

Hivinfeksjon i Norge før 2006

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å gi en epidemiologisk beskrivelse av hivepidemien i Norge frem til 2006, med vekt på tiårsperioden 1996–2005.

Metode og materiale. Data fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer ble analysert. I dette systemet blir smitteåret forsøkt estimert ved hjelp av tidligere tester og andre opplysninger. Dermed kan vi i ettertid anslå en minimumsinsidens av hivinfeksjon i hvert år.

Resultater. I Norge ble det frem til 2006 diagnostisert hivinfeksjon hos 3 263 personer. Kategoriene personer som er smittet heteroseksuelt før flytting til Norge og homoseksuelle menn utgjør hver nesten en tredel av de smittede, mens kategoriene sprøytemisbrukere og personer smittet heteroseksuelt mens de bodde i Norge hver utgjør nesten en seksdel av de smittede. Hvert år de siste årene er trolig minst 50 blitt smittet homoseksuelt, minst 20 heteroseksuelt og minst ti ved sprøytemisbruk. I tillegg har det hvert år innvandret minst 100 personer som var smittet heteroseksuelt før ankomst til Norge.

Fortolkning. Hivepidemien er betydelig i Norge, men langt fra så stor som man fryktet for 20 år siden. Smittevernet mot hivinfeksjon må opprettholdes. Forebygging blant homoseksuelle må prioriteres nå. I tillegg er det nødvendig med vedvarende innsats blant sprøytemisbrukere og norske menn som har tilfeldige sexpartnere i land med høy hivprevalens.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Preben Aavitsland

praa@fhi.no

Øivind Nilsen

Divisjon for smittevern
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

I 2006 er det 25 år siden de første pasientene med sykdommen som senere skulle få navnet ervervet immunsviktsyndrom – aids – ble beskrevet i meldingsbladet til folkehelseinstituttet i USA (1). Bare to år senere ble et nytt virus, som etter hvert fikk navnet humant immunsviktvirus (hiv), oppdaget og identifisert som årsaken til aids (2, 3). Siden ble man klar over at viruset allerede var til stede på flere kontinenter, og nå har det forårsaket en av menneskehetens verste pandemier med over 65 millioner smittede, hvorav 25 millioner er døde. 15 millioner barn har sett sine foreldre dø av aids.

For ti år siden ga vi i Tidsskriftet en utførlig beskrivelse av epidemiologien ved hivinfeksjon og aids i Norge frem til 1996 (4–7). Vi fant da at viruset hadde spredd seg raskt blant homoseksuelle menn tidlig i 1980-årene med 1985 som et toppår med om lag 70–100 smittede, men at tiltakene deretter brakte insidensen ned i om lag 40–50 tilfeller per år. Blant sprøytemisbrukerne startet epidemien for alvor i 1984 med om lag 100 smittede og like mange året etter før den årlige insidensen gikk ned til 30–40 tilfeller i 1986 og deretter ned mot 10–15 per år. Vi antok at 20–30 personer bosatt i Norge ble heteroseksuelt smittet hvert år fra 1986 til 1995.

Siden 1996 er korte årsrapporter også publisert i MSIS-rapport, senest for 2005 (8). I denne artikkelen gir vi, med utgangspunkt i Folkehelseinstituttets overvåking, en kort oversikt over epidemiologien for hivinfeksjon i Norge før 2006 med særlig vekt på tiåret 1996–2005.

Materiale og metode

Vi har benyttet data fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Meldingsplikt for aids ble innført i 1983 og for hivinfeksjon i 1986, i begge tilfeller med aktive tiltak fra oss for å sikre melding av tilfeller diagnostisert før disse tidspunktene (4, 9) (tab 1) (10).

Når et av de fem referanselaboratoriene bekrefter funn av hiv for første gang hos en pasient, sender det en kort melding til MSIS med et skjemanummer, pasientens kjønn,

fødselsmåned og -år samt rekvirerende leges kontaktdetaljer. Samtidig sender laboratoriet et blankt meldingsskjema, med samme skjemanummer, til legen. Legen skal så fylle det ut med en rekke aidentifiserte detaljer om pasienten og hendelsen og sende det til MSIS, om nødvendig etter purring fra oss. Vi regner med at alle tilfeller diagnostisert i Norge før 2006 er meldt til MSIS.

