslo kommune. Med henvisning til en avklaring av arbeidsfordeling mellom Folkehelse og Helsetilsynet på smittevern-området<sup>18</sup>, foreslår Fylkeslegen i Oslo at Folkehelse i framtiden bør være en sentral aktør i det forebyggende arbeidet på området og ha ansvaret for tildeling av midler til de frivillige organisasjonene. Et alternativ er at Fylkeslegen i Oslo selv blir tillagt denne oppgaven, siden de fleste organisasjonene er plassert i Oslo.

---

18 Det vises her til notat av 21. desember 1998 undertegnet av helsedirektør Anne Alvik og direktør Botolf Hareide, oversendt fylkeslegene i brev av 2. mars 1999.

Fylkeslegen i Oslo konkluderer som følger:

- ved vurdering av hvilke oppgaver som skal ivaretas av staten, de frivillige organisasjonene, kommunene (herunder Oslo kommune) må det være ryddighet i forhold til oppgave- og ansvars plassering i henhold til kommunehelstjenesteloven og smittevernloven,
- de store byene, herunder Oslo kommune, bør kunne søke staten (ved Folkehelsa) om særlig tilskuddsmidler gitt sin særstilling hva gjelder risikogrupper og HIV-prevalens og at
- staten fortsatt bør ha ansvaret for kostnader knyttet til de frivillige organisasjonene og midlene bør tildeles av Folkehelsa. Fylkeslegen i Oslo bør føre tilsyn med at midlene brukes som forutsatt.

**Haukeland sykehus**, Hordaland fylkeskommune, ved sjeflegen uttaler at det påhviler Oslo kommune et spesielt ansvar å sørge for nødvendig koordinering med andre instanser for å løse oppgavene, og ser ikke noe prinsipielt i veien for at statlige myndigheter bevilger mer penger til Oslo kommune for å løse disse oppgavene. Haukeland sykehus mener delrapporten ikke gir gode argumenter for å overføre ansvaret for landsdekkende oppgaver til Oslo kommune, men ønsker ikke å gi noe entydig svar på om kommunen bør overta som saksbehandler for bevilgninger til frivillige organisasjoner eller ikke. Det konkluderes med at denne type forebyggende virksomhet er et kommunalt ansvar. Landsdekkende oppgaver som informasjon og tilskudd til frivillige organisasjoner som bidrar i det forebyggende arbeid, er et statlig ansvar og bør fortsatt ligge i statlige organer. Dersom departementet velger å delegerer dette ansvaret, bør det gjøres gjennom å opprette et kompetansesenter, skriver sykehuset.

**Justis- og politidepartementet** legger i sin uttalelse mest vekt på det forebyggende arbeidet knyttet til fengselsvesenet og beklager at dette temaet ikke er tatt opp i delrapporten. Justisdepartementet peker på at den enkelte kommune ikke i tilstrekkelig grad prioriterer fengselshelsetjenesten i forhold til det ordinære tilbudet i kommunene. Departementet går ikke inn for endringer når det gjelder overføring av samordningsansvar til Oslo kommune og ønsker å beholde det sentrale statlige engasjement.

Justisdepartementet understreker at en organisasjon som Helseutvalget for homofile også driver arbeid rettet inn mot anstalter under fengselsvesenet.

Ideen om såkalt 'peer education'<sup>19</sup> er særlig aktuelt innen fengselsvesenet, uttaler departementet.

**Den norske lægeforening** mener det er fornuftig å flytte ansvaret for det forebyggende arbeidet nærmere brukernivået, i tråd med den generelle smittevernlovgivningen. Det anses også fornuftig å gi Oslo kommune et særlig ansvar for det forebyggende arbeidet i kraft av sin kompetanse, samt å spre denne informasjonen til andre kommuner. Forutsetningen er at det settes av tilstrekkelige midler til dette. Det bør etter legeforeningens syn opprettes en kontrakt mellom Oslo kommune og staten om de tjenester kommunen skal gi. Legeforeningen ser dette i forbindelse med et kompetansesenter, uten å gå nærmere inn på dette. Legeforeningen påpeker at det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene er lavt prioritert. Uten at dette arbeidet blir prioritert, i form av øremerkede midler, kan man risikere at forslagene [i planen] medfører redusert innsats på området, landet sett under ett.

Pluss-LMA er en av de organisasjonene som blir omtalt i delrapporten. I høringsuttalelsen hevder **Pluss-LMA** at beskrivelse av organisasjonen er unøyaktig og at man ikke er enig i de vurderingene av organisasjonen som gis. Pluss-LMA mener at det burde kommet bedre fram i delrapporten at bakgrunnen for sammenslutningen mellom det tidligere Pluss og LMA skyldtes manglende bevilgninger fra Helsetilsynet. Videre hevder Pluss-LMA at nedleggningen av dagsenteret som ble drevet av organisasjonen skyldtes manglende bevilgninger. Pluss-LMA hevder det er feil som beskrevet i delrapporten at senteret ble overtatt av Aksept, fordi denne organisasjonen kunne drive senteret på en bedre måte. Pluss-LMA etterlyser samtidig omtale av Frivillighetssentralen i delrapporten og det arbeidet sentralen utfører for HIV-positive.

Pluss-LMA mener det er urimelig å forvente, slik det går fram av delrapporten, at medlemsorganisasjonene skal gi mer støtte til organisasjonen. (Her må tilføyes at LMA fra starten av var en paraplyorganisasjon for en rekke større og landsomfattende organisasjoner i landet. RFs anmerkning.). Pluss-LMA mener at økt støtte fra medlemsorganisasjonene ikke er en reell mulighet og at dette må tas med i betraktningen ved tildeling av offentlige midler.

Pluss-LMA advarer mot at ansvaret for tildeling av statlige midler overføres fra Helsetilsynet til Oslo kommune og at kommunen får et

---

<sup>19</sup> Uttrykket 'peer education' er hentet fra forebygging blant homofile og oversettes til norsk med 'likemannsprinsippet'. Det går ut på at f eks homofile selv er det beste til å informere og å drive forebygging blant andre homofile.



styrings- og samordningsansvar på landsbasis. Organisasjonen holder fast ved at SHD og Helsetilsynet må ha et landsdekkende ansvar for epidemien. Pluss-LMA mener også at det uklart hvilke klagemuligheter som finnes, hvis Oslo kommune får ansvaret for tildeling av statlige midler.

**Norske fysioterapeuters forbund** konkluderer med at staten fortsatt må ha det landsdekkende ansvaret for epidemien samt samordnings- og styringsansvar på landsbasis for tildeling av statlige midler i HIV/AIDS-arbeidet. Kommunene vil i sitt smittevernarbeid kunne dra nytte av den ekspertise som allerede finnes i bl a Pluss-LMA og Helseutvalget for homofile.

**Sosialmedisinsk senter** peker på spesielle forhold i Nord-Norge. Siden snitttallene i denne landsdelen er lave, ser senteret en fare for at smittevernarbeidet i forbindelse med HIV blir usynlig i kommunene. Dette kan gjøre det vanskelig både å sikre oppfølging av HIV-positive i landsdelen og å drive forebyggende arbeid. Det pekes på at Tromsø i mange år har hatt en sentral plass i oppfølging av personer med HIV, undervisning til forskjellige utdanninger og i det mer generelle HIV-forebyggende arbeidet. Mange personer velger også å HIV-teste seg i Tromsø av anonymitetshensyn. På grunn av Tromsøs rolle som regionalt senter, stiller organisasjonen spørsmål om kommunen burde hatt ekstra statlige bevilgninger til HIV-arbeidet.

**Landsforeningen for Lesbisk og Homofil Frigjøring** bemerker at delrapporten ikke har omtalt det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet som utføres av lokallagene i LLH. LLH gir ikke sin tilslutning til at Oslo kommune ved Helsevernetaten skal overta et samordningsansvar for det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet og stå ansvarlig for fordeling av midler til frivillige organisasjoner. LLH mener at staten må ta ansvar for dette arbeidet ved Statens helsetilsyn. LLH mener det kan være fornuftig at det opprettes et samarbeidsforum i regi av Helsetilsynet.

**Fylkeslegen i Telemark** slutter seg til de konklusjoner og anbefalinger som beskrives i delrapportens kapittel 5. Fylkeslegen understreker at HIV/AIDS-arbeidet må være helt integrert i det øvrige smittevernarbeidet på alle nivå og at kommunene og kommunelegene har viktige oppgaver knyttet til smittevernarbeidet. Fylkeslegen mener det kan være en grei ordning at Oslo kommune overtar rollen som saksbehandler når det gjelder søknad om statlige midler og at kommunen tar ansvar for samordning av tiltakene. Fylkeslegen i Telemark forutsetter at Oslo kommune som et nasjonalt ressursmiljø gis kapasitet til å bistå kommuner med råd og veiledning når det oppstår behov for slik assistanse.

**Fylkeslegen i Vestfold** er innforstått med behovet for å flytte utøvende funksjoner i det HIV/AIDS-forebyggende arbeidet fra statlig til kommunalt nivå. Fylkeslegen i Vestfold går likevel i mot forslaget i delrapporten om

rollen til Oslo kommune i det forebyggende arbeidet. Fylkeslegen frykter forfordeling av økonomiske midler til kommunens egne tiltak på bekostning av tiltak i annen regi, hvis Oslo skal ha ansvaret for fordeling av statlige midler.

Fylkeslegen i Vestfold konkluderer i denne saken med følgende: Departementet fremmer forslag i statsbudsjettet til totalramme for statlige tilskudd til sentrale (Helsetilsynet og Folkehelse) og lokale myndigheters (kommunenes) og frivillige organisasjoners forebyggende innsats. Statens helsemyndigheter (f. eks. Statens helsetilsyn) fordeler midler etter rapportering fra bl. a. fylkeslegene om behov for lokale tiltak.

**Fylkeslegen i Hedmark** er enig i at det ikke er hensiktsmessig med en ny handlingsplan etter at den vi nå er inne i utløper ved årsskiftet. Hovedansvaret for HIV/AIDS-forebyggingen bør legges på det kommunale nivået og samordnes med arbeidet som ellers utføres på smittevernområdet. Fylkeslegen i Hedmark har ellers ingen kommentarer til delrapporten.

