

# POSITIV

Nr. 4-2016 | Kr 39,-

*Tidligere aids-ambassadør  
Sigrun Møgedal kaller seg*

## Bindestreken

Sikrere sex-kurs

Mindre penger til  
hivtiltak i verden

Gratis PrEP



# NY POSITIV TENNING

## FOR POSITIVE MENN SOM HAR SEX MED MENN

19. – 21. mai

### *En workshop for deg som er hivpositiv*

Dette seminaret retter seg mot menn som har sex med menn (msm). Under en hyggelig forsommerhelg sammen med andre hivpositive vil vi dele erfaringer og lære verktøy for en ny tenning på livet – og seksuallivet?

Gjennom workshop og samtale med sexolog og andre hivpositive vil vi i løpet av helgen ta for oss hvordan livet og seksualiteten endrer seg med hivdiagnosen.

Seminaret ledes av Tore Holte Follestad, sykepleier og spesialist i sexologisk rådgiving.



Påmelding: [www.hivnorge.no](http://www.hivnorge.no) innen 2. mai 2017

FOTO: ISTOCK

HivNorge®

UTGIVER: HivNorge  
Boks 4615 Sofienberg  
0506 Oslo

ANSVARLIG  
REDAKTØR  
Anne-Karin Kolstad

Redaksjon/layout:  
Arne Walderhaug

BIDRAGSYTERE  
Olav André Manum  
Archie Hlope  
Frank O. Pettersen  
Haakon Aars

TRYKK  
Merkur Trykk A/S, Oslo  
ISSN 0809-9391

FORMGIVING:  
Concorde as

**SLØYFA**

«Den røde sløyfa er det internasjonale symbol for hiv/aids-problematikken. Den symboliserer støtte til de som lever med hiv/aids og folkene rundt dem, et ønske om mer informasjon og opplæring til mennesker som ennå ikke er smittet, håpet om å finne effektive behandlingsmetoder, kurer eller vaksiner mot hiv/aids, og medfølelse for de som har mista venner eller familie pga. aids. Alle kan gå med sløyfa. Den betyr ikke at du er homofil eller har sykdommen, slik mange tror. Er det noen som tilbyr deg en slik sløyfe, bør du ta den imot i respekt for aids-rammede!»  
Cathrine (17)  
i særoppgave om hiv og aids



# i n n h o l d

4

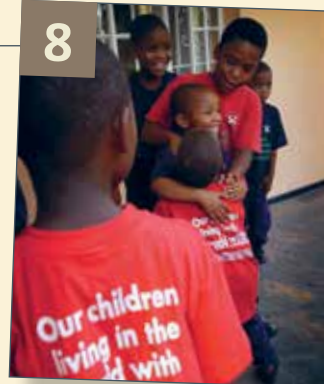
FOTO: OLAV ANDRÉ MANUM



**Marius Trøseid** er overlege og førsteamanuensis ved seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer på Rikshospitalet i Oslo. Han har vært aktiv i Leger uten grenser i en årrekke og gikk ut av styret i den norske delen av organisasjonen i fjor. Han mener hivepidemien kan stanses om vi er ambisiøse nok.

8

FOTO: SCANPIX



**Norske bistandsorganisasjoner** har ulike inngangsport til hiv- og aidsarbeidet i sine samarbeidsland. Felles for dem alle er at de på forskjellig vis opplever at det er mindre penger til ulike tiltak og at feltet ikke er like viktig som det en gang var.

16

FOTO: OLAV ANDRÉ MANUM



Skeiv Verden og Helseutvalget har i løpet i de siste tre årene kjørt mer enn 100 homofile menn fra hele verden gjennom et kurs om sikrere sex, menneskerettigheter og homoliv i Norge. ABC for love – eller kjærlighetens ABC om man vil. **Krisztian Rosza** er en av de som driver kursene.

20

FOTO: MARIANNE LIND



**Sigrun Møgedal** er en beskjeden kvinne. Til tross for at hun har utrettet store ting innenfor hivfeltet både nasjonalt og internasjonalt, liker hun helst å omtale seg selv som «bindestreken» – hun som binder folk sammen.



# Del byrdene

Verdens største epidemi kan stanses. Om vi er ambisiøse nok. Vi må øke innsatsen helt til vi har nådd alle som lever med viruset. Vi kan imidlertid ikke gi oss da heller, for vi må sørge for at disse hivpositive får medisiner livet ut. *Tekst: Olav André Manum*

**D**ette sier Marius Trøseid. Han er overlege og førsteamanuensis ved seksjon for klinisk immunologi og infeksjonssykdommer på Rikshospitalet i Oslo. Han har vært aktiv i Leger uten grenser i en årrekke og gikk ut av styret i den norske delen av organisasjonen i fjor.

Trøseid har dessuten jobbet med hiv og aids i felten ute i verden, blant annet i Kambodsja, Kenya og Tanzania. Det utgjør mye av erfaringsgrunnlaget når han i dag snakker om hiv og aids. – Det finnes ingen kur. Det er et faktum som vi må planlegge ut fra. Vi kan ikke håpe at en kurs skal redde verden. Foreløpig er det nokså urealistisk, sier Trøseid.

Ute i felten har han sett at innsatsen nytter. Tallene på nysmitte går ned. Antallet aids-relaterte dødsfall synker. Tallene på verdensbasis formidler de helt konkrete realitetene: Ifølge UNAIDS døde to millioner mennesker av en aidsrelatert sykdom i 2005. Ni år senere var tallet redusert til 1,2 millioner. Videre ble det registrert tre millioner tilfeller av nysmitte i 2000, i 2014 var dette tallet redusert med 50 prosent til to millioner. Stadig ifølge UNAIDS.

Samtidig har tallene på hivpositive under antiretroviral behandling steget fra noen få i 2000 millionertil 17 millioner i 2015. – Sammen sier disse tallene noe om betydningen av behandling, slår Trøseid fast og understreker at det ville være katastrofalt å stoppe eller redusere det hivforebyggende og hivbehandlerarbeidet nå.

”

*Vi kan ikke håpe at en kur skal redde verden. Foreløpig er det nokså urealistisk ...*

– Det koster penger å investere i verdens helse, men om vi ikke gjør det vil kostnadene på lengre sikt langt overstige det vi nå må investere.

Det betyr ikke at den vestlige eller rike delen av verden skal være alene om å bære byrdene. Gjennom sin erfaring i felten har Trøseid sett at det nytter å stille krav til både nasjonale og lokale myndigheter om at de må legge til rette for å overta behandlingen og omsorgen for de som er rammet. En slik utvikling er mulig fordi vi kan behandle hiv på en måte som gjør smitten til en kronisk sykdom og ikke en dødsdom. Det betyr at folk kan stå i arbeid lenger og bidra økonomisk. På et overordnet nivå betyr det at det betyr seg en erkjennelse både blant myndigheter og innbyggere om at samfunnet skal overleve, på linje med enkeltindividene, økonomien skal vokse og livet bli bedre. – Dette er av stor betydning for at et samfunn skal være villig til å satse for videre utvikling, mener Trøseid.

Det er mulig. Det vil koste mye penger. Og det er utfordringer, selvsagt, som må overvinnes. Stigma og diskriminering må bekjempes. Kriminalisering av sårbare grupper må avskaffes slik at alle kommer til behandling. Helsevesenet må bygges opp og styrkes, og tilgangen på medisiner må sikres slik at verden ikke opplever at medisinalagrene går tomme. Her har Leger uten grenser gjort seg noen erfaringer som kan bygges videre på.

Noen steder, for eksempel i Russland og andre tidli-

## PrEP

**Tror du PrEP vil bli et nyttig verktøy i arbeidet med å begrense hivepidemien?**

**Ingvild Endestad, leder FRI – foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold:**



Det er ingen tvil om at PrEP vil være et nytt og viktig verktøy sammen med de vi har i dag. De største fremskrittene vi har sett på hivfeltet, har vært medisinske, og all erfaring fra bruk av PrEP viser at det er effektivt. Ikke minst vil PrEP være et verktøy for tryggere sex til de av oss som av ulike grunner ikke klarer eller ønsker å bruke kondom.



**Arild Mæland, overlege, infeksjonsmed. avdeling OUS:**

Neppe hvis PrEP ikke blir tilgjengelig for folk flest, og det blir det ikke hvis PrEP begrenses til en kjønnsykdomsklinikk i en bakgård i Oslo, slik det legges opp til. For PrEP bør den gamle tankegangen om risikogrupper bør forlattes. Folk må selv få lov til å definere sine risikosituasjoner. Hva med en kvinne som reiser på ferie i Afrika? Innen ti år vil PrEP være tilgjengelig i reseptfrie småpakker på alle apotek. Så hvorfor ikke likegodt starte med det nå?



**Bent Høie, helse- og omsorgsminister (H):**

19. oktober fikk jeg en klar anbefaling om å innføre PrEP som hivforebyggende tiltak til personer med høyest risiko for å bli smittet med hiv. Jeg er glad for at vi nå kan tilby medisinen til de som trenger det, som et supplement til tradisjonell hivforebygging. Målsetningen må være riktig bruk av PrEP av i Norge. De som trenger det, skal få det. PrEP er ikke løsningen på hivepidemien, men en av mange brikker som må på plass.



**Leif-Ove Hansen, styreleder, HivNorge:**

PrEP kommer til å være bra for de som er i risiko for hivsmitte. Blant msm er det høyere smittepress og sansynlighet for å bli hivsmittet sammenlignet med befolkningen for øvrig. Potensialet for å forebygge hiv med PrEP er størst blant msm, og jeg regner med å se en nedgang i hivtallene blant msm i årene som kommer, hvis mange nok vurderer PrEP som en del av sin sikrere sex-strategi.

OLAV ANDRÉ MANUM



geresovjetstateri Sentral-Asia, mangler den politiske viljen til å se virkeligheten i øynene og ta bruk av virkemidler for å begrense epidemien. Noen steder blir muligheten for effektiv behandling brukt som sovepute for å la være å ta enkle forholdsregler, for eksempel bruk av kondom.

– Det er avgjørende å få ut et nyansert budskap, mener Trøseid, og sikter blant annet til at kondom fortsatt er nødvendig, for dersom man blir smittet av andre seksuelt overførte sykdommer, kan dette reaktivere et «dormant» hiv og gjøre den hivpositive smittsom igjen.

Trøseid mener dessuten at det er mulig å bruke noen forhold ved hivepidemien til fordel for menneskeheten: – For eksempel er det viktig å integrere hiv i det generelle helsearbeidet og ikke ta folk til behandling på spesielle hivklinikker. Det vil gjøre det lettere for den enkelte hivpositive å søke behandling, og ART-behandlingen kan integreres i behandlingen av andre kroniske sykdommer. Flere kroniske sykdommer har noen fellesnevner og gjennom å behandle dem parallelt kan man få en mer effektiv bruk av personalet og andre ressurser.

Overlegen på Rikshospitalet understreker imidlertid at behandlingen må være et lokalt ansvar. – Storsamfunnet, verdenssamfunnet må sørge for tilretteleggelse og opplæring, men lokale myndigheter må sørge for å få jobben gjort. Det vil styrke deres egne helsevesen på lang sikt. Det er eksempelvis Leger uten grenser har lagt opp sitt arbeid.

Trøseid ser det ironiske i at aidskrisen var en krise som rammet både nord og sør samtidig. Det bidro til at medisinen kom relativt raskt på plass. Det fantes et kommersielt marked i den rike delen av verden og det sørges for innovasjon. Det gjelder ikke for andre sykdommer som mest av alt rammer i sør, for eksempel ebola-krisen som rammet Vest-Afrika. Her må verdenssamfunnet ta ansvar og være med på å drive frem forskning som kan resultere i effektive medisiner, understreker Trøseid.

– Vi må ta vår del av ansvaret for at hele verden går fremover, ikke bare når det gjelder sykdommer som rammer oss selv. Og husk at det som rammer fattige deler av verden i dag, fort kan ramme også oss i morgen.

# Første land med gratis PrEP

Helseminister Bent Høie støtter forslaget fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet om at det skal legges til rette for bruk av PrEP i grupper med høy risiko for å bli smittet av hiv. 19. oktober offentliggjorde han beslutningen. Styreleder Leif-Ove Hansen i HivNorge jubler for at lang tids arbeid endelig bærer frukter.

**H**elsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet, andrefagmiljøer og sivilsamfunn, utredet spørsmålet om innføring av PrEP i Norge. Resultatet av utredningen ble offentliggjort under et møte i Helse- og omsorgsdepartementet i oktober.

PrEP står for preeksponeringsprofylakse og er hivmedisiner som gis hivnegative for å forebygge eventuell hivinfeksjon. Muligens kan flere hivmedisiner brukes som PrEP, men forskningen som har vært gjort på PrEP, har vært gjort med legemidlet Truvada.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet anbefaler at det legges til rette for at PrEP tas i bruk som et supplerende virkemiddel i norsk hivforebygging blant de populasjonsgruppene som i dag har høyest risiko for å bli smittet med hiv. Det gjelder i hovedsak enkelte subgrupper blant menn som har sex med menn (msm).

## Over seg av glede

Styreleder Leif-Ove Hansen i HivNorge er over seg av glede og takker helseministeren for at han tar hivforebygging på alvor. – Norge blir det eneste landet i Norden som nå vil tilby PrEP gratis, og det andre i Europa, sier Hansen og legger til at HivNorge har jobbet med dette i over to år. – Vi er stolte over at Norge nå har PrEP tilgjengelig for de som trenger det!

– Dette er en seier for sikrere sex og for at folk kan ta ansvar for sin egen og andres seksuelle helse, sier styrelederen. – Akkurat som

FOTO: ARNE WALDERHAUG



at det å bruke kondom er en tillitserklæring til din sexpartner, er det å bruke PrEP det samme!

– Blant homser og blant menn som har sex med menn er det nesten 20 ganger høyere risiko for hiv, og PrEP vil hjelpe mange til å unngå å bli hivpositive, fortsetter Hansen. – Dette vil forebygge at vi får nye hivpositive kronikere til helsevesenet.

– Vi vet at kondombruken generelt er nedadgående og statistikk viser at omfanget

av seksuelt overførbare infeksjoner øker, derfor er det viktig at vi nå får PrEP så vi unngår hiv, avslutter Hansen.

Med en norsk ordning vil Norge altså bli det andre landet i vår region, etter Frankrike, som tilbyr PrEP til nøkkelpopulasjoner som en del av den offentlige helsetjenesten.

■ Arne Walderhaug

# Mindre penger til hiv i bistanden

Norske bistandsorganisasjoner har ulik inngangsport til hiv og aids i sine samarbeidsland. Felles for dem alle er at de på forskjellig vis opplever at det er mindre penger til ulike tiltak og at feltet ikke er like viktig som det en gang var.