Aidstilfeller skal meldes på eget skjema fra sykehusavdelingene som stiller diagnosen. Minst en gang i året kontaktes vi de aktuelle avdelingene for å etterspørre ev. umeldte tilfeller. Aidspasienter meldes med full identitet, og vi forsøkte å koble disse meldingene til den tidligere aidentifiserte meldingen om hivinfeksjon.

Hovedformålet med overvåkingen er å beskrive insidens av hivinfeksjon, altså nye tilfeller per tidsenhet, fordelt på smittemåte, smittested og personkarakteristika, og bruke denne kunnskapen til evaluering og justering av forebyggingstiltak, planlegging av fremtidige behandlingsbehov og til anslag over insidensen i fremtiden.

Hivinfeksjon er ofte asymptomatisk i flere år. Det kan derfor gå lang tid fra smittetidspunktet til infeksjonen blir diagnostisert og meldt. Det såkalte mørketallet betegner antallet smittede som ennå ikke er kjent for MSIS. Det er dermed krevende å beskrive smitteinsidensen. Vi benytter en semikvantitativ metode der hvert tilfelle som blir diagnostisert et år, forsøkes plassert i et smitteår i en diagonal tabell med diagnoseår som rader og smitteår som kolonner (4). Vi benytter all tilgjengelig informasjon om et tilfelle, særlig tidligere negative hivtester, til å anslå smittetidspunktet (9). Dermed bygger vi retrospektivt opp en minimumsinsidens for hvert år og kan enkelt avlese i tabellene

! Hovedbudskap

- 25 år etter at aids ble oppdaget, er det diagnostisert over 3 000 hivsmittede i Norge
- Hvert år smittes om lag 100 personer i Norge mens minst like mange innvandrer til Norge med hivinfeksjon, de fleste fra Afrika og Thailand
- Homoseksuelt smittede menn og innvandrere fra land med høy hivforekomst er de to største gruppene av smittede

Tabell 1 Viktige hendelser i overvåkingen av hivinfeksjon og aids i Norge

År	Hendelse (referanse)
1981	Aids oppdages (1)
1982	
1983	Meldingsplikt for aids i Norge (4, 9). To første tilfeller diagnostiseres i Norge. Hiv oppdages (2, 3)
1984	CDCs kassdefinisjon for aids innføres i MSIS (4, 9).
1985	Kommersielle hivtester tilgjengelig. Obligatorisk hivtesting av blodgivere
1986	Meldingsplikt for hivinfeksjon i Norge, også tidligere diagnostiserte tilfeller (4, 9)
1987	Innføring av rekruttesting og tilbud til alle gravide om hivtesting. Første årsrapport om hivinfeksjon (10)
1988	
1989	
1990	
1991	
1992	
1993	Den europeiske kassdefinisjonen for aids innføres i MSIS (4, 9)
1994	
1995	Ny forskrift og nye meldingsskjemaer for MSIS
1996	Oversikt i Tidsskriftet over hivepidemien i Norge før 1996 (4–7)
1997	
1998	
1999	
2000	
2001	
2002	
2003	Ny forskrift og nye meldingsskjemaer for MSIS
2004	Ny database for MSIS og data tilgjengelige på www.msis.no
2005	
2006	Oversikt i Tidsskriftet over hivepidemien i Norge før 2006

(som vist i denne artikkelen) hvor lang tid det normalt tar fra smitte til diagnose.

Opplysningene om smittemåte, smittested og opprinnelsesland bygger på vår tolking av de opplysningene legen har fått av pasienten og ført i meldingsskjemaet til MSIS (4).

Resultater

I Norge ble det frem til 2006 diagnostisert hivinfeksjon hos 3 263 personer (tab 2). Det var 2 221 menn (68 %) med median alder 34 år (interkvartilbredde 28–41) og 1 042 kvinner med median alder 28 år (24–33). Det var 66 barn under 16 år.

Homoseksuell smittemåte

Til MSIS er det meldt hivinfeksjon hos 1 018 menn som er smittet av en annen

mann, 416 i perioden 1996–2005. For denne perioden kjenner vi året for smitte for 66 % av personene. Insidensen var stabilt lav frem til 2003, da det startet et utbrudd som fremdeles pågår (tab 3). Det kan se ut til at de fleste i denne gruppen blir diagnostisert innen tre år etter smittetidspunktet (tab 3).