### **Våre kommentarer**

Forslaget i delrapporten om Oslos kommunes rolle ved tildeling av økonomiske midler til HIV/AIDS-forebyggende tiltak møter motforestillinger blant høringsinstansene, med noen få unntak. En slik ordning ville, i fall den skulle bli realisert, hatt liten støtte og legitimitet blant høringsinstansene. Argumentene mot en slik ordning går på forhold som habilitet, (for)fordeling av midler, kompetanse og (uklarhet om) ankemuligheter. Synspunktene varierer mer når det gjelder Oslo kommunes rolle i forbindelse med et faglig ressursmiljø. Enkelte høringsinstanser (Fylkeslegen i Oslo, Legeforeningen, Haukeland sykehus m fl) mener Oslo kommune bør ha et spesielt ansvar når det gjelder faglig ressursmiljø, på bakgrunn av de høye smittetallene for Oslo området. Oslo kommune bør etter disse instansenes mening tildeles ekstra midler fra staten for å ivareta en slik oppgave. Andre instanser mener at staten fortsatt skal ha et tydelig ansvar når det gjelder landsdekkende oppgaver, og går i mot at et slikt ansvar ikke legges til Oslo kommune.

Vi er enig i at en eventuell overføring av ansvaret for fordeling av statlige midler til Oslo kommune vil kunne ha noen uheldige konsekvenser. Det viktigste er kanskje spørsmålet om habilitet. Dette er et forhold som vil kunne komme til å prege vedtak om fordeling av midler. Den eventuelle negative konsekvens er at kommunen støtter egne tiltak på bekostning av andre søkere. En annen mulig konsekvens er at kommunen gir mindre til egne tiltak enn det som ellers ville ansees som rimelig, ut fra frykt for påstander eller mistanke om forfordeling til egne tiltak. Vi tror at en faktisk forfordeling til egne tiltak ikke vil være mulig i det lange løp. En eventuell ordning med Oslo kommune som saksbehandler for statlige bevilgninger vil stadig måtte etterprøves av SHD og aktuelle tilsynsorgan. Bevilgninger

fra staten gjøres på ettårig basis, og ved en eventuell skjevfordeling av midler, ville ordningen måtte opphøre eller kommunens politikk på området korrigeres.

Habilitetsproblemet er ikke uten videre løst selv om Helsetilsynet som nå, står for saksbehandling av søknader om økonomisk støtte. Dette viste seg i 2000 da Pluss-LMAs klage på habilitetsproblemer i Helsetilsynet fikk medhold i departementet. Fra flere av de frivillige organisasjonene er det også hevet at Helsetilsynet favoriserer enkelte søkere. Det er kommet flere 'anklager' om at Helsetilsynet er mer positiv til søknader fra Helseutvalget fra homofile enn til andre organisasjoner, og at det eksisterer allianser mellom Helseutvalget og Helsetilsynet. Helsetilsynet på sin side avviser disse anklagene. Poenget her er imidlertid at påstander om inhabilitet og forfordeling også forekommer når statlige instanser tar ansvaret for fordeling av midler. Et synspunkt på dette er at man må ta stilling til spørsmål om habilitet i de konkrete situasjoner hvor spørsmål om habilitet eventuelt oppstår. En annen sak er om man på forhånd kan si at saksbehandlere i Oslo kommune vil være inhabile innen det aktuelle saksområdet, etter forvaltningsloven. Dette skal vi ikke ta stilling til her. Det er en sak som eventuelt må utredes på juridisk grunnlag. Kommunen vil nok i en gitt sak, f. eks. om støtte til egne kommunale tiltak, kunne sies å dra fordel av utfallet av et vedtak. Dette kan danne grunnlag for å trekke upartiskheten i tvil. I slike saker kunne imidlertid f. eks. Fylkeslegen i Oslo ta over ansvaret for saksbehandlingen.

Selv om en skulle iverksette nevnte forholdsregler, vil Oslo kommune lett kunne stå i fare for å bli beskyldt for prioritere midler til egne behov på bekostning av andre søkere.

Når det gjelder kompetanse til å foreta en faglig forsvarlig behandling av søknader, er det nok riktig at Oslo kommune ved Helsevernetaten til nå ikke har den erfaring på dette området som Helsetilsynet har. Helsetilsynet har stått for denne saksbehandlingen i rundt 15 år og har hele tiden vært en sentral instans i det forebyggende arbeidet. Vi har i delrapporten sett at Oslo kommune ved Helsevernetaten har mindre erfaring på området. Vi har imidlertid forutsatt at det etableres et nært samarbeide mellom Helsevernetaten og Olafiaklinikken i slike saker. Vi har i rapporten også pekt på at Olafiaklinikken, som drives av Oslo kommune, med sin ekspertise og lange erfaring innen HIV/AIDS-arbeidet kunne vært et alternativ til Helsevernetaten som saksbehandler. Vi forutsetter videre at Olafiaklinikken, Helsevernetaten og de frivillige organisasjonene samlet utgjør et ressursmiljø på kommunalt nivå. På den måten skulle det være mulig å skape et faglig miljø og dermed også grunnlag for en faglig utvikling knyttet til Helsevernetaten på sikt.

En problemstilling som ble nevnt i høringen var at overføring av saksbehandlingen til Oslo kommune ville skape uklarhet om klage- og

ankemuligheter på kommunale vedtak i forbindelse med fordelingen av statlige midler. Til dette er å si at forvaltningsloven gjelder for både statlige og kommunale forvaltningsorgan. Det vil derfor stilles samme krav til den kommunale saksbehandlingen som den statlige når det gjelder de aktuelle rettsikkerhetsprinsipper, herunder klageadgang.

Samlet sett må vi ta til etterretning at forslaget om at Oslo kommune overtar saksbehandlingen av søknader om statlige midler til forebyggende HIV/AIDS-tiltak har liten støtte blant høringsinstansene. Vi vil annet sted komme med reviderte forslag i forbindelse med framtidig organisering på dette punktet, se kapittel 10 som handler om alternativ organisering.

Det er varierende grad av støtte for å gi Oslo kommunes ansvar for koordinering av faglige ressurser i det forebyggende arbeidet. Enkelte høringsinstanser går inn for å tillegge Oslo kommune et særlig ansvar for det forebyggende arbeidet og at det avsettes nasjonale midler til dette. Andre instanser mener at hovedansvaret fortsatt skal ligge hos staten.

Et tredje punkt som er omtalt i delrapporten er behovet for et nasjonalt kompetansesenter for HIV/AIDS-forebygging. I delrapporten anbefaler vi ikke å peke ut en enkelt instans eller organisasjon til et nasjonalt kompetansesenter. Vi kommer i delrapporten inn på andre måter å organisere og samle kompetansen på området. Vi foreslår bl a at Oslo kommune gis et ansvar for å etablere et forum for samarbeid som inkluderer Helsevernetaten, Olafiaklinikken, Folkehelsa, Aids-info og de frivillige organisasjonene.

## **11.5 Behov for nasjonalt kompetansesenter**

**Regionsykehuset i Trondheim, Sør-Trøndelag Fylkeskommune,** mener det ikke er behov for opprettelse av et nytt kompetansesenter for forebygging av HIV/AIDS.

**Fylkeslegen i Oslo** mener det er behov for et slikt kompetansesenter. Fylkeslegen går inn for at Folkehelsa skal stå sentralt når det gjelder posisjon som faglig senter for systematisk kunnskap om utviklingen av epidemien og hvilke faktorer som påvirker denne. Fylkeslegen ser i tillegg betydningen av at andre aktuelle miljø sikres videreutvikling av kompetanse og kunnskapsspredning som også vil være av betydning for det primærforebyggende arbeidet på landsbasis. Fylkeslegen i Oslo kan se at Helsevernetaten, Olafiaklinikken, Aids-info og de frivillige organisasjonene samlet utgjør et kompetansemiljø for HIV/AIDS-forebygging. Fylkeslegen er enig i at denne kompetansen må ivaretas og stimuleres på en god måte. Fylkeslegen i Oslo mener at de ovennevnte institusjonene til sammen bør utgjøre et kompetansesenter på området, basert på en forpliktende avtale om funksjonsdeling dem imellom. Midler til dette bør

tildeles etter vanlige rutiner for mål- og resultatstyring, mener Fylkeslegen. Fylkeslegen i Oslo bør føre tilsyn med at funksjonene skjer i henhold til avtale, står det i høringsuttalelsen.

**Regionsykehuset i Tromsø**, Troms fylkeskommune, peker på at det er mange aktører i det forebyggende arbeidet mot HIV/AIDS og synes derfor det er vanskelig å gå inn for et nasjonalt kompetansesenter.

**Haukeland sykehus**, Hordaland fylkeskommune, mener at kompetansesentermodellen er den beste dersom landsdekkende oppgaver skal overføres fra departement eller Helsetilsynet. Haukeland sykehus mener at et kompetansesenter, gjerne knyttet til Oslo kommune, må få klare oppgaver og mål. I denne forbindelse nevnes også oppgaver overfor innvandrere og flyktninger.

Som nevnt i avsnittet ovenfor, mener **Legeforeningen** at det er behov for et nasjonalt kompetansesenter, hvor Oslo kommune kan inngå som en kontraktspartner med et ansvar for råd og veiledning.

**Pluss-LMA** tar ikke noe endelig standpunkt til spørsmålet om kompetansesenter, men etterlyser en grundigere diskusjon om saken.

**Norske fysioterapeuters** forbund går inn for at det opprettes et nasjonalt kompetansesenter for HIV/AIDS på lik linje med kompetansesentre for andre sykdomsgrupper.

**Sosialmedisinsk senter** i Tromsø mener det er viktig med et nasjonalt ressursmiljø for HIV/AIDS slik det er foreslått i delrapporten, men peker også på behovet for å utvikle regionale kompetansemiljø.