Av Olav André Manum (tekst)

**R**øde Kors' rådgiver for langsiktig helseprogrammer, Philippa Druce, slår fast at det har skjedd en endring i den internasjonale tilnærmingen til hiv og aids: – Hiv er ikke lenger så viktig som det var, sier hun. – Dette skiftet skjedde i 2011 og var helt nødvendig, slår hun fast og mener det gikk for mye penger til hiv og at størrelsen på beløpene til dette arbeidet var fullstendig uproporsjonalt om man sammenlignet med andre behov. – Men det var ikke nødvendigvis rettferdig for alle, nyanserer hun.

Haldis Kårstad er seniorrådgiver på helse i Kirkens Nødhjelp og forteller at de er i ferd med å legge om arbeidet sitt på feltet. Men hiv og aids er ikke lenger betraktet som verdens helseproblem nummer én.

Disse synspunktene deles blant andre av Studentenes og Akademikernes Internasjonale Hjelpesfond (SAIH) og Digni – en paraplyorganisasjon for 20 kristne bistandsorganisasjoner.

## Inkludering og stigma

Philippa Druce opplyser at Røde Kors internasjonalt ser det som sin oppgave å forsøke å møte befolkningens behov der de er, og at desammen med nasjonale Røde Kors-organisasjoner derfor

må se på situasjonen lokalt. Dette er i tråd med enerkjennelsen det internasjonalesamfunnet har om hiv-epidemiens som en mangfoldig og varierende epidemi. Intervensjonen må bestemmes lokalt ut fra den lokale situasjonen. Ett sted kan epidemien ha rammet kvinner, et annet sted i hovedsak menn som har sex med menn, et tredje kan det være snakk om stoffbrukere. Det er ikke ett tiltak som passer for alle disse ulike gruppene.

– Røde Kors har heller ikke lenger sykdomsspesifikke tilnærminger, sier hun, men vurderer helheten i situasjonen, selv om man jobber med hivforebygging i enkelte land.

– I det forebyggende arbeidet legger vi dessuten vekt på inkludering, stigma og diskriminering, opplyser Druce. Stigma og diskriminering både av nøkkelbefolkninger og av de som allerede er smittet er til hinder for det forebyggende arbeidet, inkludering og like rettigheter gjør det motsatte.

## Negative konsekvenser

– Kirkens Nødhjelp er ikke glad for disse endringene, sier Kårstad, når myndighetene ikke bevilger penger til hiv/aidsforebygging, og

arbeidet stanser opp, ser vi at forekomsten av hivsmitte øker.

Kårstads uttalelser lyder som et ekko fra de siste internasjonale aidskonferansene, den seneste i juli i år i Durban. Disse konferansene samler det ypperste av hivforskere, aktivister og politikere, og gang på gang de siste årene har det blitt slått fast at verden nå har utsikter til å stanse epidemien for godt om vi klarer å opprettholde trykket og intensiteten i arbeidet. Kårstad frykter at det er det motsatte som skjer.

– Dessuten tror jeg hiv/aids-medisiner har blitt en slags sovepute. Medisinene løser ikke alle problemer før vi har fått orden på fattigdomsproblemer, ernæringsproblemer og sørger for jevn medisintilgang slik at opphold i medisineren ikke skaper resistens. Det gjelder like mye for fastboende som for migranter og flyktninger, slår hun fast.

## Integrerte helseprosjekter

Kirkens Nødhjelp har prosjekter i 17 ulike land, i den grad det jobbes med hiv og aids er dette arbeidet som regel integrert i helhetlige helseprosjekter. Organisasjonen har enehivprosjekter i enkelte land, for eksempel i Malawi. – Men



*Tuberkulose og hiv omfattes ofte av de samme problemene og spres seg raskt blant flyktninger og i slumområder i et land rammet av borgerkrig. Landsforeningen for Hjerne- og Lungesyke (LHL) har prosjekter i flere land.*



norsk politikk er å jobbe i sårbare områder, og det gjør hiv/aids-arbeidet vanskelig, mener hun, for eksempel i Sudan, Syria og Sør-Sudan.

– Vi har jobbet og jobber med kapasitetsbygging, vi har jobbet med mor/barn-problematikk, sexarbeidere, testtilgjengelighet og mobile klinikker for å få flere på landsbygda til å testes og områder hvor helsetjenester ellers er vanskelig tilgjengelig. Vi har hatt en rekke store prosjekter som har vært finansiert av Norad.

Problemet at resultatene av forebygging og kapasitetsbygging er vanskelige å måle, og dermed blir det vanskeligere å få penger til denne typen prosjekter, hevder Kårstad, til tross for at vi vet at det er dette som fungerer i det lange løp. I og med at mer og mer penger kanaliseres gjennom FN-systemet, mister vi som sivilt samfunn muligheten til å skape egne pilotprosjekter for å prøve ut hva som vil være virksomme langtidsprosjekter.

#### Tuberkulose

Tuberkulose og hiv omfattes i noen grad av de samme utfordringene. Det er derfor ikke unaturlig for Landsforeningen for Hjerne- og Lungesyke internasjonale tuberkulosestiftelse å

inkludere hiv sine prosjekter. De har prosjekter både her hjemme, i Russland, Romania, Nepal og i fire land i Afrika. Tuberkulose er mange steder i verden den viktigste dødsårsaken blant hiv positive, og hiv er en årsak til økning i utbredelse av tuberkulose.

Både hiv og tuberkulose møtes med stigma og diskriminering, og begge deler er med på å komplisere livene til folk. Begge sykdommene forsøkes holdt hemmelig, noe som betyr at de syke verken kommer til behandling eller blir smittefrie. Å jobbe mot stigma og diskriminering og for sosial inkludering er derfor en sentral del av arbeidet.

#### Medisinsk tilsyn

– Ofte blir ikke tuberkulose og hiv oppdaget før folk er for svake til å jobbe, forteller Merete Taksdal i LHL Internasjonal, som nå er en frittstående stiftelse. – Derfor må vi også jobbe med rettigheter i forbindelse med arbeidslivet. Det betyr blant annet at arbeidstakerne skal ha rett til medisinsk tilsyn, rett til sykepenger og behandling, rett til verneutstyr. Da vil det være mye mer udramatisk å bli syk og man kan komme i behandling før man er for syk til

å jobbe. Dermed vil sykdommen ha mindre katastrofale konsekvenser for den syke selv og hans eller hennes nærmeste omgangskrets, som familie, kone/mann og barn.

– Føringer for å bedre gruvearbeiderne arbeidsvilkår er viktig i prosjektene både i kopperbeltet i Zambia og gruvene i Kilimanjaro-regionen i Tanzania. Silikose og steinstøvn øker sjansene for at gruvearbeidere skal utvikle sykdom om de blir smittet. Det er nemlig langt fra alle som blir smittet som utvikler tuberkulose. Hos en frisk person er sjansene for å utvikle sykdom under ti prosent i livsløpet. Hiv elementet kan komme inn som en følge av livssituasjonen. Mange er borte fra familien, mange kjøper sex ...

Taksdal understreker at det er viktig at hiv oppdages og behandles tidlig. Hivbehandling kan også gjøre tuberkulosen vanskeligere å oppdage etter vanlige kliniske tegn. – Ved bruk av mobile klinikker som kan teste både for tuberkulose og hiv, kan man nå flere og sørge for rask iverksettelse av behandling. Mobile klinikker er dessuten viktige for å få testet kvinner på landsbygda og kvinner som vil testes uavhengig av mannen. Å få folk til å ta medisinene



» **Å jobbe mot stigma og diskriminering og sosial inkludering er derfor en sentral del av arbeidet ...**

*Merete Taksdal, LHL Internasjonal*

uten avbrudd er helt avgjørende både for hiv og tuberkulose. Tuberkulose krever medisinering daglig i seks måneder, men multiresistent tuberkulose i to år, for hiv resten av livet. Det er en stor utfordring.

LHL Internasjonal jobber tett med myndighetene som har ansvar for smittevern og epidemiovervåkning i de ulike landene. Da må man også jobbe for menneskerettigheter og mot kriminalisering av ulike grupper og forsøke å påvirke helsemyndighetene i de landene hvor man jobber, peke på hvor viktig avkriminalisering er både for forebyggingen, behandlingen og smittevernet. Overfylte fengsler er en viktig driver av spredning av tuberkulose og hiv.

#### Nyskapende metoder

LHL har tatt i bruk noen nyskapende metoder for å oppnå målene sine. Blant annet har de gjennomført undersøkelser blant tidligere tuberkulosepasienter om hva slags informasjon de følte at de trengte, men aldri fikk fra hjelpeapparatet.

– Detharsattetheltnødvendigvektlegging på pasientens behov, sier Taksdal, og gir oss redskaper foren mereffektiv innsats. Dessuten gjennomfører vi kurs om hvordan stigmatisering oppleves fra pasientens side, for nettopp å

øke empatien mellom helsevesen og pasient og gjøre behandlingsapparatet og behandlingen så effektivt som mulig.

LHL støtter sivilsamsfunnsorganisasjoner i sinesamarbeidsland, og disse organisasjonene jobber både med hiv og tuberkulose.

– Det vesentligste er å unngå de katastrofale følgene som et avbrudd i behandlingen fører med seg, sier Taksdal, da må man bygge helsevesenet, kapasiteten og kompetansen og i sivilsamsfunnsorganisasjonene. Det er ikke bærekraftig for disse landene at folk stadig blir syke og ute av stand til å jobbe.

#### Hovedområder

Dignieren paraplyorganisasjon fortyvekristne bistandsorganisasjoner. Også for Digni har vektleggingen endret seg, forklarer fagrådgiver/seniorrådgiver Kristian Larsen, selv om dette fortsatt er et av våre hovedområder, forklarer han. – Til å begynne med drev vi mest kurativt helsearbeid, nå jobber vi langt mer med forebygging gjennom økt kunnskap, og gjennom å adressere stigma. Ikke minst det at hiv i kristne sammenhenger ofte blir sett på som en straff fra Gud.

Mange av partnerorganisasjonene og de lokale kirkene opplevde tidlig at hiv rammet

store befolkningsgrupper i sine nærmiljø, også internt i organisasjonene. Dette førte til behov for mer kunnskap og utfordringer i hvordan kirker skulle forholde seg til epidemien. Menneskerettighetsprinsippet, ikke minst det at folk sikres rett til helsetjenester, testing og behandling, er avgjørende for det videre arbeidet. Dette må også inkludere marginaliserte grupper som sexarbeidere og menn som har sex med menn.

– For en seks-sju år siden var det tabu å snakke om homofiles rettigheter i våre miljøer, i dager dette er problematisk, hevder Larsen, som også kan fortelle eksempler på at medlemsorganisasjoner har brukt homofile grupper som rådgivere i hiv- og aids-prosjekter.

I likhet med andre bistandsorganisasjoner er hiv- og aidsarbeidet integrert i det generelle helsearbeidet. – Noe av det viktigste vi har vært med på å støtte, forklarer Larsen videre, er å bygge opp lokale helsestrukturer og overføre mer og mer kompetanse og arbeid til myndighetene i våre partnerland. Vi har få spesifikke hivprogrammer, men fokuserer veldig på stigmareduksjon, integrering av smittede i inntektsskapende arbeid, vi bidrar til å øke kunnskapen om hiv og jobber for at behandlingen blir tilgjengelig for alle.

– Mange bistandsorganisasjoner har forlatt hiv og aids, men for oss har det vært viktig å opprettholde tematikken, sier Larsen videre, vi trenger å opprettholde trykket og på det nåværende tidspunkt kan vi ikke risikere «lommer» med store problemer. Det kan få store konsekvenser for hvordan epidemien utvikler seg videre, slår han fast.

#### Til stede i 134 land

Rettighets- og omsorgsperspektivet står sentralt i arbeidet som SOS-Barnebyer driver. Organisasjonen globalt er til stede i 134 land, mens SOS-Norge blant annet har ttesamarbeidsland i Afrika.

– Omsorg for barn og barns rettigheter er vår hovedsatsingsområde, og det nødvendiggjør at man også må ta tak i problemene rundt hiv og aids, forklarer Trine Grønborg Christensen som er leder for SOS Barnebyers avdeling for Afrika.

– Hiv og aids er en viktig årsak til at barn blir alene eller står i fare for å bli alene, sier Christensen. – Derfor er det nødvendig at vi har tiltak på dette feltet. For det er blant annet gjennom gode omsorgspersoner barn får sine rettigheter oppfylt.

Dermed blir det viktig å drive forebyggende

arbeid, opplysning, testaktivitet og ikke minst behandlingslikat barnas foreldre ikke dør, men tvert imot gjenvinner helsen og blir smittefrie.

Ut fra et overordnet perspektiv om å sikre barns rettigheter, har organisasjonen også helseklinikker som er aktive i forebygging og behandling av hiv og aids: – Ofte kan vi tilby medisiner når offentlige sykehus går tomme, slår Christensen fast og viser til utfordringene mange lavinntektsland står overfor, nemlig å holde lagrene med medisiner fylt til enhver tid. Det er viktig for ikke å få opphold i medisineringen. Skjer det, kan pasienten utvikle resistent virus, og dermed blir behandlingen mye vanskeligere. Dette er dessuten et av hovedproblemene eksportene viser til om viskalmålet med en aidsfri generasjon innen 2030. Man må sørge for at hverken tildelt land har et helse-system som klarer å takle utfordringen epidemien representerer og verdenssamfunnet må sørge for at økonomien er sterk nok til at man kan holde tilgangen på medisiner kontinuerlig åpen.

#### Ernæring og inkludering

Det er imidlertid ikke nok å sørge for tilgang på og riktig bruk av behandling, mener Christensen: – Det handler også om å sørge for god ernæring og inkludering i lokalsamfunnet, for

FOTO: TTNHETSBYRÅN/SCANPIX



eksempel gjennom å forsøke å få foreldrene i inntektskapende arbeid og sørge for barnas skolegang. Bekjempelse av stigma og diskriminering står sentralt her.

– Men det handler også om å bevisstgjøre barn på deres rettigheter og jobbe mot lokale myndigheter for å bevisstgjøre også dem om barns rettigheter og samarbeide med dem om å håndtere utfordringene. Det er jo ofte på dette nivået at barns rettighetskal implementeres.

Også SOS Barnebyer jobber for inkludering av marginaliserte grupper: – Barn skal få vokse opp i trygghet som den de er, slår Christensen fast.

#### Mindre penger enn tidligere

At det er mindre penger enn før til å drive hivforebyggende arbeid, tar Studentenes og Akademikernes Internasjonale Hjelpesfond (SAIH) konsekvensen av. De setter kvinners rettigheter og seksuelle og reproduktive rettigheter på dagsordenen i sine hjelpetiltak. Hivrelaterte tiltak har drevet med siden 1980-tallet, men nå er det mye mindre økonomiske ressurser til å gjennomføre tiltak enn tidligere. – Når det gjelder hiv, forklarer Sigrun Haugedal-Hitland og Åshild Svensson, så er innsatsen direkte rettet mot utdanningsinstitusjonene. Vi støtter studentdrevne tiltak, opplyser de to.