De fleste smittede i denne gruppen er i 30-årene når de blir diagnostisert (fig 1). Blant de 416 som er diagnostisert siste ti år, er 301 (72 %) bosatt i Oslo. 115 (28 %) er sikkert smittet i utlandet, og 239 (57 %) i Norge, med Oslo som hyppigste smittested med 186 (45 %) tilfeller.

Smitte ved sprøytemisbruk

MSIS har registrert hivinfeksjon etter sprøytemisbruk hos 521 personer, hvorav 334

menn (64 %), for perioden 1996–2005 er tallene henholdsvis 119 og 83 (70 %). For denne perioden kjenner vi året for smitte for 69 % av personene. Insidensen var stabilt meget lav i hele perioden, selv om det muligens er antydning til økning fra 2004 (tab 4). Også i denne gruppen blir de fleste diagnostisert innen tre år etter smittetidspunktet (tab 4).

De fleste smittede i denne gruppen er mellom 25 og 35 år når de blir diagnostisert, kvinnene gjerne noe yngre enn mennene (fig 1). Blant de 119 som er diagnostisert siste ti år, er 52 (44 %) bosatt i Oslo. 25 (21 %) er sikkert smittet i utlandet, og 94 (79 %) i Norge, med Oslo som hyppigste smittested med 50 (42 %) tilfeller.

Heteroseksuell smittemåte hos personer bosatt i Norge

Denne gruppen består av norskfødte (86 %) og innvandrere og andre som bor i Norge og så blir smittet av hiv, enten i Norge eller i utlandet.

MSIS har registrert 519 personer i denne gruppen siden hivepidemiens start, hvorav 325 menn (63 %), for perioden 1996–2005 er tallene henholdsvis 314 og 208 (66 %). For denne perioden kjenner vi året for smitte for 76 % av personene. Insidensen var rimelig stabil i perioden med rundt 20 tilfeller smittet per år (tab 5). Også i denne gruppen blir de fleste diagnostisert innen tre år etter smittetidspunktet (tab 5).

De fleste smittede mennene i denne gruppen er mellom 35 og 50 år når de blir diagnostisert, mens kvinnene er betydelig yngre (fig 1). Blant de 314 som er diagnostisert siste ti år, er 106 (34 %) bosatt i Oslo. 159 (51 %) er sikkert smittet i utlandet, og 144 (46 %) i Norge med Oslo som hyppigste smittested med 65 (21 %) tilfeller. Blant de 159 som er smittet i utlandet siste ti år, er det 136 menn (86 %). 70 menn og tre kvinner er smittet i Thailand.

Heteroseksuell smitte før ankomst til Norge

Denne gruppen består av personer som er født i utlandet og som er smittet med hiv før de ankommer til Norge første gang.

Tabell 2 Antall tilfeller av hivinfeksjon meldt til MSIS etter smittemåte og diagnoseår, diagnostisert før 2006

Smittemåte	Diagnoseår																				Totalt		
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003		2004	2005
Sex mellom menn	12	104	69	72	46	49	36	60	28	44	37	45	35	31	30	36	32	39	30	57	70	56	1 018
Sprøytemisbruk	1	80	104	68	33	29	22	16	12	13	13	11	9	11	8	12	7	8	16	13	15	20	521
Sex mellom mann og kvinne		7	17	47	53	52	29	58	57	53	33	47	63	67	58	92	131	105	151	153	163	134	1 570
Smittet før ankomst til Norge		1	6	18	27	32	12	41	30	34	22	25	34	34	36	65	93	78	123	119	120	101	1 051
Smittet mens bosatt i Norge		6	11	29	26	20	17	17	27	19	11	22	29	33	22	27	38	27	28	34	43	33	519
Fra mor til barn			1			3	2	3	2	1			4	1	1	4	3	2	2	5	1	5	40
Fra blod eller blodprodukt		23	1	6	10	1		1	2	1				1									46
Annen eller ukjent		1	1		3	1	1	4	4	1	11	2	5	3	1	3	2	3	6	10	2	4	68
Totalt	13	215	193	193	145	135	90	142	105	113	94	105	116	114	98	147	175	157	205	238	251	219	3 263

MSIS har registrert 1 051 personer, hvorav 436 menn (41%), i denne gruppen før 2006. For perioden 1996–2005 er tallene henholdsvis 803 og 296 (37%). Det årlige antallet diagnostiserte varierer sterkt og har siden 2000 utgjort om lag halvparten av det årlige antallet meldte tilfeller (tab 2). De fleste smittede i denne gruppen er mellom 25 og 35 år når de blir diagnostisert, kvinnene gjerne rundt fem år yngre enn mennene (fig 1).