**Fylkeslegen i Vestfold** slutter seg til delutredningens konklusjon om at det ikke skal pekes ut en enkelt instans som nasjonalt kompetansesenter for HIV/AIDS- forebygging. Det framheves imidlertid i uttalelsen fra Fylkeslegen i Vestfold at det er behov for et nasjonalt kompetansesenter eller nasjonalt organ for helsevern og forebygging i sin alminnelighet som også har kompetanse på særområdet 'seksuelt helsevern', inklusive seksuelt overførbare sykdommer, HIV/AIDS og svangerskapsforebygging.

## **11.6 Andre forhold omtalt i høringsuttalelsene**

I delrapporten tok vi opp enkelte andre forslag som ikke er kommentert ovenfor. Vi hevder at det fortsatt er behov for informasjon til hele befolkningen og at staten bør ha et ansvar for dette. I den forbindelse foreslo vi mer fleksibel bruk av ressurser knyttet til bladet Aids-info ved Folkehelsa.

Få av høringsinstansene uttaler seg om Aids-info sin framtidige rolle og de synspunkt som kom fram i delrapporten. **LLH** er enig i at Aids-info kan få

et bredere felt, men mener at dette bør opprettholdes som en del av virksomheten ved Folkehelsa.

**Fylkeslegen i Telemark** anbefaler at informasjon om HIV/AIDS fortsatt skjer gjennom meldingsbladet for smittsomme sykdommer, MSIS. Ved behov for mer detaljert informasjon vil fylkeslegen anbefale at dette gjøres gjennom vedlegg/bilag til MSIS i stedet for gjennom bladet Aids-info. Fylkeslegen i Telemark uttaler at det er viktig med oppdatert informasjonsmateriell til bruk for skoleelever og ungdom.

**Regionsykehuset i Trondheim** uttaler at det er fordeler med at bladet Aids-info erstattes med mer målrettet informasjonsarbeid som undervisnings- og informasjonsmateriell til helsepersonell, skoleungdom og rådgivning til frivillige organisasjoner og kommuner. Dette kan fortsatt være Folkehelsa sin oppgave eller eventuelt overlates til Olafiaklinikken, uttaler Regionsykehuset.

**Fylkeslegen i Oslo** sier avslutningsvis i sin uttalelse at fylkeslegen slutter seg til forslaget om å lage et undervisningsopplegg om HIV/AIDS-problematikk til bruk i skolene, da dette kan ha et godt forebyggende potensiale. Det kan bli et etterlengtet og godt hjelpemiddel i formidlingen av kunnskap om et viktig, men vanskelig tema blant barn og unge.

**Fylkeslegen i Telemark** anbefaler at informasjon om HIV/AIDS fortsatt skjer gjennom meldingsbladet for smittsomme sykdommer, MSIS. Ved behov for mer detaljert informasjon vil fylkeslegen anbefale at dette gjøres gjennom vedlegg/bilag til MSIS i stedet for gjennom bladet Aids-info. Fylkeslegen i Telemark uttaler at det er viktig med oppdatert informasjonsmateriell til bruk for skoleelever og ungdom.

**Regionsykehuset i Trondheim** uttaler at det er fordeler med at bladet Aids-info erstattes med mer målrettet informasjonsarbeid som undervisnings- og informasjonsmateriell til helsepersonell, skoleungdom og rådgivning til frivillige organisasjoner og kommuner. Dette kan fortsatt være Folkehelsa sin oppgave eller eventuelt overlates til Olafiaklinikken, uttaler Regionsykehuset.

**Fylkeslegen i Oslo** sier avslutningsvis i sin uttalelse at fylkeslegen slutter seg til forslaget om å lage et undervisningsopplegg om HIV/AIDS-problematikk til bruk i skolene, da dette kan ha et godt forebyggende potensiale. Det kan bli et etterlengtet og godt hjelpemiddel i formidlingen av kunnskap om et viktig, men vanskelig tema blant barn og unge.

### **Våre kommentarer**

Aids-info sin rolle i det framtidig forebyggende arbeidet er ikke blitt noen stor sak i høringsuttalelsene. Av de synspunkt som er kommet, uttaler flere seg i retning av vårt forslag om å satse mer på informasjon til elever og helsepersonell. Den organisatoriske plassering av Aids-info sies det også

lite om i høringen. LLH mener bladet fortsatt bør være tilknyttet Folkehelsa.

Aids-info er et periodisk informasjonsblad som finansieres av handlingsplanen. Aids-info er av oppgavene som videreføres etter nedleggelsen av Aids-informasjonsenheten som ble opprettet i 1987 ved Folkehelsa. Fram til nedleggelsen i 1996 hadde enheten omfattende informasjonsoppgaver til helsepersonell, skoler m v. Den var en informasjonsbank for instanser som driver med HIV-informasjon. Nyhetsbrevet Aids-info, som gikk til helsepersonell og andre relevante faggrupper, var samordnet med flere faglige tidsskrifter. Fra 1994 opphørte denne ordningen og nyhetsbrevet ble gitt ut som eget blad. Bladet har to faste medarbeidere. Bladets målgrupper er helsepersonell, skoler, aktuelle faghøyskoler, universitet, folkebibliotek, asylmottak o.a. Bladet utgis fire ganger årlig og opplaget er i dag 19 500.

Innad i Folkehelsa har det vært diskusjoner om bladets framtid. Det er imidlertid bestemt at bladet skal utgis i alle fall ut handlingsplanperioden. Bladet legges også ut på Folkehelsas internettsider. Bruk av Internett kan være en aktuell videreføring av bladet ved en eventuell nedleggelse. Forslagene i delrapporten om informasjonsbehov til skoler og helsepersonell mener vi fremdeles er aktuelle, sett på bakgrunn av høringsuttalelsene, men også på grunnlag av intervjuer med aktører i det forebyggende arbeidet, asylmottak, mediaoppslag m v.

Når det gjelder informasjon til befolkningen generelt, har det siden den første handlingsplanperioden ikke blitt gjennomført generelle informasjonskampanjer til hele befolkningen. Denne type kampanjer ble heller ikke anbefalt i den første evalueringen. Det vi imidlertid nå ser, er at det etterlyses selektiv informasjon rettet mot f. eks. reiselivet, innvandrere og innvandringsmyndigheter, asylmottak og skoler. Flere har også påpekt behovet for informasjon til befolkningen generelt. I denne sammenheng ser vi muligheter for å ta i bruk den kompetanse som finnes i redaksjonen av Aids-info og å bruke ressursene dette bladet besitter mer fleksibelt.

Folkehelsa har ikke gitt noen høringsuttalelser etter delrapporten, men vil vente med uttalelse til hovedrapporten foreligger. Begrunnelsen var at delrapporten virket uferdig. Vi har derfor ikke noen reaksjon fra Folkehelsa på de forslagene som er presentert når det gjelder Aids-info og de aktuelle informasjonsbehovene.

Vi er enige i at bladet Aids-info har en verdi som et fyrtårn for informasjon om HIV og AIDS og ser betydningen av å opprettholde denne informasjonsvirksomheten her i landet. Vi anbefaler derfor at Folkehelsa og Aids-info går videre med intern diskusjon om bladets funksjon og framtid i dialog med Sosial- og helsedepartementet.

I tilknytning til de informasjonsbehov vi har pekt på, vil Folkehelse og redaksjonen i Aids-info fortsatt ha en aktiv rolle i utforming av den framtidige informasjonsdekning og informasjonsstrategi når det gjelder HIV/AIDS.



## 12 Konklusjon og oppsummering

### 12.1 Innsatsen i handlingsplanperioden

Innsatsen i handlingsplanperioden ut fra målene i handlingsplanen og den epidemiologiske situasjonen viser at arbeidet i store trekk har foregått i samsvar med målene i handlingsplanen og den epidemiologiske situasjonen. Homoseksuell smitte er redusert i handlingsplanperioden. Innenlandsk heterofil smitte er lav og ikke økende. Det er en viss økning av smitte i forbindelse med nordmenns reiser utenlands. Tallet på smittede asylsøkere fra områder med mye smitte, i stor grad fra Afrika sør for Sahara øker.

Det er enkelte svakheter i innsatsen. Signaler i media og fra enkelte sentrale aktører i det forebyggende arbeidet tyder på at kunnskaper om HIV/AIDS i befolkningen ikke er holdt vedlike. Tiltak som skal sikre kunnskapsnivået i befolkningen bør legges bedre til rette for personer som mer tilfeldig utsettes for risiko for HIV-smitte. Informasjon til utenlandsturister er bedret i løpet av handlingsplanperioden. Informasjonsmateriell ved vaksinasjonskontor er godt ivaretatt, men kvalitetssikring av muntlig informasjon kan bedres. I løpet av år 2000 er det utgitt to informasjonshefter fra henholdsvis Folkehelse og Helsetilsynet, beregnet på utenlandsreisende. De to heftene distribueres i stor grad til helsevesenet. Informasjonsdekning til personer som ikke oppsøker helsevesenet ser ut til å være mindre god fordi reiseoperatører, flyselskap osv gir liten eller ingen informasjon om HIV eller SOS.

Informasjon til turister som reiser til områder med mye HIV-smitte bør fortsatt prioriteres. Det bør være et mål å forbedre informasjonen til reisende som ikke oppsøker helsevesenet i forbindelse med vaksinasjon. Smitte som følge av seksuell kontakt i utlandet vil sannsynligvis kunne øke ved økende turisme.

Forsvaret, Utenriksdepartementet og NORAD har rutiner for informasjon til sine ansatte, ved reise utenlands.

Informasjon om risiko for innenlandsk smitte synes ikke å ha nådd fram på en tilstrekkelig måte for enkelte smittesituasjoner. Dette gjelder spesielt sekundærsmitten. Denne smitteveien rammer spesielt kvinner, men det er antakelig viktig at informasjonen rettes mot både kvinner og menn. Vi innser at forebygging av smitte knyttet til denne type risiko ikke er en enkel informasjonsoppgave. Vi tror utfordringen først og fremst ligger i det å formidle informasjon om hvordan den enkelte skal kunne vurdere om det foreligger risiko for smitte, og ikke så mye om den faktiske kunnskapen om smitte.

Vi kan ikke anbefale generelle kampanjer av den typen myndighetene tok i bruk i epidemiens tidlige fase eller informasjon som befolkningen vil oppleve som lite relevant. Informasjonsstrategien må legges opp med sikte på å kunne identifisere spesielle risikosituasjoner og som angår relativt liten del av befolkningen.

