

POSITIV

Nr. 1-2018 | Kr 44,-



Én pille – eller to eller tre?

Et stortingsvedtak med uante konsekvenser

Smittefrykt i helsevesenet | En finger med i spillet

Spør legen | Engler i Amerika



ILLUSTRASJONSFOTO: SHUTTERSTOCK

VI ER HER FOR DEG!

**HivNorge tilbyr informasjon og
rådgivning om hiv, samt veiledning
om rettigheter og plikter.**

Ta gjerne kontakt med oss.

www.hivnorge.no
post@hivnorge.no
21 31 45 80

Bli medlem:

Send kodeordet positiv og din e-postadresse til 2380.

HivNorge



UTGIVER: HivNorge
Boks 4615 Sofienberg
0506 Oslo

ANSVARLIG
REDAKTØR
Anne-Karin Kolstad

Redaksjon/layout:
Arne Walderhaug

BIDRAGSYTERE
Olav André Manum
Arne Walderhaug
Frank O. Pettersen

TRYKK
Mercur 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 aidsrammede!»
Cathrine (17) i særroppgave om hiv og aids



FOTO: ARNE WALDERHAUG

En finger med i spillet

Fafo-forsker **Arne Backer Grønningsæter** skal gi oss mer kunnskap om hvordan det er å leve med hiv og bli eldre – før han selv blir fulltidspensjonist. Han har tidligere blant mye annet levert forskningsrapporter om hivpositives levekår.

Side 4

Vedtak med uante følger

Et stortingsvedtak fra desember 2016 betyr at hivmedisiner skal ut på anbud. **HivNorge** er redd vinningen går opp i spinningen og at hivpositive får dårligere medisinske tilbud. Organisasjonen frykter også at det kan gå ut over smittevernet.

Side 8



ILLUSTRASJON: ISTOCK



FOTO: OLAV ANDRÉ MANUM

På skolebenken

Da Volvat Medisinske Senter i Fredrikstad tilbød en pasient en behandling som ble opplevd som sterkt diskriminerende, satte klinikken kunnskap om hiv og hivpositive på dagsordenen blant sine medarbeidere.

Side 13

Fra fortvilelse til kamplyst

Da de første meldingene om en gryende epidemi nådde **Calle Almedal** og **Roy Carlegård** ble de først fortvilet. Men fortvilelsen ble snudd til kamplyst og ermene ble brettet opp.

Side 20



FOTO: ARNE WALDERHAUG

Fortsatt en finger med i spillet

Arne Backer Grønningsæter har pensjonert seg, men han greier ikke å sitte stille i gyngestolen. Han må fortsatt ha en finger med i spillet. Nå skal Fafo-forskeren gi oss mer kunnskap om hvordan det er å bli eldre og leve med hiv.

Tekst og foto: Arne Walderhaug

■ Arne Backer Grønningsæter
Født i 1951
Bosatt i Oslo
Pensjonist/forsker

Grønningsæter har stor erfaring med å forske på hiv og hivrelaterte temaer. Han var en medspillerne i både den første og den andre levekårsundersøkelsen om hiv i Norge, som ble gjennomført på oppdrag av HivNorge i 2001 og 2008/9. Og han leverte en forstudie om eldre og hiv i fjor. Disse dokumentene er noe alle interesserte fortsatt kan laste ned fra Fafos hjemmesider.

Forskeren, som både har vært fagforeningsleder og kirkepolitiker, var også styreleder i Landsforeningen mot Aids i årene før organisasjonene ble slått sammen med hivpositives egen organisasjon Pluss på slutten av nittitallet, til det som i dag heter HivNorge. Grønningsæter engasjerte seg i spørsmål om hiv og aids helt siden de første bekymrede meldingene kom tidlig på åttitallet. Det var omtrent samtidig som han kom ut av det berømte skapet. – Jeg ble

møtt med hiv på tre forskjellige fronter, sier han over en varm omelett og en kald, forfriskende Farris. – Som homo opplevde jeg at venner ble syke og døde, som fagforeningsstillsvalgt opplevde jeg (den ubegrunnede) frykten blant kolleger og med jobb i utekontakten blant stoffbrukere skjønte jeg at vi måtte tenke nytt i forhold til å begrense epidemien.

Da bartenderen fra Fredrikstad, Henki Hauge Karlsen, ble oppsagt fra jobben sin i 1985 fordi han hadde testet positiv, ble det rettsak. En aksjon, Henkiaksjonen, ble stiftet og Grønningsæter ble en naturlig del av den. Flere av hans venner var allerede smittet, og noen av dem var med på å starte Pluss. – Jeg har et bilde fra 40-årsdagen min, sier han. – Flere av deltakerne døde av aids. I 1987 redigerte han sammen med Turid Eikvam boka Aids og samfun-

net. Det var den første norske boka som tok opp sosiale og politiske sider ved hivepidemien, og et tidlig bidrag til å sette hivpositive menneskeretigheter på dagsordenen.

Men det politiske engasjementet begrenset seg ikke bare til hiv. Med sin utpregede rettferdighetssans var det naturlig å engasjere seg for mennesker som lider urett. Derfor ble det inntog både i solidaritetsarbeid for Palestina og antiapartheidarbeidet for endringer i Sør-Afrika.

Som sønn av en konservativ biskop kan enkelte kanskje derfor våge påstanden om at eplet har falt langt fra stammen. Men ikke helt. Han har også engasjert seg i kirkepolitisk arbeid, blant annet som medlem og senere leder av Oslo bispedømmeråd. Også Mellomkirkelig råd og Kirkerådet har nytt godt av hans engasjement og kunnskap, og han har markert seg som en



talsmann for homofile i Kirken. Han har også vært leder for International Federation of Social Workers' etikkomite. Med andre ord: en meget aktiv og engasjert herremann. – Jeg liker å organisere, sier han, kanskje et medfødt talent?

Grønningsæter er utdannet sosionom fra Diakonhjemmets sosialhøgskole og har en Masters fra North London University i Storbritannia. Etter noen år som leder av Norsk Sosionomforbund, senere Fellesorganisasjonen, begynte han som forsker ved forskningsinstitusjonen Fafo i 1995. Der har han innehatt forskjellige posisjoner, blant annet som avdelingsleder for internasjonal avdeling, leder for Sør-Afrika-kontoret og forskningsleder for velferdsforskning. Temaer som har stått sentralt for ham er barnevern, hiv/aids, LHBT og andre marginaliserte grupper. Han har levert to store rap-

porter om hivpositive levekår, og nå står altså eldre med hiv for døren. – Jeg er særlig stolt av levekårsundersøkelsene, sier han, de har definert for myndighetene hvordan det er å leve med hiv her i landet.

Selv om han har vært gift med samme mann i over tretti år, ble han likevel forelsket tidlig på 2000-tallet da han ble leder for Fafos Sør-Afrika-kontor. Men denne gangen var det landet og folket på sørpissen av det afrikanske kontinentet som han ble borte vekk i. Landet var ikke ukjent for ham, han hadde vært engasjert i antiapartheidbevegelsen siden syttitallet og besøkt landet sporadisk på nittitallet. Men nå resulterte forelskelsen i kjøp av en leilighet i en av forstedene til Johannesburg. – Her vil Olav og jeg tilbringe deler av pensjonisttilværelsen vår, sier han og titter ut på de snøfylte gatene utenfor Café con bar på Lilletorget i den

norske hovedstaden. – Leiligheten blir vår vinterstue, legger han til.

Og nå er det de eldre hivpositive tur. – Det finnes ingen forskning eller litteratur om dette temaet her i Norge, sier forskeren og legger til at det også er begrenset hva som finnes internasjonalt. Under aidskonferansen i Durban for to år siden lagde Grønningsæter en oversikt over hva som finnes om dette temaet. – Det er flere ting som er viktig å finne ut av, sier han. – Samspillet mellom hiv og andre ting som skjer med mennesker når man blir eldre, og ikke minst konsekvensene av å ha levd med hiv i svært mange år. Særlig de menneskelige og de sosiale konsekvensene er det viktig å finne ut av. Dette handler også om hvordan eldreomsorgen vil takle dette, og riktig kunnskap er viktig for politiske føringer, både kommunalt og nasjonalt, legger han til.

Et annet undervurdert tema han mener er viktig er at mennesker blir diagnostisert med hiv også i godt voksen alder. – Mange tror dette er noe som bare yngre folk får. Det er en myte at folk ikke har sex når de blir eldre, sier han. – Og så kan det være slik, poengterer han, at siden den medisinske utviklingen nå har kommet så langt kan det ofte skje at hiv bare blir en minimal del av livet til yngre hivpositive. Som han påpeker, har jo ikke dagens tyve- og trettiåringer opplevd frykten for å dø eller hatt nære venner som døde. – De psykososiale konsekvensene av å ha overlevd hivpidemien skal ikke undervurderes. – Det er et interessant og givende prosjekt på slutten av min karriere, avslutter forskeren.

Som altså også er deltidspensjonist. Og snart med rabatt på trikken.





FOTO: ØVIND EIDENATIONALTHEATRET

Engler i Amerika

Terje Strømdahl har en av hovedrollene som Roy Cohn, kanskje en av historiens mest usympatiske homoer og en mann som gikk MacCarthys ærend under den store kommunistjakten på 1950-tallet. 10. mars settes Tony Kushners maratonforestilling «Engler i Amerika» opp på Nationalteatret i Oslo.

Av Olav André Manum

Dette var et av de første store teaterstykkene som tok opp hiv og aids og homofile menns liv i sin fulle bredde og ble gjenstand for mange gjetord da det ble lansert 1991. Broadwaypremierer kom to år senere. Miniserieversjonen av verket fikk stor oppmerksomhet med verdensberømte skuespillere som Meryl Streep, Al Pacino og Emma Thompson i sentrale roller.

Forrige gang dette stykket ble satt opp i Oslo var på samme teater i 1994. Stykket er et bredt anlagt skuespill om hiv og aids i Amerika på midten av 1980-tallet i USA, men Kushner anvender både

historiske og fiktive personer i et stykke som også tar mål av seg til å drøfte helt grunnleggende religiøse og filosofiske spørsmål.

«Tusenårsriket nærmer seg» (del 1) og «Perestrojka» (del 2) foregår i Ronalds Reagans presidenttid, en tid preget av optimisme og fremtidstro. Dels handler stykket om hvordan aids rokker ved denne optimismen, og dels handler det om homofile menns levekår på denne tiden. Forfatteren fletter inn reelle historiske personer blant de fiktive. Det er et grep som gir fortellingen en slags realistisk «edge» og aktualitet. Det kan det saktens trenge, for Kushner blander også religiøse

og mystiske opplevelser med hallusinasjoner forårsaket av medisinbruk eller dop. Hva som er hva er ikke alltid så enkelt å holde rede på, men det gir et voldsomt spenn og perspektiv på handlingen og mye å tenke over for tilskueren.

Forfatteren har hatt store ambisjoner og bruker hiv/aids og homoseksualitet til å utforske de store spørsmålene i livet. Samtidig gir skuespillet et nokså realistisk bilde av homofile menns levekår på midten av 1980-tallet da USA ble ledet av en konservativ og nokså homofob president. Samtidig var likestillingskampen kommet et godt stykke på vei siden Stonewall i 1969.

Nå er vi i 2018. Det blir spennende å se hva tiden har gjort med stykket. Dette var før den antiretrovirale behandlingens tid. Hvilke perspektiver har endret seg, hvilke har blitt mer akutte?

Nationalteatrets oppsetning er i to deler. Delene kan sees hver for seg, på ulike dager eller man kan gå på en maratonkveld og se begge stykkene i sammenheng.

Foruten Terje Strømdahl bekler blant andre Nils Goldberg Mulvik, Hanne Skille Reitan og Bartek Kaminski sentrale roller.



Fire på e-posten:

Manglende kunnskap i offentlige etater

I de siste årene har vi sett en rekke eksempler på at folk i offentlige etater mangler oppdatert kunnskap om hiv – for eksempel både innen politi og helsevesen – og opptrer både stigmatiserende og diskriminerende overfor hivpositive på grunn av denne kunnskapsløsheten. Hva mener du myndighetene bør foreta seg i sakens anledning?



Liss-Tone Bakkehaug
Kirkens Bymisjon
Trondheim



Karin Valvik
hivaktivist og hivinformant



Roger Dybedahl
hivaktivist



Arne Valen
Kirkens Bymisjon
Haugalandet

Jeg opplever at vi generelt har en utfordring med at ny kunnskap ikke er gjort allment. Dette tenker jeg er samfunnsutfordring. Jo høyere forventning og håp om støtte, jo hardere treffer det oss hvis ikke vi blir møtt med forståelse og kunnskap. Denne bevisstheten må man jobbe med internt i ulike sektorer som møter mennesker. Myndighetene bør bruke sin mulighet til å ramme behovet for ny kunnskap inn i utdanning og sette tema på dagsorden i ulike etater. Vi i feltet må skape trygge rom for spørsmål og kunnskapsheving.

De ulike etatene bør hele tiden ha oppdatert kunnskap om hiv, smitterisiko og straffeloven. Det burde være helsemyndighetenes oppgave å sørge for at denne kunnskapen kommer ut til alle nivåer i etatene, men HivNorge kan være en viktig støttespiller. Dette vil ha en samfunnsopplysende effekt og også bidra til å redusere diskrimineringen av hivpositive.

I stedet for å kutte i bevilningene til medisiner burde politikerne sette av enda mer penger til det forebyggende hivarbeidet, samt sette opp en handlingsplan for å øke kunnskapen og kompetansen i de ulike hjelpeinstanser i helsevesenet og i offentlig sektor generelt.