For de 803 som er diagnostisert siste ti år, er de vanligste opprinnelseslandene Etiopia (149 personer), Thailand (118 personer, hvorav 116 kvinner) og Somalia (78 personer). Fra hvert av følgende land er det mellom 20 og 40 personer: Burundi, Eritrea, Kamerun, Kenya, Kongo, Liberia, Nigeria, Rwanda, Tanzania, Uganda og Zambia.

Andre grupper

Blant de 40 barna som er meldt etter smitte perinatalt, er 29 født og smittet i utlandet og 11 i Norge, de to siste i 2000.

Blant de 46 som ble smittet med blod eller blodprodukt, er det 21 gutter som ble smittet av blodfaktorpreparat tidlig i 1980-årene som del av behandlingen av deres bløder sykdom. Blant de øvrige er det 16 personer som ble smittet ved blodoverføring i Norge i perioden 1981–86 (diagnostisert mellom 1985 og 1991) og ni som ble smittet ved blodoverføring i utlandet.

Aids

Ved utgangen av 2005 var det meldt 898 personer med aids i Norge. Det årlige antallet aidstilfeller gikk ned fra rundt 60 per år før 1997 til rundt 30 per år deretter. Om lag 620 personer er døde av aids i Norge.

Diskusjon

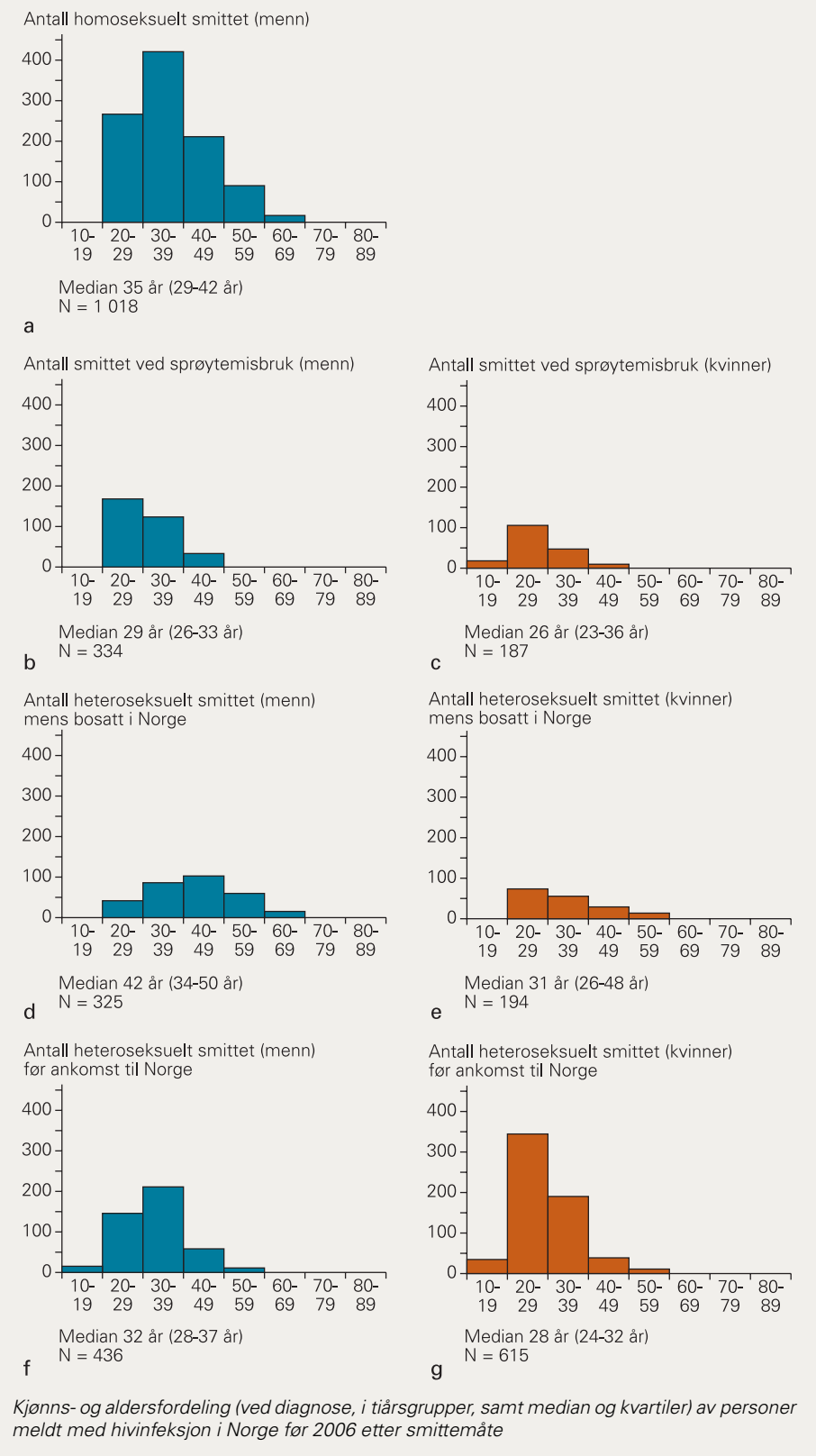
Siden hivepidemien startet i Norge, trolig i slutten av 1970-årene, er det diagnostisert noe over 3 000 personer med hivinfeksjon her i landet. Dette er lavere enn man fryktet i 1980-årene. Spredningen mellom homoseksuelle menn er økende, mens spredningen blant sprøytemisbrukere er stabilt lav. Epidemien består av fire hoveddeler, hver med sine karakteristika. Forståelse av disse er nødvendig for å bremse spredningen.