En type selektiv informasjon ble gitt i den skandinaviske afrikanersaken i 1996. Denne saken hadde flere uheldige sider, men man kan registrere at smitte fra personer med afrikansk bakgrunn har avtatt i ettertid.

En annen smittekilde er injiserende stoffmisbrukere, hvor også kvinner er i flertall blant de smittede. Stoffmisbrukere har vært en viktig målgruppe for forebygging, men erfaringer gir et tvetydig inntrykk av risikobevisstheten i gruppen. En bør på dette området initiere prosjekt med tanke på å hente erfaringer om effekt av forebyggende tiltak. Vel så viktig er det å se HIV/AIDS-problemet i sammenheng med andre helsetrusler i denne gruppen. Vi anbefaler derfor at det lages en helhetlig strategi for stoffmisbrukere som omfatter alle sider ved helseproblemene i gruppen.

Informasjon på asylmottak er varierende og avhenger både av de som driver mottaket og av det kommunale tilbudet fra primærhelsetjenesten. Mulig uklarhet mellom driftsansvarlig for mottak og vertskommune kan også ha betydning for omfang og kvalitet på informasjonen.

Et prosjekt ved Folkehelse om informasjonsbrosjyrer på flere språk er nå under avslutning og vil gi et bedret grunnlag for informasjon til bl.a. asylsøkere. Som omtalt flere steder i rapporten er det viktig av den skriftlige informasjonen ikke blir stående alene, men blir fulgt opp av muntlig informasjon. I tillegg må tilbudet fra primærhelsetjenesten sikres på en bedre måte. Økonomisk burde forholdene ligge til rette for en slik innsats, fordi kommunene får penger fra staten til dette arbeidet.

Innsats overfor HIV-smittede og AIDS-syke, etter delmål 2.1 i handlingsplanen (om styrking av de økonomiske og sosiale vilkårene), er bedret mot slutten av handlingsplanperioden. Reorganisering av Pluss og LMA har ført til en langt større aktivitet overfor personer med HIV og AIDS. Et hefte om rettigheter for personer med HIV og AIDS, støttet av stiftelsen for Helse og Rehabilitering, er utgitt helt på tampen av handlingsplanperioden. Det ville etter vårt syn ha styrket innsatsen under nåværende handlingsplan om Helsetilsynet og Sosial- og helsedepartementet hadde tatt initiativ til dette arbeidet tidligere i perioden. Vi mener også at det er behov for fornying av den holdningsskapende innsats overfor helse-, trygde- og sosialpersonell som kommer i kontakt med HIV-positive og AIDS-syke. Den største utfordringen overfor de nevnte personellgruppene, men også lærere, er å stimulere og motivere til interesse og engasjement overfor HIV/AIDS-problematikken. Det er ikke bare tale om mer informasjon, men tiltak som kan stimulere interessen i hos personellet.

Når det gjelder behandlingen av AIDS-syke, tilbyr helsevesenet de nyeste medisiner for behandling. Dette har skapt en helt ny situasjon for AIDS-syke med økt levetid og bedret livskvalitet som resultat.

## **12.2 Har vi tilstrekkelig kunnskap om epidemien?**

Med om lag 15 års erfaring med overvåking av HIV, har Norge et meget godt meldesystem for HIV-smitte og realistisk oversikt over mørketall. Ut fra den dokumentasjon som foreligger vil vi hevde at landet har tilstrekkelig epidemiologisk kunnskap som grunnlag for forebygging.

Tolking av epidemiologiske data og konsekvenser for forebygging er imidlertid stadig under debatt. Dette inkluderer også spørsmål om samsvar mellom kunnskap, smittetall og forebyggende tiltak. En slik debatt kan fungere positivt for å sikre kvaliteten på meldesystemet for HIV/AIDS og på framstillingen av statistikken.

## **12.3 Hvordan har det forebyggende arbeidet vært organisert og drevet i perioden?**

Organisering og drift av det forebyggende arbeidet er innarbeidet gjennom erfaring og praksis helt fra HIV-epidemien ble konstatert i Norge. De fleste sentrale aktører fra den første perioden med forebygging er også aktive i dag. Organiseringen i den siste handlingsplanperioden bygger derfor på et godt innarbeidet system. I evalueringen i 1995, etter den første forebyggende perioden, ble det etterlyst en bedre samordning av innsatsen fra de ulike aktørene. I denne perioden har det på flere områder vært god kontakt mellom offentlige aktører og mellom enkelte offentlige aktører og de private aktørene. Folkehelse blir jevnlig konsultert m h t epidemiologiske data, og samarbeidet med Folkehelse er tilfredsstillende, så langt vi har kunnet erfare.

Det er imidlertid en del utfordringer knyttet til utøvelsen av rollene til de enkelte aktørene. Mange forebyggende aktører har beklaget at Helsetilsynet er mindre faglig aktive nå enn i tidligere perioder, særlig i saker som gjelder faglig råd og veiledning. Helsetilsynet mener på sin side at rollen som saksbehandler for søknad om statlige midler til forebygging og rollen som rådgiver og veileder er blitt vanskelig å forene. Det har imidlertid her oppstått et tomrom i forvaltningen av helsemyndighetenes ansvar når det gjelder denne type råd og veiledning. Når det forebyggende arbeidet blir institusjonalisert, vil regler og prosedyrer få en større plass, og vi har forståelse for at Helsetilsynet også følger en slik utvikling. Vi mener likevel det er viktig at sentrale helsemyndigheter bidrar til å holde oppe interesse og entusiasme for det forebyggende området utover regelstyring og prosedyrer.

Det har også vært stor diskusjon om korrekt saksbehandling i Helsetilsynet. Dette gjelder søknader om midler til handlingsplanen og spørsmål om aktører blir forfordelt når det gjelder tildeling av midler. Pluss-LMA og flere andre aktører mener at det eksisterer en allianse mellom Helsetilsynet og Helseutvalget for homofile, og at Helseutvalget favoriseres ved tildelingen av penger fra handlingsplanen.

Vår kommentar er at Helseutvalget for homofile i realiteten handler på vegne av myndighetene når det gjelder forebygging blant homofile. Ettersom homofile har vært, og fremdeles er en gruppe med høy risiko for HIV-smitte, mener vi at støtten til denne organisasjonen har vært i samsvar med handlingsplanen.

Det har til tider vært spenninger mellom SHD og Helsetilsynet i forbindelse med saksbehandling og fordeling midler til handlingsplanen som Helsetilsynet forvalter. Helsetilsynet har ment at SHD legger for sterke føringer på bruk av midlene. SHD har på sin side basert sine føringer på omtalen i St. prp. nr. 1., og gjør oppmerksom på at disse føringene har gått på fordeling mellom innsatsområder og ikke på konkrete tildelinger og tiltak. Ved noen få anledninger har SHD hatt et annet syn enn Helsetilsynet og innvilget en ekstra tildeling. Dette er ikke spesielt for tildeling av midler til HIV-forebygging, hevder departementet.

Det hevdes fra SHD sin side at kommunikasjonen med Helsetilsynet ikke alltid har vært så god som ønskelig.

Fra vårt ståsted ser det ut til å være behov for at de to instansene går igjennom rutiner for kommunikasjon og saksbehandling med hverandre.

Som følge av erfaringer med organiseringen av den forebyggende innsatsen har vi satt fram forslag til endringer i framtidig organisering, jf kapittel 10. Dette blir også omtalt i neste avsnitt.

## **12.4 Handlingsplaner som virkemiddel og alternativ organisering**

### **12.5 Framtidig planlegging**

Når perioden for denne handlingsplanen utgår, må staten ved Sosial- og helsedepartementet sikre 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. Styringsdokumenter fra statens side som eventuelt skal erstatte nåværende handlingsplan trenger ikke, etter vårt syn, presenteres som en handlingsplan for en bestemt periode. I de framtidige styringsdokumentene for HIV/AIDS-forebygging

må nasjonal hovedstrategi for forebyggingen komme fram, men vi ser det ikke som nødvendig å ta i bruk samme målstyringsprinsipp som i nåværende handlingsplan. Det viktigste er å ha et rullerende styringsverktøy som kan tilpasses endringer i epidemien og ny kunnskap om forebygging.

Både den forebyggende og den kurative innsatsen i forhold til HIV/AIDS er avhengig av innsats fra både statlige, kommunale og frivillige instanser. Med frivillige instanser mener vi her de private, ikke-kommersielle organisasjonene med deres lønnede og ulønnede personell (ofte kalt tredje-sektor instanser).

## **12.6 Framtidig organisering og finansiering**

Vi er kommet til en fase der forebyggende og kurativt arbeid i forhold til HIV/AIDS må forankres i det kommunale og fylkeskommunale tjenesteapparatet. Det er kommunenes og fylkeskommunenes ansvar å sørge for at det blir en balanse mellom de behov som finnes for slike tjenester i den enkelte kommune eller fylkeskommune og den kompetanse og de økonomiske ressurser som bygges opp og stilles til rådighet for å dekke disse behovene<sup>20</sup>.

På statlig nivå er det særlig to instanser som har et klart ansvar og klare oppgaver:

- 1) Statens helsetilsyn er ansvarlig for å føre tilsyn med at de kommunale og fylkeskommunale helsetjenester har en kvalitet og et omfang som gjør det mulig for dem å oppfylle sine lovpålagte forpliktelser. Helsetilsynet bør også spille en aktiv rolle i arbeidet med å utvikle kvaliteten på disse helsetjenestene, inkludert kvaliteten på samarbeidet med andre instanser.
- 2) Folkehelse er ansvarlig for å overvåke og formidle oppdatert kunnskap om den epidemiologiske utviklingen til alle instanser og personer som har bruk for og er interessert i slik kunnskap.

For Oslo er imidlertid situasjonen helt spesiell. Oslo er i en særstilling når det gjelder grupper av befolkningen med høy risiko for HIV-smitte, og er den byen i landet med størst forekomst av HIV.