Dette gjør de fordi studentmiljøene er mindre moraliserende og konservative enn myndighetene i mange afrikanske land, hvor seksuell avholdenhet er et ideal om ikke noen realitet. I Zambia vet studentene at folk har sex og at de må forholde seg til den virkeligheten på en ikke-moraliserende måte. Det gjør de gjennom blant annet å ta i bruk tradisjonelle virkemidler som foreksempelen hivmusical, de deltar med opplysning på sportsarrangementer, bruker ny teknologi og sosiale medier og nettverk for å nå ut med informasjon og opplysning om tiltak. – De når ut til folk overalt, sier Hitland og Svensson entusiastisk. WhatsApp er et sosialt medium som er mye brukt og mer populær enn Facebook i det sørlige Afrika. Derfor er det også et redskap i studentorganisasjonenes arbeid.

– Samtidig får mange av aktivistene leder trening og organisasjonstrening gjennom dette arbeidet, sier de to. – Det bidrar også til å støtte sivilsamfunnet.

Organisasjonen har prosjekter i det sørlige

Omsorg for barn og barns rettigheter er SOS Barnebyers hovedsatsingsområde.

Afrika, Zambia og Sør-Afrika, for eksempel, studentbasert, kvinnebasert. – Det er snakk om masse gode ideer, sier Svensson, men mye strander på grunn av endringene i donorverdiene. De økonomiske ressursene mangler i større grad enn det vi har sett tidligere. Hiv og aids er i ferd med å bli stilt i skyggen av andre utfordringer, sier de to SAIH-aktivistene. Det tror de kan være farlig på lang sikt.

#### Rus og hiv

Seniorrådgiver Øystein Bakke i rusfeltets bistandsorganisasjon Forut forklarer at deres satsingsområde er tredelt: Kvinner, barn og rus. Verdens Helseorganisasjon (WHO) har slått fast at det er en sammenheng mellom rus, hiv og vold mot kvinner og har utfordret en rekke samarbeidsland til å etablere en alkoholpolitikk og samtidig etablere muligheter for å adressere temaer som rus, hiv/aids og vold i nære relasjoner. Det er på dette feltet at Forut gjennomfører sin viktigste hivforebyggende innsats. Deser at det er en sammenheng mellom alkoholkonsum, vold mot kvinner og hivsmitte.

– Forut har blitt trukket med i et samarbeid mellom WHO og FNs utviklingsprogram (UNDP) der vi har gjennomført seminarer med medarbeidere i departementer fra land i Øst-Europa og Afrika i flere runder. Disse seminarene har vært omfattet med stor interesse fra myndighetenes side, forteller Bakke. – Selv om myndighetene i mange land er interessert i å innføre tiltak som kan motvirke skadevirkningene av alkohol, er det også sterke krefter som jobber mot oss. Det er snakk om store økonomiske interesser på dette feltet, fortsetter Bakke. Alkohollobbyen er sterk.

Forut har også inngått et samarbeidsprosjekt med Kirkens Nødhjelp om en pilot rundt menn, mannsroller, alkohol og hiv i Malawi, hvor man setter maskulinitet og hva det vil si å være mann på dagsordenen. Det er ikke mange steder heterofile menn er en viktig målgruppe i det hivforebyggende arbeidet, men her er det det. I dette arbeidet står likestillingsspørsmål, rettigheter og menns holdninger til kvinner sentralt. Og ikke minst hvordan alkoholbruk påvirker både holdninger og atferd.

– Alkohol er unnskyldningen for å gjøre mange dumme ting, og det kan få konsekvenser for hiv-situasjonen både på et samfunns- og personlig plan.

■ Av Olav André Manum (tekst)

# Mer omsorg for hver krone

Den nye finansieringsordningen av hivfeltet som helsemyndighetene har innført, legger opp til en tredeling av arbeidet og stiller krav om samarbeid. Noe av hensikten er å effektivisere arbeidet og få mer igjen for hver krone som brukes.

**D**et er avdelingsleder Ellen Margrete Carlsen i Helsedirektoratet som har ansvaret for å implementere tiltakene på hivfeltet. Hun svarer slik på våre spørsmål om den nye finansieringsordningen:

– Hva ønsker man å oppnå med det nye tildelingssystemet, hva blir gevinsten?

– Den nye Forskrift om tilskudd til arbeid innenfeltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner (soi) vil realisere flere gevinster.

For det første er den et svar på organisasjonenes ønsker om mer langsiktige tilskudd, noe som nå løses ved at treårig tilskudd er mulig.

Det er også et håp om at det vil gi mer effektiv bruk av tilskuddsmidler og tydeligere styring fra Helsedirektoratet, noe tidlige evalueringer har pekt på som viktig.

## Viktigste målgrupper

Carlsen sier også at den nye ordningen svarer på et ønske om å konsentrere mer av innsatsen mot de viktigste målgruppene, og bidra til bedre koordinering av tiltak rettet mot disse. – I årets behandling av tilskudd ser vi at mange av aktørene har tatt den nye ordningen til seg og funnet frem til nye og gode løsninger for samarbeid.

Det har vært et langsiktig mål for Helsedi-

rektoratet at andelen av tilskuddsmidler som går til drift (lønn, leie av lokaler o.l.) reduseres over tid. Dette tror vi at den nye ordningen vil kunne bidra til, fordi den kun åpner for denne typen utgifter i tre hovedsøknader.

Til sist er forskriften et steg i retning av å integrere et bredere perspektiv om seksuell helse og forebygging av hiv og soi. I dette øyemed vil ordningen bli viktig som et ledd i implementeringen av Nynasjonalstrategi for seksuell helse, som vil bli presentert av regjeringen til høsten.

– Hva er eventuelt ulempene?

Som ved alle nye systemer tar det tid å tilpasse seg, noe som kan være utfordrende for enkelte aktører. Selv om forskriften ikke er veldig komplisert i seg selv, har den konsekvenser som kan være uoversiktlige for aktørene som har vært vant til å søke i den gamle tilskuddsordningen.

## Den rette balansen

Avdelingslederen sier videre at det treårige tilskuddet kan ha den ulempen at det muligens kan ta litt lenger tid å justere hvilke tiltak som får tilskudd ettersom hiv- og soi-situasjonen endrer seg. En konsentrering av midler kan også bidra til at færre aktører får tilskudd, noe som kan lede til mindre mangfold.

– Hivfeltetersværtssammensatt og mangfoldig, blir dette mangfoldet ivare tatt med det nye systemet?

– Det er ofte en utfordring ved tilskuddsordninger å finne den rette balansen mellom hva som er faglig ønskelig og mest ressurseffektivt på den ene siden, og hva som ivaretar et bredt mangfold av stemmer og tilnærminger på den andre siden. Særlig to trekk ved den nye ordningen kan bidra til å ivareta mangfold. For det første er det mulig for flere organisasjoner å stå sammen bak en av de tre driftssøknadene. For det andre er det fortsatt satt av årlige midler til innovative, ettårige prosjekter.

## Rådgivergruppe

– Rambøll utvalget foreslo at det reistansenes om fikk støtte til sammen skulle etablere et råd som kunne fungere som en støtte-/rådgivergruppe for direktoratet. Hva skjer med denne?

Vi har bestemt oss for å nedsette et slikt råd og bruke dette til å følge opp og utvikle ordningen i de kommende årene. Førstemøte vil komme over sommeren. Rådet vil diskutere hvordan ordningen fungerer og hvilke årlige prioriteringer som bør settes på ordningen

fortsettelse side 14 >>>

# SEX REGLER FOR GODE FERIEMINNER

## IKKE HIV VETTET!

1. Vær godt rustet for ferieeventyret.
  2. Lær deg å bruke utstyret.
  3. Lytt til driftene, men bruk vettet.
  4. Vis respekt for partneren.
  5. Ingen skam å snu uten skikkelig utstyr.
  6. Er "ulykken ute" – kontakt helsepersonell.
- God ferie!



HivNorge

RIKTIG UTSTYR: KONDOM!

Spare på skatten?

Ja - en gave til HivNorge  
kan du trekke fra på  
selvangivelsen.

Kontonummer 1720-25-59565  
Vipps 22893  
Les mer på [hivnorge.no](http://hivnorge.no)



HivNorge®



>>> fortsatt fra side 12

Særlig viktig blir rådet i diskusjonen rundt hvordan tilskuddsordningen skal bidra til måloppnåelse i den nasjonale strategien for seksuell helse som lanseres til høsten. Det er imidlertid viktig å understreke at rådet ikke blir noe beslutningsorgan. Årlige prioriteringer, føringer og den årlige tilskuddsbehandlingen vil fortsatt bestemmes av Helsedirektoratet.

– Hva er bakgrunnen for at de tre områdene er valgt som prioriterte områder?

– Bakgrunnen er den epidemiologiske utviklingen for hiv og soi i Norge og Europa de siste årene. Tallene viser at innvandrere og menn som har sex med menn er grupper som det fortsatt krever en særlig innsats for å nå og der determiniteter med særlig sårbarhet for hiv og andre soi. Den siste målgruppen, mennesker som lever med hiv, er viktig fordi ordningen fortsatt skal bidra til antidiskrimineringsarbeidet og arbeidet for å gi mennesker muligheten til å leve gode liv med positiv hivstatus. At denne gruppen også er viktig i forebyggende øyemed, viser den yestetallene fra Folkehelse. Der fremkommer det at nysmitte av gonoreé og syfilis blant hivpositive er et økende problem.

– Et bredere perspektiv rundt seksuell helse, hva betyr det i praksis og hvorfor blir det prioritert felt i hivarbeidet?

– I praksis betyr det at oppmerksomhet rettes mot de bakenforliggende faktorene for seksuell uhelse. Mange av de utfordringene som finnes på seksuell helse-feltet, så som uønskede svangerskap, seksuelt overførbare infeksjoner og seksuelle overgrep, er alle påvirket av hvorvidt folk har seksuell autonomi og kontroll over sine egen kropp. Ved å anlegge det bredere perspektivet prøver vi å gå bakenfor de tradisjonelle indikatorene og jobbe med å forsterke de positive og motvirke de negative faktorene for seksuell helse.

I hivarbeidet er dette viktig fordi seksuell uhelse, i bred forstand, kan være en god indikator på sårbarhet for hiv. Ved å jobbe bredt med seksuell helse kan man bidra til å forbygge ikke bare hiv, men også mange av de andre utfordringene som finnes på seksuell helse-feltet. I tillegg kan mennesker som lever med hiv ha behov for å mestre seksuell livet etter smitte, noe som er en viktig del av det bredere perspektivet vi har forsøkt å innføre.

■ *Olav André Manum*

# Stor tro på sam

Noen av de mer sentrale aktørene i feltet har stor tro på at dette kan lykkes. Det er først og fremst tre sentrale områder som skal prioriteres: helhetlig ivaretagelse av mennesker som lever med hiv, dernest forebygging blant menn som har sex med menn og forebygging blant mennesker i migrasjon.

■ *Av Olav André Manum*

Arbeidet finansieres for tre år av gangen og skaper dermed en annen type sikkerhet og forutsigbarhet for tiltak som settes i gang enn det feltet har sett tidligere. Styreleder i HivNorge, Leif-Ove Hansen, er godt fornøyd med at hovedansvaret og det administrative ansvaret for punkt én er lagt til HivNorge.

– Det står i tildelingen at det skal være vi som har det administrative ansvaret og rapporteringsansvaret for arbeidet som gjøres på vårt felt, forklarer Hansen.

Hansen understreker også at det har vært et ønske fra Helsedirektoratets side om et mer forpliktende samarbeid mellom de ulike aktørene på området. Også det er Hansen glad for, og samarbeidet er allerede et faktum. – Vi har inngått samarbeidsavtaler med Nye Pluss, Aksept og Kirkens Bymisjons lokalavdelinger i Stavanger, Haugesund, Trondheim og Bergen, sier HivNorges styreleder.

Hansen er glad for å kunne si at samarbeidet så langt har gått bedre enn forventet. Gjennom samarbeidet med Kirkens Bymisjon sine lokalavdelinger når vi ut til de andre store byene, vi når ut til der hvor folk bor. Bymisjonen har nettverk både til hivpositive og lokale poliklinikker og sykehus. – Det betyr lettere

kontakt og at vi bruker nettverkene som allerede finnes i stedet for å måtte opprette en konkurrerende struktur, sier Hansen.

– Vi snakker tross alt om 5 000 mennesker som lever med hiv over hele landet. Det er en så liten gruppe at feltet aldri igjen vil få ubegrensede midler, så dette er veien å gå, sier Hansen.

– Det betyr at HivNorge kan markere seg lokalt sammen med andre organisasjoner, etablere brukerråd på sykehusene, styrke likepersonsarbeidet, og så håpe vi i å få etablert et nytt, landsomfattende kvinnenettverk, sier Hansen optimistisk.

Hivpositives interesseorganisasjon vil også kunne delta og tilby sin hjelp over langt større deler av landet, blant annet gjennom kurs, seminarer og ulike selvhjelpsprosjekter. – Vi kan også markere oss når andre lokale organisasjoner arrangerer sine ting, for eksempel gjennom å være til stede på Pride-evenementet over hele landet, og ikke bare i Oslo.

– Vi skal være på tilbudssiden i langt større grad enn før, og de som trenger vår assistanse enten til sosiale aktiviteter eller annet, skal i lettere grad enn før kunne få den. Dette skal gjøre det lettere for mennesker som lever med hiv i dette landet å få bedre livskvalitet og til å få tilgang på sine rettigheter.

Det er Hansen overbevist om. I tillegg tror han organisasjonene lettere vil kunne bli det ressursenteret for hiv som HivNorge lenge har satt seg som mål å bli, ikke bare for hivpositive, men for alle som jobber med hiv enten vi snakker om myndigheter, journalister eller andre.

Hansen ser ikke for seg så mange ulemper med den nye ordningen. – Jo, det kan bli noen samarbeidsproblemer og heftige diskusjoner, men det hører organisasjonslivet til. Og jeg tror heller ikke dette vil vare, sier Leif-Ove Hansen og markerer seg nok en gang som en optimistisk samarbeidets mann.

# arbeidets ånd



„ Dette skal gjøre det lettere for mennesker som lever med hiv her i landet å få bedre livskvalitet ...

Leif-Ove Hansen, styreleder HivNorge



hivpositive barn over ti år og deres søsken.

– Dessuten er vi den eneste av de tre store aktørene som driver omsorgstiltak og mestingskursrettet mot hivpositive migranter. Her driver Aksept oppsøkende virksomhet i de ulike gruppene.