Offentlige virksomheter bør først og fremst søke kunnskap om hiv før man går ut med advarsler. Smittevernleger i kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste skal formidle oppdatert kunnskap om smitte og behandling. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er statlige helsemyndigheter som gir oppdatert informasjon om hiv. Organisasjoner som HivNorge, Nye Pluss og «Aksept» gir førstehåndskjennskap om hvor risikofritt livet med hiv er når man går på moderne behandling. Lokale virksomheter i Kirkens Bymisjon og andre som jobber i kontakt med hivpositive bør være proaktive og tilby dialog og kunnskapsformidling.

Vedtak med uante konsekvenser

I desember 2016 vedtok Stortinget den såkalte Prioriteringsmeldingen eller Stortingsmelding 34 som innfører en ny finansieringsordning for hivmedisiner. Hensikten er å spare penger og tvinge den farmasøytiske industrien til å kutte prisene på medisinene.

Av Olav André Manum

Vedtaket vil slik HivNorge ser det få store konsekvenser for hivpositive levekår. Endringen er realisert gjennom årets statsbudsjett og dermed virksom fra 1. januar.

Det er flere elementer i vedtaket som gir grunn til bekymring: For det første skal betalingen for medisinene overføres fra Folketrygden og til sykehusene. Dermed blir det trange sykehusbudsjetter som skal finne plass til å betale for hivmedisinene til hver enkelt pasient. For å gjøre dette billigst mulig kan sykehusene bli tvunget til å hente frem eldre og billigere medisiner og ikke det beste og nyeste som er tilgjengelig på markedet. Det får konsekvenser for pasientenes livskvalitet.

GAMMEL MEDISIN

– Flere pasienter har meddelt oss at de har fått beskjed fra sine infeksjonsleger om at de må belage seg på å gå bort fra én kombinasjonsspill per dag og tilbake til to eller tre piller, opplyser generalsekretæren i HivNorge Anne-Karin Kolstad.

I dag har vi tilgjengelig seks forskjellige én pille-regimer. De fleste som lever med hiv, bruker en av disse daglig. Det er enkelt, det er sikkert, det holder folk friske og sørger for at hivpositive bidrar til smittevernet overfor resten av samfunnet. Infeksjonsleger og fagmiljøer har vært enige om at én pille-regimet har vært det man anbefaler og ønsker at flest mulig som lever med hiv skal stå på dette fordi man ser at det er enkelt og sørger for god etterlevelse av pasienten. Dermed hindres videre smitte. Dette har vært en av suksessfaktorene i norsk hivbehandling og en viktig årsak til at vi i dag ikke har flere hivpositive i Norge.

GAMBLER

Stortinget har pålagt sykehusene å spare tju million kroner innenfor den legemiddelgruppen hivlegemidler ligger (og utgjør 74 prosent av). Det skal blant annet gjøres ved at innkjøp av hivmedisiner skal ut på anbud. Kolstad frykter at dette vil gi et langt dårligere medisinsk tilbud. Piller som er vanske-

ligere å skjule om man ikke ønsker at andre skal vite om ens hivstatus, piller som er vanskeligere å ta inn og piller som kan gi bivirkninger. Alt dette vil svekke den enkeltes evne til etterlevelse. – Det kan få store samfunnsmessige konsekvenser i form av økt smittepress og flere smittede samt økt resistens, og det var vel ikke meningen, spør Kolstad.

DÅRLIGERE LIVSKVALITET

Styreleder Leif-Ove Hansen sier i denne sammenhengen at dette tiltaket kan bety slutten for den norske HIV-suksessen hvor 95 prosent av alle hivpositive er på behandling og dermed ikke smittsomme. – Vi som lever med hiv blir bedt om å vise solidaritet for å spare penger for samfunnet, ved å bytte fra gode og vellykkede medisinregimer til medisinregimer som gir oss dårligere livskvalitet. Dette blir en tilleggsbelastning til det å leve med hiv, sier han.

Parolen ser å til å være billig og godt nok. Hivpositive får lavere livskvalitet, men helsenorge sparer penger.

Men gjør vi det? Hansen mener nyordningen vil øke arbeidspresset på sykehusene, vi vil få flere hivpositive som må på behandling, bytte av medisiner, og kanskje nytt bytte på grunn av bivirkninger kan medføre en karusell av konsultasjoner og bytter som heller ikke virker besparende, og fastlegene kan ikke lenger skrive ut resept på hivmedisiner, det må en infeksjonslege gjøre ... – Og slik kunne man fortsette med å ramse opp uheldige følger – både medisinske og økonomiske – av en lite gjennomtenkt reform, sier Hansen.

MERKNAD

HivNorge har fått med en merknad i stortingsmeldingen om at smittevernet skal veie tyngst, men synes ikke dette blir tatt hensyn til. – Vi synliggjør at vi mener, blant annet gjennom denne merknaden, at dette stortingsvedtaket er i strid med smittevernloven, sier generalsekretær Kolstad. Loven slår utvetydig fast at myndighetene ikke kan nekte behandling med en påvist allmenfarlig smittsom

” Økt smittepress
og flere smittede var
vel ikke meningen ...

Anne-Karin Kolstad
Generalsekretær HivNorge

sykdom på grunn av manglende budsjetter. Kolstad sier hun i det lengste håper at legene vil sette pasienten først, men konstaterer også at deres spillerom for å gi hver enkelt pasient den best mulige behandling er sterkt redusert.

KOMPLISERENDE FAKTOR

En annen kompliserende faktor er at det ifølge stortingsvedtaket nå også kun er infeksjonsleger som kan skrive ut resepter på hivmedisinene PrEP og PEP, altså en hastekur for å motvirke en hivinfeksjon, for eksempel etter en voldtekt. Fastlegene har mistet retten til å skrive ut resepter for disse medisinene. Systemet blir dermed mer tungrodd, og ordningen gir et betydelig ekstraarbeid for infeksjonslegene, men det rammer også pasientene. Et voldtektsoffer ville for eksempel ikke kunne få PEP uten en resept fra en infeksjonslege. Slike situasjoner er det nå gitt dispensasjon for, men også mennesker som ønsker å bruke forebyggende hivmedisin vil være utsatt og blant annet risikere betydelig lengre behandlingstid. Dette

vil øke smittepresset, og vi risikerer å få flere nysmittede som kunne ha vært unngått.

IKKE NOK PENGER

En annen utfordring, for å si det forsiktig, er det ikke er bevilget nok penger frem til anbudsprosessen er avgjort, og beregningene er basert på tall fra 2016. Det er ikke tatt høyde for de om lag 200 nye hivtilfellene som ble registrert i 2017, og som nå er satt på medisinerings.

– Myndighetene er dermed allerede på etterskudd, hevder Kolstad og legger til at dette ikke bidrar til å opprettholde et forsvarlig medisinsk regime som tilfredsstillers lovens krav om smittevern.
– Vi håper at infeksjonslegene over hele landet blir med oss i kampen for å sikre hivpositive de beste medisinene og den beste behandlingen og på den måten også bidrar til å gi landet best mulig smittevern.

Saken fortsetter på de neste sidene. >>



12.11.2014

Prioriteringsutvalget, ved utvalgets leder Ole Frithjof Norheim, overrakte rapporten "Åpent og rettferdig – prioriteringer i norsk helsetjeneste" til helse- og omsorgsminister Bent Høie.

4.02.2016

Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen "Riktig bruk – bedre helse" ble vedtatt av Stortinget.

29.11.2016

Stortingsmelding 34 (2015–2016) – Verdier i pasientens helsetjeneste – ble vedtatt av Stortinget. Finansieringen for hivmedisiner skal overføres fra Folketrygden og til sykehusene.

21.11.2017

Spesialistgruppa har sitt første møte. Spesialistgruppa skal gi råd om sykehusenes hivmedisininnkjøp.

Desember 2017

Statsbudsjettet 2018 lagt frem 6.10.2017 og vedtatt i desember 2017. Her ble detaljene i den nye finansieringsplanen vedtatt.

– Vil undergrave smittevernet

HivNorge har kjempet en ensom kamp i tre år for å forhindre at den såkalte Prioriteringsmeldingen blir vedtatt i Stortinget og dermed også blir offisiell norsk politikk. Det har vært lite støtte å hente blant politikere og ikke minst leger.

Av Olav André Manum

Etter at Stortingsmelding 34 ble vedtatt av et enstemmig storting for drøyt ett år siden, begynner realitetene langsomt å gå opp for folk. Hivpositives levekår forringes og sågar smittevernet står i fare.

Styreleder Leif-Ove Hansen i HivNorge mener konsekvensene av den nye politikken kan bli katastrofale: – Stortinget har vedtatt et statsbudsjett med for lite penger til hivlegemidler som er i strid med smittevernloven, begynner han. – Det må komme mer penger i forbindelse med revidert statsbudsjett, hvis ikke er det krise!

Hansen hevder at vedtaket er gjort på feil grunnlag. Beløpet som er brukt for å regne ut hva behovet er for medisiner er for lavt, mener styrelederen. – Dermed blir også sluttbevilgningen

feil. Som om ikke det er nok, skal en spesialistgruppe – hvor HivNorge har observatørstatus – forberede en anbudskonkurranse for hivmedisiner. Medisinene blir sett på som for dyre, og dette er et grep myndighetene tar for å få industrien til å senke prisene.

– Det betyr at Stortinget har forskuttert en innsparing som man overhodet ikke kan være sikker på vil komme. Dessuten er det ikke bevilget penger til å sikre hivmedisinering inntil anbudsrunden er gjennomført. Hvor skal disse pengene komme fra, spør Hansen en smule oppgitt.

Hansen ser en rekke komplikasjoner, ikke bare for hivpositive og deres liv, men også for samfunnet som helhet, på grunn av denne endringen. – Mange infeksjonsleger hevder for eksempel at det ikke er flere bivirkninger ved å gå tilbake til eldre medisiner. Det stemmer ikke ifølge våre rapporter.

– Eldre medisiner kan gjøre etterlevelse problematisk blant annet på grunn av bivirkninger og strammere tidsrammer for inntak av medisinene. Det betyr at etterlevelse blir vanskeligere med de konsekvenser dette har for å være smittefri og for resistensrisiko. Dessuten vil flere piller daglig gi

mer plunder og heft og redusere motivasjonen for etterlevelse. Dette er også et bidrag til å undergrave smittevernet.

– Vi frykter at enkelte pasienter vil nekte å gå over til billigere anbudsmedisiner. Hva vil skje da? Skal man tvinge pasienter over på dårligere behandling og derav følgende forringet livskvalitet? Hva vil skje om pasientene mister tilliten til sine leger? Legene må, ifølge Hansen, tenke på budsjetter og kroner og øre før de tenker på pasienten. Har man i det hele tenkt på konsekvensene av dette i innsparingsfeberen som stortingspolitikkerne ser ut til å være besatt av? Det er altfor mange ubesvarte spørsmål i denne saken til at vi har tillit til at vedtaket fungerer til hivpositives beste, slår Hansen fast.

– Og har man vurdert kostnadene i forbindelse med flere legekonsultasjoner og flere blodprøver for å sjekke om nye medisiner fungerer, undrer Hansen videre. – Har man virkelig regnet på hva innsparingene vil bli om man tar med alle kostnadene. Vi har ingen følelse av at man har vurdert alle kostnader i forbindelse med en slik omlegging i det hele tatt!

Styrelederen og hivaktivisten er også skuffet over infeksjons-



FOTO: ARNE WALDERHAUG

” Stortinget har forskuttert en innsparing som man overhodet ikke kan være sikker på vil komme.

Leif-Ove Hansen
styreleder HivNorge

legene som han mener har hatt en naiv innstilling til forslagene i Prioriteringsmeldingen. Hansen mener at legene blåøyd har lent seg tilbake og trodd at de kunne velge den til enhver tid beste løsningen for sine pasienter. Det kan de altså ikke. I tillegg vil infeksjonslegene og infeksjonsavdelingene få en god del merarbeid ved at det bare er infeksjonslegene

01.01.2018

Den nye finansieringsordningen trer i kraft.

16.02.2018

Sykehusinnkjøp utlyser anbudet.

01.09.2018

Anbudsvinneren er klar.

2019-2020-2021

?

som nå har rett til å skrive ut resepter på hivmedisiner. Bortsett fra i enkelte tilfeller har ikke fastlegene denne retten. Det vil måtte medføre ekstrarbeid for sykehusene. Merarbeid som sykehusene ikke vil få betaling for, hevder Hansen. Dispensasjoner er riktignok ordnet for voldtektsofre som må få PEP og utsatte som ønsker seg PrEP. – Men hvorfor har ingen leger skreket opp om disse spørsmålene før vedtaket ble gjort, undrer Hansen.

Styrelederen bedyrer at HivNorge kommer til å kjempe videre for å sikre hivpasienter den best mulige behandling. Men han hadde satt pris på et økt engasjement fra infeksjonslegene. – Vi skal jobbe, blant annet gjennom Spesialistgruppa, for å synliggjøre hva dette betyr for oss som er hivpositive og for samfunnet som helhet. Økt engasjement fra infeksjonslegene ville styrke oss i vår argumentasjon.

Politikerne mener at anbudsrundene om hepatitt C-medisiner gir bedre behandling for pasientene, og mener det er et argument for at nyordningen også vil fungere for hivpositive. – Men

er de to pasientgruppene egentlig sammenlignbare, spør Hansen. – Hivpositive er en kronisk pasientgruppe som skal ta medisinerne resten av livet. Hepatitt C-pasienter blir friske etter å ha gjennomført sin behandling. Og legemiddeldindustrien hadde alt å vinne ved et anbud på en pasientgruppe på 40 000, ikke bare 4 000 som gruppen hivpositive utgjør.

