

Aadne Aasland  
Siri Bjerkreim Hellevik  
Berit Aasen

# Mer må til: Om hivrettet arbeid overfor innvandrere



**NIBR**

Norsk institutt for by- og regionforskning

Mer må til: Om hivrettet arbeid  
overfor innvandrere

## Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2012:5	"Derfor blir vi her" – innvandrere i Distrikts-Norge
NIBR-rapport 2010:13	Desentraliserte asylmottak og bosetting
NIBR-rapport 2009:2	Etniske minoriteter og forskjellsbehandling i leiemarkedet

Rapportene koster  
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles  
fra NIBR:

Gaustadalléen 21  
0349 Oslo  
Tlf. 22 95 88 00  
Faks 22 60 77 74

E-post til  
[nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

Publikasjonene  
kan også skrives ut fra  
[www.nibr.no](http://www.nibr.no)

Porto kommer i tillegg til de oppgitte  
prisene

Aadne Aasland  
Siri Bjerkreim Hellevik  
Berit Aasen

# **Mer må til: Om hivrettet arbeid overfor innvandrere**

NIBR-rapport 2012:29

Tittel: **Mer må til: Om hivrettet arbeid overfor innvandrere**

Forfatter: Aadne Aasland, Siri Bjerkreim Hellevik og Berit Aasen

NIBR-rapport: 2012:29

ISSN: 1502-9794  
ISBN: 978-82-7071-962-4

Prosjektnummer: O-2977

Prosjektnavn: Tilrettelegging av hivtiltak overfor innvandrere

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Aadne Aasland

Referat: Rapporten gir en oversikt over hivtiltak som retter seg mot innvandrere i Norge. Den identifiserer de viktigste aktørene som arbeider med slike tiltak, ser på hva slags type arbeid de utfører, diskuterer deres erfaringer og drøfter hvordan hivarbeidet overfor innvandrere kan styrkes.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: 15. desember 2012

Antall sider: 69

Pris: kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21,  
0349 OSLO  
Telefon: (+47) 22 95 88 00  
Telefaks: (+47) 22 60 77 74  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.  
Org. nr. NO 970205284 MVA  
© NIBR 2012

---

# Forord

Innvandrere er overrepresentert blant mennesker som lever med hiv i Norge i dag. Samtidig er hivpositive innvandrere lite synlige. Det er få åpne hivpositive innvandrere, og i interesseorganisasjoner som arbeider for og med hivpositive er innvandrere klart underrepresentert. Flere evalueringsrapporter av norsk hivinnsats og den aktuelle nasjonale hivstrategien nevner hivarbeid rettet mot innvandrere som en spesiell utfordring.

Med dette utgangspunktet tok tre forskere fra NIBR – med bakgrunn fra internasjonal hivforskning – initiativet til et prosjekt som beskriver og diskuterer norsk hivinnsats overfor innvandrere. De ønsket å dekke hele bredden, fra forebygging gjennom informasjon og testing, behandling, til psykososial oppfølging av de hivsmittede. Hvilke utfordringer møter organisasjonene, og ikke minst hvilke erfaringer har de gjort omkring tiltak som virker, gitt dagens utvikling med hensyn til medisiner, muligheter for finansiering av tiltak, og organiseringen av hivarbeidet i det norske helsesystemet?

Forskerne har gått gjennom relevante dokumenter, men rapporten er først og fremst basert på intervjuer med et stort antall nøkkelpersoner både i organisasjoner og helseinstitusjoner. Vi vil benytte anledningen til å takke alle informantene som har vært villige til å stille opp til intervju i en travel hverdag. Forfatterne synes det har vært veldig inspirerende å få et innblikk i alt det viktige arbeidet som gjøres for å redusere hivsmitten blant innvandrere.

Informantene er også blitt gitt anledning til å kommentere rapporten og belyse egne erfaringer fra feltet. Disse bidragene er trykket bakerst i rapporten, og vi takker bidragsyterne.

Prosjektet har fått økonomisk støtte fra Helsedirektoratet, gjennom tilskuddsmidler over den nasjonale hivstrategien ”Aksept og mestring”. Vi vil særlig takke Arild Johan Myrberg og Lennart Lee Lock for god tilrettelegging av prosjektet, nyttige innspill og en åpen kommunikasjon under arbeidet. Takk også til Inger Balberg her på NIBR som har klargjort manuskriptet for trykking.

Rapporten er relativt kort og det er vårt håp at den skal bli lest av relevante aktører som på en eller annen måte arbeider med de spørsmålene rapporten omhandler. Vi håper også at den vil inspirere til fortsatt erfaringsutveksling og fornyet innsats på feltet.

Oslo, desember 2012

Marit Haug  
Forskningssjef

# Innhold

Forord.....	1
Sammendrag .....	5
Summary.....	7
1 Bakgrunn for studien.....	10
1.1 Innledning.....	10
1.2 Kort historisk overblikk .....	11
1.3 Tall og statistikk.....	12
1.4 Hva sier de nasjonale hivstrategier om innvandrere og hiv.....	13
1.4.1 Innledning.....	13
1.4.2 2009-2014: Aksept og mestring.....	14
1.4.3 Tidligere strategier og evalueringer.....	16
2 Studiens fokus, metode og datainnsamling.....	18
2.1 Avgrensning og forbehold. ....	18
2.2 Datainnsamling og metode. ....	19
3 Aktørene: hvem gjør hva?.....	20
3.1 Organisering og virkemidler .....	20
3.1.1 Organisering .....	20
3.1.2 Virkemidler.....	22
3.2 Politikktutforming, strategiutvikling og koordinering.....	23
3.3 Når innvandrerne kommer til Norge .....	24
3.4 Helsesystemet: Testing, behandling, migrasjons- helse .....	24
3.5 Psykososial oppfølging .....	26
3.6 Hiv-organisasjoner med innvandrertiltak .....	28
3.7 Ikke-statlige organisasjoner som arbeider med hiv blant innvandrere.....	29
3.8 Innvandrersorganisasjoner.....	30
3.9 Arbeid overfor særlig utsatte grupper .....	31



---

3.9.1	Innvandrere og menn som har sex med menn (MSM) .....	31
3.9.2	Sexarbeidere .....	32
3.9.3	Papirløse.....	33
4	Våre vurderinger og konklusjoner.....	34
4.1	Innledning.....	34
4.2	Politikkutforming, koordinering, finansiering.....	35
4.3	Når innvandrerne kommer .....	36
4.4	Helsesystemet: Testing, behandling, migrasjons- helse .....	38
4.5	Psykososial oppfølging .....	40
4.6	Forebygging og stigmareduksjon .....	41
4.7	Sårbare grupper.....	42
4.7.1	Menn som har sex med menn .....	42
4.7.2	Sexarbeidere .....	43
4.7.3	Afrikanske kvinner .....	44
5	Veien videre - anbefalinger.....	46
	Litteratur.....	53
	Vedlegg 1 Synspunkter og kommentarer fra aktørene.....	55
	Vedlegg 2 Organisasjoner som er intervjuet.....	67

---

# Sammendrag

*Aadne Aasland, Siri Bjerkreim Hellenik og Berit Aasen*

**Mer må til: Om hivrettet arbeid overfor innvandrere**  
NIBR-rapport: 2012:29

Rapporten gir en oversikt over hivrelatert arbeid som retter seg mot innvandrere i Norge. Den identifiserer de viktigste aktørene som arbeider med hivtiltak overfor denne gruppen, ser på hva slags type arbeid de utfører, diskuterer deres erfaringer og drøfter hvordan hivarbeidet overfor innvandrere kan styrkes.