Hun er glad for at arbeidet blir mer forutsigelig gjennom den nye finansieringsordningen og at direktoratet krever økt samarbeid. Det er nødvendig, mener hun, men Herrestad har også noen reservasjoner: – Hivfeltet er et lite, men svært sammensatt felt, og det omfatter folk med svært ulike behov og ulik bakgrunn.

Av den grunn er det viktig at de ulike aktørene har respekt for hverandres egenart, arbeidsmetoder og meninger. Vi er nødt til å gi samarbeidet litt tid til å utvikle seg, slår hun fast. – Det er selvsagt en fordel å få samlet feltet, men det er også viktig at vi ikke blir sittende på hver vår tue. I stedet håper jeg at vi kan inspirere hverandre. Men det er avgjørende at vi tåler at vi innimellom har ulike meninger om vi skal få samarbeidet til å fungere.

– Særlig det første året er det viktig at vi etablerer gode rutiner for hvordan samarbeidet skal fungere, fortsetter Herrestad. Hun er imidlertid overbevist om at de nye samarbeidsforholdene vil skape et bedre grunnlag for at feltet kan fungere som en hivfaglig forsterkning også av Helsedirektoratets arbeid.

– Det er jo også en av hensiktene med den nye planen, mener hun.

Den tredje av de tre største aktørene er Stif-

telsen Helseutvalget. Daglig leder Rolf Angelvedter også fornøyd med forutsigbarheten i den nye ordningen legger opp til. – Forutsigbarheten er bra! Det liker vi, slår han fast.

Helseutvalgets hovedarbeidsområde vil fortsatt være det det alltid har vært på dette feltet, opplysning og forebygging i gruppen menn som har sex med menn.

Han synes imidlertid det ble mye tid og møter som gikk med for å få samarbeidsformene på plass, men synes også at det var fint å oppleve at dette faktisk var mulig. Angelvedt er optimistisk, men mener at bare erfaringene vil bringe på det rene om dette er en god måte å organisere arbeidet på.

Angelvedt er også fornøyd med tildelingene, selv om Helseutvalget ble straffet for ikke å ha inngått tydelige nok samarbeidsavtaler. Densaken er nå løst gjennom tilleggsprosess hvor Helseutvalget har inngått samarbeidsavtale med Skeiv Verden om tiltak rettet mot nye og/eller unge homofile migranter. Skeiv Verden er en organisasjon for lhbt-ere med minoritets- eller migrantbakgrunn.

Han understreker dessuten at han er glad for at direktoratet ikke har tvunget gjennom noen sammenslåinger av de ulike organisasjonene. Det tror han ville ha fungert mot sin hensikt.

Helseutvalget tar mål av seg til å være et supplement til det offentlige helsevesenet og at desom organisasjon skal nå grupper helsevesenet har vanskelig for å nå.

Fornøyde: Leif-Ove Hansen (øverst), Ina Herrestad (midten) og Rolf Angelvedt (nederst).

På mange måter er Aksept vinneren i den nye finansieringsordningen. Deres tiltaker inne på alle tre pottene i tildelingene. Det er ledere for Aksept, Ida Herrestad glad for. – Det betyr blant annet at deres ulike tiltak er sikret drift i tre år fremover.

– Enkelte tiltak er det bare vi som har, forklarer hun, som for eksempel hivskole for

# ABC for kjærlighet og kåtskap

Skeiv Verden og Helseutvalget har i løpet i de siste tre årene kjørt mer enn 100 homofile menn fra hele verden gjennom et kurs om sikrere sex, menneskerettigheter og homoliv i Norge. ABC for love – eller kjærlighetens ABC om man vil.

**H**omofileinnvandrere, flyktninger og asylsøkere er en sammensatt gruppe og svært sårbare med hensyn til hivsmitte. Enkeltmennesker i denne gruppen står for en høy andel av nysmitten her i landet. Å få dem i tale og gi dem kunnskap nok til å beskytte seg er derfor et verdifullt tiltak for den enkelte så vel som for samfunnet.

Dette gjør Skeiv Verden i kompaniskap med Helseutvalget. Krisztian Rosza, som er Skeiv Verdens representant på kurset, understreker likevel at opplysningene også er rettet mot bifile, lesbiske og trans. – Disse gruppene er også velkomne og kan hentytte av opplegget, forklarer Rosza og legger til at denne gangen deltok det også en transmann, men menn som har sex med menn utgjør flertallet.

Positiv besøkte kurset en lørdag tidlig i november. Det varensammensatt gruppe, med folk fra Syria, Senegal, Iran, Irak og Uganda. En fargerik gruppe hvor latteren satt løst og villigheten til å snakke med en norsk journalist var stor selv om det nok hjalp at journalisten er homo som dem selv. Men de færreste av dem ønsket å si navnet sitt eller bli tatt bilde av. Så stor er ikke tilliten til det norske samfunnet og norske myndigheter blitt ennå.

## Uten nettverk

Ikke til å undres over kanskje: Noen av landene disse mennene kommer fra tar livet av homoer ved å kaste dem ut fra taket i høyhus, andre land sperrer homofile menn inne i fengsel i minst fjorten år og offentliggjør både navn

og bilde i lokale medier. Andre har overhodet ingen nettverk i hjemlandet fordi er farlig å bli sett sammen med kjente homofile. Darisikerer de selv å bli arrestert. Homsene på seminar i Skeiv verden hadde null rettsikkerhet i hjemlandet og få av deres menneskerettigheter blir respektert. Derfor er de forsiktige med å gå altfor høyt ut, de fleste av dem.

Men som en av kursdeltagerne sier det: – Vi er ikke vant til at vi blir forklart at vi har rettigheter som homofile. Vi er vant til at staten forfølger oss, ikke beskytter oss, så foreløpig velger vi å være forsiktige. Kanskje er dette for godt til å være sant?

De er derfor glade for at alle på kurset har fått anledning til å snakke med en jurist, slik at deler noe om norske lover og egne rettigheter og plikter.

## Menneskerettigheter

Krisztian Rosza fra Skeiv Verden er en av to ledere for kurset, Walter Heidkamp fra Helseutvalget er den andre. De to deler oppgaver og plikter tilnærmet likt mellom seg. Rosza forteller at ABC i kjærlighet er et slags grunnkurs i homoliv og sikrere sex, men understreker at vektlegging på menneskerettigheter er helt vesentlig: – De fleste vet noe hvordan de skal beskytte seg mot hiv, de vet om kondom, og de vet at de kan få behandling om ulykken skulle være ute. Det viktigste vi kan gjøre for dem, i hvert fall i starten av kurset, er å opplyse dem om at de har menneskerettigheter på linje med alle andre i dette samfunnet. Vi prøver også å

finne frem til metoder for å styrke deres selvbilde og selvfølelse, lar dem oppleve fellesskap og at det er godt, alminnelig og normalt å være homofil og som mann ha sex med og forelske seg i andre menn.

– Hvis folk føler at de er verdt noe, så tar de også bedre vare på seg selv og bruker den beskyttelsen som er tilgjengelig, sier Rosza og lydnærme som etekko av spesiallege Svein Erik Ekeid som på 1980-tallet tok til orde for å styrke homofiles selvfølelse og opplevelse av egenverd nettopp for å berede grunnen for at folk skulle bli i stand til å beskytte seg mot det som den gangen var en dødsdom. Ekeid var i noen år sjefen for det hivforebyggende arbeidet her i landet.

Rosza forklarer at hvert kurs er unikt. Denne gangen er et flertall av deltagerne fra Syria, men slikt varierer. Det varierer også hvor lenge de har vært i landet og hvor godt de kjenner Norge. På denne lørdagen i november har folk botid i Norge fra én uke (!) til to og et halvt år. – Det at mange har svært ulike bakgrunn og kommer fra til dels svært ulike kulturer, kan skape utfordringer for oss som arrangører, men stort sett legger folk godviljen til, fortsetter psykologen Rosza.

## God stemning

Stemningen rundt lunsj bordet er god. De fleste gir uttrykk for at det er godt å komme seg ut av mottaket for en stund og opplever det som styrkende å være sammen med andre homofile. Følelsen av å være homofil skaper et større fel-





*Svært få av kursdeltagerne ønsket å stå frem med bilde og navn, men disse tre hadde ingen problemer med å stå frem som homo i omgivelser de opplevde som trygge. Foran Enoch Mutebi, dernest Joseph Mardelli og bakerst Alexander Rose.*

lesskapenn de ulike kulturenesom kanskje kan skape avstand. De fleste har kommet i kontakt med SkeivVerden gjennom bekjente, men flere har også fått hjelp og anbefalinger fra lederne på mottakene der de bor. Teknologien har også vært til hjelp: – Flere av oss har brukt Grindr eller lignende apper for å treffe andre homofile, og det har fungert bra, sier en av syrerne og smiler lurt.

Noen har også reist langt for å delta på seminaret: En kommer for eksempel fra Stavanger, mens andre ikke har lenge reisevei enn fra Rjukan og Østfold. Mange av kursdeltagerne har opplevd at andre mottaksbeboere har de samme fordommene som de har møtt i hjemlandet, så det er nødvendig å hente dem ut fra disse miljøene og inn i omgivelser hvor de føler seg trygge.

– Det som hjelper er å skape et trygt miljø hvor deltagerne kan være seg selv og åpent

homofil for seg selv, oss og hverandre. Da åpner de seg for å ta inn ny kunnskap. Hvis vi ikke skaper trygghet og gir dem kunnskap om rettigheter, mister folk fokus for de er mest redde for å bli sendt ut av landet. Samtidig vet vi at selv om de føler seg utrygge og utsatt også her i Norge, så har de sex og blir eksponert for smitte. Da må vi ha skaffet dem kunnskap og selvsikkerhet nok til at de beskytter seg.

#### PEP og PrEP

Kunnskapsnivået varierer. Det bekrefter samtalen rundt lunsjbordet. En forklarer for eksempel at han ikke visste at kysning er risikofritt, en annen visste ikke om PEP og PrEP, mens flere sier at det er godt å få snakket om sex, fordi om du tenker på sex med mindre redsel, hvis du har mindre angst for din egen kåthet, så er det også enklere å tenke på hiv og få til å gjøre det som er nødvendig for å beskytte seg selv og partne-

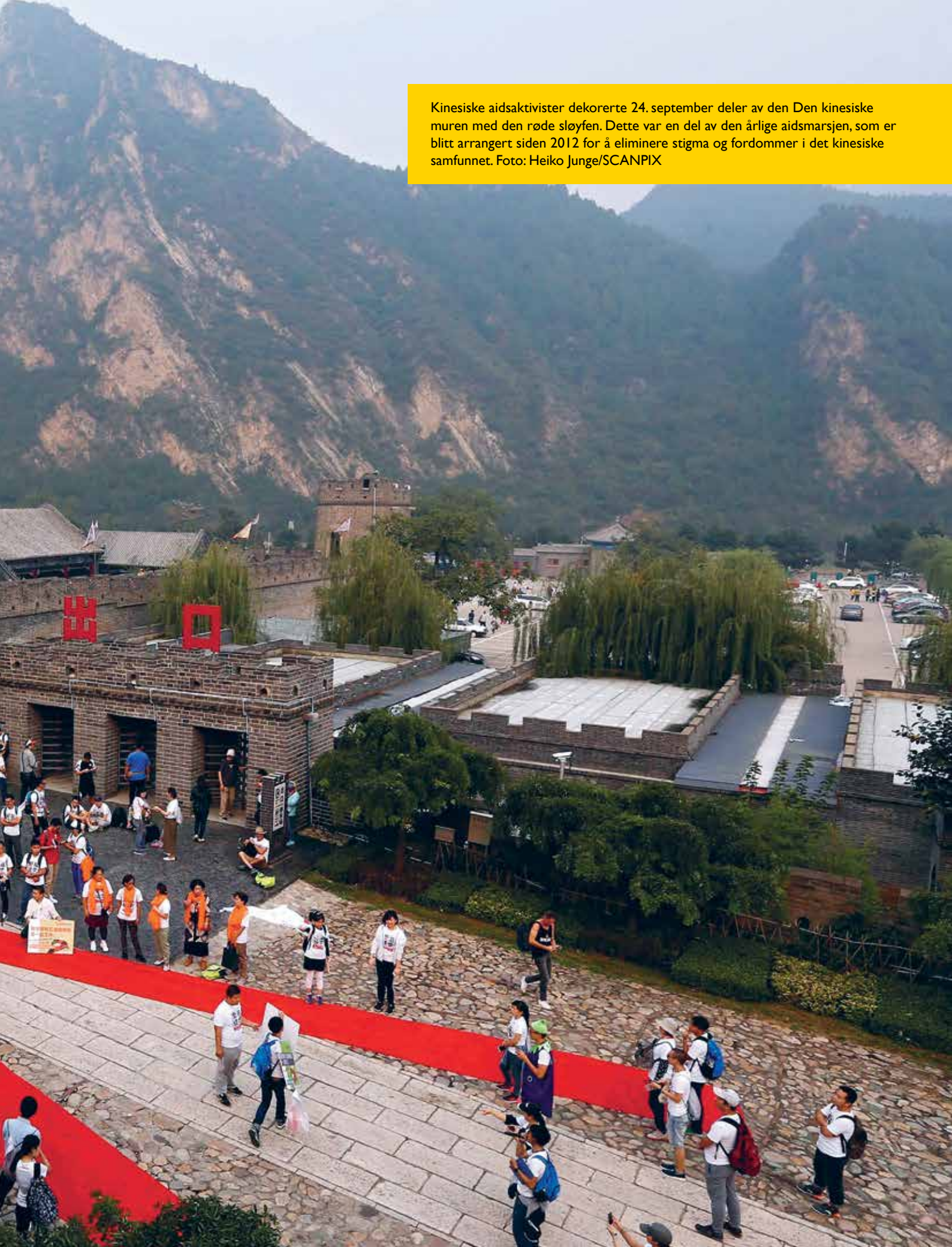
ren. Hvis du ikke og naturligvis også mot andre seksuelt overførbare sykdommer. Rundt bordet hersker det full enighet om at man også må ta vare på partneren sin.

Helheten er viktig, understreker Rosza, og derfor snakker vi om nettverk, mental helse, åpenhet, kondombruk, fysisk helse og andre ting som er vesentlige i en persons liv. – Så må de selv definere hvor de står med hensyn til de ulike elementene og hvordan de kan bruke dem til å påvirke de andre elementene i livshjulet, sier han. – Da har vi også en slags plattform for å jobbe med hver enkelt ut fra deres egne forutsetninger. Og da får vi satt i gang en prosess som forhåpentligvis vil føre til nødvendige endringene både med hensyn til selvfølelse og sikrere sex, avslutter Rosza.