– Og hva med anbud hvert år, hva om hivpositive må bytte medisiner hver gang en annen tilbyder vinner anbudet. Hva skjer da? Og vil nyvinningene, de nye og bedre medisinene komme inn i dette systemet, medisiner som gjør livet til vår gruppe enklere og bedre?

– Dersom medisiner for hivpositive må gjennom anbuds- og prioriteringsmølla vil vi bli en B-gruppe satt opp mot andre pasienter. Vi vil ikke ha en sjanse, men vil bli nedprioritert. Vi er som gruppe ikke mange nok til å ha politisk innflytelse til å endre systemet. Her settes ikke pasientens interesser i førersetet, man tror alt kan spares inn. Dette er et slikt tilfelle, mener Hansen.



Frykt og usikkerhet

Hivaktivist og hivpositive Roger Dybedahl frykter konsekvensene av Prioriteringsmeldingen på to ulike nivåer: På det personlige planet i form av lavere livskvalitet, og på det samfunnsmessige planet i form av dårligere levekår for hivpositive generelt og for dårligere smittevern for samfunnet som helhet.

Av Olav André Manum

Dybedahls infeksjonslege har gitt beskjed om at han må regne med å gå tilbake til medisiner han har brukt tidligere. Enten en kombinasjon som vil bestå av to piller eller en kombinasjon av tre piller. Begge ga ham plagsomme bivirkninger, men var for så vidt til å leve med. – Men flere bivirkninger gir lavere livskvalitet, sier han litt oppgitt.



Det er imidlertid flere ting som bekymrer Dybedahl i forbindelse med at Stortinget i fjor vedtok å spare penger i helsesektoren ved å overføre kostnadene for hivmedisiner fra Folketrygden til sykehusene hvor pasientene behandles. Dybedahl fryser av innsparingsplanene: – Penger til hivmedisiner er lommerusk i den store

sammenhengen, mener han, og vi kan nesten merke heftigheten i sinnet over telefonen fra Halden hvor Dybedahl bor. – Og det spørs om forsøket på å spare penger ikke vil medføre omkostninger for samfunnet som snart vil overstige innsparingene.

Hivaktivisten fra Halden frykter altså at omleggingen vil få negative konsekvenser for ham personlig. Dersom han må bytte tilbake til billigere og eldre medisiner som han har brukt før, vil han få merke bivirkninger. Legen hans har bedt ham om å forberede seg på et bytte. – Det var jo på grunn av bivirkninger jeg byttet til nye, forteller han. – Hvis jeg nå må bytte tilbake igjen, vil jeg få flere helsemessige plager og dermed forringet livskvalitet. Dessuten er de tre pillene jeg eventuelt må ta på størrelse med legoklosser. Det gjør dem ekstremt vanskelig å svelge, sier han.

Flere bivirkninger er ikke det eneste Dybedahl frykter. Han undres på hva det rent praktisk vil si å sette medisinkjøpet ut på anbud fra myndighetenes side. Kan han risikere å måtte bytte medisiner hvert år dersom andre medisiner blir billigere enn de han til enhver tid bruker? Det blir en usikkerhet som det vil være tungt å leve med, synes han. En slik usikkerhet gjøres verre av at Dybedahl også bruker andre medisiner. Det er en kjent sak at enkelte andre medisiner ikke passer sammen med enkelte hivmedisiner og omvendt. Interaksjonsproblematikken, altså hvordan enkelte medisiner påvirker hverandre i ofte negative eller direkte farlig retning, blir aktualisert gjennom den nye betalingsordningen.

>> Se også legespalten side 32–33 og kommentar side 34.

Stadig utsatt for smittefrykt

Mennesker som lever med hiv opplever stadig å bli diskriminert i ulike situasjoner og sogar nektet behandling i helseinstitusjoner – både private og offentlige. Begrunnelsen er ofte smittefrykt basert på utdatert kunnskap. Noe må gjøres, mener HivNorge.

Av Olav André Manum

Før jul kunne vi i flere aviser lese om en utenlandsk sexarbeider i Haugesund som ble bortvist fra Norge. Under avhør med politiet kom det frem at mannen var hivpositiv, men hadde gått på medisiner i lengere tid. Politiet å valgte gå bredt ut for å advare om smittefare gjennom en pressemelding. «Vi vurderer ham som en potensiell smittebærer», uttalte politiet i mediene, og la til at han hadde opptrådt i kvinneklær.

SKREMSELSPROPAGANDA

I et krast motsvar til Haugesundspolitiets pressemelding angrep HivNorge ordensmakten for å drive med stigmatiserende feilinformasjon og skremselpropaganda. All medisinsk forskning på området slår fast at en hivpositiv på vellykket behandling ikke er smitteførende. Interesseorganisasjonen for hivpositive fikk støtte også fra smittevernlegen i Haugesund. Generalsekretæren i HivNorge, Anne Karin Kolstad,

mente politiets uttalelser rammet Norges rundt 4 000 hivpositive på en stigmatiserende og diskriminerende måte.

ARROGANSE

Omtrent en måned tidligere skriver en anonym kronikkforfatter i Aftenposten at helsevesenet er preget av gammeldagse holdninger og skremselpropaganda fra 1980-tallet i sin omgang med hivpositive pasienter. Vedkommende hevder at hivpositive fortsatt utsettes for frykt og derav følgende diskriminerende smitteverntiltak fra helsepersonells side. Tar man til motmæle og viser til at hivpositive pasienter på vellykket behandling ikke er smitteførende, møtes man med arroganse og argumentene blir bryskt avvist. Den anonyme skribenten hevder også at hen to ganger har fått problemer med å få gjennomført operasjoner på grunn av sin positive status. Begge gangene ble hen avvist på meningsløst grunnlag, først på Ul-

levål sykehus i Oslo, og senere på privatklinikken Volvat. Sistnevnte har senere beklaget hendelsen og sørget for at denne pasienten fikk den nødvendige behandlingen.

IKKE PÅ TALE

I en tidligere utgave av Positiv skrev vi om «Fredrik» som ble forelagt et skjema han måtte underskrive på da han ville gjennomføre en piercing. Her måtte han forsikre om at han ikke hadde smittsomme sykdommer som hiv eller gonoreé. Begrunnelsen var smittefrykt. Rasjonell argumentasjon om null smitterisiko nådde ikke frem, og diskusjonen foregikk på studioets venterom hvor det også satt andre kunder.

Et annet av HivNorges medlemmer ble for en stund siden nektet å få utført en grå stør-operasjon på en privat øyeklinikk i Oslo. Begrunnelsen var at siden han var hivpositiv ville det kreve mer omfattende smitteverntiltak enn klinikken var i stand til å

gjennomføre. En annen årsak, hevdet klinikken, var at utstyret som skulle brukes til operasjonen ikke tålte desinfeksjonsmidlene som måtte anvendes for å unngå at utstyret ble hivinfisert. Å gjennomføre operasjonen på klinikken kom derfor ikke på tale. Også dette medlemmet er på vellykket behandling og dermed smittefri. Klinikken henviste til at Oslo universitetssykehus Ullevål ville være i stand til å gjennomføre operasjonen. Det var også her han fikk gjennomført det nødvendige inngrepet. Pasienten selv er ikke i tvil om at operasjonsavslaget bunner i manglende kunnskap og mangelfull medisinsk oppdatering.

NEKTET Å FLY

Det er faktisk ikke bare i helsevesenet det står dårlig til, og slettes ikke bare her i landet. Flyselskapet Turkish Airlines, som også flyr på Norge, nektet en passasjer å reise fra Edinburgh til Egypt. Da 38 år gamle Peter Finlay skulle

– Kunnskap er et middel til å bearbeide frykten, og det må vi bruke i større grad, sier operativ leder for kirurgiske disipliner Inger Louise Paulsen ved Volvat i Fredrikstad.



sjekke inn i Edinburgh ble han spurt om han hadde noen medisiner med seg. Det bekreftet han og ble avkrevd et svar på hva slags sykdom han hadde. Da personalet fikk vite at det handlet om hiv, ble han nektet ombordstigning og personalet hevdet at sykdommen var smittsom og utgjorde en risiko for andre passasjerer. Da Finlay nektet og forklarte at han var smittefri, ble han avkrevd en legeerklæring som bekreftet påstandene hans og at han var i stand til å fly rent helsemessig. Det tok mer enn fire uker før Turkish Airlines refunderte billetten hans.

SIKKERHET

Det britiske lavprisselskapet EasyJet tenker annerledes. Dette meldte BBC i desember i for. Flyselskapet tilbød en skotsk mann plass på sin pilotutdanning. Mannen hadde tidligere fått forsikringer fra britiske luftfartsmyndigheter om at en positiv hivstatus ikke ville utgjøre noe problem, og at

han uten problemer ville kunne få det helsesertifikatet som bekreftet at han var ved god helse og fysisk i stand til å takle livet som pilot. Da han søkte om sertifikatet var tonen brått endret. Civil Aviation Authority avviste søknaden hans, og han vil derfor ikke kunne få den nødvendige helseerklæringen.

BURDE VITE

Enkelte burde strengt tatt vite bedre. Tidligere i år ble en ung homofil mann nektet adgang på nattklubben GAY Late i London fordi han var hivpositiv og hadde med seg medisiner da han skulle besøke klubben. Ifølge det britiske nettstedet Metro News har dette ført til at flere av Storbritannias ledende hivorganisasjoner har krevd at ansatte på barer og klubber landet over øker kunnskapen om hiv og medisiner, smittemåter og hva det betyr å være på vellykket behandling.



På skolebenken

Da Volvat Medisinske Senter i Fredrikstad tilbød en pasient en behandling som ble opplevd som sterkt diskriminerende, satte klinikken kunnskap om hiv og hivpositive på dagsordenen blant sine medarbeidere. Hensikten var å unngå liknende episoder i fremtiden.

Av Olav André Manum (tekst og foto)

For kort tid tilbake trådte klinikken i baret. En pasient fikk et behandlingstilbud som ble opplevd som sterkt diskriminerende og pasienten ble rasende. Det ble nærmest en offentlig konflikt, men Volvat ønsket ikke å gi slipp på pasienten. Klinikken tok initiativ for å vinne pasienten tilbake. De ønsket at vedkommende skulle føle seg trygg og ivaretatt som menneske og pasient. Samtidig satte klinikken kunnskap om hiv og hivpositive på dagsordenen blant sine

medarbeidere. Hensikten var å unngå at fremtidige hivpositive pasienter skal føle seg diskriminert og utsatt for alvorlig forskjellsbehandling. Ressurser for å bekjempe frykten for hivsmitte i egne rekker gjennom oppdatert kunnskap ble satt inn.

– I utgangspunktet forsøker vi å behandle alle pasienter likt, og vi har smitteverntiltak og rutiner for å gjennomføre disse som gjelder for alle pasienter. Men da vedkommende pasient opplyste om hivpositiv status, glapp >>>



– Men det er viktig og riktig for oss og andre å ha en pasientorganisasjon som HivNorge med på laget, slik at sykehuspersonalet kan få møte mennesker som lever med hiv i trygge og ikke minst opplysende sammenhenger, sier Inger Louise Paulsen ved Volvat i Fredrikstad.

det, forklarer operativ leder for kirurgiske disipliner Inger Louise Paulsen. Pasienten skulle få operasjonstid sist på dagen og ville bli belastet med en ekstra kostnad for smittevask.

Paulsen unnskylder klinikken med at mennesker frykter det ukjente og det vi ellers ikke vet noe om. Da det er få som lever med hiv her i landet, er det også få i helsevesenet som møter åpne hivpositive. – Livet med hiv er blitt så bra at hivpositive er usynlige. Paradoksalt nok fører det til uvitenhet og diskriminerende situasjoner, slår hun fast. – Det gjorde det altså i vårt tilfelle.

Pasienten reagerte og konflikten eskalerte. Paulsen ville ivareta både egne medarbeidere og skape trygghet hos dem, samtidig med å skape nok trygghet til at pasienten følte seg godt ivaretatt, både som medmenneske og pasient. – Pasienten hadde opplevd diskriminering innenfor helsevesenet tidligere og var

lei, frustrert og redd. Samtidig har jo medarbeiderne her krav på oppfølging og trygghet. Vi må se alle menneskene bak konflikten om vi skal få et positivt resultat.

Svaret for Paulsen var å hente inn ny kunnskap for å få bekreftet påstandene om smittefrihet som pasienten hadde kommet med. Ny kunnskap skulle skape trygghet hos hennes medarbeidere. Og hun gjorde selv sitt for å lese seg opp på hvordan det er å leve med diagnosen.

Kunnskapshevingen begynte med diskusjoner. Klinikken fikk satt ny medisinsk kunnskap om hiv på dagsordenen. De ansatte og lederne erkjente at om de skulle få bukt med egne fordommer og egen redsel, måtte de skaffe seg ny kunnskap og holde seg oppdatert. Derfor søkte man eksperthjelp. Denne kom fra kilder medarbeidere ved Volvat var kjent med, hadde erfaring med og ikke minst hadde tillit til. Dette

handlet blant annet om infeksjonsavdelingen på Ullevål, smittevernlegen i Fredrikstad, hygienesykepleier hos Volvat og operasjonssykepleiere som hadde bred erfaring med smittevern. I tillegg søker ledelsen og medarbeiderne å ha hiv på dagsordenen med jevne mellomrom, gjennom faglige diskusjoner og personalmøter. Klinikken tok seg tid til skoling. – Det fungerte og fungerer fortsatt, slår Paulsen fast.