Datainnsamlingen har skjedd i form av intervjuer med en rekke aktører innenfor helseinstitusjoner, interesse- og rettighetsorganisasjoner, ikke-statlige organisasjoner som arbeider for innvandrere med hivspørsmål, innvandrerorganisasjoner og noen kjerneinformanter med lang fartstid på hiv-feltet. Forskerne har videre gått gjennom relevant litteratur, spesielt tidligere strategier og evalueringer av disse.

Folkehelseinstituttet anslår at mellom 1300 og 1500, eller rundt 37-38 prosent av de hivpositive som lever i Norge har innvandrerbakgrunn. Et betydelig antall er smittet før ankomst i Norge. Tallene over smittede viser at det er særlig to grupper eller kategorier innvandrere søkelyset bør rette seg mot. Den første er innvandrere, særlig asylsøkere og familieinnvandrere, som kommer til Norge og er smittet før ankomst. For denne gruppen er det spesielt viktig å sikre at de blir testet raskt etter ankomst, at de får medisinsk behandling (også for å redusere smittefare) og adekvat psykososial oppfølging. Den andre gruppen er innvandrer- menn som har sex med menn (MSM) som, i enda større grad en MSM blant majoritetsbefolkningen, er utsatt for hivsmitte. I tillegg til psykososial støtte bør søkelyset for denne gruppen være rettet mot hvordan man når dem med adekvat informasjon om hiv og

viktigheten av kondombruk, samt sikre at de som praktiserer risikosex tester seg jevnlig.

Rapporten gir følgende *anbefalinger* for det videre arbeid på feltet:

- Kontinuerlig og systematisk arbeid med langsiktig prioritering av feltet.
- Opprette et kompetanse- og ressurscenter for hivrettet arbeid overfor innvandrere.
- Etablere et nettverk for hivrettet arbeid overfor innvandrere
- Vurdere modeller, herunder en ordning med hivkoordinator, for å sikre bedre oppfølging av innvandrere med hiv.
- Økt innsats for å sikre systematisk testing av familieinnvandrere og vurdering av behov for tiltak overfor arbeidsinnvandrere.
- Utrede metoder som sikrer rutinemessig testing – med mulighet for 'opt-out'.
- Øke testfrekvensen hos fastleger gjennom skriv med nye retningslinjer til alle fastleger og annet relevant helsepersonell
- Mer vekt på psykososial oppfølging i samarbeid mellom det generelle helsesystemet, frivillige og ikke-statlige organisasjoner og brukerorganisasjoner.
- Økt fokus på veiledning i seksuell helse i innledende og oppfølgende helseundersøkelser og i introduksjonsprogrammet for nyankomne
- Tilrettelagt skriftlig informasjon om hiv og seksuell helse for innvandrere på flere språk bør være tilgjengelig på steder der innvandrere oppholder seg.
- Styrke seksualundervisning, herunder informasjon om hiv, i skolen.
- Økt fokus på spesielle utfordringer knyttet til innvandrere og MSM med hensyn til hiv.
- Økte økonomiske ressurser til hivinnsats overfor innvandrere.
- Opprettholde muligheten for finansiering av spesielle hivtiltak rettet mot innvandremiljøer, men sørge for tett oppfølging og kvalitetssikring av slike tiltak.

---

# Summary

*Aadne Aasland, Siri Bjerkreim Hellevik and Berit Aasen*

## **Must have more: Targeting immigrants in HIV-related work in Norway**

NIBR Report: 2012:29

The report gives an overview of HIV-related work targeting immigrants in Norway. The report identifies the most important actors working in this field, presents their work and analyses their experiences and provides a discussion of how this type of work could be improved.

Data collection has included interviews and document review. Interviews have been conducted with a number of actors ranging from health institutions, civil society organisations, institutions working on immigration and HIV-related topics, immigrants' own organisations, and some key actors with long-standing experience from field of HIV work in Norway. Furthermore, the report reviews relevant documents, such as HIV/AIDS strategies and their evaluations.

The Norwegian Public Health Institute estimates that the number of HIV positive immigrants in Norway is within the range of 1300 to 1500 persons, i.e. around 37-38 per cent of the HIV positive people living in the country. A more detailed analysis of the reported HIV incidents shows that two groups of immigrants in particular require special attention. The first group is immigrants- mostly asylum seekers/refugees and family immigrants- who are HIV positive upon arrival in Norway. It is essential that people in this group are tested rapidly after their arrival in Norway, and that they are offered medical treatment (also to reduce the risk of their further spread of the virus) and adequate psycho-social support. The other group which requires particular attention is immigrant men who have sex with men (MSM). This group is at a higher risk

of being infected with HIV than the MSM of the majority population. In addition to psycho-social support, the focus in support to this group should be on providing adequate information about HIV, including emphasising the importance of condom use. Moreover, it is pertinent to ensure that those practising unsafe sex in this group are tested regularly.

The report provides a number of *recommendations* for further work in the field:

- Continuous and systematic work with long-term priority given to the topic.
- Establish a competence and resource centre for HIV-related work among immigrants.
- Establish a network for HIV-related work towards immigrants.
- Consider a variety of models, including the establishment of a HIV coordinator, to secure better follow-up of HIV-positive immigrants.
- Increased efforts to secure HIV-testing of family immigrants and assessment of the need for measures directed towards labour migrants.
- Explore the possibilities for more routine-based testing, with an ‘opt-out’ option.
- Increase the testing frequency through sending out letters to doctors (*fastleger*) and other health workers with updated guidelines for testing.
- Provide better psycho-social support in collaboration between the general health system, volunteers and civil society organisations, including user organisations.
- Increased focus on guidance in sexual health in introductory and follow-up health examinations and in the introduction programme for new immigrants.
- Make proper written information about HIV and sexual health for immigrants available in arenas where immigrants gather.
- Strengthen sexual education, including information about HIV, in schools.

- Increased focus on the special challenges facing immigrant MSM concerning HIV.
- Increase the economic resources allocated for HIV work directed towards immigrants.

# 1 Bakgrunn for studien

## 1.1 Innledning

Det har vært gjennomført få studier om hivsituasjonen blant innvandrere<sup>1</sup> i Norge. En studie gjennomført i 2007 viser at det er vanskelig for hivpositive innvandrere å være åpne innenfor sin gruppe og at de har vanskeligheter med å få den oppfølgingen de trenger i helsevesenet på grunn av mindre brukerkompetanse enn andre pasientgrupper (Alao, 2007). Flere evalueringsrapporter av norsk hivinnsats og nasjonale hivstrategier har nevnt hivarbeid rettet mot innvandrere som en spesiell utfordring. I dagens strategi for norsk hivarbeid *Aksept og mestring. Nasjonal hivstrategi 2009-2014* er ikke arbeid rettet mot innvandrere et eget delmål, men behandlet under andre delmål, spesielt under delmål 3 som handler om tiltak mot særlig sårbare grupper. Mange innvandrerrelevante problemstillinger er integrert i de andre temaene strategien omhandler.

Vår studie ser på hivtiltakene som retter seg mot innvandrere i Norge. Vi identifiserer de viktigste aktørene som arbeider med hivtiltak overfor innvandrere, ser på hva slags type arbeid de utfører, diskuterer deres erfaringer og drøfter hvordan arbeidet overfor innvandrere kan styrkes. Utgangspunktet for studien er at det har vært gjennomført lite forskning på dette feltet, og at vi mener behovet for mer systematisk kunnskap er til stede.