Homoseksuell smittemåte

Nesten en tredel av alle hivsmittede i Norge er menn som er smittet ved sex med andre menn. I forhold til heteroseksuelle menn på samme alder har de homoseksuelle mennene minst 50 ganger så stor prevalens av hivinfeksjon.

Den relativt lave insidensen fra tiåret 1986–95 (6) fortsatte inn i det siste tiåret med om lag 20–30 personer smittet hvert år. Vi kan ikke dokumentere at flere enn 25 menn i denne gruppen ble smittet i 2002, men så skjedde det noe. Minst 60 personer ble smittet i 2003, og tallet vil trolig fortsatt være høyt fremover. Det synes klart at det i

Figur 1



tre-fire år har vært et utbrudd av hivinfeksjon blant homoseksuelle menn i Oslo. Vi tror at mye av smitten skjer i enkelte miljøer og møtesteder i Oslo der menn praktiserer mye tilfeldig og til dels anonym sex. Økende risikoatferd og smitte blant homoseksuelle menn ses nå også ellers i Europa.

Vi ser også flere eksempler på at hivpositive oppsøker helsetjenesten med nylig ervervede andre seksuelt overførbare infeksjoner, som gonoré og syfilis. Det er derfor klart at epidemien drives fremover både av hivpositive som kjenner sin status, og av hivsmittede som ennå ikke er testet.

Tabell 3 Smitteår for menn som er smittet med hiv homoseksuelt og diagnostisert før 2006

Diagnoseår	Smitteår												Alle	
	Ukjent	Før 1996	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
Før 1996	369	233												602
1996	10	20	5											35
1997	9	9	4	9										31
1998	10	8	3	6	3									30
1999	11	6	2	3	6	8								36
2000	11	3	0	1	2	9	6							32
2001	12	0	0	1	3	2	10	11						39
2002	11	0	0	1	0	0	2	6	10					30
2003	5	3	1	1	0	0	3	4	9	31				57
2004	11	0	0	0	1	0	1	1	5	27	24			70
2005	9	0	1	0	0	1	0	0	1	2	16	26		56
Totalt	468	282	16	22	15	20	22	22	25	60	40	26		1 018

Smitte ved sprøytemisbruk

I denne gruppen har det gjennom hele det siste tiåret vært oppsiktsvekkende lav insidens av hivinfeksjon. Vi kan knapt dokumentere ti smittede hvert år, akkurat som i tiåret før (7). Samtidig spres andre blodbårne virus, som hepatitt B- og C-virusene, fortsatt meget raskt i gruppen (11). Dette tyder på at misbrukerne har funnet rasjonelle måter å unngå hiv på. Vi tror at hyppig testing sammen med åpenhet om hivstatus mellom misbrukerne er viktig. Dermed unngår de hivpositive å dele sprøyter med andre. Samtidig er det klart at sprøytedeling unngås så sant det finnes rene sprøyter tilgjengelig.