■ Olav André Manum (tekst og foto)



Kinesiske aidsaktivister dekorerte 24. september deler av den Den kinesiske muren med den røde sløyfen. Dette var en del av den årlige aidsmarsjen, som er blitt arrangert siden 2012 for å eliminere stigma og fordommer i det kinesiske samfunnet. Foto: Heiko Junge/SCANPIX





# Bindestreken

Sigrun Møgedal (73) er en beskjeden kvinne. Til tross for at hun har utrettet store ting innenfor hivfeltet både nasjonalt og internasjonalt, liker hun helst å omtale seg selv som «bindestreken».

**H**un mener hun er elementet som binder ulike ledd, mennesker og organisasjonsledd sammen for å skape best mulig resultater. Og resultater har hun oppnådd.

Hun er medisiner og jobbet i en årrekke som lege sammen med sin ingeniørkjemann i Nepal. Det var her mye av grunnlaget for hvordan hun senere tenkte rundt hiv og aids ble lagt. Mange tror ekteparet var misjonærer siden de var utsendt av Den Norske Tibet-misjonen, men så enkelt var det ikke. – Det var ikke mulig å drive misjonær virksomhet i Nepal dengangen, forteller hun, så vi var like mye eller like lite misjonærer begge to.

Han jobbet med kraftverk, hun jobbet med å etablere helsesystemer og helsetjenesters omfang etter på lokalsamfunnets premisser og som dekket behovene folk selv hadde vært med på å definere.

– Det var med dette helsearbeidet i Nepal at jeg lærte det helt grunnleggende med å jobbe med lokalsamfunn, å sørge for at folkene der kom til orde, at de hadde mulighet til virkelig å snakke om det som var vanskelig og bruke dette som grunnlag for å få dem til å brette opp ermene og gjøre en innsats selv. Dets siste var så mye enklere når de selv hadde vært med å definere behovene og dermed hadde et mye større eierskap til

” *Medisinsk behandling, solidaritet, myndiggjøring og politikk må gå hånd i hånd ...*

prosjektene. Vi jobbet på mange måter nedenfra og opp, og bygget tjenesten folk trengte nedenfra.

– Det var en viktig erfaring å ta med seg inn i arbeidet rundt hiv og aids, sier Møgedal til Positiv. En annen og tilsvarende viktig erfaring Møgedal brakte med seg inn i sitt engasjement for hivsaken, er diskusjonene i kirkelig sammenheng rundt menneskelig seksualitet og hvordan skal Kirken snakke om den. Dette var en problemstilling kirkene verden rundt balet med da hivepidemien slo innover verden på 1980-tallet.

Møgedal har hatt en rekke kirkelige verv både i inn- og utland. Hun har blant annet ledet Mellomkirkelig råd for Den norske kirke i to perioder, ledet Oslo bispedømmerådet, jobbet i bistandsorganisasjonen Kirkens Nødhjelp og vært involvert i Kirkens verdensråd og vært visepresident i Det Lutherske Verdensforbund.

På 1980-tallet var Kirken kommet i gang med en diskusjon om menneskers seksualitet i teologisk perspektiv. En kirkes omsnakket om menneskelighet og inkludering ble utfordret av den på seksualitetens område bidro aktivt til å skape dobbeltkommunikasjon, ekskludering og utenforskap, for eksempel hva angikk homoseksualitet. – Da hivepidemiens sløne på midten av 80-tallet ble det også klart for Kirken at dette spørsmålet ikke kunne ignoreres, men krevde en gjennomtenkning av utfordringen nedenfor med seg: hvordan skulle kristne forholde seg til sykdommen, omsorg,



tendensene til å marginalisere, til å støtte folk ut som også i høy grad var til stede innenfor Kirken selv?

Den menneskelige seksualiteten krevde teologisk diskusjon, samtidig som man måtte tenke rettferdighet og inkludering. – Viruset førte med seg en erkjennelse av at vi måtte drøfte noe som ikke lenger kunne ignoreres, sier Møgedal og legger til: – Dette skapte store splittelser i Kirken og var en tung og vanskelig prosess. Homofilisaken havnet midt oppe i denne diskusjonen, og det samme gjorde kondomer.

#### Moralske og etiske utfordringer

Selv sier Møgedal at hun på denne tiden kjente få homofile. Hun var litt blind for dette, sier hun, men så en forbindelse til spørsmålene rundt seksuell og reproduktiv helse og familieplanlegging som også Kirken hadde et anstrengt forhold til. Dette var også spørsmål som sto helt sentralt i utfordringene hiv og aids stilte menneskeheten overfor på 1980-tallet.

Dette var spørsmål Møgedal fortsatte å være opptatt av. Delot seg ikke løse på noe enkeltvis med dogmer, fordi dogmene ofte sto i motsetning til hverandre. Jo mer Kirken ble involvert i spørsmålene rundt hiv epidemien, jo mer involvert ble også Møgedal både med hensyn til det erkjennelsesmessige rundt de moralske og etiske utfordringene det førte med seg. I tillegg kom politisk og organisasjonsmessig utfordringer: Hiv sprer seg der det er skjevfordeling, fattigdom og marginalisering. Å ta tak i disse utfordringene handler om politikk og tilrettelegging. Også medisinsk sto Møgedal midt oppe i det: Frem til 1996 var en positiv hivtest en dødsdom. Hvordan skal man tilby medisinsk pleie, behandling og omsorg i en slik virkelighet?

– På mange måter fikk jeg et gjennombrudd på flere felt på et sentral-komite-møte i Kirkenes Verdensråd i Johannesburg i 1994, sier hun, det slo

meg plutselig at Kirken var preget av dobbeltmoral. Den nyttet det ikke med dommedagsprekener i forkynnelsen. Det nyttet ikke, slik Kirken hadde en tendens til å gjøre, å ta avstand fra det virkelige liv. Hiv og aids gjorde skillet mellom lære og levde liv umulig.

Det er her bindestreken kommer inn. Gradvis endret hun holdning til spørsmålene rundt seksualitet og homofili. Hun konkluderte med at hun kunne ta på seg rollen som nettoppen bindestrek, en person som bringer folk fra ulike miljøer sammen, får dem i dialog, få dem til å forstå mer av hverandre og forhåpentligvis samarbeide. – Jeg har følt det som en uro at mange som følte seg rammet av disse diskusjonene i religiøse miljøer har vendt seg mot kirken. Kirken har gitt dem mange sår. For meg personlig har det vært mer som har holdt meg innenfor Kirken enn det som har støttet meg ut, men noen ganger har jeg følt at jeg har hatt en tro på tross av Kirken snarere enn på grunn av den. Det hjelper meg å forstå og å skape forbindelser mellom miljøene.

#### Besøk hos bestemødre

Som intervjuer sitter man der med følelsen av at bindestreken er et godt bilde, beskjedent, men passende, for bindestreken er også en forbindelse til kjærlighet. Sett fra min synsvinkel kan det se ut som Møgedal forsøker å se streng ut. Det er det inntrykket hun umiddelbart gir meg. Håret er stramt tilbaketrasket, klesstilensober. Men om hun virkelig forsøker å virke streng, så lykkes hun ikke. Ansiktet utstråler så mye mildhet, vennlighet og åpen interesse for den hun snakker med, at man kan godt se henne for seg i rollen som brobygger, eller altså bindestreksom hun selv omtaler seg som. Karakteristisk nok forteller hun om et besøk hos noen bestemødre i Malawi som måtte ta seg av sine barnebarn etter at foreldrene var døde av



Bildet over til høyre er fra rundt 1973 og viser Møgedal i samtalen med en av landsbyens eldre i landsbyen Chappya, ca. en mils vei fra Butwal i Nepal. Samtalen handlet om landsbyens behov for helsehjelp til mor og barn og hva de selv kunne gjøre ved starten på arbeidet med en helsepost. Møgedal hjalp til med å sette et statlig program ut i livet. Bilde til venstre er tatt mye senere og viser Møgedals gjensyn med en god venninne og medhjelper i 2011 da hun var sammen med Norad på en tur til Nepal.

aids. De sørget som best de kunne for at barna skulle få mat, skolegang og kjærlighet. Og da Møgedal spurte disse kvinnene hvordan de orket dette i et liv levd i bratt oppoverbakke var svaret enkelt: De måtte gi disse barna en opplevelse av kjærlighet, for uten kjærlighet kunne de ikke vokse opp og bidra positivt til samfunnet og verden. Den samme tanken virker også som om den har vært en rettesnor for Møgedal, selv om hun ikke uttrykker det akkurat slik.

Gjennom samtalen vår legger hun dessuten for dagen at hun i sitt arbeid har hatt enevne til å bruke erfaringene og refleksjonen til å gå videre, komme videre i arbeidet. Hun har vært seniorrådgiver i Norad, og hun har vært rådgiver for Verdens helseorganisasjon der hun, for å sitere Wikipedia, gjordes særlig bemerket for sitt arbeid med Det globale fondet mot aids, tuberkulose og malaria. – Hiv og aids knyttet på mange måter sammen tingene jeg hadde jobbet med i livet mitt, sier hun.

#### Sentral aktør og rådgiver

– Akkurat som i Kirken blir aids et redskap til å sette fokus på det som ikke fungerer i et samfunn, sier Møgedal. I sitt arbeid i Norad, i Verdens helseorganisasjon og senere i UNAIDS hvor hun også har vært en sentral aktør og rådgiver, har hun brukt erfaringene fra Kirken og fra tiden som helsearbeider i Nepal til å la folk selv sette navn på ting, og bygge opp løsninger nedenfra.

– Helsetilbudene har ikke alltid holdt seg til livet menneskersom trenger hjelp og desom har trengt taller mest hjelp har ofte blitt utestengt på grunn av redsel, skam, selvstigma og stigmatisering fra andre, og samfun-

net og dets ledere ikke har kunnet eller villet ta tak i. Det har skadet hele samfunnet, både lokalt og nasjonalt, ikke bare menneskenes mer direkte rammet.

Både nasjonalt og internasjonalt har Møgedal hatt et utall av posisjoner med relevans for hiv/aids-arbeidet. Hun var statssekretær i Utenriksdepartementet i Jens Stoltenbergs første regjering, hun har vært norsk aidsambasador – med diplomatstatus – hun var delaktig i opprettelsen av UNAIDS og jobbet som rådgiver for organisasjonens første leder Peter Piot, som også var visegeneralsekretær i FN. Møgedal har dessuten vært en sentral medspiller fra norsk side med hensyn til arbeidet som gjøres i Det globale fondet til bekjempelse av hiv/aids, tuberkulose og malaria, og hun har vært en nøkkelaktør i det norske utenriksdepartementet med hensyn til Norges internasjonale innsats rundt hiv og aids. Som om ikke det var nok har hun også deltatt i flere av FNs høynivåmøter om hiv og aids. Man kan trygt påstå at Møgedal har vært med på å utforme den internasjonale responsen på hiv epidemien.

#### Samfunnsendring

I alt dette arbeidet har hun hatt med seg erfaringene fra Nepal som lærte henne at det handler om myndiggjøring nedenfra og at responsen må bygge på de behovene lokalsamfunnene har. Og altså også diskusjonene rundt eksklusjon og marginalisering og seksualitet i Kirken.

Også politisk har hun engasjert seg, blant annet gjennom medlemskap i Arbeiderpartiet. Det kom som en konsekvens av arbeidet med nord-sør-politikk og troen på samfunnsendring som bygger på solidaritet og inkludering. Det gjelder ikke minst i responsen mot hiv og aids. Det er en helt nødvendig forutsetning for at arbeidet med å forebygge epidemien skal

kunne lykkes, ikke bare blant de gruppene som rammes hardest. – Det er selvsagt viktig å tenke politikk også i betydningen strukturer og systemer, sier hun, men en slikt tankemåte trekker deg også bort fra realitetene folk lever under, derfor blir solidaritet og inkludering viktige bestanddeler av det politiske arbeidet.

Så hun tror ikke det er noen motsetning i tenke lokalt på den ene siden og tenke solidarisk og politisk på den andre.

#### Mangfoldig og lokalt

– Akkurat som vi har vært nødt til i Kirken, må også samfunnene rundt omkring i verden se på hvilke mekanismer som er innarbeidet og som stenger folk ute, og som i det lange løpe skader alle, sier Møgedal. Samtidig gjør hun seg til talskvinne for at responsen mot aids må være mangfoldig og lokalt basert. Det nytter ikke å vedta én strategi sentralt og så tro at den passer for alle lokalsamfunn og alle forhold.

Dette er blant grunnene til at Møgedal mener UNAIDS er det beste redskapet det internasjonale samfunnet har for å bekjempe epidemien. – Hvis man skal se på hiv/aids som en slags lommelykt som setter fokus på det som er galt i samfunnet, både lokalt og globalt, så er UNAIDS det viktigste redskapet, mener hun. Det globale fondet gjør en kjempeinnsats for blant annet å få de menneskene som lever med hiv medisinsk behandling, men medisineralene er ikke nok. Man må også bygge ned de stengslelene som hindrer folk i å få vite sine status, som hindrer dem fra tilgang til medisiner og som hindrer dem i å få den oppfølgingen som må til for at de skal ta sine medisiner slik det er nødvendig om ikke problemet skal bli større. Da snakker vi om fattigdom, stigma, diskriminering, sosial eksklusjon, kvinneundertrykkelse, forfølgelse av homofile og transpersoner og andre nøkkelgrupper. Medisinsk behandling, solidaritet, myndiggjøring og politikk må gå hånd i hånd. Slik er det ikke nødvendigvis i dag.

#### Vannskille

Møgedal frykter at verden nå står overfor et vannskillet med hensyn til hiv epidemien. Hiv er ikke lenger dødelig og sensasjonell. Det er langt mindre pengertil å bekjempe og forebygge hiv-trusselen enn før. Verdens politikere vil gjerne gi inntrykk av at de gjør en innsats, at de fremdeles er opptatte av å finne løsninger og å støtte det arbeidet som blir gjort. De ser imidlertid ut til å satse på Det globale fondet og setter UNAIDS som gjør mye av grunnlagsarbeidet, på sidelinjen.

Dét frykter Møgedal er et slags politisk skuebrød – se på oss vi engasjerer oss i dette spørsmålet – som lett kan bli farlig, for medisiner alene er ikke nok, det er de aller fleste som arbeider på felte samstemte om. Likevel blir Fondet et slags instrument for at politikernes skal få vist seg frem der pengene vises best, frykter Møgedal.

– Verden vil liksom ikke lære. UNAIDS sliter med penger, men er den organisasjonen som posisjonerer aids som en del av noe større. Det er et bilde mange politikere ikke vil se. Det kan bli svært så farlig, slår Møgedal fast. For å gjenta: For å få bukt med de «andre» utfordringene epidemien står overfor, må man jobbe frem løsninger lokalt, globale resolusjoner er til liten hjelp. Foreksempel må man sørge for å jobbe på brukernes premisser i de lokale helsevesenene. Det sier seg selv at det forutsetter en myriade av lokale løsninger og ikke en global resolusjon.