---

<sup>1</sup> Innvandrere er i denne rapporten strengt definert som personer som er født utenfor Norge av utenlandske foreldre. Innvandrere omfatter både flyktninger og asylsøkere, familieinnvandrere og arbeidsinnvandrere. I mange tilfeller vil imidlertid det vi skriver om innvandrere være aktuelt også for personer som selv er født i Norge, men som gjennom utenlandske foreldre likevel har innvandrebakgrunn. Rapporten retter naturlig nok særlig oppmerksomhet mot innvandrere som har vært eller er spesielt utsatt for hiv, som innvandrere fra høyendemiske områder.

Dette kapitlet gir et kort historisk overblikk, statistikk over HIV-situasjonen blant innvandrere i dag og en gjennomgang av hvordan HIV blant innvandrere blir beskrevet i de siste nasjonale HIV-strategiene, med hovedvekt på dagens strategi *Aksept og mestring*. I Kapittel 2 beskriver vi studiens fremgangsmåte og metoden for datainnsamling. Det påfølgende Kapittel 3 gir en oversikt over arbeidet en rekke relevante HIV-aktører gjør overfor innvandrere. I Kapittel 4 drøfter vi våre funn, som legger føringer for våre anbefalinger i Kapittel 5. Bakerst i rapporten (Vedlegg 1) har vi trykket inviterte tilbakemeldinger fra informantene i form av kommentarer til rapporten, planer for videre eget arbeid og innspill til hvordan arbeidet med HIV-relatert arbeid overfor innvandrere kan forbedres. Til slutt kommer en liste over informantene vi har snakket med (Vedlegg 2).

## 1.2 Kort historisk overblikk

I boken ”Kjærlighet, kunnskap og kondom: Den HIV-politiske kampen i Norge” beskriver forfatteren Olav André Manum (2010) innvandrerne som en nesten fraværende gruppe i organisasjonene som arbeidet med HIV-spørsmål. Riktignok hadde organisasjonen for HIV-positive Pluss i perioder egne innvandrergrupper, først Innvandrergruppa IN+, og senere Esperanza, men disse slet både med rekruttering og innsatsvilje. Så selv om innvandrere helt fra starten utgjorde en stor andel av de HIV-positive i Norge, har dette ikke vært reflektert i stor synlighet verken i HIV-organisasjonene eller i HIV-debatten.

Når innvandrere var fremme i debatter om HIV og AIDS, var det gjerne med et negativt fortegn. I 1996 gikk Helseutvalget ut med en advarsel om ubeskyttet sex med afrikanere på grunn av risikoen for HIV-smitte, noe Rainbow Foundation, African Youth in Norway og andre afrikanske organisasjoner reagerte på. Disse organisasjonene fikk også støtte også fra en del norske aktivister<sup>2</sup>.

Det har hele tiden vært en erkjennelse i norske HIV-organisasjoner om at for lite er blitt gjort overfor innvandrere med HIV. For ti år siden utarbeidet Pluss-LMA, Helseutvalget for homofile, African

---

<sup>2</sup> Se for eksempel følgende debattinnlegg i Dagbladet om dette temaet:  
<http://www.dagbladet.no/kronikker/960724-kro-1.html>,  
<http://www.dagbladet.no/kronikker/960727-kro-1.html>



Health Watch og Aksept et manifest der det femte av seks punkter lød som følger: ”Hivpositive innvandrere er forsømt! Det eksisterer få eller ingen overordnede planer for å møte hivepidemien blant innvandrere og asylsøkere. Myndighetene, kommunene, asylmottakene og eksisterende innvandremiljøer står overfor en formidabel utfordring.<sup>3</sup>”

Selv om mange har etterspurt større innsats rettet mot innvandrere på feltet, kan man også finne en anerkjennelse av at det er et komplekst felt uten enkle svar og løsninger. Innvandrerne utgjør en sammensatt gruppe med ulike utfordringer og behov. Selv om antallet innvandrere med hiv er betydelig, vil det likevel være få som har hiv i de enkelte lokalsamfunn, og både helsesystemet og innvandrergrupper vil gjerne oppfatte andre utfordringer innvandrere står overfor som mer presserende.

### 1.3 Tall og statistikk

Folkehelseinstituttet anslår at mellom 1300 og 1500, eller rundt 37-38 prosent av de hivpositive som lever i Norge har innvandrerbakgrunn. De aller fleste av disse var smittet før de kom til Norge. I statistikken registreres nydiagnostiserte hivtilfeller og smittemåter. Blant de som oppgir heteroseksuell smitte utgjør andelen som var smittet før ankomst til Norge hele 69 % (70 % i 2011). Siden flertallet av disse er asylsøkere og familieinnvandrere, vil dette tallet bli påvirket av antallet asylsøkere som kommer til landet, og hvor disse kommer fra. Her er det store årlige variasjoner.

De seneste årene har omkring en tredjedel av de som har rapportert heteroseksuell smitte mens de har vært bosatt i Norge, vært innvandrere. Imidlertid sank denne andelen betraktelig i 2011, da det kun var 5 (av 46) nye heteroseksuelt smittede med innvandrerbakgrunn. Ingenting tyder på at det er et stort omfang av smitte fra biseksuelle menn til heterofile kvinner i Norge.

Blant de som oppgir homoseksuell smitte, utgjorde innvandrere i 2011 27 av de 97 tilfellene, dvs. 28 %. Dette er også snittet for de siste fem årene. Av disse 27 var flertallet på 17 smittet etter

---

<sup>3</sup>[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5619&MainArea\\_5661=5619:0:15,1331:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5619=5544:41979::1:5625:3:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5619&MainArea_5661=5619:0:15,1331:1:0:0:::0:0&MainLeft_5619=5544:41979::1:5625:3:::0:0)

ankomst Norge. De resterende 10 var smittet før ankomst. Det går ikke fram av tallene hvor mange av de som var smittet etter ankomst som ble smittet i henholdsvis Norge eller i utlandet, men våre informanter har opplyst at en forholdsvis høy andel menn som har sex med menn (MSM) er blitt smittet utenfor Norge.

Blant heteroseksuelt smittede kommer flertallet blant dem med innvandrerbakgrunn fra Øst-Afrika. Kvinner fra Thailand utgjør den nest største gruppen. Blant homoseksuelt smittede er geografisk bakgrunn en annen, med et betydelig antall fra Amerika (særlig Latin-Amerika) og Europa. Et mindretall kommer fra Asia, Oseania og Afrika. Selv om det bor hivsmittede innvandrere rundt i hele landet, bor de aller fleste på det sentrale Østlandet. Oslo oppgis å være det dominerende smittestedet blant MSM.

I dag er det kun få av de som blir diagnostisert med hiv som er blitt smittet gjennom sprøytebruk, mor-til-barn, via blod eller ukjent smittevei. Noen innvandrere fra Øst-Europa oppgir sprøytebruk som smitteårsak, men disse utgjør en svært liten andel av de hivsmittede innvandrerne.<sup>4</sup>

I hivstrategien Aksept og Mestring går det fram at det trolig er et mørketall over hivsmittede på mellom 300 og 500. Vi har ikke sett beregninger over hvor stor andel av disse som antas å være innvandrere. Det vi har fått vite gjennom informanter er at innvandrere oftere blir senere diagnostisert enn norske, og at faren for langt fremskreden sykdom er større blant denne gruppen. Dette skyldes først og fremst at mange har vært smittet i lengre tid før ankomst i Norge og ikke har vært testet tidligere.