Trolig forsvant mange hivpositive fra sprøytemisbruket i løpet av 1990-årene. Noen døde av overdose, mens andre ble rehabilitert. Dermed forsvant mange potensielle smitekilder.

Heteroseksuell smittemåte hos personer bosatt i Norge

I denne gruppen har insidensen vært stabil siste tiår, med om lag 20–30 personer smittet hvert år. Dette har vært noe høyere enn i tiåret før (5). Likevel er det fortsatt ingen sikre tegn på en sterkt økende heteroseksuell epidemi (12), og det er gledelig lite hivinfeksjon blant ungdom. Dette mener vi hovedsakelig skyldes at hiv er et lite smittomt virus ved heteroseksuelle samleier.

Det er stor forskjell på menns og kvinners smitemønster. Mennene har 11 år høyere medianalder (fig 1); mange er godt opp i 50- og 60-årene. De smittes i stor grad av tilfældige seksualpartnere i Afrika (13) og Asia. Kvinnene, derimot, smittes hovedsakelig i Norge, og ofte av en fast partner. Dermed ser det ut til at kvinner flest velger en mye tryggere seksualatferd enn menn.

Blant heteroseksuelle er det i gjennomsnitt noe større forsinkelse før hiv blir diagnostisert. Det kan skyldes at heteroseksuelle har noe lavere bevissthet om smittefaren og egen risiko.

Blant heteroseksuelle er det i gjennomsnitt noe større forsinkelse før hiv blir diagnostisert. Det kan skyldes at heteroseksuelle har noe lavere bevissthet om smittefaren og egen risiko.

Heteroseksuell smitte før ankomst til Norge

Denne gruppen utgjør nesten en tredel av dem som har fått påvist hivinfeksjon i Norge. Det årlige antallet i gruppen avhenger særlig av hvor mange asylsøkere og familiegjennforente som kommer til landet og hvilke land de kommer fra. Siden 1999 har gruppen utgjort om lag halvparten av de nydiagnostiserte hivpositive. Siden meldingene om hivinfeksjon er uten pasientidentitet, vet vi ikke hvem av de diagnostiserte som fremdeles befinner seg i landet.

Gruppen består særlig av afrikanere (13). Siden 1998 har det imidlertid vært et betydelig innslag av thailandske kvinner. Mange av dem er kommet for å gjenforenes med sin nye norske ektemann. Vi regner med at denne utviklingen vil fortsette.

Andre grupper

Tidligere fikk vi melding om alle barn født av hivpositiv mor (14), men denne meldepplikten er siden falt bort. Derfor kjenner vi bare til de barna som er blitt smittet under fødselen i Norge, og det er ingen etter 2000, til tross for at mange hivpositive kvinner får barn (15). Det betyr at de forebyggende tiltakene er effektive.

Smitte ved blodoverføring har ikke vært påvist i Norge de siste 20 år. En person mottok imidlertid blod med hiv i 1997, men døde før hivtesting. Av og til dukker det opp innvandrere som trolig er smittet ved blodoverføring i utlandet.

Utfordringer i overvåkingen

Overvåkingssystemet for hivinfeksjon i Norge fungerer bra (9). Gjennom vår såkalte diagonalmetode (tab 3–5) får vi en rimelig bra indikasjon på insidens av nye infeksjoner, om enn noe forsinket. En betydelig andel av de hivpositive blir diagnostisert i løpet

Tabell 4 Smitteår for personer som er smittet med hiv ved sprøytemisbruk og diagnostisert før 2006

Diagnoseår	Smitteår												Alle	
	Ukjent	Før 1996	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
Før 1996	291	111												402
1996	0	6	3											9
1997	2	2	2	5										11
1998	2	1	2	2	1									8
1999	2	0	0	1	6	3								12
2000	3	0	0	0	1	2	1							7
2001	3	0	0	1	0	0	2	2						8
2002	9	0	0	0	0	2	0	2	3					16
2003	7	0	0	0	0	0	0	0	4	2				13
2004	3	0	0	0	0	0	0	0	3	6	3			15
2005	6	0	0	0	0	0	1	0	0	2	4	7		20
Totalt	328	120	7	9	8	7	4	4	10	10	7	7		521