#### Kostbart og krevende

Det er kostbart og krevende å jobbe på så mangfoldig vis. Det krever gode nettverk lokalt. Men for Møgedal er det helt i tråd med hennes egne erfaringer fra Nepal og fremover. Derfor har hun tro på et relativt nytt redskap i det hivforebyggende arbeidet verden over: Robert Carr-fondet har utviklet seg til å bli som et viktig verktøy med hensyn til å jobbe frem lokale muligheter og løsninger og til å knytte disse løsningene sammen i globale og regionale nettverk hvor aktørene lærer av hverandre.

– Dette er et fond som ønsker å styrke de nettverkene og organisasjonene som ofte går under radaren. Dette er et fond som ønsker å opprettholde stemmen til disse organisasjonene, sørge for at de blir hørt, både globalt og nasjonalt, og at deres kapasitet styrkes blant annet gjennom nettverk hvor de utveksler erfaring og lærer av hverandre. Hun mener at aktivistene har hatt stor betydning for nerven i dette og andre engasjementsområder hvor arbeidet fremover.

Aktivistene verden over har vært med på å holde uroen ved like. – Og det er uroen og staheten som driver meg fremover. Uroen stiller spørsmål om hvordan vi bruker vår makt, om vi er opptatt av inkludering og om vi ønsker å skape stille rom. Dette gjelder så vel Kirken som i samfunnet ellers når vi snakker om seksualitet og hiv. Og skal jeg være ærlig så er jeg ikke alltid sikker på svaret. Det er derfor vi ikke må gi oss!

■ Tekst: Olav André Manum

■ Foto: Marianne Lind

*Møgedal beskriver seg selv som en bindestrek, det som binder de ulike leddene sammen og får setninger og verden til å utgjøre et hele. Brobygger ville også være en god beskrivelse av hennes virke.*

ET LIV MED HIV





# HIV- POSITIV?

## På Aksept:

- kan du snakke med profesjonelle og erfarne helse- og sosialarbeidere
- kan du enkelt og raskt få avtale
- har vi taushetsplikt
- kan du velge å være anonym

For kontakt og mer info:

## AKSEPT

Senter for alle berørt av hiv

[www.aksept.org](http://www.aksept.org) Telefon: 23 12 18 20



## HIV-Fondet har søknadsfrist 1. mai

Hivfondet gir bistand til enkeltpersoner bosatt i Norge som er hivpositive eller aidssyke, samt til avgrensede forskningsrelaterte oppgaver. Stiftelsen gir ikke bistand til tiltak eller forhold som det påhviler det offentlige å dekke.

For fullstendig utlysning og søknadsskjema se [www.hivfondet.no](http://www.hivfondet.no) eller ring HivNorge.

## HIVFONDET

TIL HJELP I EN VANSKELIG SITUASJON

## Ønsker nye pasienter velkommen!

### Tannlege Eli Vatne

Klingenbergt. 5

0161 Oslo

Tlf. 22 83 40 84

Email: [tannlege@vatne.no](mailto:tannlege@vatne.no)

Man-tors 08.00 - 16.00

Fre 08.00 - 14.00

Kveld etter avtale



- ◆ Beliggenhet vis-a-vis  
Klingenberg kino i Oslo
- ◆ Oppdatert og moderne  
utstyr i lyse lokaler
- ◆ Erfaring med tannlegeskrekke
- ◆ Direkteoppgjør med HELFO

Medlem av Norsk tannlegeforening (MNTF)

## Plikten til å bidra til smitteveiledning og smitteoppsporing

Lov om smittsomme sykdommer gir den som er smittet av hiv en rekke rettigheter, men også plikter. Én av disse er å bistå i smitteoppsporing. Hva betyr dette egentlig og hvor langt går plikten? Det som er på det rene, er at det å bistå i smittesporinger er viktig hjelpemiddel i å begrense spredning av viruset og holde antallet nysmittede på et lavt nivå.

Plikten er beskrevet i smittevernlovens § 5-1 2. og 3. ledd. Andreleddsførstesetningsier følgende om plikten til smitteoppsporing: «En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å gi nødvendige opplysninger om hvem smitten kan være overført fra.» Videre sier tredje ledd at «En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom har plikt til å ta imot den personlige smittevernveiledning som legen gir for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, og plikt til om nødvendig å la seg isolere».

Bestemmelsen i andre ledd viser til plikt til å medvirke til at kilden for smitte kan spores, slik at vedkommende kan kalles inn til testing og bringes på behandling. Bestemmelsen i tredje ledd er et virkemiddel for å hindre at smitte blir overført videre fra den som mottar smitteveiledning. Alternativet med isolering brukes ikke.

Det er ytret fra enkelte hold at det kan være vanskelig å få nydiagnostiserte til å bidra til å fastslå hva som er smittekilden eller om andre er utsatt for smittefare. I mange tilfeller er man redd for å fortelle hvem man har hatt ubeskyttet sex med, både fordi man ikke ønsker å tyste, men også fordi man har hatt mange sexpartnere og frykter at noen av disse skal få vite om at man har fått påvist hiv.

Ettersom smittevernloven bygger på prinsippet om frivillig medvirkning, kan den som er smittet ikke pålegges å bidra i smitteoppsporingen. Pasientens lege har bare mulighet til å informere om plikten og oppfordre pasienten til å opplyse om sine sexpartnere eller be vedkommende om å ta kontakt med legen.

Som nevnt over er formålet med smitteoppsporing ikke bare å finne smittekilden, men også å få andre som den nysmittede

har hatt ubeskyttet sex med til å teste seg. Dette er viktig ettersom man vet at en nysmittet gjerne er mer smittsom enn en som har båret viruset en tid eller er på behandling. I arbeidet med å få avdekket flest mulig smittede slik at disse kan teste seg og komme på behandling, er det å bistå i smitteoppsporing et viktig virkemiddel.

Det at mange vegrer seg for å opplyse om seksualpartnere er forståelig, og det er derfor ikke slik at plikten til å unnlate å medvirke utløser sanksjoner. Det er to grunner som oftest blir vektlagt av den som skal bidra i en eventuelle smittesporing. Frykten for å bli avslørt og frykten for å bli utsatt for straffereaksjoner.

Frykten for å bli avslørt vil alltid være der med mindre man er åpen om sin hivstatus, og det er det de færreste som er, særlig på et tidlig tidspunkt etter at smitten er oppdaget. Dette er følgelig et psykologisk aspekt og noe som hengerv ved det stigmat som fremdeles hefter ved det å ha en hivinfeksjon. Hvorvidt dette er en ubegrunnet frykt, skal jeg ikke ha noen mening om, men det som er klart er at smittesporing kan gjøres helt anonymt uten at de som er opplyst å være sexpartnere til den smittede navngis. Viktig er det å være klar over at resultatet av eventuell smittesporing ikke blir kjent for den som har medvirket til at kilden ble kjent.

Med frykten for straffereaksjoner siktes det til frykten for å bli anmeldt for å ha utsatt noen for smittefare eller ha overført smitte. Det er viktig å understreke at sporingen kan gjøres anonymt – noe som skjer i de aller fleste tilfeller. I tillegg kommer legens taushetsplikt. Legen vil ikke fortelle hvem som har bidratt med opplysninger i forbindelse med smittesporing verkentil den eller de som er potensielle smittekilder eller de man kan ha smittet. Faren for å bli anmeldt på bakgrunn av plikten i smittevernloven er følgelig ubegrunnet.

Smittevernlovens bestemmelser om smitteoppsporing og smitteveiledning er viktige virkemidler for å begrense smitte, ettersom det viktigste virkemiddel vi har er testing og å få folk som er smittet på tidlig behandling.



### ■ Juristen

Johan P. Hougen tar hånd om juridiske spørsmål og gir veiledning. Han er utdannet jurist og har erfaring fra ulike arbeidstakerorganisasjoner.

### ■ Kontakt

Har du spørsmål du vil Johan skal besvare i denne spalten, kan du sende dette på e-post til [positiv@hivnorge.no](mailto:positiv@hivnorge.no) eller til POSITIV, HivNorge, Postboks 4615 Sofienberg, 0506 Oslo



**SØR-AFRIKA:** Fra september i år får alle hivpositive innsatte livreddende antiretroviral behandling, uansett nivået på deres CD4-tall. Dette opplyste viseministeren for justis- og fengselsvesen, Thabang Makwetla, i Durban i juli.

**WALES:** 189 mennesker fikk konstatert hiv i Wales i 2014. Det er det høyeste tallet på 15 år, og myndighetene er bekymret. Wales har tre millioner innbyggere ifølge Wikipedia. [BBC]

**USA:** Amerikaneren Jay Franzone fra Boston, sier han vil avstå fra all sex i 12 måneder slik at han kan gi blod. 12 måneder uten sex er forutsetningen for at amerikanske homser får lov til å gi blod. [The Independent]

**STORBRIANNIA:** En britisk undersøkelse kan slå fast at seksuelt overførbare infeksjoner langt ifra fordeler seg likt over alle grupper i befolkningen. Det er menn som har sex med menn som er mest utsatt: Ni prosent av alle nye syfilistilfeller skjer i denne gruppen, det samme gjør 55 prosent av alle nye gonoré-tilfeller. [Terrence Higgins Trust]

## Ambisiøse Australia

Australia har vedtatt en ambisiøs plan om å utrydde hiv innenfor homomiljøene i landet innen 2020. Virkemidlet er PrEP, eller forebyggende medisin. Man regner med at 14.000 menn er i målgruppen for hiv, og utrulling av medisiner vil begynne gjennom vitenskapelige studier som skal gjennomføres uavhengig av hverandre i tre australske stater. Avhengig av om resultatene blir tilfredsstillende, vil myndigheten dernest kunne rulle ut Truvada – den forebyggende medisinen – gratis til de aktuelle brukerne. Dette opplyste Iryna Zablotska under aidskonferansen i Durban i juli. [Aidsmap]



## Bærer byrden

Afrikanske menn som har sex med menn (msm) bærer en stor del av byrden for hiv i Afrika. Tall som ble lagt frem på Den 21. internasjonale aids-konferansen antyder at så

mange som 18 prosent av alle msm er smittet, og tallene på nysmitte er også urovekkende høye: 6 prosent i Sør-Afrika, 7 prosent i Malawi og hele 16 prosent i Senegal. [Aidsmap]

## Prioriteringer

Helsemyndighetene er i store vanskeligheter i Storbritannia etter at en høyesterettsdommer skal ha beordret dem til å dele ut PrEP til seksuelt aktive menn som har sex med menn. Avisen Daily Mail gikk helt av skaftet 2. august og hevdet at ikke bare finansierer myndighetene på denne måten homsenes uansvarlige sexliv, avgjørelsen sørger også for at det finnes mindre penger til å behandle sykdommer som kreft og gi proteser til folk som har måttet amputere lemmer, hørselsimplantater til døve og ti andre medisinske tilstander. Disse må vente på behandling fordi homsene skal få ha sex. Husker vi ikke

lenger begreper som verdig eller uverdigg trengende? [Daily Mail/Positiv]

## Marihuana

Hivpositives bruk av marihuana assosieres med en kvalitativt dårligere alderdom enn for hivpositive som ikke røyker stoffet. Forskere i Colorado USA har undersøkt 359 hivpositive opptil 65 år, og fant at marihuana bruk kan knyttes til manglende mental stabilitet, lavere livskvalitet også sosialt samt økt sannsynlighet for arbeidsløshet sammenlignet med ikke-brukere. Rapporten er publisert i The International Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, men forskerne understreker at antallet hivpositive er for lavt til at man kan trekke bastante konklusjoner. [POZ]



## USA:

# Test og behandling



UNAIDS-kampanjen for å teste folk og få dem på behandling som en del av strategien for å redusere nysmitte har muligens fått avslørt sitt svake punkt og årsaken til at Test and Treat-programmet i Afrika ikke har noen særlig effekt på nysmitte.

Det viser seg at programmet er effektivt med hensyn til å få folk til å teste seg. Man har beregnet at som et resultat av kampanjen er 92 prosent av hivpositive nå klar over

sin status. Problemet er at ikke 90 prosent, men under halvparten av dem her kommet seg i behandling, de øvrige 51 prosentene får ikke medisiner eller brukte måneder på å komme i kontakt med behandlingsapparatet. Undersøkelsen ble presentert på Den 21. internasjonale konferansen om aids i Durban i juli og er gjennomført blant annet av professor Francois Dabis ved Universitetet i Bordeaux i Frankrike. [Aidsmap]

## Virker

USA

Strut er et helsetilbud for homobi og transmenn i Castro-strøket i San Francisco. Klinikken har siden 2014 tilbudt den forebyggende medisinen Truvada til hivnegative menn som har sex med menn og som sogner til klinikken. Siden starten av prosjektet har ringen av deltagerne blitt smittet med hiv. Dette opplyste lederen for klinikken, Pierre-Cederic Crouch under Den 21. internasjonale konferansen om hiv og aids i Durban i juli. Noe av hemmeligheten bak suksessen er at programmet har vært ledet av sykepleieresom har informert, drevet medrådgivning og sørget for oppfølging for alle de involverte.

Aidsmap



## Syfilis

England

Antallet syfilistilfeller i London har økt med 163 prosent i løpet av de fem siste årene. Nesten 60 prosent av alle syfilistilfeller i England skjer i London. Menn som har sex med menn står for 90 prosent av tilfellene, til tross for at de bare utgjør rundt to prosent av den totale befolkningen. De siste tallene er fra 2015. Dette skriver The Guardian

## Krig

Russland

Russland har nå tatt ledelsen blant land som kriminaliserer og straffefølger hivsmitte. I løpet av en 30 måneders periode mellom april 2013 og oktober 2015 kan HIV Justice Network dokumentere hele 115 arrestasjoner, rettsaker og domsfellelser i Russland. Tallene ble presentert på Den internasjonale konferansen i Durban i juli. HIV Justice Network frykter at landets rettspraksis på dette området retter seg spesielt mot hivpositive kvinner.

HIV Justice Network



## Tenketank

Sverige

Sammen med Gilead Sciences starter Hiv-Sverige en tenketank for rundt hiv. Den er utformet som en rundebordskonferanse og tanken er at hiv skal diskuteres ut fra et holistisk perspektiv. Alle deltagerne er godt orientert om hva hiv er og hva det vil si å leve med en kronisk sykdom. Tanken er å diskutere hiv ut i fra et helhetlig perspektiv og Hiv-Sveriges medlemsorganisasjon er villig til å delta i samtaler.

Hiv-Sverige



## Store tall

Verden

To millioner mennesker smittes av hiv hvert år. I enkelte områder stiger nysmitten der det før var nedgang. I Sentral-Asia og Øst-Europa steg nysmitten med 57 prosent hvert år mellom 2010 og 2015. I samme periode i Karibia lå den årlige stigningen på 9 prosent, mens det tilsvarende tallene for Nord-Afrika og Midtøsten var fire prosent, tallene for Amerika 2 prosent. Dette var tall UNAIDS la frem i juli, en uke før Den 21. internasjonale konferansen om aids i Durban, for å understreke alvorret i situasjonen.