Ikke innenfor noe annet felt innenfor helse- og sosialområde, er det en større geografisk skjevfordeling enn det vi finner for HIV/AIDS. Storbyeffekten (i norsk målestokk) gir et visst utslag og tilsier at alle storbyer bør

---

<sup>20</sup> Vi vil her nevne at Statens helsetilsyn i et brev til Sosial- og helsedepartementer har lagt fram et prosjektforslag om å styrke smittevernet i kommunene.

ha en spesiell oppmerksomhet på både det forebyggende og kurative arbeidet.

Etter utløp av inneværende handlingsplanperiode må staten etter vårt syn fortsatt bevilge et årlig beløp til drift av tiltak rettet mot forebygging av HIV og sikre et godt nok tilbud til personer med HIV og AIDS ut over den alminnelige innsatsen til statlige instanser og til de kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenestene.

Mesteparten av denne ekstra innsatsen må rette seg mot arbeidet i Oslo, men deler av innsatsen må også gjøres tilgjengelig for andre kommuner. Vi tenker da på formidling av kompetanse fra offentlige instanser i Oslo (spesielt Olafiaklinikken) og på formidling av kompetanse og aktivt arbeid fra ulike organisasjoner (Helseutvalget for homofile, Pluss-LMA, PION, PRO-senteret, African forum, INLO, Aksept m fl).

Bevilgningen overføres så som en ekstra rammebevilgning til Oslo kommune, med de føringer som departementet har bestemt for hvor stor andel som skal dekke landsdekkende innsats og hvilke målsettinger og strategier som skal legges til grunn for arbeidet.

Vi foreslår at Oslo kommune skal forvalte bevilgningen på følgende måte:

1) Det inngås en avtale med Olafiaklinikken om omfanget av og innholdet i det landsdekkende arbeidet som man ønsker klinikken skal drive. Avtalen må gi rom for at Olafiaklinikken kan videreutvikle sin kompetanse og legge langsiktige planer for sitt formidlingsarbeid. Det betyr at avtalen må ha en oppsigelsestid som går ut over ett budsjettår, slik at både staten og kommunen forpliktes på en langsiktig strategi. Justeringer i de årlige statlige føringer for mål og strategier, må selvsagt følges opp av kommunen i sin dialog med Olafiaklinikken. Vi har anbefalt at Olafiaklinikken får status som medisinsk kompetansesenter for HIV/AIDS. Hvis dette blir realisert må avtaler med Olafiaklinikken samstemmes med dette.

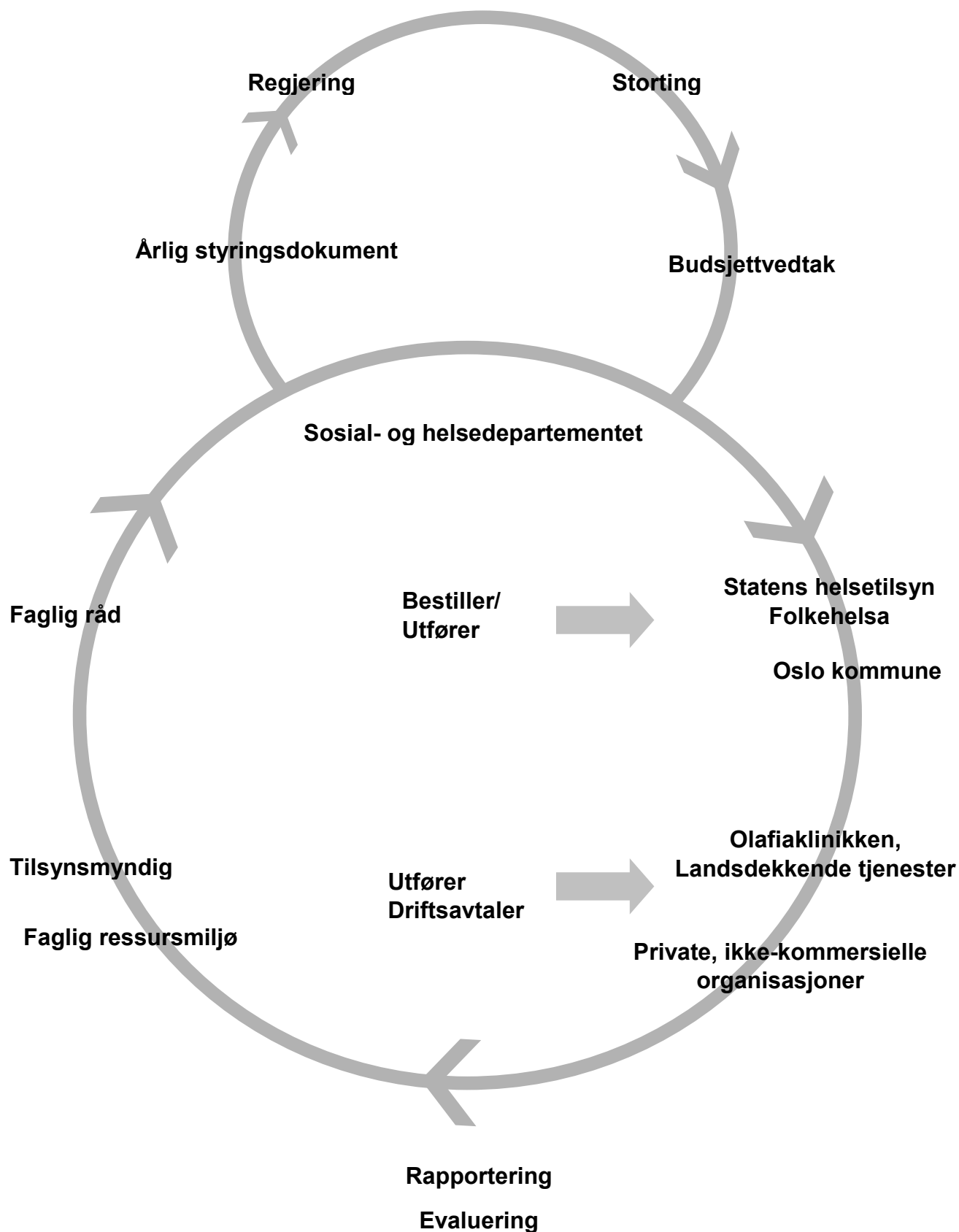
2) Videre mener vi Oslo kommune må forplikte seg til å inngå **driftsavtaler** med de viktigste frivillige organisasjonene, så som Helseutvalget for homofile og Pluss-LMA. Driftsavtalene må ha en oppsigelsestid som går ut over ett budsjettår, slik at organisasjonene kan få mer forutsigbare rammer å arbeide ut fra.

3) Den øvrige delen av den ekstra rammebevilgningen skal så Oslo kommune kunne forvalte fritt for å dekke de ekstra kostnadene Oslo har med å drive et forebyggende arbeid og gi et tilbud som står i forhold til antall innbyggere i ulike risikogrupper og i forhold til tallet på innbyggere med HIV og AIDS i kommunen.

4) For å sikre midler til spesielle prosjekt og kvalitetsutviklingsarbeid med basis i de statlige instanser, i de kommunale og fylkeskommunale instanser eller i de frivillige organisasjoner, bør staten fortsatt bevilge et årlig beløp

som forvaltes av Helsetilsynet og som fordeles etter søknad. Føringsen lagt på denne bevilgningen bør spesifikt være rettet mot utvikling av nye arbeidsmetoder og bedring av kvaliteten på eksisterende metoder. Evalueringer av ulike instansers arbeid på avgrensede arbeidsfelt, må her ses på som en metode for å bedre kvaliteten på arbeidet.

Vi viser også til skisse over den framtidige modellen for forebygging av HIV/AIDS-epidemien på neste side.



### **Planhjulet.**

Skisse over fremtidig styrings- og planprosess for forebygging av HIV/Aids-epidemien



## Referanser

Agenda utredning & utvikling AS (1998). Sex i faresonen. HIV-forebyggende tiltak blant menn som har sex med menn. Evaluering for Statens helsetilsyn.

Amundsen, Ellen, J. (1997). HIV/AIDS-epidemiene i Norge, Danmark og Sverige blant menn som har sex med menn : tre ulike fortellinger. Oslo: Avdeling for samfunnsmedisin, Statens institutt for folkehelse.

Amundsen, Ellen, J. (1998). Når sprøyter er overføringsmåte for HIV: Er høyt omfang av HIV-test viktigste forebyggende tiltak? Sammenligning av Norge, Danmark og Sverige. Oslo: Avdeling for samfunnsmedisin, Statens institutt for folkehelse.

Amundsen, Ellen (1999). Rapportering fra prosjektet ”Endring i HIV-nysmitte og levetid med HIV”. Brev til Sosial- og helsepartementet.

Avitsland, Preben, Øivind Nilsen, Viggo Hasseltvedt og Arve Lystad (1996a). Overvåkingen av HIV-epidemien i Norge, i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 29, 1996; 116: 3489–92.

Avitsland, Preben, Øivind Nilsen og Arve Lystad (1996b). HIV-epidemien blant stoffmisbrukere, i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 29, 1996; 116: 3205–5.

Avitsland, Preben, Øivind Nilsen, Viggo Hasseltvedt og Arve Lystad (1996c). HIV-epidemien i Norge inntil 1996–hovedvekt på heteroseksuell smitte, i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 29, 1996; 116: 3493–8.

Avitsland, Preben, Øivind Nilsen og Arve Lystad (1996d). HIV-epidemien blant homoseksuelle menn i Norge, i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 29, 1996; 116: 3499–502.

Avitsland, Preben og Øivind Nilsen (1999). HIV-infeksjon, gonore og syfilis fra Thailand til Norge. Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 26, 1999: 3015-8.

Bakketeig, L. S. Og Per Magnus (1993). Epidemiologi og prosjektplanlegging. Ad Notam, Oslo.

Baklien, Bergljot i Foss og Mønnesland (red.) (2000). Evaluering av offentlig virksomhet. Oslo, NIBRs Pluss-Serie 4–2000.

Bjertnæs, Marte Kristine (2000). Innvandring og innvandrere 2000. Statistiske analyser. Statistisk sentralbyrå.

Foremann, Martin (1998). AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility. Panos Books.

Folkhälsoinstitutet 1995:63, ISBN 91-88564-84-3.

Folkhälsoinstitutet 1996:103, ISBN 91-88565-33-5.