Tabell 5 Smitteår for personer som er smittet med hiv heteroseksuelt, mens de var bosatt i Norge og diagnostisert før 2006

Diagnoseår	Smitteår												Alle	
	Ukjent	Før 1996	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
Før 1996	69	136												205
1996	3	19	7											29
1997	6	9	8	10										33
1998	7	1	3	3	8									22
1999	4	7	1	0	7	8								27
2000	8	4	1	2	4	7	12							38
2001	8	1	0	0	3	1	7	7						27
2002	4	3	0	0	0	1	5	9	6					28
2003	13	3	1	0	0	1	2	2	6	6				34
2004	11	0	0	1	4	1	1	0	6	10	9			43
2005	10	0	0	0	1	1	0	0	0	4	5	12		33
Totalt	143	183	21	16	27	20	27	18	18	20	14	12		519

av de første to-tre årene etter smitte. Dette faktum er imidlertid avhengig av høy bevissthet blant befolkningen og helsepersonell om infeksjonen og hyppig testing blant risikoutsatte.

Vi opplever nå stadig oftere at det meldes pasienter med samme fødselsmåned og -år som en av de over 3 000 personene som allerede er registrert. Enkelte ganger klarer vi ikke å avgjøre om meldingen gjelder en ny hivsmittet person. Dette gjelder særlig asylsøkere som tester seg flere ganger i ulike deler av landet, og som enkelte ganger skifter fødselsdato. Vi kan derfor ikke utelukke at det er enkelte dobbeltmeldinger i MSIS. I tiden fremover kan problemet blir større. Av samme grunn har vi økende problemer med å koble aidsmeldinger (med full identitet) til de aidentifiserte hivmeldingene fra flere år tidligere. På lengre sikt vil disse forholdene svekke overvåkingen. Hvis man fortsatt ønsker optimal overvåking, må det derfor vurderes om full fødselsdato skal inkluderes i meldingene, men da svekkes pasientenes anonymitet.

Aids ble opprinnelig definert for overvåkingsformål før hiv var oppdaget. I dag er det klart at aids er et nokså tilfeldig punkt i den gradvise forverringen av immunsystemets funksjon hos de hivsmittede. Moderne behandling har gjort at aids kan utsettes og kanskje forhindres helt. Derfor har betegnelsen mistet mye av sin relevans i den kliniske hverdagen, og legene kvier seg for å gi pasientene diagnosen. Vi er kjent med at en del aidstilfeller ikke er diagnostisert som dette og dermed heller ikke meldt. Dermed mister vi etter hvert innsikt i inkubasjonstiden fra hivsmitte til aids (16). Vi får heller ikke fulgt dødelighet av aids og kan heller ikke se om mange hivpositive diagnostiseres først når sykdomsutviklingen har nådd så langt som til aidsstadiet.

Smittevernet mot hiv fremover

Smittevernet mot hiv i Norge bygde tidligere på egne handlingsplaner, men er nå i stor grad integrert i det ordinære smittevernarbeidet. De frivillige organisasjonene og

offentlige etater nyter imidlertid fremdeles godt av øremerkede bevilgninger til forebygging. Vi tror det er viktig å opprettholde høy bevissthet om hivsituasjonen i Norge og lav terskel for hivtesting.

Basert på resultatene over vil vi peke på noen særlige utfordringer i forebyggingen de neste årene:

- Det er nødvendig med umiddelbar og sterk innsats for å stoppe utbruddet av hivinfeksjon blant homoseksuelle menn i Oslo. Det er også nødvendig å opprettholde en kontinuerlig forebyggende aktivitet i gruppen, gjerne initiert av gruppen selv. Vi tror også det er viktig at legen veileder hver hivpositiv om smittevern ved flere anledninger, slik at de smittede blir klar over og respekterer det betydelige personlige ansvaret de har for ikke å smitte andre.
- Blant sprøytemisbrukere er det alltid et potensial for kraftige oppblussinger dersom hiv kommer inn i et miljø der det deles sprøyter. Derfor må situasjonen følges nøye, og den forebyggende innsatsen må opprettholdes.
- Det bor nå flere hundre hivsmittede innvandrere, særlig fra Afrika, i Norge. Helsetjenesten må sørge for at disse får god smittevernveiledning og medisinsk oppfølging ved behov.
- De aller fleste nordmenn er heteroseksuelle. Derfor har epidemien størst potensial her. Det er nødvendig å følge situasjonen nøye med hensyn til tegn på økende spredning mellom heteroseksuelle i Norge (12). Dette kan skje ved at folk tar med seg hiv fra utlandet og bringer det videre i norske forhold. Spesielt er det bekymringsfullt at mange menn nå blir smittet i Thailand.