## 1.4 Hva sier de nasjonale hivstrategier om innvandrere og hiv

### 1.4.1 Innledning

I 30 år har Helsedirektoratet gikk støtte til sivilsamfunnsorganisasjoners arbeid med hiv. Alle norske hivstrategier har vært opptatt

---

<sup>4</sup> For ytterligere statistikk om hivsituasjonen i Norge, se for eksempel [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area\\_5774&MainArea\\_5661=5588:0:15,1787:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5588=5774:0:15,1787:1:0:0:::0:0&Area\\_5774=5544:96186::1:5776:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area_5774&MainArea_5661=5588:0:15,1787:1:0:0:::0:0&MainLeft_5588=5774:0:15,1787:1:0:0:::0:0&Area_5774=5544:96186::1:5776:1:::0:0) .

av innvandrere og hiv. I alle disse årene har det eksistert en søknadsbasert støtteordning som har gitt årlige prioriteringer innenfor de temaer som er identifisert i strategiplanen(e). Denne støtteordningen har hatt som målsetning både å bidra til å forebygge og gi et tilbud til de som lever med hiv gjennom støtte til ulike tiltak rettet mot ulike grupper. Støtte til organisasjoner som arbeider med hiv blant innvandrere har dermed pågått lenge. Organisasjonene har imidlertid møtt store utfordringer i sitt arbeid, både når det gjelder psykososial oppfølging, stigmabekjempelse og forbyggende arbeid.

Det har i alt vært fem nasjonale strategier for å bekjempe hiv i Norge. Vi har sett på evalueringer og gjennomganger av de tre siste strategiene og hva de sier om arbeidet rettet mot innvandrere. Vi vil i denne rapporten i hovedsak fokusere på den gjeldende strategien og arbeidet rundt denne. Strategiene som vil bli omtalt, er de følgende:

- Handlingsplan mot hiv/aids-epidemien 1996 - 2000. Sosial og helsedepartementet (SHD).
- Ansvar og omtanke. 2001- 2006. Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførte sykdommer. (Helse og omsorgsdepartementet (HOD) Forlenget til 2009.<sup>5</sup>
- Aksept og mestring. Nasjonal hivstrategi 2009-2014.<sup>6</sup>

#### 1.4.2 2009-2014: Aksept og mestring.

Den nåværende strategien, ”Aksept og Mestring”, identifiserer innvandrere som én av to grupper strategien vil målrette spesiell innsats mot fordi de sammen med MSM står for fordoblingen av antall nydiagnostiserte fra ca. 1998-2008 (s.15). Arbeidet med innvandrere søkes integrert i delmål som er fremmet i strategien, og det er derfor ingen delmål eller mål som bare omhandler denne gruppen. Strategiens fokus på innvandrere gjelder både forebygging, medisinsk oppfølging og smitteverntiltak og å sikre kunnskap om smitterisiko for disse gruppene. Et gjennomgående

---

<sup>5</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse/ansvar-og-omtanke.html?id=496880>

<sup>6</sup> [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2009/aksept-og-mestring---nasjonal-hivstrateg.html?id=571320](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2009/aksept-og-mestring---nasjonal-hivstrateg.html?id=571320)

kjønnsperspektiv er også understreket som viktig i alt arbeid. Situasjonsbeskrivelsen viser blant annet at det er lite kunnskap om seksuelle minoriteter i innvandrerspopulasjonen og få organisasjoner som jobber blant innvandrere generelt.

Videre er det sagt at for å redusere mørketall (delmål 4.4.) skal man 'vurdere nye indikasjoner for rutinemessig hivtest i tjenestene' og 'utrede og styrke rutiner for testing av tub og hiv ved familie-gjenforening', samt 'sikre nødvendig smittevern hjelp for personer uten lovlig opphold' (ibid.: 26). I tillegg skal hivkoordinatorer vurderes. I dag har man slike koordinatorene når det gjelder tuberkulose men ikke for hiv.

Angående delmål to som er å redusere stigma og diskriminering, identifiseres innvandrere, spesielt kvinner, som en utsatt gruppe hvor tiltak bør vektlegges. Av fem strategiske grep nevnt i handlingsplanen (s. 22), handler to av disse konkret om innvandrere. Dette gjelder støtte til sivilsamfunnsorganisasjoner som arbeider med innvandrere og bidrag til å 'motvirke utstøtingsmekanismer mot hivpositive innad i minoritetsmiljøer'. Hvordan slikt arbeid konkret kan skje, blir imidlertid ikke spesifisert nærmere. I den delen av strategien som omhandler MSM, er innvandrere ikke nevnt eksplisitt.

#### *Midtveisgjennomgangen 2012*

I april 2012 ble det arrangert en midtveisgjennomgang av handlingsplanen, som også omfattet et seminar hvor alle viktige aktører som gjør en innsats på hivfeltet deltok. Rapporten fra midtveiskonferansen berører flere av de samme behovene som strategien omhandler med hensyn til innvandrere, slik som fokus på å forbedre kunnskap om smittefare blant innvandrere, problematikk knyttet til når asylsøkere bør testes, og tiltak i samarbeid med religiøse miljøer (Andreassen og Pålshaugen, 2012). Det kommer også opp en del forslag til hvordan man kan arbeide videre med innvandrere, slik som blant annet å øke informasjonstilfanget ved å bruke informasjonsmateriell som andre land bruker, tilpasset til norsk lovverk. Innvandrere blant MSM ble også diskutert i gjennomgangen. Helsedirektoratet har samlet sine vurderinger i en egen rapport (HD 2012).

### 1.4.3 Tidligere strategier og evalueringer

*2001-2006: Ansvar og omtanke (forlenget til 2009)*

”Ansvar og omtanke” var navnet på den forrige strategien, operativ fra 2001-2009. Med hensyn til innvandrere hadde strategien et eget delmål knyttet til forebygging blant asylsøkere, flyktninger og andre med innvandrerbakgrunn. I den forbindelse var det stipulert en rekke tiltak, fra fokus på informasjon når asylsøkere kommer til landet til kunnskapsheving hos helsepersonell.

I 2009 foretok Econ en evaluering av strategien. Evalueringen konkluderte med at de fleste tiltak i strategien var realisert, men unntaket var arbeidet knyttet til innvandrere hvor det var gjort for lite, både i form av forebygging, samt med hensyn til informasjon og tilbud om testing til nyankomne innvandrere i kommunene (Econ, 2009). Videre viste evalueringen at mange av de intervjuede syntes det var vanskelig å jobbe med innvandrere og at denne gruppen ikke ble nådd i tilstrekkelig grad (Econ, 2009: 106). Econ påpekte også at til tross for støtte til organisasjoner som arbeider med etniske minoriteter, er disse prosjektene små og vil bare nå en begrenset gruppe av de som trenger mer kunnskap om hiv. Det ble pekt på at det fremdeles gjenstod en del med hensyn til å tilby et bredt spekter av forebyggingsprogrammer til risikoutsatte grupper, spesielt overfor innvandrere fra utsatte områder og menn som har sex med menn (ibid: 17). Innvandrerkvinner som er potensielt utsatt for smitte, var heller ikke blitt gitt tilstrekkelig oppmerksomhet i arbeidet, påpekte evalueringsrapporten.

*1996-2000: Handlingsplan mot hiv/aids-epidemien 1996 - 2000. Sosial- og helsedepartementet (SHD).*

Dette var den tredje handlingsplanen mot hiv/aids siden slikt arbeid startet i Norge. Denne tredje handlingsplanen integrerte også innvandrere i andre mål. I omtalen av innvandrere ble det nevnt ulike utfordringer knyttet til denne gruppen, slik som at informasjonsarbeid kan være vanskelig på grunn av kulturelle og språklige barrierer og at innvandrere kan være særlig utsatt for diskriminering.