– Overfor pasienten som satte i gang denne prosessen, var det mitt uttalte mål å få vedkommende til å føle seg trygg nok til å komme tilbake og på å bli ivaretatt på lik linje med andre pasienter.

Det gikk med en del runder og samtaler. Pasienten aksepterte Paulsen forslag om videre behandling. Selve operasjonen ble lagt midt på dagen som nummer tre av fem operasjoner, og pasienten ble lagt på vanlig postoperativ sammen med andre. Smitteverntiltakene ble gjennomført

med middelet «Life Clean» som klinikken også bruker i forbindelse med tiltak for andre pasienter.

– Pasienten ble frisk og uttalte senere at til tross for en vanskelig start ble møtet med Volvat alt i alt en god opplevelse. Paulsen er svært glad for at saken løste seg til det beste for alle parter.

Paulsen erkjenner imidlertid at helsevesenets kunnskap på dette området må oppdateres om man skal få bukt med problemet og oppfordrer de ulike sykehusene, i samarbeid med helsemyndighetene, til selv å ta tak og sette saken på dagsordenen. Bare da kan man få redusert problemet i stor skala.

– Men det er viktig og riktig for oss og andre å ha en pasientorganisasjon som HivNorge med på laget, slik at sykehuspersonalet kan få møte mennesker som lever med hiv i trygge og ikke minst opplysende sammenhenger.

HivNorge hjelper gjerne til

Kunnskapene om hiv og smitteveier i befolkningen har ikke holdt tritt med den medisinske utviklingen. Til og med helsepersonell har utdaterte holdninger. Dette må myndighetene gjøre noe med, mener HivNorge.

Av Olav André Manum

HivNorge mener helsemyndighetene må komme på banen og ta tak i utfordringene som mangelen på kunnskap i helsevesenet skaper i hivpositive hverdag. Organisasjonen krever innsats og hjelper gjerne til.

Statssekretær Maria Jahrmann Bjerke (H) har dette å si om kunnskapsmangelen og hva man kan gjøre for å bedre situasjonen: "Helsetjenesten og helsepersonell skal møte sine pasienter med åpenhet og oppdatert kunnskap. De fleste hivpositive følges opp på en god måte i helse- og omsorgstjenesten, men dessverre er det fortsatt eksempler på manglende kunnskap blant enkelte og kanskje særlig utdatert kunnskap om risiko for smitte. Oppdatert kunnskap om hiv, smitterisiko og vellykket behandling er en forutsetning for å forebygge stigma og sikre likeverdige tjenester. Både helsetjenesten, helseforvaltningen og frivillig sektor må jobbe

sammen for å øke kunnskapen. Kommunene og sykehusene har som arbeidsgiver et ansvar for å sikre at ansatte har nødvendig kompetanse og informasjon til å møte pasientene på en kunnskapsbasert og omsorgsfull måte. Helsepersonell har i tillegg et selvstendig ansvar for å være faglig oppdatert. Helsedirektoratet forvalter en egen tilskuddsordning rettet mot hiv og seksuelt overførbare infeksjoner på omtrent 23 millioner kroner som skal bidra til at kunnskapen om det å leve med hiv øker."

PARADOKS

Det er et paradoks at myndighetene på 1980-tallet klarte å beskytte Norge gjennom store kampanjer rettet mot den generelle befolkningen. Disse kampanjene bidro sannsynligvis til å holde smittetallene nede, men dessverre skapte de også holdninger som bidro til å stigmatisere hivsmittede og en frykt for smitte som det ikke er

grunnlag for.

Konsekvensene av denne frykten lever hivpositive med fremdeles, og de møter diskriminering både i befolkningen og i offentlige etater som eksemplene over viser med all mulig tydelighet. Holdningene har ikke holdt tritt med den medisinske utviklingen som nå har kommet så langt at hivpositive på vellykket medisinsk behandling ikke er smitteførende.

VIKEMIDLER

Arbeidende styreleder i HivNorge Leif-Ove Hansen mener det er på tide at myndighetene på nytt tar i bruk virkemidlene fra 1980-tallet og gjennom store kampanjer opplyser folk og helsevesen om at åpne, velbehandlete hivpositive ikke vil smitte noen som helst. – Myndighetene hevder at store, offentlige kampanjer ikke har noen effekt. Det er jeg uenig i. Det ville bringe kunnskap ut til folk flest og til behandlingsappara-

tet. Kanskje folk ikke ville tro det myndighetene forteller dem, men i så fall ville mange bli inspirert til å søke kunnskap selv. Det vil heve kunnskapsnivået og redusere frykten og stigmaet. Spørsmålet er vel heller om myndighetene ønsker å prioritere levekår for en så liten gruppe?

– Vi tror dette vil gi ny basis-kunnskap hos folk flest, og bedre levekår og senkete skuldre for hivpositive flest, fortsetter Hansen. Kunnskapene vi ser i offentligheten baserer seg i beste fall på den kunnskapen vi så i begynnelsen av dette århundret: – Vi stiller som et klart krav til myndighetene at de i det minste følger opp sin egen helseplan Snakk om det fra 2016. Der står det svart på hvitt at "selv om leveutsiktene er dramatisk forbedret, er det fortsatt utfordringer knyttet til diskriminering, stigmatisering og selvstigma (at samfunnets stereotyper og stigmatisering av en gruppe blir en del av individets identitet og

FOTO: ARNE WALDERHAUG



– Holdninger blant helsepersonell i Oslo viser at det er mye igjen å ønske seg med hensyn til oppdatert kunnskap om hiv, sier styreleder Leif-Ove Hansen i HivNorge.

selvforståelse) hos personer som lever med hiv. Dessverre er det også eksempler på manglende kunnskap om hiv i helse- og omsorgstjenesten, og kanskje særlig utdatert kunnskap om risiko for smitte. Oppdatert kunnskap om hiv, smitterisiko og vellykket

”

Burde ikke offentlige etater snakke mer sammen? Mange ubehageligheter kunne vært unngått om de var flinkere til nettopp det.

*Leif-Ove Hansen
styreleder HivNorge*

behandling er en forutsetning for å forebygge unødvendig stigma og sikre likeverdige tjenester.”

SKJER INGENTING

– Hittil har det ikke skjedd noe som helst på dette området. Nå er det på tide at myndighetene tar seg selv på alvor, krever Hansen. – Derfor får vi fortsatt tilfeller som politisaken i Haugesund og diskriminering på tannlegekontorer og legekontorer.

Hansen hevder at myndighetene i andre land har drevet med store kampanjer. Poenget er at budskapet må være klart og uten reservasjoner. I USA har man for eksempel gått ut og sagt at «undetectable equals uninfected» (ikke målbare virusmengder er lik smittefrihet). – Noe slikt sier ikke alltid helsepersonell her til lands, mener Hansen. – Her er det fremdeles masse reservasjoner og budskapet er som oftest at det sikreste er kondom. Det kan selvsagt være ok, men det forklarer ikke

noe om hvordan livet, inkludert seksuallivet, til hivpositive, kan arte seg i dag: Risikofritt!

INFORMANTROLLE

HivNorge er må være beredt til å påta seg en informantrolle overfor det offentlige. Oslo kommune hevder at de har en beredskap for eldre hivpositive som er god nok. – Men holdningene blant helsepersonell i Oslo viser at det er mye igjen å ønske seg med hensyn til oppdatert kunnskap om hiv. I tillegg til undersøkelser om holdninger i arbeidslivet, har vi mye anekdotisk materiale som bekrefter dette, sier Hansen. HivNorge er beredt til å gjøre en innsats: – Likepersoner bør komme inn og snakke med helsepersonell. Vi kan etablere systemer for denne typen opplysning gjennom våre nettverk. Vi kan være det ressurscenteret myndighetene kan bruke for å få dette til, understreker Hansen. – Det finnes penger i kommunene til slikt

arbeid, hevder han, det skorter bare litt på viljen. Men når det gjelder store, offentlige kampanjer må vi gå til departementet eller Helsedirektoratet. Det er bare de som har økonomiske muskler til å gjennomføre noe slik.


– Og dessuten, sier Hansen en smule oppgitt, burde ikke offentlige etater snakke mer sammen? Mange ubehageligheter kunne vært unngått om de var flinkere til nettopp det. I Haugesund sendte politiet for eksempel over en melding til smittevernlegen om at de hadde arrestert en sexarbeider og funnet hivmedisiner i vedkommendes eie. Burde ikke smittevernlegen da tatt en telefon til politiet og sagt at dersom sexarbeideren var på medisiner var det ingen smittefare?

Bestill resept- medisin på nett

Vi leverer alle varer diskret innpakket.
Reseptvarer får du gratis levert til
post-i-butikk. Du kan også få
faste leveranser. Se mer her:
**[www.komplettapotek.no/
abonnement](http://www.komplettapotek.no/abonnement)**

Spørsmål?

Kontakt farmasøyten på
telefon 33 00 58 80 eller chat.
Åpent 9.00-16.00.



Lave priser
Diskret handel
Rask leveranse





Kvinner og barn ved et rehabiliteringssenter for mennesker som er ofre for menneskehandel i Nepal, laget en rød sløyfe i forbindelse med markeringen av verdens aidsdag i Kathmandu i desember i fjor. Foto: Narendra Shrestha/EPA/Scanpix/NTB.

Uten engasjementet og intensiteten til Calle Almedal og støtten fra hans ektemann Roy Carlegård kan det godt tenkes at kampen mot hivepidemien i Norge hadde sett annerledes ut. Da de første bekymrede meldingene kom fra USA tidlig på åttitallet om en merkelig sykdom som rammet homoseksuelle menn, var de sammen med venner klare for å brette opp ermene. Her måtte det jobbes.

Fra fortvilelse til kamplyst

Kreften har tatt et godt tak på kroppen og den en gang så røslige Calle Almedal har gått ned til 52 kilo. Men han har verken tapt slagkraften eller humøret. «I'm still a bitch!» proklamerer han og ser ut som om han mener det, til tross for at smilet alltid ligger på lur: – Min gode venn Ralph sier at jeg er den søtste bitchen han vet om! sier Calle med et stor smil – og Roy er enig.

Vi møtes på et sykehus i Genève hvor Almedal er lagt inn for sjekk og kontroll etter å ha følt seg dårlig noen dager. Vi har grudd oss litt, fotografen og jeg, for Almedal har forespeilt oss at han ikke ser bra ut. Det oppleves som en liten lettelse å tross alt møte en stadig slagkraftig Calle.

Alvoret i sykdomsbildet understrekes av at vi må vente i besöksrommet på sykehuset før vi setter oss. Det er mange ledige plasser, men Calle har blitt så tynn at han ikke lenger orker å sitte på harde trestoler. Han trenger puter for å oppnå den nødvendige komforten.

Kjæresten og ektemannen Roy Carlegård er aldri langt unna. Det er rørende og ikke minst oppbyggende å få være vitne til omsorgen de to har for hverandre etter mer enn 40 års samliv. Samtidig aner vi at situasjonen

oppleves som tøffere, vanskeligere og mer slitsom for Roy enn for Calle. Det er sannsynligvis slik det blir etter så mange år. Calle formidler en slags stoisk aksept av situasjonen og minner oss og seg selv på at han har hatt et rikt og spennende liv. Roy ser ut til å slites mellom resignasjon og opprør mot det livet har hatt i bakhånden for dem.

Med oss snakker de norsk. Når de snakker med hverandre, derimot, går praten på svensk. Ganske naturlig siden de begge er født og oppvokst i Sverige. De flyttet til Oslo på 1970-tallet. Til tross for et langt samliv, giftet de seg ikke før i 2015.

Begge er katolikker, Calle har sågar vært munk, og de traff hverandre første gang under en midnattsmesse på julaften i Stockholm. Calle har sin sykepleierutdanning fra Oslo, Roy har sin fra Stockholm og begge har jobbet med hiv og forebygging siden epidemien slo innover Norge tidlig på 1980-tallet. Kanskje er det å spekulere å si at uten deres innsats hadde epidemien blant menn som har sex med menn forløpt langt verre i Norge, men påstanden er etter all sannsynlighet riktig, og Roy gir uttrykk for mye av den samme tankegangen når han sier at uten homoene,

■ Calle Almedal
Født i 1945
Bosatt i Frankrike
Pensjonist, tidl. sykepleier

■ Roy Carlegård
Født i 1947
Bosatt i Frankrike
Pensjonist, tidl. sykepleier

uten oss, hadde det tatt lengre tid før noe ble gjort. Helsemyndighetene ville ha jobbet mer konvensjonelt og ville ikke ha hatt den nødvendige tilliten i de mest utsatte miljøene slik vi hadde.

– Dette var noe som angikk oss, hadde betydning for våre liv. Vi jobbet ut fra et prinsipp om å vise «våre folk» solidaritet, slår Roy fast.

– Engasjementet begynte med at jeg besøkte min venn Gösta, som var kunstner i New York, forteller Calle. Der var den norske legen Georg Petersen i ferd med å avslutte sine legestudier innenfor folkehelse og begge var vitne til at folk så både syke og dødssyke ut. Ja, folk døde rundt dem, mennesker som slett ikke skulle dø i så ung alder.

– Jeg hadde hørt om GRID, forklarer Calle – altså «Gay Related Immune Deficiency». Hjemme hadde pressen begynt å skrive om homoepsten, fortsetter han. Dette var på et tidspunkt da man ennå ikke kjente til viruset som forårsaket sykdommen eller var helt sikre på hvordan det smittet. – Georg Petersen mente at dette helt sikkert også kom til å ramme homofile miljøer i Norge, og at man burde ta initiativ for å advare dem.