The Guardian



## Risiko

USA

Amerikanske forskere slår fast at bruk av methamfetamin øker risikoen for hivsmitte etter en undersøkelse blant over 6 000 amerikanske hivpositive menn som har sex med menn. Forskernes lårfast at denne gruppen burde være aktuelle kandidater for PrEP siden msm bruker mer narkotiske stoffer enn gjennomsnittet amerikaneren, både før, under og etter sex.

The Body

## Eldre

Sverige

Hivpositive lever like lenge som folk flest, og i Hiv Norges svenske søsterorganisasjon har man lenge sett behovet for en kartlegging av eldre hivpositive behov, forventninger og ønsker for sitt liv. Hvilke behov har eldre hivpositive, særlig i møtet med eldreomsorgen og helsevesenet for øvrig, og hvordan er kunnskapsnivået blant de ansatte i helsevesenet og hva er kunnskapsbehovet. Dette er blant spørsmålene prosjektet vil adressere. Det har fått arbeidstittelen Livssituasjonen for eldre som lever med hiv, og finansieres med midler fra Arvsfondsdelegasjonen.

Hiv-Sverige



## Kjendiser

Storbritannia

En av seks personer som lever med hiv i Storbritannia er uvitende om egen status, hevder lederen for Terrence Higgins Trust i England, Michael Brady. Derfor fremmer organisasjonen bruk av hjemmetestutstyr som gjør det enklere for folk som har vært i risikosituasjoner å få vite om de er smittet eller ikke. Suksessen har latt vente på seg. 12. juli i år, fikk organisasjonen en bestilling på 32 stk. Et par dager senere gjennomgikk imidlertid prins Harry en test for åpent kamera, og fra da av steg bestillingene til over 150 daglig. Meningen var at prinsens skulle oppmuntre flere til å teste seg, ifølge

Daily Mirror



■ Sexologen  
Haakon Aars arbeider ved Institutt for klinisk sexologi og terapi i Oslo. Aars er også tilknyttet [www.lommelegen.no](http://www.lommelegen.no) som sexolog.

Ble spesialist i klinisk sexologi NACS i 2002 og spesialist i psykiatri to år etter.

Aars er òg styremedlem i Norsk forening for klinisk sexologi.

■ Spørsmål til Aars' spalte kan sendes på e-post: [post@hivnorge.no](mailto:post@hivnorge.no) eller til Bladet Positiv HivNorge, Christian Krohgs gate 34, 0186 Oslo

## Det tar for lang tid

Jegeren mann på 24 år som ble diagnostisert med hiv for tre år siden. I lengre tid har jeg slitt med at det ikke går for meg når jeg er sammen med andre menn. Det var ikke slik før, og jeg har ingen problemer med orgasmen når jeg onanerer for meg selv. Jeg er som oftest aktivt, og mange synes det er fint at jeg kan holde på så lenge. Men jeg skulle gjerne ha fått følelsen av orgasme igjen når jeg er sammen med andre, og ikke bare med meg selv. Jeg er også på vellykket behandling, slik at jeg er trygg på at jeg ikke får hiv uten kondom, men det gjør forskjell. Det tar fortsatt lang tid enten jeg har gummi på eller ikke. Hvordan får jeg tilbake orgasmen min?

Dekjentesexologene Masters og Johnson definerer forsinket sædavgang som at mannen er ute av stand til å få utløsning inne i kvinnens vagina eller ved analt samleie. Og det siste er jo det du beskriver. Nemlig at når du har analsex med en annen mann, og du er den aktive, så får du ikke utløsning inne i ham. Uansett om du bruker kondom eller ikke. Det er skrevet mye om menn som får for tidlig utløsning.

Men det er faktisk 1–4 prosent av alle menn som opplever forsinket utløsning. Mye henger sammen med at man stresser med å få utløsning, og da kommer den garantert senere eller kan være vanskelig å få. Dessverre er det slik at ingen kan bestemme helt når utløsningen skal skje. Mye skjer via det ikke-viljestyrte nervesystemet, på fagspråket kalt det autonome nervesystemet. Men det går faktisk an å lure nervesystemet litt, nemlig ved å prøve å la være å tenke for mye på utløsningen. Jeg vet at dette er lettere sagt enn gjort. Likevel, det er viktig å ikke la det bli til et problem.

En forsinket utløsning kan også skyldes bivirkninger av medisiner eller et for lavt nivå av testosteron i blodet. Men i ditt tilfelle, slik du beskriver det, er det kanskje mest sannsynlig at du stresser med det. Du forteller at du ble

diagnostisert med hiv for tre år siden, og sier du ikke hadde problem med orgasmen tidligere. Kanskje det kan ha noe med at du stresser litt med tanke på at du er hivpositiv; at du ubevisst tenker på smitterisiko i forhold til partner. Du sier at du er på vellykket behandling, noe som vel betyr at du har lave virustall og gode CD4-tall. Men bruk kondom ved analsex da det beskytter ikke bare i forhold til hiv, men også andre seksuelt overførbare infeksjoner. Du forteller også at du får utløsning når du gjør det selv. Dette er også typisk for mange som sliter med å komme ved aktiv analsex. Når du onanerer selv, er det noe med at du kjenner til og vet hva som kjennes best og hvordan du selv kan stimulere deg til orgasme. Dessuten er det nok slik at det alltid ligger litt prestasjonspress på en når man har sex med en partner man ikke kjenner så godt. Noe som kan gå ut over orgasme-refleksjonen.

Noen tips det kan være verdt å vurdere og kanskje også spennende å prøve ut:

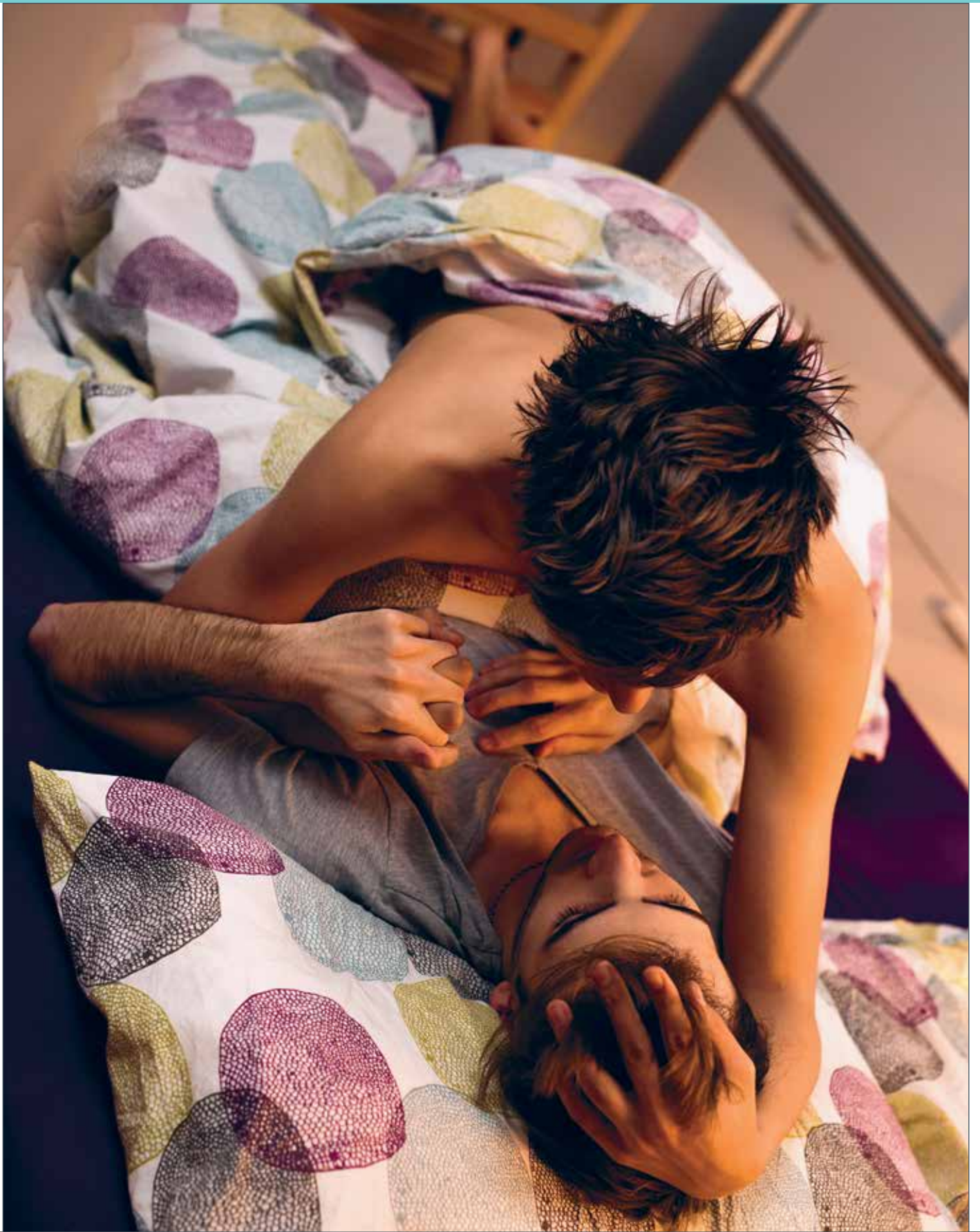
Prøv å øke friksjonen under samleie. Det kan hjelpe. Finn en samleiestilling der det blir strammet godt rundt penis, for eksempel i sidestilling eller bakfra. Å onanere litt i forkant av at du kommer inn i ham (med kondom), eller at han onanerer deg, slik at du er på vei til å komme før du trenger inn i ham, fungerer for noen. Dessuten kan en vibrator (dildo) som stimulerer penis være en god hjelp.

Det går jo også godt an å onanere deg selv etter at dere har hatt analsex en stund. Det er det mange som gjør, eller at dere begge onanerer dere selv og ser på hverandre mens dere gjør det. Dette er også for mange veldig opphissende.

Uansett; ikke la dette bli et problem for deg.

Lykke til.

Hilsen dr. Haakon Aars



## PrEP har kommet til Norge

PrEP – pre-eksposisjonell profylakse mot hivinfeksjon – er nå formelt godkjent i Norge

Norsk forening for infeksjonsmedisin har siden begynnelsen av 2016 hatt PrEP som behandlingalternativ for å forebygge hivinfeksjon i sine nasjonale retningslinjer. Helseministeren har nylig gått inn for at PrEP skal gjøres tilgjengelig for dem som er mest utsatt for å bli hivsmittet, og utgiftene skal dekkes via blåreseptforskriften for forebygging av såkalte allmenfarlige smittsomme sykdommer (S4). Hiv Norge har slik sett endelig fått gjennomslag for sitt arbeid. Det er bra!

Nå skal dette iverksettes og tas hånd om innenfor en helsetjeneste som fra før ikke akkurat er uten arbeidsoppgaver. Men det burde være mulig.

Bakgrunnen for at PrEP har vunnet fram som virkemiddel i hivforebyggingen i tillegg til eksisterende råd om bruk av kondom ved ubeskyttet analt samleie mellom menn eller transepersonersomharsexmedmennogandre med høy risiko for å bli hivsmittet, er resultatene av særlig to studier, de såkalte PROUD- og

IPERGAY-studiene. Disse studiene er omtalt i denne spalten tidligere. De viste at PrEP reduserte sjansen for å bli hivsmittet med ca. 85 prosent blant dem med høyest risiko for å bli hivsmittet, altså msm og transepersoner. Studiedeltakerne hadde flere seksuelle kontakter uten bruk av kondom ved analsex ilt. siste tre til seks måneder og rapporterte om at desannsynligvis ville gjøre det igjen innen kort tid. Over halvparten hadde hatten annen seksuell overførbar infeksjon (SOI) siste halvår og/eller behov for PEP (post-eksposisjonell profylakse). Studiene sier altså ingenting om effekten av PrEP hvis man har lav risiko for å bli hivsmittet, og PrEP vil derfor bli tilbudt dem som tilsvarer de gruppenesom disse studiene er basert på. Men selv blant dem med høyest smitterisiko, er ikke beskyttelsen med PrEP hundre prosent, så PrEP er ikke et alternativ til kondom, men et viktig og nødvendig tillegg til kondom.

De norske retningslinjene som er under revisjon i disse dager, vil se ut omtrent slik (man kan altså bli justert noe uten at hovedlinjene vil bli vesentlig forandret):

PrEP kan tilbys til personer som har (hatt):

- Ubeskyttet analt samleie med flere partnere siste seks måneder
- Selvrappertert høy risiko for gjentakelse

Tidligere/nylig behandling for annen seksuelt overførbar infeksjon, behov for PEP, «chem-sex» eller msm med minoritetsbakgrunn styrker behovet for PrEP.

PrEP har dårligere dokumentert effekt for heteroseksuelle, men kan tilbyseternærmere vurdering av risiko, som f.eks. gjentakende manglende kondombruk ved sex med personer med høy risiko for å være hivpositive.

Det er ikke indikasjon for PrEP ved ubeskyttet sex med hivpositiv person som er velbehandlet, dvs. ikke har målbart virus i blod (under 50 kopier/ml blod over tid) eller ikke har andre kjønns sykdommer. Et par der den ene er hivpositiv og velbehandlet, mens den andre hivnegativ, vil altså ikke trenge PrEP da smitterisikoen er så lav. Der den hivpositive ennå ikke har startet behandling (selv om i praksis alle bør tilbys det nå), vil PrEP kunne være aktuelt inntil den hivpositive er stabilisert på hivbehandling.

Før man tilbys PrEP, må man ha en negativ hivtest (standard, såkalt fjerde generasjon hivtest og ikke hurtigtest). Det skal tas sjekk for andre seksuelt overførbare infeksjoner, hepatitt B og C, blodprøve for å kontrollere nyrefunksjon og urinprøve for å se etter eventuell utskillelse av protein i urinen. Man skal informeres om at PrEP ikke beskytter hundre prosent mot hiv, og at man derfor anbefales kondom i tillegg. Selve behandlingen består av kombinasjonstabletten Truvada® som kan påvirke nyrefunksjon og benmineraliseringen (dvs. gi svakere benbygning), og man må derfor gå til jevnlig kontroll mens man står på PrEP. En del vil kunne oppleve bivirkninger fra mage-tarmkanalen i form av kvalme, oppkast, løs mage og magesmerter. I studiene som jeg nevnte tidligere, forekom dette sjelden, og nesten ingen sluttet med medisinerne av disse grunnene.

De som har kronisk hepatitt B, skal henvises til infeksjonsmedisinsk poliklinikk for vurdering om de trenger behandling for sin hepatitt før tilbud om PrEP. Personer med nyresvikt må vurderes individuelt for om de bør behandles med Truvada®.