Evalueringen av den tredje handlingsplanen, som ble utført av Rogalandforskning, fastslo at det var mange utfordringer knyttet til informasjonsarbeid og forebygging blant innvandrere, særlig

knyttet til at få er åpne hivpositive og at det å snakke om seksualitet for mange er tabu (Rogalandsforskning, 2001). Rapporten foreslo at hivforebyggende arbeid legges inn under annet helseforebyggende arbeid blant innvandrere. Rogalandsforskning mente imidlertid også at det meste av det hivrettede arbeidet overfor innvandrere inneholder de samme utfordringene som tilsvarende arbeid overfor etnisk norske: arbeidet må baseres på å bygge tillit, og muntlig informasjon er viktig. Utfordringer knyttet til stigma og åpenhet er heller ikke forbeholdt innvandrere. Denne måten å se hivutfordringene blant innvandrere på er blitt videreført i den nåværende strategien, der arbeid overfor denne gruppen er behandlet som en integrert del av øvrig hivrettet arbeid.

Den *offentlige utredningen om strafferettslige spørsmål ved alvorlig smittsomme sykdommer (Sysseutvalget)*, NOU 17 (2012) retter søkelyset mot innvandrere i flere sammenhenger. Utvalget mener at de som kommer til Norge spesielt fra høyendemiske land så fort som mulig bør få tilbud om hivtest. De foreslår *opt-out* testing allerede ved transittmottaket eller første ordinære mottak. Utvalget erkjenner at det er 'særlige utfordringer' knyttet til denne gruppen og foreslår flere tiltak. Blant annet foreslår de at man skal oppdatere informasjonsmateriell, vurdere ulike brosjyrer til menn og kvinner, opprette hivkoordinatorer, sørge for mer kursing av helsepersonell ved mottak og økt fokus på hiv i kommunene de nyankomne kommer til.

## 2 Studiens fokus, metode og datainnsamling

### 2.1 Avgrensning og forbehold.

Denne studien er i hovedsak basert på intervjuer med ansatte i organisasjoner som arbeider med innvandrere og hiv. I tillegg er noen nøkkelinformanter intervjuet. Formålet har vært å dokumentere hvordan hivarbeidet rettet mot innvandrere er organisert, graden av samarbeid, vurdere svakheter og mangler ved arbeidet og gi råd om hvordan dette arbeidet kan styrkes.

Vi har ikke intervjuet hivpositive innvandrere, og vi har derfor ikke med deres synspunkter på de tiltakene som eksisterer. Mens behandlingsapparatet ser ut til å nå de fleste, både norske og innvandrere som er hivpositive, vet vi at det er vanskeligere å nå innvandrere med psykososial oppfølging av hivpositive, og det er vanskeligere å arbeide med stigmareduksjon, informasjon og forebyggende arbeid. Det betyr at vi i særlig grad vet lite om de som ikke oppsøker Aksept og andre tiltak for psykososial oppfølging.

I hovedsak har vi gjennomført intervjuer med aktører i Oslo, vi har ikke i samme grad kunnet dekke hele landet. Det vil derfor være aktører lokalt vi ikke har fanget opp. Videre har vi ikke hatt anledning til å gå i detalj om enkelttemaer, som nøyaktige tall på dekningsgrad på hiv-tester for ulike kategorier innvandrere, innholdet i introduksjonskurs for flyktninger og seksualundervisning i skolen og så videre. I stedet har vi lagt vekt på en bred tilnærming og samlet framstilling av feltet.

Vi har først og fremst fokusert på perioden for den siste hivstrategien *Aksept og mestring*, fra 2009-2012. Når det gjelder informanter, har vi tatt utgangspunkt i organisasjoner som har fått

støtte fra Helsedirektoratets midler knyttet til dagens strategi og nøstet videre fra disse. I tillegg har vi gjennomført intervjuer med ansatte i helsesystemet som møter innvandrere enten det er ved asylmottak, infeksjonsmedisinske klinikker eller kommunehelsetjenesten.

## 2.2 Datainnsamling og metode.

Datainnsamlingen har foregått i to faser, i perioden november 2011 og september til oktober 2012. Vår viktigste datainnsamling har vært de intervjuene vi har gjort med informantene våre. Vi har også gått gjennom relevante dokumenter, og sett noe på tilgjengelig statistikk på hivfeltet i Norge.

Vi har i hovedsak fem typer informanter:

- helseinstitusjoner som arbeider med innvandrere og hiv,
- interesse- og rettighetsorganisasjoner på hivfeltet,
- ikke-statlige organisasjoner som arbeider for innvandrere og hiv,
- innvandrersorganisasjoner som driver hivarbeid, og
- kjerneinformanter med lang fartstid på hivfeltet i Norge.

I helsevesenet har vi gjennomført intervjuer ved infeksjonsmedisinsk avdeling ved Oslo Universitetssykehus (OUS), Sosialmedisinsk senter i Tromsø kommune, helsetjenesten ved Refstad transittmottak, helsetjenesten ved Bærum asylmottak og migrasjonshelse i Bærum kommune, samt migrasjonshelse i Oslo kommune og Smittevernsoverlegen i Oslo. Vi har intervjuet interesse- og rettighetsorganisasjoner som HIV-Norge og Pasientrådet, ikke-statlige organisasjoner som Kirkens Bymisjon, innvandrersorganisasjoner som den Somaliske kvinneforening og Oslo International Charismatic Church. Totalt sett mener vi at vi har fanget opp de mest sentrale tiltakene og dekker en stor bredde, men vi tar forbehold om at ikke alle tiltak er omfattet av denne studien.



## 3 Aktørene: hvem gjør hva?

### 3.1 Organisering og virkemidler

Hiv-arbeidet i Norge er organisert i tiltak som favner offentlige tjenester og tiltak fra sivilsamfunnsorganisasjoner. Vi har i dette prosjektet et aktørperspektiv, og ved siden av de aktørene som får støtte fra Helsedirektoratet har vi fokusert på viktige aktører i helsesystemet. Vi vil imidlertid først kort beskrive organiseringen av arbeidet og virkemidlene i sin helhet før vi ser på de konkrete aktørene og deres hivrettede aktiviteter overfor innvandrere.

#### 3.1.1 Organisering

På *nasjonalt* nivå har seks ulike departementer og underliggende etater ansvar for de offentlige tiltak på hivfeltet. Strategien *Aksept og Mestring* angir ansvarsfordelingen mellom departementene. De konkrete ansvarsområdene er skissert under mål og delmål i strategien.

Helsedirektoratet har et særskilt ansvar for å sørge for nasjonal koordinering, nye strategier og revidering av eksisterende arbeid. Videre har Helsedirektoratet ansvar for fordeling av de søknadsbaserte midlene til sivilsamfunnsorganisasjoner.

Helsedirektoratet er "nasjonal smittevernmyndighet og har i henhold til smittevernloven § 7-10 myndighet til å gi en rekke pålegg", slik som å påby vaksiner. Helsedirektoratet har ansvaret for "iverksetting av vedtatt politikk på en lang rekke forebyggingsområder, herunder hiv og seksuelt overførbare infeksjoner". Som overordnet myndighet og iverksetter av forebygging har Helsedirektoratet ansvar for realiseringen av mange tiltak under 7 av de 8 delmålene i strategien. Det eneste delmålet de ikke har et identifisert ansvar for er Norges internasjonale arbeid for hiv og aids, som blir forvaltet av

Utenriksdepartementet. I delmålene har blant annet Helsedirektoratet ansvar for oppfølging av hivsituasjonen, både gjennom overvåkning og bidrag til å styrke forskning. I tillegg er direktoratet sammen med Kunnskapsdepartementet ansvarlig for å redusere stigma gjennom å øke kunnskapen og bevisstheten om hiv og aids i befolkningen gjennom blant annet 'programmer for kvalitetsforbedring i tjenestene'. Helsedirektoratet skal også bidra til å realisere delmålene om å redusere smitte, redusere mørketallene ved tidlig avdekking av hivinfeksjon, herunder test, utredning og diagnostikk.