Hivinfeksjon er en alvorlig og potensielt dødelig infeksjon. Epidemien er gjennom disse 25 årene ikke blitt så alvorlig som man en gang fryktet. Utviklingen i Norge er omtrent som i de andre nordiske landene, men betydelig gunstigere enn i Russland og de andre landene rundt Østersjøen (17). Også i forhold til de vesteuropeiske landene har vi i

Norge en gunstig situasjon (18). Likevel er det alvorlig når det hvert år diagnostiseres over 200 personer med hivinfeksjon i Norge. Det er særlig bekymringsfullt at vi igjen opplever betydelig hivspredning mellom menn som har sex med menn. Smittevernet mot hiv er utfordrende. Det dreier seg om å påvirke til betydelige endringer av seksualvaner. Det møysommelige arbeidet må fortsette, men vi må nok erkjenne at det bare er en hivvaksine (19) som på lengre sikt kan stoppe denne epidemien.

Vi takker de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene og de meldende legene for at de har bidratt med gode opplysninger til MSIS gjennom over 20 år.

Litteratur

1. Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia – Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1981; 30: 250–2.
2. Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 1983; 220: 868–71.
3. Gallo RC, Sarin PS, Gelmann EP et al. Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 1983; 220: 865–7.
4. Aavitsland P, Nilsen Ø, Hasseltvedt V et al. Overvåking av HIV-epidemien i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3489–92.
5. Aavitsland P, Nilsen Ø, Hasseltvedt V et al. HIV-epidemien i Norge inntil 1996 – hovedvekt på heteroseksuell smitte. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3493–8.
6. Aavitsland P, Nilsen Ø, Lystad A. HIV-epidemien blant homoseksuelle menn i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3499–502.
7. Aavitsland P, Nilsen Ø, Lystad A. HIV-epidemien blant stoffmisbrukere i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3502–5.
8. Nilsen Ø, Blystad H, Aavitsland P. HIV-situasjonen i Norge per 31. desember 2005. MSIS-rapport 2006; 34: 7B.
9. Aavitsland P, Nilsen Ø, Lystad A. Anonymous reporting of HIV infection: an evaluation of the HIV/AIDS surveillance system in Norway 1983–2000. Eur J Epidemiol 2001; 17: 479–89.
10. Nilsen Ø, Aasen S. HIV-infeksjon. Statusrapport Norge ultimo 1986. MSIS-rapport 1987; 15: 2.
11. Skaug K, Vik ISS, Ringvik S et al. Blodoverførbar infeksjoner blant stoffmisbrukere i Oslo. MSIS-rapport 2005; 33: 50.

>>>

12. Aavitsland P, Nilsen Ø, Lystad A. No evidence of an epidemic of locally acquired heterosexual HIV infection in Norway. *Sex Transm Dis* 2002; 29: 222–7.
13. Aavitsland P, Nilsen Ø. HIV-infeksjon fra Afrika til Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 76–9.
14. Aavitsland P, Nilsen Ø, Lystad A et al. Impact of antenatal HIV screening to prevent HIV infection in children in Norway 1987–99. *J Med Screen* 2002; 9: 57–9.
15. Garmark VC, Holmedal SH, Rønsen TK et al. HIV-smitte fra mor til barn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2029–32.
16. Amundsen EJ, Fekjær H. Progression to AIDS slowed even more after the first two years with highly active antiretroviral therapy. *Scand J Public Health* 2003; 31: 312–8.
17. Blystad H, Nilsen Ø, Andresen S. Hivsituasjonen i våre nærområder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 3131–4.
18. HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2005. Paris: European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS (EuroHIV), 2006.
19. Holm-Hanssen C. Vaksiner mot hiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 3117–20.

Manuskriptet ble mottatt 20.10. 2006 og godkjent 27.10. 2006. Medisinsk redaktør Erlend Hem.