PrEP kan tas på to måter:

- kontinuerlig som én tablett daglig ved hyppig seksuelle kontakter uten kondom, eller

## Virus i sædvæske

**Jeg har hørt at hivpositive på behandling ikke har virus i blodet og derfor kan ha kondomløs sex uten å utsette partneren for smitterisiko. Noen sier at dette ikke betyr noe, for det vil alltid være virus i sædvæske. Og jeg har nylig lest at noen få undersøkelser hvor man faktisk har målt virusmengden i sædvæsken, har funnet ut at den er omtrent det samme som i blodet. Hva er riktig og hvilken betydning har det at det er virus i sædvæsken?**

Det er riktig at hivbehandling senker virusnivået i blodet til under målbare verdier, og at mengden virus i sæd og andre kroppsvæsker oftest følger nivået i blod. Flere studier har vist at par der én er positiv og er vellykket behandlet, og den andre er negativ, kan få friske barn og unngå å smitte partneren. Dette kunne ikke ha skjedd om virusmengden i sæd alltid forble høyt selv etter vellykket hivbehandling bedømt ut ifra at viruset ikke kan gjenfinnes i blod. Så som hovedregel vil en person på behandling uten målbart virus i blod heller ikke ha virus i sæd. Nå er det alltid unntak i biologien, og det er også riktig at man hos noen få ser virus i sæd uten at man ser det i blod, men da likevel i lavere konsentrasjon enn før behandlingsstart. Det er imidlertid ikke sikkert at dette viruset er «levedyktig». Dette paradokset har imidlertid gjort at man noen steder har tilbudt sædvask før in vitro-fertilisering (IVF; prøverørsbefruktning). Imidlertid kreves det ikke forutgående sædvask før IVF i Danmark dit vi nå sender par der en eller begge har en kronisk infeksjon (hiv eller hepatitt B) til IVF-behandling, men de som føler de vil få gjort sædvask før IVF for å være enda sikrere på å unngå smitte, kan få tilbud om det. Alle med hiv eller hepatitt B som henvises for IVF, må stå på behandling.





# Hiv og røyking

**Jeg har nettopp lest at hivpositive som røyker, øker risikoen for hjertesvikt med opptil førti prosent. Det skal visstnok også være slik at et lavt CD4-tall og høye virusverdier øker risikoen for hjerteinfarkt. Kan du forklare hvorfor det er slik?**

Etter at moderne hivbehandling ble tilgjengelig fra ca. 1996, har vi sett et kraftig fall i antall opportunistiske infeksjoner og krefttyper som man kunne få ved langt kommet, ubehandlet hivinfeksjon, dvs. immunsvikt (aids). Men før denne behandlingen ble tilgjengelig, døde mange av slike komplikasjoner til hivinfeksjonen.

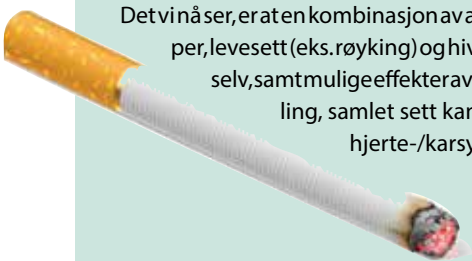
Nå lever folk lenger, og såkalte ikke-hivrelaterte komplikasjoner har blitt mer synlige. Tidligere levde ofte ikke hivpositive lenge nok til å få disse tilstandene, for de ble mye før syke av opportunistiske infeksjoner. Og om de fikk hjerte-/karsykdom, skyldte man på arvelige livsfaktorer som røyking, overvekt og manglende fysisk aktivitet.

Det vi nå ser, er at en kombinasjon av arvelige egenskaper, levestil (eks. røyking) og hivinfeksjonen i seg selv, samt mulige effekter av langtidsbehandling, samlet sett kan øke risikoen for

hjerte-/karsykdom, dvs. høyt blodtrykk, angina pectoris,

hjerteinfarkt med påfølgende hjertesvikt. Risikoen pga. hivinfeksjon alene er kanskje 1,5–2 ganger høyere enn uten hivinfeksjon, en liten økning kanskje, men sammen med arv og røyking, som er de sterkeste risikofaktorene, vil risikoen for hjertesykdom være mye høyere enn for en ikke-røykende, hivnegativ person uten arvelig tendens.

Arv kan man ikke gjøre noe med, og hivinfeksjonen er der og må behandles, for uten behandling øker både risikoen for opportunistiske infeksjoner og hjerte-karsykdom, og man vet ikke hvilken som vil dukke opp først. Det stemmer også at det er gunstig om CD4-tallen stiger etter oppstart av behandling i forhold til å redusere risikoen for hjerte-/karsykdom. Venter man til CD4-tallene er lave, dvs. ikke tester seg og får stilt diagnosen tidlig, er dette ugunstig når det gjelder langtidsrisiko for eks. hjerte-karsykdom. Dag gjelder det å fjerne de risikofaktorene man kan gjøre noe med: slutte å røyke, tenke på kostholdet og fysisk aktivitet. Noe fysisk aktivitet, f.eks. gå til og fra jobben, er mye mer effektivt for den som ellers ville sittet i bilen, enn om en som fra før trener fire timer om dagen, øker treningsmengden sin.



• ved behov hvis færre seksuelle kontakter uten kondom, såkalt intermitterende PrEP.

Eksempel på intermitterende PrEP ved antatt ubeskyttet analsex med annen MSM eller transeperson fredag kveld og lørdag kveld:

To tablett Truvada® 2–24 timer FØR antatt seksuell kontakt på fredag (der og da på kvelden/natten er altså for sent!), deretter én tablett lørdag, og til slutt én tablett søndag (24 timer ETTER siste kontakt) og én tablett mandag (48 timer ETTER siste kontakt).

Hvis tablettbehovet per måned overstiger tyve tabletter, kan man vurdere å gå over til daglig behandling for både enkelhets skyld (bedre etterlevelse) og sikkerhets skyld.

Oppfølging på PrEP:

Én måned etter oppstart:

Ny hivtest for å knipe dem som var i omslagsfase da man startet og ennå ikke hadde rukket å slå ut på hivtesten og samtale om eventuelle bivirkninger og etterlevelse til PrEP.

Tre måneder etter oppstart og hvert tredje måned deretter:

Hivtest, sjekk for SOI og hepatitt C, nyrefunksjonsprøve, urinprøve. Samtale om bivirkning og etterlevelse. I tillegg måles årlig kalk-stoffskiftet én gang per år.

Hvis man likevel blir hivpositiv, må selvsagt PrEP avsluttes umiddelbart, og man skal til bysstandard hivbehandling

ved infeksjonspoliklinikk.

Hvem som skal stå for oppstart og oppfølgingen av PrEP-behandlingen, vil nødvendigvis variere litt med lokale forhold rundt i landet. I Oslo-regionen vil mange bli rekruttert via Olafiklinikken eller sjekkpunkter som henviser til infeksjonspoliklinikk eller Olafia. De ulike helseregionene vil nok trenge litt tid til å få på plass et fungerende system, da dette fra helsemyndighetens side altså plutselig godkjennes uten forutgående diskusjon med fagmiljøene om den praktiske gjennomføringen. I hvert fall tror jeg det var slik det kan ha blitt opplevd av noen. Oslo universitetssykehus, Ullevål, og Akershus universitetssykehus hadde allerede startet PrEP hos en del. Den videre oppfølgingen bør kunne foregå i regi av primærhelsetjenesten/fastlegen, gjerne med telefonisk støtte fra infeksjonslege eller SOI-klinikker. Den nye vidertenasjonale «Faglige retningslinjene for oppfølging og behandling av hiv» vil snart bli tilgjengelig på Legeforeningens nettsider, men jeg vet ikke nå eksakt når. Forebygging virker selvsagt bare der man faktisk utsetter seg for risiko. Det vil nok derfor bli fokusert på at det er dem med høyest hivrisiko som trenger det mest, og at det er blant dem effekten av PrEP er størst.

Frank O. Pettersen  
overlege, Oslo universitetssykehus, Ullevål

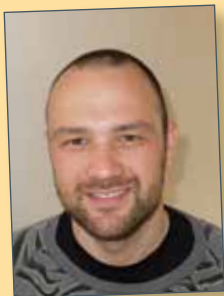


■ **Frank O. Pettersen**, ph. d. er overlege ved infeksjonsavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

■ Kontakt Spørsmål til denne spalten kan sendes på e-post: [positiv@hivnorge.no](mailto:positiv@hivnorge.no) eller til Bladet Positiv, HivNorge, Postboks 4615 Sofienberg, 0506 Oslo

Flere spørsmål og svar finner du på våre websider [hivnorge.no](http://hivnorge.no)





■ Leif-Ove Hansen er styreleder i HivNorge.

## Påvirkningsarbeid virker

Etter denne høsten kan vi i HivNorge velfortjent feire at vi har fått gjennomslag for to viktige politiske saker. Begge påvirker mennesker som lever med hiv i stor grad og kommer til å bli stående i fremtiden som milepæler i arbeidet rundt menneskers som lever med hiv sine interesser og rettigheter. Begge to handler om smittevern, men på to helt ulike måter.

Den ene er selvfølgelig PrEP, som har vært til stor glede for mange og forargelse for noen, men en seier for helhetlig smittevern og videreføring av prinsippet innenfor hiv om at behandling også er forebygging. Det andre er stortingsmeldingen om prioritering i helsevesenet. Der har våre merknader om at smittevern skal være det bærende kriteriet for hivbehandlingen i Norge blitt tatt inn. Hurra for PrEP og fortsatt like god behandling og dermed også smittevern.

Bak disse to sakene har det vært tidkrevende arbeid over år som har gitt resultatene vi nå ser. Møter og diskusjoner i egen organisasjon og med andres samarbeidspartnere på hivfeltet lagrunnlaget. Vi har snakket med politikere, organisasjoner og byråkrater. Utallige eposter, møter og diskusjoner der oppfatninger og synspunkter ble nøye vurdert, og til slutt høringsuttalelser og møter hos departement og storting. Det nytter å være synlig og til stede over tid.

PrEP var en sak HivNorge sammen med fagmiljøet mente var en naturlig del av hivforebyggingen. Testing, kondomer, hivbehandling og PEP var alt på plass. Det vi manglet, men også var en naturlig nyvinning, var PrEP. Fra forskningen rundt PrEP viste det seg tydelig at det var effektivt og kostnadsbesparende. Resultater fra USA, Frankrike, Nederland og Australia viste at det var god effekt av PrEP i miljøer der smittepresset var høyt. Da også Sør-Afrika viste vilje til å gi PrEP til unge jenter som er mest utsatt for hiv-smitte, var det ganske entydig at PrEP hadde sin plass som et hivforebyggende tiltak.

HivNorge fikk tidlig mange henvendelser fra hivnegative som ønsket seg PrEP, i vår globaliserte verden der folk reiser mye hadde mange alt fått tak i PrEP i utlandet. Vi forstod at dette måtte vi få tilgjengelig i Norge, og trodde først at det ville være gjort ganske fort. Ordlyden for smitteforebygging og smittevern, i både smittevernloven og blåreseptforskriften, kunne gjelde også for PrEP. Dette mente både farmasøter og infeksjonsleger viråførte oss med. Det var nok vel optimistisk tenkt at dette skulle gå på 1-2-3, det krevde mye påvirkningsarbeid, og det tok trento år før helseminister Bent Høie ga klarsignal for innføring av PrEP i Norge. Det er egentlig veldig raskt, for PrEP viste seg å vekke en del av

degamle motforestillingenes som alltid kommer når man vil gi folk mer frihet og ansvar for hvordan de vil forvalte sin seksualitet. – De kan jo bare bruke kondom, er en vanlig innvending. Hvorfor kan man ikke si det til alle da, hvorfor skal det bare gjelde når det i hovedsak er homser og menn som har sex med menn som kommer til å få en beskyttelse mot hiv. Heldigvis vant fornuften og sunnheten over fordommer og dårlig kunnskap!

HivNorge er en vaktbikkje for interessene og rettighetene for mennesker som lever med hiv! Det krever at vi hver dag må jobbe for at de rettigheter vi har til behandling, medisiner og oppfølging opprettholdes og blir bedre. Nå ser vi resultatet av det å ha en organisasjon som gjør dette daglig. Hadde det ikke vært for iherdig jobbing av generalsekretær Anne-Karin Kolstad, hadde ikke infeksjonsleger og mennesker som lever med hiv hatt den samme tilgangen til hivlegemidler som nå.

Stortingsmeldingene, som ble kalt Legemiddelmeldingen og Prioriteringsmeldingen, handlet om hvordan man skulle få billigere medisiner og hvordan man skulle prioritere i helsevesenet. For mennesker som lever med hiv kunne det bli store forandringer med hvilke kriterier som skulle legges til grunn for en kostnad-/nytte-analyse av hivlegemidler. HivNorge var bekymret for at smittevern ikke skulle være et av kriteriene, på samme måte som det tok smittevern ut som ett av kriteriene ved vurdering av behandling av hepatitt C. Stortingsmeldingen åpnet også for at finansieringsordningen for hivlegemidler kunne endres på. Hivlegemidler har vært på blåreseptordningen, og dermed har leger kunnet skrive ut hivlegemidler uten opphold og kostnad for hivpasienter fordi dette har gått gjennom folketrygden. Dette har vært noe av suksessoppskriften for hivsmittevern i Norge.

Derfor ble vi svært bekymret da politikerne begynte å tukle med dette som har fungert optimalt. HivNorge ser på helheten av systemet rundt hivbehandlingen som en del av menneskers som lever med hiv sin kollektive helseforsikring, tar du ut en bit, vet man aldri hva resultatet kan føre til. Dårlig etterlevelse, dårligere helse, dårligere livskvalitet og dermed også dårligere smittevern! Vi var bekymret og reddet! Men etter mange møter og samtaler med helsepolitikere, legemiddelindustrien og faginstansene fikk vi gjennomslag for vårt syn i egne merknader til stortingsmeldingen om prioritering, og Stortinget har nå stemt og vedtatt dem! Påvirkningsarbeid for mennesker som lever med hiv virker, men det krever en sterk og tydelig organisasjon som kan være til stede daglig.

# VI ER HER FOR DEG!

**HivNorge tilbyr informasjon og rådgivning om hiv/aids, samt veiledning om rettigheter og plikter. Vi har også seminarer og andre aktiviteter.**

Ta gjerne kontakt med oss.  
[www.hivnorge.no](http://www.hivnorge.no)  
[post@hivnorge.no](mailto:post@hivnorge.no)  
21 31 45 80

HivNorge®



# ~~be~~ PrEP areid

**Ønsker du råd og veiledning om PrEP?  
Ta gjerne kontakt med oss.**

HivNorge®

21 31 45 80