På behandlingssiden gir strategien Helsedirektoratet ansvar for å fjerne barrierer for tilgang til behandling, samt å utvikle behandlingstilbudet 'basert på samhandling mellom aktørene i helsetjenestene'. Som en del av dette delmålet er også Helsedirektoratet satt til å ha ansvar for å "utvikle metoder som sikrer god overføring av erfaringskunnskap og metodikk for psykososial oppfølging av hivpositive". I tillegg til disse ansvarsområdene har Helsedirektoratet medansvar for å sikre hivpositives deltakelse i arbeidslivet.

Av andre nasjonale statlige instanser har Folkehelseinstituttet en viktig funksjon ettersom de overvåker hivsituasjonen i Norge gjennom registrering av nye smittetilfeller og fører en oversikt over dette.

*På regionalt og kommunalt nivå* er arbeidet i offentlig sektor konsentrert rundt medisinske, behandlingsrettede tjenester. De infeksjonsmedisinske enhetene ved regionsykehusene utfører det meste av behandlingen. Infeksjonsmedisinsk avdeling ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål, er en viktig regional aktør fordi omtrent 50 prosent av alle hivpositive som er under behandling blir behandlet der. Helsetjenesten i kommunene har ansvar for oppfølging av familiegjennforente, bosatte flyktninger og asylsøkere. Siden en stor andel av de hivpositive innvanderne i Norge bor i Oslo, er Oslo kommune en viktig aktør i hivarbeidet. Kommunen har i mange år stått for en betydelig andel av finansieringen av Aksept<sup>7</sup>. I tillegg til Aksept er ulike deler av helsetjenestene under kommunen viktige i hivarbeidet som beskrevet under, primært

---

<sup>7</sup> I Oslo kommunes budsjett for 2013 fikk Aksept et kutt i tilskuddet på 4,3 millioner. Nåværende tilskudd er på 16,3 millioner. Bakgrunnen er at kommunen ikke ønsker finansiere døgnpasienter som ikke har tilhørighet i Oslo.

smittevernoverlegen, avdeling for migrasjonshelse, helsetjenesten, inkludert helsesøstrene, i bydelene, samt fastlegene. Andre tilbud i Oslo ligger under statlige myndigheter og frivillige organisasjoner, slik som helsetjenesten på mottakene og helsesenter for papirløse.

Smittevernoverlegen i Oslo kommune har statistikk over antall hiv-tilfeller i Oslo og fører en dialog med ulike miljøer knyttet til hiv. Siden midlene som fordeles gjennom den nasjonale hivstrategien deles ut fra Helsedirektoratet, har kontakten med organisasjonene som får støtte fra direktoratet og driver arbeid i Oslo kommune, vært begrenset. Det er ønskelig fra Smittevernoverlegens side å styrke denne dialogen. En mulighet de selv nevner er at Oslo kommune kunne få ansvar for å dele ut noen av midlene under den nasjonale strategien til organisasjoner i kommunen etter søknad.

Etter initiativ fra Byrådet har smittevernoverlegen utarbeidet en handlingsplan for Oslo kommune. Denne ble vedtatt av Bystyret i oktober 2012. Tiltak som blir foreslått i planen overfor innvandrere er blant annet å sørge for mer informasjon til disse gruppene, opprettholde økonomisk støtte og få til lettere tilgang til hurtigtest. Videre blir det i planen foreslått et nytt lokalt hiv/aids råd, samt hurtigtest som lavterskeltilbud fra sommeren 2012. Dette tilbudet har blitt opprettet hos Olafiaklinikken. Helseutvalget for bedre homohelse, i samarbeid med Oslo kommune, startet et oppsøkende hurtigtest- og rådgivningstilbud i desember 2012.

### 3.1.2 Virkemidler

Det er ulike virkemidler for hivarbeidet, fra nasjonale kampanjer til støtteordninger. Etersom vi i denne rapporten har et aktørfokus, med vekt på de aktørene som har fått midler fra Helsedirektoratets søknadsbaserte ordning, begrenser vi beskrivelsen av virkemidler til de finansielle. Finansielle virkemidler for sivilsamfunnsorganisasjoners arbeid er i hovedsak to: Helsedirektoratets søknadsbaserte støtteordning og Extrastiftelsens midler. Flere organisasjoner, deriblant Kirkens Bymisjon/Aksept og HIV Norge har fått midler til prosjekter fra Extrastiftelsen. Helsedirektoratets søknadsbaserte støtteordning skal bidra til å realisere den nasjonale hivstrategien. For å nå innvandrere som lever med hiv, har direktoratet gitt støtte til en rekke innvandrersorganisasjoner og til organisasjoner som har hivarbeid rettet mot innvandrere. Noen av

disse organisasjonene har arbeidet innefor dette feltet helt siden 1992. Helsedirektoratet har arbeid blant innvandrere som en av hovedprioriteringene sine i utlysning av midler til hivrettet arbeid, men har fått inn relativt få gode søknader på dette temaet (Econ, 2009). Bortsett fra behandlingsdelen av tiltakene er det i hovedsak norske frivillige og ikke-statlige organisasjoner som gjennomfører tiltak for innvandrere som er hivpositive. Kirkens Bymisjon har gjennom samarbeidet med senteret Aksept, samt en rekke andre tiltak, flest tiltak overfor denne gruppen.

### 3.2 Politikktutforming, strategiutvikling og koordinering

Politikktutforming på hivfeltet består av arbeid knyttet til nye strategier og revidering av disse. ”Aksept og Mestring” er den femte nasjonale hivstrategien. Dette er den første felles tverrdepartementale hivstrategien i Norge. Seks departementer har felles ansvar for realisering av strategien.

I tillegg gir enkeltsaker som kommer opp fra tid til annen retning på politikken. Et eksempel er temaet kriminalisering som nå er blitt utredet. Et annet eksempel fra kommunalt nivå er Oslo kommunes behandling av ny hivplan for kommunen. På nasjonalt nivå er det nedsatt en tverrdepartemental styringsgruppe for strategien. Denne ble opprettet ved arbeidet med strategien. Gruppen består av representanter fra de seks departementene som har ansvar for oppfølgingen av delmålene i strategien. Strategien blir fulgt opp ”med bevilgninger de seks departementene disponerer, relevante styringsverktøy, tilskuddsordninger og stortingsdokumenter” (Helsedirektoratet, 2009:11).

I tillegg er det etablert en koordineringsgruppe på direktoratsnivå med representanter fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet, Utlendingsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Helsedirektoratet og Norad. Helsedirektoratet leder koordineringsgruppen. Gruppen har ansvar for å utarbeide en årlig plan ’for å sikre en kunnskapsbasert og aktuell prioritering og målretting av arbeidet underveis’ (Helsedirektoratet, 2009: 11). Det har vært avholdt tre møter i denne gruppen så langt (Helsedirektoratet, 2012).

I nåværende strategi er det laget en ansvarsfordeling for oppfølging av delmål mellom de ulike departementene. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har for eksempel ansvar for temaer knyttet til hiv i arbeidslivet.