Både Roy, Calle og Georg hadde alle tre vært virksomme i Rådgivingstjenesten for homofile ved Oslo helseråd, som den gangen lå under Oslo kommune. Sammen med Per Kristian Svendsen, som også er utdannet sykepleier, og Anne Dorthe Theilersgaard dannet de tre kjernetroppene i det som senere utviklet seg til å bli Helseutvalget for homofile.

– Vi var monomant opptatt av aids på den tiden, fortsetter han, kanskje særlig jeg. Jeg snakket med Georg på telefonen minst fire ganger daglig om disse spørsmålene. Jeg kan ikke ha vært særlig lett å leve med.

Vi sitter i besöksrommet på sykehuset i Genève med hver vår kopp sjokolade og ektefelle Roy nikker megetsigende og smiler bekreftende. Nei, enkelt var det ikke. Og til tross for sine beskjedne 52 kilo, liker Calle fortsatt å ta stor plass.

I 1983 tok kjernetroppene initiativ til et informasjonsmøte om hiv/aids på restaurant Metropol, som var homoenes sentrale møtested på den tiden. Georg var alltid veldig nervøs før han skulle snakke offentlig. Han løste problemet med å fortelle Calle at han selv skulle ta seg av den medi-

[1] Calle og Roy kjøpte for noen år siden et hus i den idylliske landsbyen Michaille-en-Chatillon i Frankrike, og der har de bodd sammen siden Roy gikk av med pensjon for sju år siden. [2] De har vært kjærestere siden de flyttet sammen til Oslo tidlig på syttitallet. [3] Kreften har tatt et godt tak i kroppen og den en gang så røslige Calle Almedal har gått ned til 52 kilo. Men han har verken tapt slagkraften eller humøret. «I'm still a bitch!» proklamerer Calle Almedal. [4] En fyldig vinkjeller hører med når man har bosatt seg i Frankrike.



» Aids og homser, det tar jo Georg og Calle seg av.» ...

Tidligere helsedirektør
Torbjørn Mork

sinske biten, så kunne Calle ta seg av det forebyggende. – Vi visste jo ikke nok om forebygging på den tiden, sier han og rister litt på hodet

Calle på sin side forteller at han tok utgangspunkt i det positive ved seksualiteten og sexlivet. Han brukte seg selv som eksempel og fortalte hva man trodde man kunne og ikke kunne gjøre. – Jeg tror jeg nevnte kondom, sier han i dag. – Jeg snakket om at mange partnere sannsynligvis økte smitterisikoen. Tilhørerne satt tause. Redde og kanskje litt forvirret. – Det var lite man kunne si for ikke å skremme, lite man kunne si for å trøste, slår han fast.

Møtet var godt besøkt og Calle hadde en følelse av at folk forsto alvoret i situasjonen, de forsto at dette angikk de mest intime delene av deres liv og at de var nødt til å ta kravet om beskyttelse på alvor. I hvert fall nesten alle. – En lege som var til stede sa arrogant nok at ikke faen om en skarve sykepleier skulle fortelle ham hvordan han skulle ha sex, minnes Calle.

Kontaktene til helsevesenet og til Oslo kommune samt villighet fra Det norske Forbundet av 1948 – forløperen for dagens FRI – satte Calle i stand til å dra til Denver i

USA på et møte som The National Lesbian and Gay Health Association i USA arrangerte om GRID/AIDS. Det var en skjellsettende opplevelse å møte mennesker med aids for første gang. Å få en diagnose var å få en dødsdom. Den gangen fantes det verken behandling eller kur. – Etter et dumt spørsmål fra meg fikk jeg klar beskjed fra en illsint kvinnelig sosionom fra San Francisco: «Du har ikke forstått en dritt av dette. Vi har en epidemi som raser der ute»

– Og det hadde hun jo rett i, konstaterer Calle enkelt. Det å møte hivpositive mennesker som levde med aids, gjorde ham sterkt følelsesmessig involvert. Han forteller at han satt i 17. etasje på hotellet hvor konferansen foregikk og grein, mens uværet utenfor matchet følelsene hans. Han grein for de syke, grein for det som kunne komme, grein for redselen og håpløsheten dette kunne utvikle seg til om man ikke gjorde en kolossal innsats. Den erkjennelsen og det engasjementet tok han med seg tilbake til Norge og det videre arbeidet.

På konferansen ble det også vedtatt en slags kombinasjon av menneskerettighetsklæring og politisk kampskrift for hivpositive. «The Denver

Principles» slo fast at hivpositive hadde rett til å velge sine egne politiske strategier, skulle lyttes til når tiltak om dem ble satt i verk, og at det å bli smittet ikke var et nederlag som skulle forbindes med skam eller diskriminering. – Disse prinsippene har fremdeles sin gyldighet den dag i dag, sier han med et litt resignert smil. Ellers er det ikke mange tegn til resignasjon å spore, til tross for kreften. – The Denver Principles ble retningsgivende for det arbeidet vi skulle komme til å gjøre også i Norge, fortsetter han.

Gjennom Denver-besøket og kontakten med andre homoorganisasjoner for eksempel Gay Men's Health Crisis i New York og alt vi kunne lære av deres erfaringer, ble fortvilelsen erstattet med kamplyst. Kunnskapen økte gjennom disse forbindelsene til det amerikanske homomiljøet. For i Norge fortsatte arbeidet med uforminsket og monoman styrke. Aktivistene i kjerntroppene hadde allerede kontor plass på St. Olavs plass i hovedstaden. Rådgivningstjenesten ble omgjort til et helsetilbud takket være velvillig og støttende holdninger på toppen av helsemyndighetene. – Vi tenkte på solidaritet og på folks helse, vi tenkte ikke homopolitikk, understreker Roy.

– Arbeidet vi gjorde ble senere tatt opp som en del av Oslo helseråds tilbud, supplerer Calle. Etter hvert hadde både aktivistene og myndighetene tilegnet seg mer kunnskap om smitteveier og forebyggende tiltak. Testen som avslørte en hivpositiv status ble tilgjengelig i 1985. Det var derfor viktig å få testet alle som hadde vært i risikosituasjoner. Klinikken ga dessuten aktivistene en kjærkommen anledning til å jobbe på heltid og med lønn for arbeidet.

Klinikken mot hiv/aids, som senere har utviklet seg til å bli det vi i dag kjenner som Olafiaklinikken, jobbet tradisjonelt og ukonvensjonelt for å få utsatte grupper til å teste seg. Homofile menn på det tidspunktet hadde kanskje ikke all verdens grunn til å stole på myndighetene, men gjennom åpenhet og samarbeid med myndighetene vokste det etter hvert frem en tillit som bidro til at folk våget å ta spranget. Både Roy og Calle trekker frem to sentrale personer når det gjelder å legge forholdene til rette for å oppnå denne utviklingen av tillit. – Stadsfysikus i Oslo, Fredrik Mellbye (1917–1999) og helsedirektør Torbjørn Mork (1928–1992) så alvoret i situasjonen og bidro sterkt til å holde menneskerettighetsprinsippet på dagsordenen

[5] Etter over førti års samliv sto brylluppet i den svenske ambassaden i Paris i 2015. (Foto: privat) [6] Landsbyen Michaille-en-Chatillon ligger i Ain-provinsen nær grensen til Sveits, har rundt 2 500 innbyggere, en liten restaurant, et apotek og en liten kolonialhandel. Ellers er det rolig. [7] Området rundt landsbyen har høye fjell og dype daler.



også i denne saken og sørge for et åpnere, mer tillitskappende klima, sier Roy. Han valgte en mer tilbaketrukket rolle i dette pionerarbeidet, hevder han: – Jeg tilhørte fotfolket, men var godt fornøyd med å kunne gjøre en innsats, slår han fast. Calle har en litt annen versjon: – Roy lot seg villig dra med i dragsuget, sier han og ler.

– Hele homomiljøet var nærmest å betrakte som vårt hjemmemiljø, forteller Roy, vi kjente nesten alle, mange av dem var nære venner av oss, enda flere ganske nære bekjente.

– Helsedirektør Mork sa at «Aids og homser, det tar jo Georg og Calle seg av.» Og det hadde han jo rett i, sier Calle beskjedent. – Den aller tyngste delen av dette arbeidet var å fortelle disse menneskene som sto oss nær eller som vi i det minste følte sterk solidaritet med, at de hadde testet positivt. Det var en tung og fortvilende tid, og vi så også flere eksempler på at folk tok livet av seg. Så skal det også nevnes at Helsedirektoratet i 1989 ga Calle Almedal Karl Evangs pris. Han fikk den sammen med Jan Vincents Johannesen. I juryens begrunnelse het det blant annet: «Sykepleier Calle Almedal får prisen for en vedva-

rende og stadig like aktuell og verdifull innsats i opplysningsarbeidet mot aids og lege Jan Vincents Johannesen for den sentrale rolle han har spilt i et omfattende opplysningsarbeid for å bekjempe kreftsykdommene.»

– Det viktigste vi gjorde i denne tiden var kanskje likevel at vi bygde opp et behandlingssystem basert på likeverd, inkludering, rettigheter og solidaritet, slår Roy fast. Han legger til at han mener mye av dette arbeidet var med på å forandre klimaet for homofile og lesbisk stilling i det norske samfunnet. De grunnleggende prinsippene om inkludering og likeverd var selvsagt viktige. De la premissene for arbeidet som ble gjennomført. Men kanskje like viktig var det faktum at sentrale myndighetspersoner fikk en opplevelse av at homofile og lesbiske var ressurssterke personer det gikk an å stole på og samarbeide med. Dette skjedde på mange nivåer i samfunnslivet og bidro til å forandre offentlighetens bilde av oss som gruppe. – Vi var i starten av en utvikling mot likestilling for lesbiske og homofile da hivpanikken slo innover Norge, sier Calle. Mange fryktet et tilbakeslag, men det motsatte skjedde, slår han fast.

– Kanskje hadde dette sammenheng med at vi helt fra starten av bekjempet en god del moralisme i helsevesenet med nye holdninger og nye metoder og positive holdninger til sex og seksualitet, undrer Roy.

Samtidig understreker Calle at han er svært nølende til å snakke om vår – homoenes – frigjøring: – Jeg er veldig skeptisk. Dette er bare et tynt lag med makeup. Vi skal være veldig forsiktig med å tro at dette er en varig endring. Se på antisemittismen. Den blomstrer igjen. Når nazistene marsjerer i gatene, kommer homoene og vår likestilling til å gå med i dragsuget!

Under mye av denne tiden fortsatte leiligheten Calle og Roy bodde i i Oslo å være en slags møteplass for hivaktivister og en utklekningsanstalt for nye ideer. Engasjementet fortsatte selv om monomani kanskje avtok. – Det var for eksempel rundt vårt spisebord at ideen om Pluss først ble klekket ut, hevder Roy. – Mange aktivister stakk innom oss, blant dem grunnleggeren av Pluss, Arne Husdal. Han klagde over at det ikke fantes noen interesseorganisasjon for hivpositive og mente at Norge trengte det. Da utfordret Calle ham og sa at han kunne jo bare starte

noe selv. Det gjorde han, og Husdal gikk videre til å bli en helt sentral person i arbeidet for å kjempe for hivpositives rettigheter og selvfølelse, og dermed også det hivforebyggende arbeidet i Norge.

Calle er imidlertid ikke snauere enn at han tar æren for å ha startet Landsforeningen mot AIDS. Denne kom på banen i 1987. Grunnideen var å mobilisere det organiserte Norge som en arena for å opplyse om og forebygge hiv samt å holde menneskerettighetsprinsippet i hevd. Ikke alle vil være enige i hans krav på å ha startet organisasjonen, men det hersker enighet om at mye av det bakenforliggende tankegodset handlet om å ta i bruk alle midler for folkelig helseopplysning. Disse ideene grep tilbake til arbeidet for å forebygge tuberkulose blant folk flest noen tiår før. Hiv skulle stanses med økt kunnskap blant folk flest. Til å gjøre dette kunne man ta i bruk det organiserte Norge, og alt fra idrettslag, avholdsforeninger, fagforeninger og kristne lag ble mobilisert. I 1996 mente Almedal at organisasjonen hadde utspilt sin rolle. – De gjorde ikke slik jeg sa, de oppnådde ikke det jeg ønsket, så da mente «the bitch» at LMA burde legges ned. >>>

På denne tiden var de begge på vei ut av arbeidet de hadde startet. Begge fortsatte på hvert sitt vis å jobbe med hiv og aids. Roy skaffet seg videreutdanning innenfor psykiatri og fortsatte å jobbe som sykepleier, men nå med stoffbrukere på rehabilitering ved Ulvin rehabiliteringssenter. Også dette fagfeltet hadde sett store endringer som følge av hivepidemien. Blant annet fikk fagfolk drevet igjennom en erkjennelse av at forbudslinjen ikke var veien å gå dersom man ville forebygge hivsmitte i stoffmiljøene. I stedet fikk vi en åpnere narkotikapolitikk basert på skadereuserende tiltak. Det handlet blant annet om at det var mulig å få byttet brukte sprøyter i rene. Meningen var at folk skulle slutte å dele sprøyter og på den måten redusere smitten. Sprøytebussen kunne oppsøkes på sentrale steder i Oslo, blant annet på Stortorget, knapt et steinkast fra Karl Johans gate.

Folkene som var til behandling på Ulvin var blant de første som fikk metadon eller legemiddelassistert rehabilitering. Poenget var til en viss grad hivforebyggende. Det handlet om å skape en såpass stor regelmessighet i stoffbrukernes liv slik at de kunne makte å underkaste seg et behandlingsregime. En av

oppgavene til Roy var å reise rundt til pasienter med metadon-doser. – Jeg forventet når som helst å bli ranet, forteller Roy med et smil. – Men det skjedde aldri.