Folkhälsoinstitutet 1997:13, ISBN 91-88565-78-5.

Fisher, J. D. og W. Fisher (1992). Changing AIDS-Risk Behaviour. Psychological Bulletin 1992, vol. 111, No. 3, 455–474.

Foss, Olaf og Jan Mønnesland (red.) (2000). Evaluering av offentlig virksomhet. Metoder og vurderinger. Oslo, NIBRs Pluss-Serie 4–2000.

Hegna, Kristinn, Hans W. Kristiansen, Bera Ulstein Moseng (1999). Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA Rapport 1/1999.

Helsedirektørens tiltaksplan for bekjempelse av HIV-infeksjonen. AIDS-skriv nr. 17. Helsedirektoratet 15. oktober 1986.

Helsedirektoratet (1990). AIDS-skriv 37. Helsedirektørens tiltaksplan mot HIV/AIDS-epidemien 1990-95.

Helsedirektørens tiltaksplan mot HIV/AIDS-epidemien 1990 – 1995. AIDS-skriv nr. 41. Helsedirektoratet 15. november 1990.

Helseutvalget for homofile (1999). HIV-forebyggende arbeid blant menn som har sex med menn. Rapport.

Kvalvaag, Heidi M. (1997). Seksuelt overført HIV-smitte blant bistandsarbeidere. Diakonhjemmets høgskolesenter. Forskningsrapport nr. 6/97.

Lie, Terje, Ellen Ramvi og Svein R. Kjosavik (1999). Gjennomføring av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000. Delrapport. Rogalandforskning, rapport RF-1999/342.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. 30.03. 1984 nr 15 med endringer.

Lov om smittevern. Lov av 5. aug. 1994 nr. 55.

Melsom, Erling (1999). HIV og AIDS – slutten på begynnelsen. Internt notat.

Norges forskningsråd (1995). HIV/AIDS-forebyggende arbeid i Norge. En evaluering.

Nytt fra PLUSS – Landsforeningen mot AIDS, desember 2000. Oslo.

Olafiaklinikken. Årsrapport 1999.

Olafiaklinikken. Årsberetning for 1999. AIDS INFO BUSSEN.

Skretting, Astrid, Randi Ervik og Kjell Erik Øie (1993). AIDS-INFORMASJONS-BUSSEN I OSLO. En intervjuundersøkelse av brukere. SIFA rapport Nr. 2/93. ISBN 82-7171-171-7

Stigum, Hein, Bente Træen og Per Magnus (1998). Rapport fra seksualvaneundersøkelsene 1987, 1992 og 1997. Statens institutt for folkehelse, Avd. for epidemiologi, Oslo.

Riise, Grete (1998). Evalueringsprosjektet vurdering av ulike pedagogiske tilnærmings-måter for HIV-undervisning i skolen. Statens helsetilsyn 1998.

Rusmiddeldirektoratet (1999). Rusmidler i Norge 1999.

Samling av rundskriv om AIDS og HTLV-III/LAV utkommet i perioden 4. april 1984 til 23. juni 1986. Helsedirektoratet 23. juni 1986.

Samlerundskriv Nr. 2 Aids-skriv utkommet 1.7.86 – 1.289. Aids-skriv 37. Helsedirektoratet 1. februar 1989.

Skretting, Astrid, Randi Ervik og Kjell Erik Øie (1993). Aids-informasjonsbussen I OSLO. En intervjuundersøkelse av brukere. SIFA rapport Nr. 2/93. ISBN 82-7171-171-7

Sosial- og helsedepartementet (1996). Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000.

Statens helsetilsyn (1997). Evaluering av Informasjonstelefonen om aids. A. T. Kearny 38/0921.doc

Statens helsetilsyn (1998). Sex i faresonen. Hiv forebyggende tiltak blant menn som har sex med menn. Agenda Utredning & Utvikling.

Statens helsetilsyn. Brev til Sosial- og helsedepartementet av 18. mai 2000 om tiltak for å styrke smittevernet i kommunene.

Statistisk sentralbyrå (2000). Statistisk årbok 2000.

St.prp. nr. 1 (1999-2000) for budsjetterminen 2000. Kap 0719 Helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosial- og helsedepartementet.

Svendsen, Per Kristian, Mitchell Loeb og Harald Pors Munitz (1998). HIV-testing blant menn som har sex med menn, i AIDS-info nr.1 1998, Folkehelsa.

Vindedal, Bente (1998). Evaluering av Aids-informasjonsbussen. Statens helsetilsyn. Uvklingspartner DA (UPK).

Wåge, Jarl (1995). Samliv, seksualitet, HIV og AIDS. Eit skoleringsopplegg for lærarstudentar og lærarar. Samlaget.

Aas, I. H. Monrad (1997). Prosjekt smittevernkontoret Gamle Oslo – en evaluering. Arbeidsforskningsinstituttet 1997.

Aars, Haakon (1997). Prosjekt Saunaer. Olafiaklinikken, Klinikk for forebyggende medisin, Ullevål sykehus.

## **Informasjonsskriv, brosjyrer mm**

U.S. Departement of health and human services. HIV/AIDS Surveillance Report, Atlanta.

U.S. Departement of health and human services (1998). Trends in the HIV & AIDS Epidemic, 1998.

Cox, Frank D. (1994). The AIDS booklet. Third edition. Brown & Benchmark, Madison.

Folkehelsa (1993). Sammen mot AIDS. Oslo.

Folkehelsa (1994). HIV/AIDS Informasjonsmateriell. Oslo.

Folkehelsa (2000). Gode råd for god reise. Folkehelsas reiseguide.

Ford, M. T. (1993). 100 spørsmål og svar om HIV og AIDS. Forum, København.

Kempf, Peter og medarbeidere (1990). AIDS-etik. AIDS og det gode liv. Rhodos, København.

Menné, Torkil (1987). AIDS / og dig! Gyldendal, København.

Oslo kommune (1991). Hva nå? Råd og veiledning til HIV-positive. Etat for miljørettet helsevern. Oslo. Også utgitt på engelsk.

Petersen, Georg (1989). Fakta om AIDS. Revidert utgave. Første gang utgitt i 1984. Oslo.

Pluss brosjyre. Sammen for harde livet. Utgitt ca. 1990.

PLUSS + APOTEKENE. Feriehåndbok 2000.

Pro-senteret. Et sosialt hjelpetiltak for kvinner og menn med prostitusjonserfaring.

Statens helsetilsyn og Statens institutt for folkehelse (1994). Fakta om HIV og AIDS. Oslo.

Statens helsetilsyn (2000). God reise til utlandet. Informasjonsbrosjyre om HIV-smitte ved reise til utlandet. Det distribueres også en veggplakat om brosjyren.

Statens helsetilsyn (2000). Gutter og sex. Informasjonsbrosjyre rettet mot gutter med tips og råd for å unngå seksuelt overførbare sykdommer. Brosjyren ligger i en liten plastlomme med tre kondomer.



## Vedlegg 1 Tabeller

Tabell 9 HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og alder. Diagnostisert per 31.12.1999

Risikofaktor	Alder											I alt
	0 – 9 år	10-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år og over	
Homo-/biseksuell mann		3	62	142	161	138	100	57	55	12	2	732
Stoffmisbruker		21	99	144	95	26	16	6	1			408
Kombinasjonen 1 + 2			7	11	10	3		1				32
Hemofili/koagul. feil	2	8	3		4	1		2	1			21
Fått blod/-blodprodukt		2		2	2	3	3		2	7	2	23
Heteroseksuell praksis		5	61	80	67	41	41	46	31	6	2	380
Høyendemisk fødeland	9	18	75	121	84	40	17	2	2		1	369
Barn av hiv-pos. mor	13											13
Annet/ukjent			3	7	7	3	3	3	11	1		38
Alle	24	57	310	507	430	255	180	117	103	26	7	2016

Tabell 10. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og alder. Diagnostisert i 1999.

Risikofaktor	Alder									I alt
	0 -9 år	10-19 år	20-24 år	25-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år og over	
Homo-/biseksuell mann				7	18	7	3	1		36
Stoffmisbruker				2	3	6				11
Kombinasjonen 1 + 2										0
Heteroseksuell praksis		1	2	9	13	10	3	1		39
Høyendemisk fødeland	2	2	9	11	22	7	2		1	56
Barn av hiv-pos. mor	2									2
Annet/ukjent					1	2				3
Alle	4	3	11	29	57	32	8	2	1	147

Tabell 11. HIV-infeksjon hos kvinner i Norge etter risikofaktor og alder. Diagnostisert per 31.12. 1999

Risikofaktor	Alder ved diagnosetidspunkt									I alt
	0 –9 år	10-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69 år	70 år og over	
Stoffmisbruker		17	53	52	35	7				164
Heteroseksuell praksis		4	44	51	44	19	5	1		168
Høyendemisk fødeland	4	11	55	66	42	5	1			184
Fått blod/-blodprodukt				1	1	1	2		1	6
Barn av hiv-pos. mor	6									6
Annet/ukjent			3	1	4					8
Alle	10	32	155	171	126	32	8	1	1	536



Tabell 12. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og antatt smittetidspunkt\*. Tilfeller meldt MSIS i 1999.