### 3.3 Når innvandrerne kommer til Norge

Når innvandrerne kommer til Norge, er det ulike tiltak som møter dem avhengig av hva slags gruppe de tilhører. Alle asylsøkere kommer til Refstad transittmottak i Oslo. På Refstad transittmottak tar alle asylsøkere obligatorisk tuberkulosestest under opphold på mottaket. Hiv-test blir bare tatt på medisinsk grunnlag, hvis asylsøkerens helsetilstand er veldig dårlig og det er mistanke om at det skyldes hiv, og ved graviditet. Etter Refstad transittmottak bor ofte asylsøkere på andre transittmottak i påvente av plassering i ordinært asylmottak. Det er først ved ankomst ved endelig mottak at asylsøkere blir tilbudt hivtest. Det hører med til unntakene at asylsøkere avslår å teste seg.

Når flykninger blir bosatt i kommuner, skal de få tilbud om helseundersøkelse der. De familiegjenforente innvandrerne skal ta tuberkulosestest via bydelen, og får tilbud om en gratis helseundersøkelse hos kommunens helsetjenester, hvor også hivtest tilbys.

I Oslo er avdeling for migrasjonshelse i Helseetaten en viktig aktør fordi de tilbyr alle innvandrere med opphold i Norge og bosatt i Oslo en gratis helseundersøkelse. En del av de som tester positivt har gjort det hos dem. Hiv er bare en av mange problemstillinger rundt helse som avdelingen jobber med.

### 3.4 Helsesystemet: Testing, behandling, migrasjonshelse

Helsesystemets hivarbeid rettet mot innvandrere er i hovedsak konsentrert rundt de infeksjonsmedisinske avdelingene ved regionsykehusene, samt den enkelte kommunes helsetjenester. I noen av de store kommunene er det egne sentre for migrasjonshelse hvor hivtiltak inngår som en del av andre tilbud rettet mot innvandrere.

Når det gjelder behandlingen, foregår denne på de infeksjonsmedisinske avdelingene<sup>8</sup> ved de store sykehusene. *OUS-infeksjonsmedisinske avdeling, poliklinikk, Ullevål* følger opp ca halvparten av alle hivpositive i Norge. Andre klinikker med større grupper av hivsmittede er Helse Bergen/Haukeland universitetssykehus, Helse Stavanger/Stavanger universitetssykehus, Sørlandet sykehus og St. Olavs hospital.

De fleste kommer til oppfølging ca 2-4 ganger i året, mer hvis de er syke eller nylig diagnostiserte. Poliklinikkens sykepleiere bistår pasientene i andre spørsmål enn de rent medisinske og blir viktige kontaktpersoner som kan gi råd om andre tilbud. Poliklinikken ved OUS-infeksjonsmedisinske avdeling har også en sosionom knyttet til seg i en 20 prosent stilling for å gi råd av praktisk art. Klinikken har et godt samarbeid med Aksept og HIV Norge.

Helsedirektoratet har i 2012 finansiert et pilotprosjekt med hurtigtesting ved flere institusjoner, blant annet alle de store regionale sykehusene. Dette pilotarbeidet er i første gang hovedsakelig rettet mot menn som har sex med menn, siden dette er den største gruppen som er smittet i Norge. Hurtigtesten tilbys også innvandrere gjennom Aksept/Kirkens Bymisjon.

Dette er en oppfølging av det som står under delmål 4 i *Aksept og Mestring* som går ut på å redusere mørketall ved tidlig avdekking av hiv-infeksjon. Her er ett foreslått strategisk grep å etablere hurtigtesting. Det ble foreslått at hurtigtesting kunne etableres "i samarbeid mellom helsetjeneste og frivillige organisasjoner". Helsedirektoratet er ansvarlig for å følge opp dette. I følge Helsedirektoratets egen midtveisrapportering har Olafiaklinikken på oppdrag fra direktoratet "utarbeidet prosedyreveileder for innføring av lavterskeltilbud over hele landet". Hurtigtesting er i skrivende stund etablert som et tilbud flere steder (Helsedirektoratet, 2012: 19).

I *Tromsø* har kommunen et *sosialmedisinsk senter* som har tilbud for hivpositive, i nær kontakt med infeksjonsmedisinsk avdeling ved sykehuset. Senteret arbeider spesielt med spørsmål knyttet til seksualitet og seksuelt overførbare sykdommer, inkludert hiv. De har fått midler av Helsedirektoratet til et prosjekt om å opprette

---

<sup>8</sup> I denne rapporten omtaler vi bare tilbudet til de infeksjonsmedisinske avdelingene hvor vi har intervjuet ansatte.

støttegrupper blant hivpositive innvandrermenn. Det har imidlertid vært en utfordring å danne egne grupper blant innvandrere, særlig på grunn av frykt blant potensielle deltakere for å bli identifisert som hivpositiv i eget miljø. I stedet har de satset på blandede grupper og individuell oppfølging.

*Olafiaklinikken* i Oslo er et viktig lavterskeltilbud for testing og oppfølging. Olafiaklinikken (tidligere Klinikk for Seksuell Helse) er blant de institusjonene som i 2012 startet med hurtigtesting som et tilbud til MSM gruppen for å få ned nysmittetalene. En rekke nysmittede er blitt testet ved Olafiaklinikken. Olafiaklinikken gjennomfører mange hivtester, men har ingen stor pasientgruppe blant innvandrere. De har ingen tiltak rettet direkte mot innvandrere, heller ikke forebyggingsarbeid. De har heller ikke brosjyrer om sitt arbeid på ulike språk.

*Lærings- og mestringskurs ved Oslo Universitetssykehus*  
Helsedirektoratet leverte en bestilling til Helse Sørøst/Oslo Universitetssykehus (OUS) om utvikling av et lærings- og mestringskurs for hivsmittede i østlandsområdet. Dette arbeidet er hjemlet i kravet til at sykehusene skal opprette brukerråd ved de ulike avdelingene og utvikle relevante lærings- og mestringskurs.

I arbeidet med å utvikle disse kursene har Pasientrådet stått sentralt. Pasientrådet (for hivpositive) er en ny organisasjon som ble dannet i 2011, og som skal representere alle hivsmittede. Pasientrådet har vært aktive i det første lærings- og mestringskurs som ble avholdt ved OUS infeksjonsmedisinsk avdeling på Ullevål våren 2012, og i det planlagte kurset for nysmittede høsten 2012 ved samme sykehus. Pasientrådet skal også være med på møter høsten 2012 ved Sørlandet sykehus som skal sette opp lignende kurs for hivsmittede som går til behandling der. Disse kursene er av stor betydning for en mer helhetlig hivtilnærming hvor behandling og psykososial støtte blir sett i sammenheng. Kursene som er avholdt eller planlagt ser ut først og fremst til å nå homofile norske menn. Det er viktig at det arbeides med hvordan innvandrere også kan delta i disse kursene.

### 3.5 Psykososial oppfølging

Psykososial oppfølging av hivpositive etter diagnostisering og av personer med utpreget risikoatferd er en viktig del av hivarbeidet.

Midtveisgjennomgangen av *Aksept og mestring* viser at slikt tilbud ofte mangler eller er utilstrekkelig (Andreassen & Pålshaugen, 2012: 19). Psykososialt arbeid drives både av sykehus, frivillige og ikke-statlige organisasjoner og pasientorganisasjoner, ofte i et samarbeid mellom disse.