– Det fungerte, minner han oss på, tiltakene reduserte omfanget av denne smitten til noen ganske få tilfeller per år.

For Calle sin del utviklet livet seg i retning av en internasjonal karriere. Selv om arbeidet ikke lenger utelukkende handlet om hiv og aids, utgjorde forebygging, bevisstgjøring og opplysning en sentral del av hans oppgaver. Han tilbrakte to år i Mosambiks hovedstad Maputo som representant for Det internasjonale Røde Kors. Det var ikke lett å komme fra arbeidet som aktivist og pioner til organisasjoner som var stivnet i rutiner, hierarki og konvensjoner. Her trengtes nye aktivister, ny pionerånd, men det var vanskelig. – Jeg var i konstant opposisjon, forteller han.

Arbeidslivet i Maputo var ikke en situasjon han trivdes med. Han jobbet med lokale organisasjoner i Mosambik, omtrent etter mønster av LMA, for å få dem til å ta ansvar og jobbe med hiv og aids blant sine medlemmer og sine nettverk. Han jobbet også med de internasjonale

organisasjonene for å få dem til å utdanne og bevisstgjøre sine egne. Calle syntes dette var slitsomt og vanskelig og Røde Kors var lite fleksibel og nytenkende. Det var mye frustrasjon. – Men jeg tror jeg oppnådde å så et frø, sier han, og så begynte vi å se konkrete og positive resultater av arbeidet vårt ti år senere.

To år i Røde Kors var nok. Han gikk videre til UNAIDS i 1997 og deretter til Kirkenes Verdensråd. Opplevelsene bar preg av mye av det samme. Hierarkiske strukturer, stivnede rutiner og konvensjonelle metoder. Almedal bosatte seg først i Genève, deretter i Frankrike, tre kvarters kjøretur fra hovedkvarteret til UNAIDS. Han og ektefellen kjøpte et hus i den idylliske landsbyen Michailleen-Chatillon, og de har bodd sammen der siden Roy gikk av med pensjon for sju år siden. Nå er de begge pensjonister. De trives i vakre omgivelser og går litt motstrøms ved at de opplever at det finnes muligheter på den franske landsbygden som mange etter hvert flytter fra.

Som aktiv katolikk – noe de begge fortsatt er – fortsatte Calle å så frø. Han jobbet med organisasjoner i UNAIDS også, og i Kirkenes Verdensråd tok han for

seg kirkelige organisasjoner. – Kirken og deres ledere har stor makt, sier han, kan man bevege dem til å snakke om hivpositive, kondom og seksualitet på en mer positiv måte, vil mye være oppnådd i kampen mot stigmatisering og diskriminering av mennesker som lever med hiv. Dermed vil vi også begrense smitten og skape bedre levekår.

Leveregelen var at man må nå folk i egne rekker med holdningsendringer, empati og kunnskap før man når ut til befolkningen for øvrig. Med dette budskapet fikk han tilgang til mange kristelige organisasjoner, men det skjedde mer enn én gang at enkelte reiste seg og gikk da de fikk høre at han var katolikk. Uansett, han fortsatte ufortrødent å så frø.

Han ser at det er en endringsprosess på gang også innenfor trossamfunnene, men forstår at det vil ta tid. – Uansett gjelder det å demme opp for å få stoppet hatet og fordømmelsen som kommer fra mange av verdens kirkesamfunn, slår Calle Almedal fast.



Informasjonsplikt

En ny straffebestemmelse om overføring av smitte samt uttalelsene fra en politimann i Haugesund før jul, har gjort at mange stiller spørsmål om det nå er en juridisk plikt for mennesker som lever med hiv å opplyse potensielle seksualpartnere om sin diagnose.

I forbindelse med uttalelser til pressen fra politiet i Haugesund før jul i fjor har vi fått flere henvendelser med spørsmål om mennesker som lever med hiv har informasjonsplikt overfor seksualpartnere. Hva selve saken dreide seg om, skal jeg la ligge. Problemet er at det ble lagt igjen et inntrykk om at det bør informeres om hivstatus til seksualpartnere. Ettersom vi 1. juli i fjor fikk en ny og generell straffebestemmelse om overføring av smittsomme sykdommer med alvorlige konsekvenser for liv og helse der forutgående samtykke er straffebefriende, er det flere som føler at de er i villrede.

Det er viktig å skille mellom en rettslig og en eventuell etisk plikt til å informere. I de tilfellene der mennesker som lever med hiv er på behandling, er det ikke forbundet med smittefare å ha seksuell omgang, og det vil da ikke være noen betenkeligheter med å la være informere om hivstatus. Det er heller ingen grunn til å antyde noen informasjonsplikt hverken på rettslig eller etisk grunnlag.

Dagens bestemmelse er allmenn

og kan gi straff for overføring av særlig alvorlige sykdommer. Borte er henvisningen til smittevernloven og begrepet ”allmennfarlig smittsomme sykdommer” som fantes i tidligere straffebestemmelser. Straffeloven inneholder ikke lenger noen bestemmelse som spesifikt rammer seksuelt overførbare infeksjoner – inkludert hiv.

Der det er en reell smitterisiko kan det å utsette noen for smittefare medføre straff. Ved fare for overføring av seksuelt overførbare infeksjoner skal bestemmelsen benyttes med varsomhet dersom smitte ikke er overført. Grunnen til dette er, ifølge lovens forarbeider, at risikoen for å overføre hiv er liten og det er omstendigheter utenfor den potensielle smittebærers kontroll som avgjør om smitte faktisk overføres. For de som lever med velbehandlet hiv er det ingen smitterisiko. Dette er et viktig bakteppe når man skal drøfte en mulig informasjonsplikt overfor potensielle seksualpartnere.

I den nye straffebestemmelsen om overføring av sykdommer mellom mennesker er det tatt inn en unntaksbestemmelse som gjelder ”smitte av sykdommer som overføres ved seksuell omgang”. Den sier at dersom den som er smittet eller utsatt for smitte har samtykket, vil ikke den som overfører smitte eller utsetter noen for smitterisiko kunne straffes. Noen mener dette vil kunne tas til inntekt for at loven stiller krav om at det må

informeres om hivstatus. Det er ikke meningen. Dette andre leddet i straffebestemmelsen er en unntaksbestemmelse fra straffeansvaret og tilsier ikke at det er en plikt til å informere. Det er derfor ikke grunnlag med bakgrunn i dagens straffebestemmelse å utlede noen generell rettslig informasjonsplikt.

Det er ikke holdepunkter i lovteksten eller forarbeidene at mennesker som lever med hiv skal informere sine seksualpartnere om at de har testet positivt for hiv. Tvert imot gis det i forarbeidene tydelige signaler om å tolke tilfeller der noen kan være utsatt for smitterisiko på grunn av seksuell omgang innskrenkende. Det betyr at den ikke gjelder fullt ut i forhold til seksuelt overførbare infeksjoner. Fordi smitterisikoen er liten og det er en rekke faktorer den som bærer viruset ikke kan styre som avgjør om eventuell smitte blir overført, tilsier det at det ikke finnes noen slik plikt. Legger man til at de fleste som lever med hiv i Norge i dag er på vellykket behandling og virusfri og dermed ikke kan smitte andre, vil det normalt ikke være nødvendig å informere om hivstatus for å oppnå eventuelt samtykke.

Det er med andre ord ingen rettslig informasjonsplikt overfor seksualpartnere for den som lever med hiv, og normalt er det ikke noe som tilsier at man skal informere.

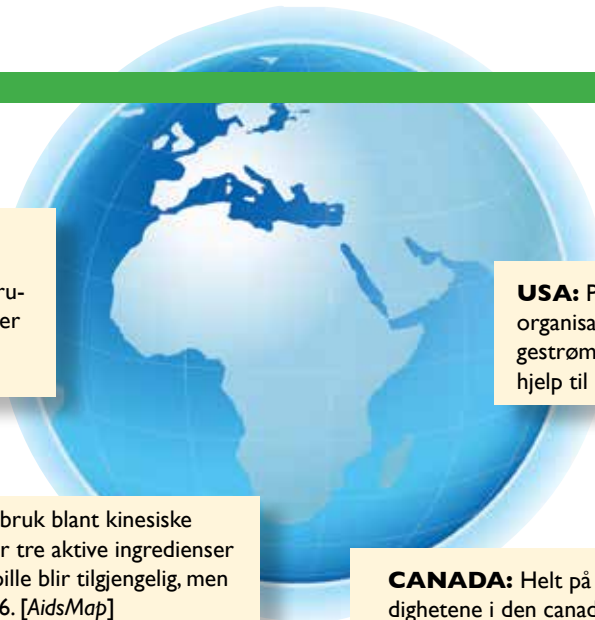


■ Juristen

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 post@hivnorge.no eller til POSITIV, HivNorge, Postboks 4615 Sofienberg, 0506 Oslo



AUSTRALIA: I løpet av fem år har antallet gonorré-infeksjoner økt med 63 prosent. Det tyder ikke på at kondombruken er høy i landet, men forskerne mener at økningen først og fremst har skjedd blant unge, voksne byboere. [BBC]

USA: President Trump nekter hjelp til bistandsorganisasjoner som gir kvinner abort. Stans i pengestrømmen rammer også kvinner som trenger hjelp til behandling av hivinfeksjon. [AP]

KINA: Triumeq er nå godkjent for bruk blant kinesiske hivpositive. Medikamentet inneholder tre aktive ingredienser i én pille. Det er første gang en slik pille blir tilgjengelig, men behandling har vært gratis siden 2016. [AidsMap]

CANADA: Helt på tampen av fjoråret bestemte helsemyndighetene i den canadiske provinsen British Columbia seg for at PrEP, forebyggende hivmedisin, skulle deles ut gratis til homofile og andre menn som har sex med menn, samt andre mennesker i ulike risikogrupper. Ordningen ble gjort gjeldende fra i år. [Daily Xtra]

Eldre mer utsatt

Eldre mennesker er mer utsatt for hiv gjennom heterofil sex enn yngre, og de har høyere virustall når de først tester seg, avslører en ny undersøkelse. Hivtallene øker både i Storbritannia og Europa for øvrig, skriver The Guardian. Den svenske undersøkelsen slår fast at eldre ser ut til å være mer uvitende om risikoen for smitte eller de tror dette ikke er noe som gjelder dem, sier Lara Tavoschi. Hun er en av hovedforfatterne bak studien. [The Guardian]

49 ganger så høy risiko. Målsettingen med planen er å redusere nysmittet blant disse gruppene med 63 prosent innen 2022. Helseminister Aaron Motsoaledi sa under lanseringen av planen at denne delen av befolkningen var blitt sviktet av myndighetene, og at det nå var på tide at landet skapte et psykososialt klima som hjalp lhbtqi-befolkningen å ta vare på sin egen helse og unngå smitte. [Mail & Guardian]

gjennomføre i løpet av perioden. Målsettingen er at man skal gjennomføre nye 27 millioner omskjæringer i løpet av den neste fire årene, melder [Science Speaks].

Ikke lenger en forbrytelse

Myndighetene i California besluttet i oktober i fjor å redusere straffen for med vitende og vilje smitte andre med hiv. Det å smitte andre er ikke lenger å anse som en forbrytelse (felony), men en forseelse (misdemeanor). Dermed blir hivsmitte behandlet på linje med andre seksuelt overførbare infeksjoner i det californiske rettsvesenet. [The Independent]

Tiltaksplan

Sørafrikanske helsemyndigheter lanserte i 2017 en tiltaksplan for å redusere nysmittet blant landets lhbtqi-befolkning. Det kan det være behov for, homofile menn har 19 ganger så stor risiko for å bli smittet enn den generelle befolkningen, transkvinner hele

Omskjæring

Mellom 2008 og 2016 ble det gjennomført cirka 14,5 millioner omskjæringer på menn og gutter i verden. Hensikten var å forebygge hivsmitte, og man regner med at rundt 500 000 smitteoverføringer har blitt unngått på grunn av denne innsatsen. Men ikke alle er fornøyd. Antallet omskjæringer er tretti prosent lavere enn det man hadde ønsket å

RUSSLAND:

Kode 103



Hvis en russisk mann smittes av hiv gjennom kontakt med en annen mann og han innrømmer det overfor sin behandler, registreres tilfellet under betegnelsen Kode 103. Dermed er dette informasjon som er tilgjengelig for politiet og andre myndigheter. Bare cirka to prosent av alle hivtilfellene i Russland får denne betegnelsen. De fleste msm tester seg ikke i det hele tatt, men fortsetter å ha ubeskyttet sex. I 2016 regnet man med høye mørketall for hivpositive: Man antar at så mange som 500 000 er smittet

uten at de vet det selv. Siden statistikken viser at bare to prosent av alle smittede er msm, bruker myndighetene dette som et argument for ikke å gjøre noe for denne gruppen. Diskriminering og hatvold er de andre årsakene til at homofile ikke tester seg. Dermed fortsetter de å spre smitte for de selv dør en unødvendig død. Man kan faktisk spørre seg om dette er et villet folkemord fra russiske myndigheters side. Ifølge avisa The Guardian er det registrert 1,5 millioner hivpositive i Russland.

Kondom 1

■ *Storbritannia*

Britene har startet en ny offentlig kampanje for å få ungdom til å bruke kondom når de har sex. En ny undersøkelse viser at bare halvparten av ungdom mellom 16 og 24 år bruker kondom med en ny partner. Ti prosent av ungdommene hadde aldri brukt kondom én eneste gang. Alkohol spiller en betydelig rolle når ungdommene gir blaffen i kondombruk. Undersøkelsen baserer seg på svar fra 2 000 ungdommer mellom 16 og 24, rapporterer [BBC]



Sex i Iran

■ *Iran*

I den islamske republikken øker hivtallene blant unge heterofile. Myndighetene vedgår sågar at mange har ingen anelse om at de er smittet. I Iran er sex før og utenfor ekteskapet straffbart. Nå spør myndighetene seg om de er nødt til å tenke nytt rundt seksualitet, smitte og hiv. For tenk om hivtallene og økningen i antallet nysmittede har noe med repressive holdninger til seksualitet å gjøre, straffbarhet og mangel på opplysning. Dette melder [ABC News].