Risikofaktor	ANTATT SMITTETIDSPUNKT									I alt
	1999	98	97	96	95	94	1993-87	FØR 87	UKJENT	
Homo-/biseksuell mann	7	7	3	2		2	3	2	10	36
Stoffmisbruker	3	6							2	11
Kombinasjonen 1 + 2										0
Heteroseks. praksis	10	8	1	1		3	3		13	39
Høyendemisk fødeland		1		1	1		2		51	56
Barn av hiv-pos. mor		1				1				2
Annet/ukjent									3	3
Alle	20	23	4	4	1	6	8	2	79	147

Tabell 13. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og kjønn. Diagnostisert per 05.12.2000

Risikofaktor	Kjønn		Begge kjønn		Diagnostisert 2000			
	Mann	Kvinne	I alt	Prosent	M	K	Tot.	%
Homo-/biseksuell mann	753		753	35,0	21		21	15,7
Sprøytemisbruk	250	165	415	19,3	5	1	6	4,5
Kombinasjonen 1+ 2	32		32	1,5				
Hemofili/koagul. feil	21		21	1,0				
Fått blod/-blodprodukt	17	6	23	1,1				
Heteroseks. praksis	238	189	427	19,9	28	20	48	35,8
Høyendemisk fødeland	208	217	425	19,8	23	33	56	41,8
Barn av hiv-pos. mor	8	7	15	0,7	1	1	2	1,5
Annet/ukjent	32	7	39	1,8	1		1	0,7
Total	1559	591	2150	100	79	55	134	100

Tabell 14. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og smittested. Meldt MSIS i 1999, per 31.12

Risikofaktor	Smittested							
	Norge	Norden	Europa	Amerika	Afrika	Asia	Ukjent	I alt
Homo-/biseksuell	14	2	3	4		4	9	36
Sprøytemisbruk	11					1		12
Kombinasjonen 1 + 2								
Heteroseks. praksis	11	1	3		6	17		38
Høyendemisk fødeland					56			56
Barn av hiv-pos. mor				1		1		2
Annet/ukjent	1		1				1	3
Alle	37	3	7	5	62	23	10	147

Tabell 15. HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og herkomst. Meldt MSIS i 1999, per 31.12.

Risikofaktor	Norge	Norden	Europa	Amerika	Afrika	Asia	I alt
Homo-/biseksuell	27		1	4		4	36
Sprøytemisbruk	12						12
Kombinasjonen 1 + 2							
Heteroseks. praksis	21	1	2		4	10	38
Høyendemisk fødeland					56		56
Barn av hiv-pos. Mor				1		1	2
Annet/ukjent	2		1				3
Alle	62	1	4	5	60	15	147

## Vedlegg 2

### Intervjuguide Helseutvalget for homofile

1. Hva er hovedformålet/ primæroppgavene for din organisasjon?
2. Fra rapporten Sex i faresonen vet vi at dere prioriterer målgruppene:

- Menn som har mange sex- partnere
- Unge og uerfarne med homofil identitet

Enig?

Hva gjør dere i forhold til målgruppene:

- De skjulte homofile og biseksuelle
- Homofile i faste parforhold
- Unge gutter som er i ferd med å debutere som homo- bifile (en særlig utsatt gruppe)

Er det andre instanser dere kjenner som prioriterer disse målgruppene?

Hvordan synes dere forholdet er til egne målgrupper? Hvordan får dere feedback fra miljøet?

3. Hvilke oppgaver prioriterer Helseutvalget i forhold til HIV/AIDS arbeid?
4. Hvilke arenaer prioriterer din organisasjon?
5. Hvilke aktiviteter legger dere vekt på? (Gruppeaktiviteter, individaktiviteter, miljø akt. osv) Prioriteres aktiviteter etter økonomi eller fag(kunnskap)? I tilfelle økonomien styrer hva ville dere gjort mer av/mindre av?
6. Hvilke forebyggende perspektiv har dere i deres arbeid? (Konkretiser)
7. Har dere endret fokus, perspektiv, arbeidsmåter, organisasjon el. de siste årene? Ser dere evt. mulige endringspotensiale i organisasjonen?
8. Hvilken type kompetanse og erfaring har dere som arbeider her? Hvilken type kompetanse tror dere er viktig i arbeidet dere gjør (hvorfor)? Rekrutterer dere nye? Når var siste rekruttering?, Hva ser dere etter?
9. Hva med Helseutvalget utenfor Oslo?

### Samordning

10. Overlapper deres arbeid med andres (oppgaver, målgrupper, arenaer)? Hvordan kunne disse overlappingsområdene evt samordnes bedre?
11. Generelt, hvilke oppgaver burde samordnes bedre enn i dag?
12. Hva synes dere om Olafiaklinikken som kompetansesenter med landsdekkende funksjon når det gjelder forebygging

## **Samarbeid**

(tenk både andre organisasjoner og offentlige myndigheter)

13. Hvem ser dere som naturlige samarbeidspartnere i dag?

Beskriv forholdet deres til:

- Helsetilsynet
- Folkehelsa
- Departementet
- PLUSS-LMA

Er det noen dere skulle ønske et bedre samarbeid med (hvorfor)? Opplever dere konkurranse i forhold til noen av samarbeidspartnerne?

Hvordan tror dere det ville vært om dep. delegerte pengene, og helsetilsynet drev tilsyn?

Hva oppnår dere gjennom de ulike samarbeidene? (det mest sentrale)

## **Handlingsplanen mot HIV-epidemien**

14. Hvilke **konsekvenser** vil avvikling av handlingsplan perioden ha for **din organisasjon**?

Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for, når handlingsplanperioden avsluttes? Hvor avhengige er dere av den økonomiske støtten? Under ressursknapphet hva blir problemet?

Tenk 5 år fram: Hva ville vært en ideell situasjon for Helseutvalget? Hvordan ville hensiktsmessige samarbeidsformer mellom din og andre organisasjoner være i fremtiden?

15. Hvilke **konsekvenser** tror du avviklingen av handlingsplanen vil ha for HIV/AIDS arbeidet **generelt**? Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for (generelt HIV/AIDS arbeid)

## Intervjuguide Olafiaklinikken

1. Hvilke oppgaver har Olafia i det hiv/aidsforebyggende arbeidet
2. Hvilke forebyggende perspektiv har dere i deres arbeid? (Konkretiser)
3. Hvordan synes dere forholdet er til egne målgrupper? Hvordan får dere feedback fra miljøet?
4. Er det andre instanser dere kjenner som prioriterer de samme målgruppene som dere? Evt: Hvordan kunne disse overlappingsområdene evt samordnes bedre?
5. Hvorfor har det foregått så liten endring i smitte blant menn som har sex med menn?
6. Ser dere mulige endringspotensiale i organisasjonen?
7. Generelt, hvilke oppgaver burde samordnes bedre enn i dag?
8. Organisatoriske problemer
9. Tanker om Olafiaklinikken som kompetansesenter med landsdekkende funksjon når det gjelder HIV/AIDS-forebygging

### Samarbeid

(tenk både andre organisasjoner og offentlige myndigheter)

10. Hvem ser dere som naturlige samarbeidspartnere i dag?

Beskriv forholdet deres til:

- Helsetilsynet
- Folkehelsa
- Departementet
- PLUSS-LMA
- Helseutvalget for homofile

Er det noen dere skulle ønske et bedre samarbeid med (hvorfor)? Opplever dere konkurranse i forhold til noen av samarbeidspartnerne?

Hva oppnår dere gjennom de ulike samarbeidene? (det mest sentrale)

Hvordan tror dere det ville vært om de fordelt pengene, og helsetilsynet bare drev tilsyn?

### Handlingsplanen mot hiv-epidemien

11. Hvilke **konsekvenser** vil utvikling av handlingsplan perioden ha for **din organisasjon**?
12. Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for, når handlingsplanperioden avsluttes? Hvor avhengige er dere av den økonomiske støtten? Under ressursknapphet hva blir problemet?
13. Tenk 5 år fram: Hva ville vært en ideell situasjon for Helseutvalget? Hvordan ville hensiktsmessige samarbeidsformer mellom din og andre organisasjoner være i fremtiden?
14. Hvilke **konsekvenser** tror du utviklingen av handlingsplanen vil ha for HIV/AIDS arbeidet **generelt**? Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for (generelt HIV/AIDS arbeid).

## **Intervjuguide Pluss-LMA**

1. Hva er hovedformålet/ primæroppgavene for din organisasjon?
2. Fortell om sammenslåingen av PLUSS og LMA; Hvilke endringer har det medført?
3. Prioriterte målgrupper (Hvem når dere?):

Er det andre instanser dere kjenner som prioriterer de samme målgruppene?

Hvorfor har det foregått så liten endring i smitte blant menn som har sex med menn?

Hvordan er kontakten til de etnisk ikke norske som er HIV positive?

Hvordan er kontakten til HIV positive kvinner?

Hvordan synes dere forholdet er til egne målgrupper? Hvordan får dere feedback fra miljøet?

2. Hvilke oppgaver prioriterer PLUSS/LMA i forhold til HIV/AIDS arbeid?
3. Etikk: Hva (hvilke tema) problematiserer dere i samtale med målgruppene?
4. Hvilke arenaer prioriterer din organisasjon?
5. Hvilke aktiviteter legger dere vekt på? (Gruppeaktiviteter, individaktiviteter, miljø akt. osv) Prioriteres aktiviteter etter økonomi eller fag(kunnskap)? I tilfelle økonomien styrer hva ville dere gjort mer av/mindre av?
6. Hvilke forebyggende perspektiv har dere i deres arbeid? (Konkretiser)
7. Hvilken type kompetanse og erfaring har dere som arbeider her? Hvilken type kompetanse tror dere er viktig i arbeidet dere gjør (hvorfor)? Rekrutterer dere nye?

### **Samordning**

8. Overlapper deres arbeid med andres (oppgaver, målgrupper, arenaer)? Hvordan kunne overlapping evt samordnes bedre?
9. Generelt, hvilke oppgaver burde samordnes bedre enn i dag?
10. Er det behov for et kompetansesenter med landsdekkende funksjon når det gjelder forebygging?

### **Samarbeid**

(tenk både andre organisasjoner og offentlige myndigheter)

11. Hvem ser du som naturlige samarbeidspartnere i dag?

Beskriv forholdet deres til:

- Helsetilsynet
- Folkehelse
- Departementet
- Helseutvalget

Er det noen du skulle ønske et bedre samarbeid med (hvorfor)? Opplever dere konkurranse i forhold til noen av samarbeidspartnerne?

Hva oppnår dere gjennom de ulike samarbeidene? (det mest sentrale)



## **Handlingsplanen mot HIV-epidemien**

20. Hvilke konsekvenser vil avvikling av handlingsplan perioden ha for din organisasjon?

Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for når handlingsplanperioden avsluttes?

Tenk 5 år fram: Hva ville vært en ideell situasjon for PLUSS/LMA? Hvor avhengige er dere av den økonomiske støtten? Under ressursknapphet, hva blir problemet? Hvordan ville hensiktsmessige samarbeidsformer mellom din og andre organisasjoner være i fremtiden?