Kondom 2

■ *India*

Kondomreklame? Nei, takk! Indisk fjernsyn har gått inn for å nekte kondomreklame i «beste sendetid». Forbudet er ment å beskytte barn, men hivaktivister og andre advarer mot vedtaket og mener det kan sette resultatene av årtier med effektiv hivforebyggende arbeid i fare. Fra myndighetenes side heter det at kondomreklame setter barnas sikkerhet i fare og dessuten promoterer «usunn praksis». Nå kan det bare reklameres for kondom mellom kl. 22 og 6. Det har alle landets over 900 tv-stasjoner fått instruks om fra myndighetene. [The Guardian]

Sopp

■ *Sør-Afrika*

Hjernehinnebetennelse forårsaket av sopp er den viktigste dødsårsaken blant hivpositive etter tuberkulose i Sør-Afrika. Dette er en sjelden lidelse som oftest bare rammer folk med sterkt nedsatt immunforsvar. Sør-Afrika er det landet i verden med flest hivpositive. Forskere har lett etter forekomster av soppen som forårsaker hjernehinnebetennelse for å eliminere den. Da er det kanskje foruroligende at den er påvist på to offentlige steder i Sør-Afrika, i en park sentralt i Cape Town og i provinsen Northern Cape.

[Science Daily]



Restaurant

■ *Canada*

Halvparten av alle kanadiere sier de ikke ønsker å dele et måltid mat med hivpositive. Veldedighetsorganisasjonen Casey House som sørger for medisinsk hjelp til mennesker som lever med hiv, har funnet en original måte å bekjempe denne holdningen på. De har startet en restaurant hvor alle ansatte, ikke minst kokkene, er hivpositive. Mottoet er «Bryt brødet, knus stigmaet!» Restauranten ligger i Toronto. [The Independent]

90-90-90

■ *Sverige*

Sverige var det første landet som klarte FN's 90-90-90 mål om vi skal tro Hiv-Sverige. Det avslører nye utfordringer, skriver organisasjonen på sine hjemmesider. 40 prosent av alle som lever med hiv i Sverige er over 50 år. Dette tallet vil øke. 80 prosent av de som lever med hiv i dag, vil utvikle følgesykdommer innen 2030, viser beregninger organisasjonen har gjort. Dette handler om hjerte- og karsykdommer, nyresykdommer, ulike kreftformer, benskjørhet, diabetes, depresjon og annet. Hivpositive vil rammes i større utstrekning enn den hivnegative delen av befolkningen. [Hiv-Sverige]

Pilot

■ *Skottland*

Hivpositiv? Da kan du ikke bli pilot. En skotsk mann ble tilbudt plass på et opplæringsprogram for piloter hos et kommersielt flyselskap. Han takket ja, men de britiske luftfartsmyndighetene nektet å utstyre ham med de nødvendige helsepapirene. Årsak: Mannen er hivpositiv. Britiske luftfartsmyndigheter hevder det er mot EUs regelverk å klarere hivpositive for pilotyrket. Saken får følger, den skotske interesseorganisasjonen for hivpositive, HIV Scotland, krever en regelendring, og de europeiske luftfartsmyndighetene, EASA, opplyser at de vurderer å endre reglene. Dette melder [BBC].





■ SPALTISTEN
I hver utgave av bladet inviterer vi en person som berørt av hiv og/eller engasjert i temaet. **Helge Ytterøy L'orange** er leder i Åpne Høyre og er spaltist i dette nummeret.

Foto: Hans Kristian Thorbjørnsen

Nitti-nitti-nitti

Norge kan nesten slå seg på brystet og si vi oppfyller FN's mål om at 90 prosent av hiv-positive skal vite sin status, 90 prosent av diagnostiserte skal være medisineret og 90 prosent av disse igjen skal være uten sporbart virus. Likevel: Vi har utfordringer.

Det må være rart å skulle komme ut av skapet – igjen. For det er tabu og ikke minst skam knyttet til hiv. Alle tanker som raste gjennom mitt unge hode som ung usikker homse på begynnelsen av nittitallet, raser antagelig i hodet på de som får diagnosen hiv i dag. Det krever styrke å si det høyt. Samtidig må vi ha respekt for de som ikke vil være åpne om sin status. Egen frykt er bare én faktor. Hensyn til nærmeste og familie en annen. For en del kan det være språktufdringer, mistillit til offentlige tjenestepersoner eller manglende skolegang som gjør situasjonen ekstra vanskelig. Ekstra stigma og negativ sosial kontroll er utbredt i mange miljøer. Det kan gjøre belastningen enda større. En del opplever seg ikke som syke, og lever helt ordinære liv. Hvorfor da bry seg – eller bry andre?

For ikke lenge siden klarte flere medier å lage en ny variant av denne ironiske og svært utdaterte sangtittelen fra Tramteateret: «Naken greve jager neger med øks». Behovet for klikkjournaltikk samlet ordene ”hivpositiv”, ”sexsalg” og ”Haugesund” i én overskrift. Kunnskapen om å leve med hiv i Norge i dag uteble. Det hjalp heller ikke at lokalt politi ikke var oppdatert på verken

lovgivning eller smittefare ved vellykket behandling. Eksempelet viser at vi har en lang vei å gå før stigmaet rundt hiv er bygget ned. Det må jobbes aktivt på flere nivåer. Historiene til de som selv står frem er viktige, men det er ikke nok. I kjølvannet av nevnte sak skrev HivNorge gode kronikker. Slike bør spres i alle aviser. Regionale temaseminarer der det inviteres bredt, er et annet godt virkemiddel. Lavterskel informasjonstilbud rettet mot særskilte grupper et tredje. Dette er viktig arbeid slik at man møtes profesjonelt også utenfor helsevesenet.

Et viktig område som vi politikere kan gjøre noe konkret med er lovverket. Hivpositive er i utgangspunktet omfattet av et sterkt diskrimineringsvern. Et viktig grep skjedde i juni 2017, da Stortinget etter forslag fra H/Frp-regjeringen vedtok endringer i straffeloven som medfører at mennesker som lever med hiv som enten går på behandling eller bruker kondom ikke lenger kan straffes. Det må grov uaktksomhet eller særlig smittefarlig adferd til for å kunne straffes. For personer som lever med hiv er normaliseringen og anerkjennelsen av at vellykket behandling gjør en smittefri i kombinasjon med at man ikke har informasjonsplikt om hivstatus, viktige steg.

Den nye regjeringserklæringen er tydelig på satsning på skolehelse-tjeneste, opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse og har et klart punkt om å forbedre seksualundervisningen i skolen. Regjeringsplattformen vil også

legge til rette for tilgang til psykolog i alle kommuner. Dette er viktige grep for å gi barn og unge kunnskap og trygghet for å ta selvstendige valg om egen kropp og seksualitet. Samlet vil tiltakene styrke kunnskapen hos, og apparatet rundt, personer som får hivdiagnose i årene som kommer.

Fra nyttår har det skjedd omlegginger som bekymrer mange hivpositive knyttet til videre behandling. Stortinget har vært tydelig i sin bestilling: Innsparinger skal skje ved å forhandle ned pris, ikke ved å gi dårligere behandling. Også i prioriteringsmeldingen har Stortinget i egen merknad sagt at «smittevern skal veie tyngst ved en kost/nyttevurdering av hivlegemidler». Det er ingen som ville be en kreftpasient ta åtte-ti år gammel medisin etter at nyere og mer effektive medisiner er godkjent og tatt i bruk. Ingen skal be hivpositive gjøre det heller.

For litt over ett år siden introduserte Bent Høie PrEP i Norge. Motargumentene har vært som et ekko av advarslene mot p-pillen da den ble introdusert. Heldigvis har mye av kritikken stilnet ettersom resultatene begynner å synliggjøres. Fortsatt er det viktig å bygge kunnskap hos helsepersonell om PrEP, særlig i førstelinjen. Det er viktig at det jobbes systematisk for å sikre et likeverdig PrEP-tilbud over hele landet. Også fordi PrEP, som p-pillen, krever jevnlig oppfølging. Skal Norge nå målet om å bli et 90-90-90-land har vi mange områder å jobbe videre med.

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 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 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

Man-tors 08.00 - 16.00

Fre 08.00 - 14.00

Kveld etter avtale



Medlem av Norsk tannlegeforening (MNTF)

- ◆ Beliggenhet vis-a-vis

Klingenberg kino i Oslo

- ◆ Oppdatert og moderne

utstyr i lyse lokaler

- ◆ Erfaring med tannlegeskrekk

- ◆ Direkteoppgjør med HELFO



■ **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 eller til
Bladet Positiv, HivNorge, Postboks 4615 Sofienberg, 0506 Oslo

Flere spørsmål og svar finner du på våre websider hivnorge.no



Etterlevelse

■ Vi leser stadig om at det er viktig for hivpositive å ta medisinerne daglig, og helst til samme tidspunkt. Hvem som helst kan jo lett glemme det en dag, særlig under perioder med stress. Hva skjer egentlig om man glemmer pillene for et par dager eller er en notorisk slurvekoppe?

► Det er riktig at god etterlevelse er viktig for å sikre varig og god effekt av hivmedisinene. Det er derfor lurt å lage seg vaner som gjør at det å ta medisinerne blir en del av noe du gjør hver dag, ev. med hjelp av påminnerfunksjoner på mobilen, bruk av dosett og oppbevaring av noen medisiner på jobb, hytta eller andre steder man oppholder seg ofte. Det kan også være lurt å alltid bære med seg en liten pilleboks med noen døgndoser i sekken eller veska.

Hvis man ofte glemmer medisinerne, blir mengden av medisinen i blodet så lavt at viruset kan endre seg (mutere) og bli resistent (motstandsdyktig) mot de medisinerne du bruker. Da mister de sin effekt, og virusmengden i blodet vil stige. Man kan bli utsatt for komplikasjoner til hivinfeksjonen og smitte andre.

Skremmeinfo

■ Jeg leste nylig en reportasje på BBC at folk flest synes informasjonen på pakningsvedlegget til medisiner de tar skremmer mer enn det beroliger, og at det kan bidra til at mange ikke tar medisinen sin slik de skal. Har du noen erfaringer?

► Ja, noen pasienter har blitt bekymret etter å ha lest pakningsvedleggene, og det kan jeg godt forstå. I pakningsvedleggene er produsenten forpliktet til å skrive om alle bivirkninger som kan ha hatt sammenheng med

bruken av den aktuelle medisinen selv om en faktisk årsakssammenheng ikke er bevist. Når en pasient forteller om en nyoppstått plage har den legen som har skrevet ut medisinen, plikt til å melde om at det er mistanke om at denne plagen kan ha sammenheng med medisinen pasienten får – i alle fall om dette er en ukjent plage ved denne behandlingen.

Det samme skjer under utprøving av en ny medisin. Alt rapporteres uansett sannsynlighet for at det har med medisinen å gjøre eller ikke. En ny plage eller sykdom kan jo ha oppstått uavhengig av medisinen, f.eks. kan en person gjennomgå en krise i livet sitt og utvikle depresjon som ville ha skjedd enten man sto på den aktuelle medisinen eller ikke. Over tid vil imidlertid erfaringen fra behandling av mange pasienter gjøre at informasjon om hva som er vanlige og uvanlige bivirkninger på en gitt behandling, bli mer presis.

Det vi helt sikkert vet, er at ubehandlet hivinfeksjon er mer skadelig og til og med dødelig for den enkelte på lengre sikt, og at smitterisikoen kun reduseres hvis man får effektiv behandling.

H-resept

■ Det er en del snakk om H-resepter for tiden. Hva er dette og hva har det å si for meg? Får jeg medisinerne mine som før?

► Dette er et viktig spørsmål i disse dager. Fra 1. januar i år vil alle nye resepter på hivmedisin være skrevet ut som såkalte H-resepter. Den gamle blåreseptforskriften med henvisning til § 4 som innebar full dekning av f.eks. hivmedisiner over folketrygden, gjelder ikke lenger for hivmedisiner. Unntaket er at den resepten du fikk i 2017 fortsatt er gyldig

i ett år fra den ble skrevet, så du kan hente ut hivmedisiner på den i tolv måneder fra utskriftsdato.

Men når du må fornye resepten din en gang i løpet av 2018, vil den bli skrevet ut som en H-resept. Det får ingen konsekvenser for deg her og nå; medisinerne vil fortsatt være gratis for deg.

H-resepten betyr imidlertid mye for helseforetakene som nå må betale for de medisinerne som skrives ut til pasienter som sokner til et gitt helseforetak, som Oslo universitetssykehus, Nordlandssykehuset, Helse Fonna, Sykehuset Innlandet, Haraldsplass diakonale sykehus osv., selv om medisinen er skrevet ut av en sykehusspesialist som jobber i et annet helseforetak. Noen som lever med hiv fra Hedmark for eksempel, går til kontroller ved Oslo universitetssykehus, men sokner til Sykehuset Innlandet som da får regningen for medisinerne uten å kunne påvirke medisinalget til spesialisten i Oslo. Slik har det vært en tid for hepatitt C-medisiner, en del kreftmedisiner og medisiner mot f.eks. leddgikt.

Hva er det myndighetene ønsker å oppnå med dette? Jo, de vil selvsagt spare penger, men hvordan gjør de det hvis medisinen likevel skrives ut? Vel, helseforetakene skal nå forhandle pris med legemiddelfirmaene. Det har faktisk vist seg at prisene på hepatitt C-medisinerne ble billigere på denne måten – mye billigere til og med. Man kan jo lure på hvorfor ikke det lot seg gjøre tidligere med Folketrygden som forhandlingspart, men det har uansett ikke skjedd. Så langt, så bra, kan man jo mene, for hvis det faktisk foreligger et forhandlingsgrunnlag med legemiddelfirmaene for å få ned medisinerprisene, så må vel det være bra? Det kan i hvert fall virke som om

Interaksjoner

■ Jeg har vært plaget av utslett gjennom mange år og fastlegen har skrevet ut Elocon som jeg påfører når kløen blir for ille. Når jeg sjekker min interaksjonsapp på telefonen så får jeg opp at dette ikke må brukes sammen med mine hivmedisiner. Jeg forstår ikke at det skal være noen problemer da kremen smøres utenpå kroppen og pillen svelges. Kan-skje du kan forklare?

► Dette gjelder hivmedisiner som inneholder et hjelpestoff som heter kobicistat, dvs. Genvoya, Stribild, Evotaz, Symtusa eller Rezolsta. Kobicistat kan øke mengden av innholdsstoffet mometason i Elocon og dermed gi økt risiko for bivirkninger av dette stoffet (et kortisonpreparat). Astmatikere kan bruke kortison som de inhalerer for å oppnå lokal effekt i luftveiene. Selv om mindre av stoffet går over i blodet på den måten enn hvis man svelger tabletter, blir mengden større ved samtidig bruk av medisiner som inneholder kobicistat, enn uten. Det er antakelig enda mindre av dette kortison-preparatet som tas opp i blodet når det påføres huden. Dokumentasjonen for at en slik kombinasjon faktisk fører til økt bivirkningsrisiko av kortison-preparatet er ikke veldig god, men det er altså en teoretisk mulighet. Det er likevel grunn til å begrense bruken av kortisonkremen til korte perioder. Alternativet kan man bytte hivmedisin til en som ikke inneholder kobicistat.

det er god samfunnsøkonomi i første omgang, og det kan virke som om fortjenesten til legemiddelfirmaene har vært god nok. Samtidig er det ekstremt kostbart å utvikle nye medisiner, og hvis tapt fortjeneste for legemiddelfirmaene også fører til redusert forskning og nyutvikling av medisiner, er det uheldig på lengre sikt.

Men legemiddelfirmaene setter ikke bare ned prisen uten å få noe igjen. Det blir utlyst tilbud på de behandlingsalternativene som har best dokumentert effekt. For hiv vil det si kombinasjonsbehandling, fortrinnsvis dosert en gang om dagen, synes både de fleste som lever med hiv og legene, men om det blir dosering med én pille om dagen eller to eller flere piller én

gang om dagen, er ikke gitt. Og her er litt av problemet, synes jeg. Man har iverksatt ordningen, men vet ennå ikke hvordan den faktisk vil bli. Det får vi først vite til høsten når anbudsrunderen er ferdig.

Videre er det slik at det firmaet som vinner anbudsrunderen for hivmedisiner, skal ha minst 50 prosent av andelen av salget av hivmedisiner! Og får de ikke det, kan de klage til helseforetaket på at det ikke har oppfylt sin del av avtalen og muligens be om erstatning for tapt fortjeneste. Det vil bety at legene i over 50 prosent av tilfellene MÅ velge det (pris)foretrukne alternativet til behandling av hiv så sant det ikke foreligger kompliserende faktorer

som tilsier at du ikke kan eller bør bruke akkurat denne medisinen. Det kan derfor godt hende at noen, eller mange, må bytte hivmedisiner. Det er ikke nødvendigvis noe problem, for alle behandlingsalternativer som er med i anbudsrunderen, skal ha likeverdig effekt, og så lenge man unngår doseringer flere ganger per døgn, er det ofte ikke stor forskjell mellom alternativene. Men hvordan vil det bli om legene finner at det hos over 50 prosent av dem som behandles for hiv, foreligger kompliserende faktorer som gjør at vi ikke kan velge det (pris)foretrukne alternativet?

For helseforetakene er dette imidlertid ikke helt god business, kan de se ut til, for staten kompenserer ikke fullt ut medikamentutgiftene til medikamenter skrevet på H-resept selv om prisen for disse medisinerene antakeligvis blir mye lavere enn den er nå.

Hvordan skal da helseforetakene dekke opp for den ekstra utgiften? Det vet vi ikke ennå, men sykehusdirektøren ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo har sagt nylig uttalt i Dagens medisiner at den enkleste måten å spare penger på, er å redusere antallet ansatte. Om det å redusere staben betyr å redusere antallet leger, sykepleiere, radiografer, bioingeniører eller administrasjonsansatte, kan man jo bare spekulere i. Blir det færre oppgaver å løse for helseforetakene framover? Nei, det gjør det ikke. Og hvor går grensen for effektivisering?

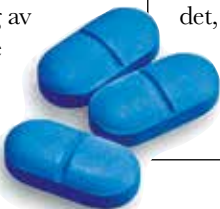
Men jeg skal skrive ut hivmedisiner til dem som trenger det, og velge det alternativet jeg synes er forsvarlig i samarbeid med deg som skal ta medisinen.

Et annet aspekt av dette, er hvordan eller om dette vil påvirke tilbudet om forebyggende hivbehandling (PrEP). Noen helseforetak har ikke startet med dette ennå, men får regninga for PrEP skrevet ut av sykehusspesialister i andre foretak. Blant alle pålagte oppgaver til helseforetakene, er jeg derfor litt urolig for at PrEP-tilbudet ikke når opp.

Tas med mat

■ Jeg leser på nettet at noen av hivmedisinene skal tas med mat mens andre skal tas på tom mage (empty stomach). Hvorfor skal noen tas med mat mens andre skal tas mens det rumler i magen? Og hva er egentlig en tom mage?

► Det er riktig at noen medisiner bør tas med mat og andre uten eller på såkalt tom mage. Dette skyldes at noen medisiner lettere tas opp i tarmen om det samtidig er mat til stede. For medisinen Genvoyas del for eksempel, er det slik at et måltid som inneholder fett gjør opptaket av medisinen mer effektivt. Dette kan gjelde flere andre typer medisiner også. Hva er en tom mage? Det er et godt spørsmål i grunn og greit å få avklart. For de fleste vil magesekken tømme seg ganske fort etter et måltid, men det avhenger av hvor mye du har spist og hvor fort akkurat din mage tømmer seg. Vi sier at om man kaster opp mer enn en halvtime etter du tok medisinen, kan du regne med at den har passert videre til tynntarmen slik at du ikke trenger å ta ny dose. Vi sier likevel at man er fastende, dvs. har tom mage først etter minst fire til seks timer.





■ Styrelederen

Leif-Ove Hansen er styreleder i HivNorge

■ Kontakt

Har du spørsmål om HivNorges standpunkter, kan du sende dette på e-post til post@hivnorge.no eller til POSITIV, HivNorge, Postboks 4615 Sofienberg, 0506 Oslo

Er legemidler dyre i Norge?

Det pågår en stor debatt i Norge om kostnad på legemidler, og man kan få inntrykk av at alle legemidler stiller i Spinraza-klassen, med sju millioner for ett års behandling. Slik er det ikke, de fleste legemidler har en lav pris, og sammenligner vi med hva de betaler i andre land, så er kostnaden lavere i Norge.

Sammenlignet med Østerrike, Storbritannia, Nederland, Svevige, Irland, Tyskland, Finland, Danmark og Belgia har Norge billigst hivlegemidler. (IMS-data på listepriis i referanselandene.) Hivlegemidler utgjør, hold deg fast, 0,14 prosent av offentlige helseutgifter, legemidler generelt utgjør 6 prosent (Faramastat, LMI og Fakta 2014).

Det er derfor veldig merkelig at man skal bruke flere millioner på nye metoder og spesialistgrupper og store ressurser i Sykehusinnkjøp for å lage anbud på hivlegemidler. Utgangspunktet i dag er at hivlegemidler i Norge er billige, og jeg utfordrer de som vil bestride det.

Hvis man skulle spare penger, kunne man kuttet i stillinger. Hvor store ressurser bruker sykehusinnkjøp på anbud og forhandlinger? Hvor stort blir Sykehusinnkjøp, overbygning på de regionale helseforetakene, hvor mye brukes på administrering og bygninger i de regionale helseforetakene? Det er ikke for å være kjip, men den største utgiften i

helsevesenet er ansatte. Legemidler som er høyst nødvendige for pasienter i spesialisthelsetjenesten, koster ingenting sammenlignet med hva de gir av helse og liv.

Hivbehandlingen i Norge har vært en suksess til en lav pris. Hivpositive har fått den beste og enkleste behandlingen som har gjort at vi har god helse, god livskvalitet og viktigst av alt: Vi har blitt smittefrie av behandlingen og dermed gitt godt smittevern til samfunnet.

Dette skal man nå legge til side og heller gi medisiner ut fra prinsippet at den billigste medisinen skal gis. Dette er langt fra ti år med et mantra fra leger og myndigheter om at den beste og enkleste behandlingen skal tilbys. Man skal ha «mer helse for pengene», i praksis betyr dette at man skal ha mer helse på bekostning av hivpositive og andre kronikere. Uten å se noe særlig på de mulige konsekvensene, som for hiv kan være svekket smittevern, resistens og dårligere etterlevelse. Er dette i tråd med prioriteringsmeldingen innenfor helse, du som er syk, skal du være solidarisk med andre syke? Nå kommer vedtatt norsk helsepolitikk til syne, og det er ikke pent. Vår felles helseforsikring og universalløsninger for syke skal ut på anbud og til slutt skal styrkeforholdet mellom pasient og lege avgjøre hva man ender opp med av behandling.

Det har også vært forespeilet at penger spart på hivlegemidler

kan brukes på andre pasienter som f.eks trenger dyre medisiner som Spinraza. Skal da kyniske legemiddelfirma få penger for at de ikke senker prisen på sine medisiner, mens anstendige legemiddelfirma som alt har lav pris på sine legemidler som f.eks. hivlegemidler, skal få enda verre vilkår? Logikken gjør seg nok bare for de som driver butikk innenfor vårt offentlige helsevesen med fellesskapets midler. Man får ikke reinvestert eller fortsatt like overføringer fra Stortinget om man sparer penger i det offentlige. Da får man kutt og pengene kan like gjerne bli fordelt til justisfeltet som til ny vei eller bro ved neste statsbudsjett.

HivNorge er også usikker på om de hivlegemidlene vi har tilgjengelig i dag kommer til å bli på det norske markedet. Hivpositive er en liten pasientgruppe, det er i underkant av 4000 på hivbehandling. Hva kommer til å være insentivet for legemiddelfirmaer som ikke vinner anbud til å selge sine hivlegemidler i Norge, når kvantumet blir så lite at det ikke har noen verdi for dem? Til nå har hivpositive sammen med sin lege valgt den behandlingen som har passet best, nå skal legen (iallfall slik det står skrevet) tilby det billigste. Vi er urolig for at hele grunnlaget for suksesshistorien hivbehandlingen i Norge er i dag, kan rakne i løpet av få år.

Et skeivt amerikansk epos i to deler

Tusenårsriket nærmer seg er første del, og *Perestrojka* er andre del av Tony Kushners prisvinnende stykke om et Amerika i endring og mennesker fanget mellom himmel og helvete. Se dem sammen, eller hver for seg.

PREMIERE
10. MARS
Hovedscenen



ENGLER I AMERIKA

AV TONY KUSHNER. OVERSATT AV SVEIN STURLA HUNGNES

Foto: Øyvind Eide



Regissør:
**MARIT MOUM
AUNE**

Komponist:
**NILS PETTER
MOLVÆR**

Skuespillere:
**TERJE STRØMDAHL, NILS GOLBERG MULVIK, HANNE SKILLE REITAN, BARTEK KAMINSKI, MODOU BAH,
HERMANN SABADO, TRINE WIGGEN, ÅGOT SENDSTAD**

Scenograf og kostymedesigner: Bård Lie Thorbjørnsen. Lysdesigner: Kristin Bredal. Lyddesigner: Erik Hedin.
Maskør: Nina König/Terje Rødsjø. Dramaturg: Njål Helge Mjøs/Hege Randi Tørresen.

A photograph of two men in a close embrace, one kissing the other on the cheek. They are standing in front of a window with sunlight streaming in. There are indoor plants in the foreground.

**FOR
MENN
SOM
HAR
SEX
MED
MENN**

**1. – 3. JUNI eller
28. – 30. SEPTEMBER**

**SEX
DOP &
KJÆRLIGHET**

HivNorge inviterer til helgeseminar for hivpositive menn som har sex med menn. Fra fredag til søndag møtes vi på et spahotell i østlandsområdet for å snakke om sex og kjærlighet, dop og medisiner.

I løpet av en hyggelig helg sammen med andre hivpositive vil vi dele erfaringer og lære verktøy for å takle ulike sider ved å leve med hiv. Gjennom workshop og samtale med sexolog og andre hivpositive med variert erfaring, vil vi i løpet av helgen ta for oss hvordan livet og seksualiteten kan endre seg med hivdiagnosen. Det blir også tid til fritidsaktiviteter og samvær med andre.

Vi har to kurs: enten første helg i juni eller siste helg i september.

For spørsmål og påmelding: hivnorge.no - 21 31 45 80 - post@hivnorge.no

HivNorge