Hvordan ser det organisatoriske arbeidet ut i fremtiden? Hvem bør samarbeide med hvem? Hva bør de jobbe med (oppgaver, målgrupper)?

21. Hvilke konsekvenser tror du avviklingen av handlingsplanen vil ha for HIV/AIDS arbeidet generelt? Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for (generelt HIV/AIDS arbeid)?

## **Intervjuguide til Statens helsetilsyn, Folkehelse, Sosial- og helsedepartementet og Oslo kommune.**

1. Hvem / Hvor mange har det vært som har arbeidet med HIV/Aids hos dere, og hvor mange er det nå / planlagt fremover
2. Hva ser dere som deres hovedoppgaver i forhold til HIV/Aids problematikken og hvordan prioriterer dere disse oppgavene ?
3. Hvordan arbeider dere med dette rent konkret ?
4. Hvilke forebyggende perspektiv har dere i deres arbeid? (Konkretiser)
5. Har dere endret fokus, perspektiv, arbeidsmåter el.l i de senere år? Ser dere evt. mulig endringspotensiale ?
6. Hvilken type kompetanse og erfaring har dere som arbeider her? Hvilken type kompetanse tror dere er viktig i arbeidet dere gjør (hvorfor)? Rekrutterer dere nye?
7. Overlapper deres arbeid med andres (oppgaver, målgrupper, arenaer)? Hvordan kunne overlappning evt samordnes bedre?
8. I forordet til handlingsplan mot Hiv/Aids 1996-2000 sier Hernes at det er siste handlingsplan – og at en etter dette bør innarbeidet HIV/Aids arbeidet i det vanlige smittevernarbeidet.  
Hvilke **konsekvenser** vil avvikling av handlingsplanperioden ha for **din organisasjon**?
9. Er der noen områder dere mener må tas vare på sentralt / hva kan desentraliseres ? Hva tror dere det vil bety om dette arbeidet skal gå inn i de ordinære budsjettene ? Hva kan evt. gjøres for å få kommunene til å ta sitt ansvar for dette arbeidet jfr. Lov om smittevern ?  
Er der noen områder i dette arbeidet dere mener må ha øremerkede midler videre ? Under ressursknapphet hva tror dere blir problemet innen dette feltet ?
10. Hvordan mener dere rollefordelingen bør være fremover – mellom SHD / HT / Folkehelse / Oslo kommune / Olafia / kommunene ellers i Norge / andre offentlige instanser ?
11. Hvordan mener dere at rollefordelingen bør være mellom frivillige organisasjoner i dette arbeidet ( Helseutvalget, Pluss –LMA, PION, m.fl.)
12. Hva bør finansieres av staten, hva bør inn i ordinære budsjett, hva kan evt. forventes finansiert på annet vis ?
13. Generelt, hvilke oppgaver innen HIV/AIDS arbeidet burde samordnes bedre enn i dag?
14. Tenk 5 år fram: Hvordan mener dere at helsetilsynets rolle bør være da – i dette arbeidet ? Hvordan ville hensiktsmessige samarbeidsformer mellom din og andre organisasjoner være i fremtiden?

### **Spesielt for helsetilsynet :**

---

15. Hvordan er pengene fordelt fra helsetilsynets side i forhold til denne rollefordelingstenkningen  
(kan vi få oversikt over budsjetter og regnskap for perioden 1996 til i dag)
  16. Hvilke langsiktige signaler har de frivillige organisasjoner fått vedrørende økonomi, lever de fra år til år eller får de langsiktige rammer de kan planlegge innenfor – evt. hva bør gjøres med dette videre?
  17. Hva er gjort i perioden av arbeid mot innvandrere og asylsøkere  
Og hva synes dere burde gjøres overfor disse i det videre arbeidet
  18. Tilsvarende for turister / reisende
- 

### **Intervjuguide PRO-senteret**

1. Rehabiliteringstiltak for prostituerte.
2. Hva er hovedformålet/ primæroppgavene for din organisasjon?
3. Hvilke oppgaver prioriterer PRO senteret i forhold til HIV/AIDS arbeid? Hvordan prioriteres smitteforebyggende arbeid i forhold til andre områder senteret har ansvar for?
4. Hvilke forebyggende perspektiv har dere på HIV /AIDS arbeidet? (Konkretiser)  
Hvordan ivaretas HIV positives interesser?
5. Når vi tenker risikogrupper innenfor HIV AIDS arbeid, hvem når dere? (hva med stoffmisbrukere?)
6. Hvordan oppfatter dere risikobildet for de prostituerte?
7. Hva med utenlandske jenter, (f eks brakt til landet for å jobbe som 'slaver', oppsøkes miljøer hvor disse finnes?)
8. Hvilke arenaer prioriterer din organisasjon?
9. Hvilke aktiviteter legger dere vekt på? (Gruppeaktiviteter, individ-aktiviteter, miljø akt. osv) Prioriteres aktiviteter etter økonomi eller fag(kunnskap)? I tilfelle økonomien styrer hva ville dere gjort mer av/mindre av? Ønsker dere å jobbe mer i forhold til HIV/AIDS problematikk?
10. Ser dere mulig endringspotensiale i organisasjonen?
11. Hvilken type kompetanse og erfaring har dere som arbeider her? Hvilken type kompetanse tror dere er viktig i arbeidet dere gjør (hvorfor)? Rekrutterer dere nye?
12. Hva med tilbud til prostituerte andre steder i landet?

### **Samordning**

**13. Overlapper deres arbeid** med andres (oppgaver, målgrupper, arenaer)? Hvordan kunne overlapping vt samordnes bedre?

**14. Generelt**, hvilke oppgaver innenfor HIV/AIDS arbeid burde samordnes bedre enn i dag?

16. Kjenner dere til **Olafiaklinikkens** arbeid?

### **Samarbeid**

(tenk både andre organisasjoner og offentlige myndigheter)

16. Hvem ser dere som naturlige samarbeidspartnere i dag?

Beskriv forholdet deres til:

- Folkehelsa
- Helsetilsynet
- departementet
- PION.
- PLUSS-LMA

17. Er det noen dere skulle ønske et bedre samarbeid med (hvorfor)? Opplever dere konkurranse i forhold til noen av samarbeidspartnerne?

Hva oppnår dere gjennom de ulike samarbeidene? (det mest sentrale)

### **Handlingsplanen mot HIV-epidemien**

18. Hvilke **konsekvenser** vil utvikling av handlingsplan perioden ha for **din organisasjon**?

Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for, når handlingsplanperioden avsluttes? Hvor avhengige er dere av den økonomiske støtten? Under ressursknapphet hva blir problemet?

Tenk 5 år fram: Hva ville vært en ideell situasjon for PRO senteret? Hvordan ville hensiktsmessige samarbeidsformer mellom din og andre organisasjoner være i fremtiden?

19. Hvilke **konsekvenser** tror du utviklingen av handlingsplanen vil ha for HIV/AIDS arbeidet **generelt**? Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for (generelt HIV/AIDS arbeid).

## Intervjuguide PION

1. Hva er hovedformålet/ primæroppgavene for din organisasjon?  
Hvilke oppgaver prioriterer PION i forhold til HIV/AIDS arbeid? Hvordan prioriteres smitteforebyggende arbeid i forhold til andre områder organisasjonen har ansvar for?
2. Hvilke forebyggende perspektiv har dere på HIV /AIDS arbeidet? (Konkretiser)  
Hvordan ivaretar dere HIV positives interesser?
3. Når vi tenker risikogrupper innenfor HIV AIDS arbeid, hvem når dere? (hva med stoffmisbrukere?)
4. Hvordan oppfatter dere risikobildet for de prostituerte?
5. Hva med utenlandske jenter, (f eks brakt til landet for å jobbe som 'slaver', oppsøkes miljøer hvor disse finnes?)
6. Hvilke arenaer prioriterer din organisasjon?
  1. Hvilke aktiviteter legger dere vekt på? (Gruppeaktiviteter, individaktiviteter, miljø akt. osv) Prioriteres aktiviteter etter økonomi eller fag(kunnskap)? I tilfelle økonomien styrer hva ville dere gjort mer av/mindre av? Ønsker dere å jobbe mer i forhold til HIV/AIDS problematikk?
  2. Ser dere mulig endringspotensiale i organisasjonen?
  3. Hvilken type kompetanse og erfaring har dere som arbeider her? Hvilken type kompetanse tror dere er viktig i arbeidet dere gjør (hvorfor)? Rekrutterer dere nye?
  4. Hva med prostituertes organisasjon utenfor Oslo?

## Samordning

5. **Overlapper deres arbeid** med andres (oppgaver, målgrupper, arenaer)? Hvordan kunne overlapping evt samordnes bedre?
6. **Generelt**, hvilke oppgaver innenfor HIV/AIDS arbeid burde samordnes bedre enn i dag?
7. Kjenner dere til **Olafiaklinikkens** arbeid?

## Samarbeid

(tenk både andre organisasjoner og offentlige myndigheter)

8. Hvem ser dere som naturlige samarbeidspartnere i dag?

Beskriv forholdet deres til:

- Folkehelsa
  - Helsetilsynet
  - departementet
  - PRO-senteret.
  - PLUSS-LMA
9. Er det noen dere skulle ønske et bedre samarbeid med (hvorfor)? Opplever dere konkurranse i forhold til noen av samarbeidspartnerne?

Hva oppnår dere gjennom de ulike samarbeidene? (det mest sentrale)

## Handlingsplanen mot HIV-epidemien

10. Hvilke **konsekvenser** vil avvikling av handlingsplan perioden ha for **din organisasjon**?

Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for, når handlingsplanperioden avsluttes? Hvor avhengige er dere av den økonomiske støtten? Under ressursknapphet hva blir problemet?

Tenk 5 år fram: Hva ville vært en ideell situasjon for PION? Hvordan ville hensiktsmessige samarbeidsformer mellom din og andre organisasjoner være i fremtiden?

11. Hvilke **konsekvenser** tror du utviklingen av handlingsplanen vil ha for HIV/AIDS arbeidet **generelt**? Hva mener du det blir spesielt viktig for sentrale myndigheter å ivareta ansvar for (generelt HIV/AIDS arbeid)