### **Kirkens Bymisjon Aksept**

Aksept har og har hatt flere prosjekter blant innvandrere og en del av brukerne av Aksept er innvandrere. I 2011 hadde de et prosjekt for og med religiøse ledere for å øke deres kunnskap om hiv og bedre kommunikasjonen rundt hiv i religiøse samfunn, fordi disse er viktige for mange innvandrere. Arbeidet blir av Aksepts ansatte beskrevet som utfordrende med hensyn til å få ledere til å stille på møter. De har også søkt om midler for 2012 for å videreføre arbeidet og har tatt initiativ til å jobbe med kvinner i religiøse samfunn på grunn av at det er en del kvinnelige ressurspersoner i menigheter og i moskeer.

Et av disse var Masker, et prosjekt som varte fra 2006-2008, og som hadde som mål å nå både afrikanske innvandrere som gikk på Aksept, samt andre som ikke besøkte Aksept. Prosjektet Masker arbeidet med metodeutvikling for å utvikle bedre og mer målrettet arbeid blant afrikanske innvandrere, blant annet gjennom etablering av selvhjelpsgrupper og nettverk, likemannsarbeid, brukermedvirkning, og oppsøkende virksomhet. Prosjektet var vellykket i den forstand at nye arbeidsmetoder ble utprøvd og testet, prosjektet nådde ut til en rekke afrikanere, og avdekket utfordringene ved å jobbe med denne gruppen hivpositive som har sammensatte problemer, hvorav hiv bare er ett av flere problemer.

Prosjektet har bidratt til at det har blitt dannet flere selvhjelpsnettverk blant afrikanske innvandrere og til etablering av kompetansegrupper som har vært til støtte for afrikanere som lever med hiv. Videre har Masker kartlagt de uformelle nettverkene og gruppene av hivpositive afrikanere som allerede eksisterte og dermed bidratt til å få en viss oversikt over slike selvorganiserte tiltak.

I perioden Masker har foregått har antall afrikanske innvandrere som bruker Aksept økt. Innvandrerne brukte tid på å opparbeide seg tillit til enkeltpersoner. Kvinner ble hentet hjemme og fulgt til møter på Aksept og fikk noe økonomisk kompensasjon, hjelp i



form av barnepass, måltider og annet. I noen tilfeller har Aksept hatt grupper utenfor huset, fordi en del kvinner ikke ønsket å komme til huset hvor Aksept holder til av frykt for å bli gjenkjent. Prosjektet var et nybrottsarbeid i følge prosjektmedarbeiderne og tiltakene ble justert underveis. Ny kunnskap har blitt produsert og videreformidlet til fagfolk også utenfor Aksept. Etter prosjektets slutt ble metoden og en del av arbeidet videreført som en ordinær del av Aksepts tilbud og drift. Helsearbeidere fra andre steder i landet har hospitert på Aksept, blant annet ansatte hos avdeling for migrasjonshelse i Oslo og Bærum kommuner og Tromsø sosialmedisinske senter.

### 3.6 Hiv-organisasjoner med innvandreriltak

I dette avsnittet retter vi søkelyset mot organisasjoner som retter seg mot alle hivpositive, men som også har enkelte innvandreriltak.

#### *HIV Norge*

HIV Norge er interesseorganisasjonen for alle hivpositive og deres pårørende i Norge. De har kontakt med innvandrere, men sier selv at de har for lite ressurser til å nå gruppen i tilstrekkelig grad. En del innvandrere kommer på møtene deres, men de er i mindretall. Blant Hiv-informantene som reiser rundt til skoler er det også to innvandrere. HIV Norge har hatt noen selvhjelpsgrupper som har bestått av innvandrere og har hatt fokus på denne gruppen ved ulike anledninger. De har to ganger søkt midler til et prosjekt blant somaliere, hvor de hadde enkeltpersoner som ressurspersoner til å drive prosjektet, men har fått avslag.

#### *Pasientrådet – Nye Pluss*

Pasientrådet (for hivpositive) er i følge deres nettside et 'initiativ som springer ut av en bred koalisjon av mennesker som lever med hiv i Norge. Kvinner og menn, hetero-, bi- og homofile og innvandrere.' Etter at Pluss ble slått sammen med Landsforeningen mot aids har det vært et ønske om igjen å etablere en organisasjon av og for hivpositive selv, og Pasientrådet er et svar på dette. Pasientrådet er klare på at de skal være en organisasjon for og med hivpositive og er opptatt av å ha med innvandrere i arbeidet sitt. Det er imidlertid fortsatt MSM som dominerer i organisasjonen. Den 1. desember 2012 ble det holdt

en konstituerende generalforsamling for den nye organisasjonen som tok navnet Nye Pluss.

### 3.7 Ikke-statlige organisasjoner som arbeider med hiv blant innvandrere

I tillegg til rene hivorganisasjoner er det også organisasjoner som ikke primært arbeider med hiv, men som har hivrettede aktiviteter overfor innvandrere som en del av sin portefølje.

*Primærmedisinsk verksted (PMV), også under Kirkens Bymisjon*

Primærmedisinsk verksted (PMV) har hivrettet arbeid i samarbeid med Somalisk kvinneforening. PMV har utviklet metoder for å ta opp sensitive temaer, inkludert hiv. PMV arbeider med grupper og bruker rollespill i arbeidet. I tillegg til grupper har de opprettet et informatørkorps av folk som har gått på kurs hos PMV tidligere for å fortsette å holde kontakten med dem etter å ha erfart at det var vanskelig å holde kontakt med tidligere kursdeltakere. Slike kurs har gått over en 2-ukers periode. Sentrale tema har vært fakta-informasjon om hiv, behandlingsmuligheter, leve med hiv, rettigheter, tilbud, hvordan det er å være pårørende. Informatørene kan selv gå videre og danne en egen gruppe og invitere fagfolk. De fungerer også som gruppeledere, blant annet for to guttegrupper, samt en jentegruppe i Oslo. PMV får også henvendelser fra DPS og sykehusene om folk som trenger å være med i et miljø. PMV har en jentegruppe på Furuset hvor seksualitet og også hiv er temaer.

I tillegg til arbeid med slike grupper, har *Norges Kristne Råd* i samarbeid med en rekke aktører, blant annet PMV, fått finansiert et prosjekt for å få med religiøse trossamfunn i hivarbeid rettet mot innvandrere. Dette arbeidet har nylig startet opp. Det er et utfordrende arbeid, og det er for tidlig å si noe om resultatene. Årsaken til at Norges Kristne Råd og PMV har fokus på religiøse ledere, er at de oppfatter at slike ledere har makt i innvandrer-miljøene siden nesten alle innvandrere er aktive i trossamfunn. PMV mener at ved å arbeide med å få med lederne i disse miljøene, er det større sjanse til å få frem informasjon om hiv.

## 3.8 Innvandrersorganisasjoner

Ideen bak støtten til innvandrersorganisasjonene er at disse skal kunne nå ut til sine medlemmer og landsmenn med informasjon om hiv og motarbeide stigma og tabu gjennom slik informasjon og dialog. De siste årene er det få av organisasjonene som har mottatt støtte fra Helsedirektoratet, og støtten de mottar er begrenset. Arbeidet som innvandrernes egne organisasjoner driver er primært informasjonsarbeid gjennom seminarer og møter. De er lite i kontakt med hivsmittede, og i den grad de kommer i kontakt med disse viser de dem videre til Aksept. Det er et krav at innvandrersorganisasjonene skal koble seg til de mer erfarne organisasjonene som arbeider mer profesjonelt og driver metode og modellutvikling, slik som Masker-prosjektet ved Aksept.

*Eritreisk forening* mottok støtte fra Helseidrektoratet i 2011, men fikk avslag i 2012. Organisasjonen arbeider med tabuisering og stigmatisering, og de har hatt flere arbeidsseminarer og mange har kommet. Representanter for organisasjonen har uttrykt at det er mye stigmatisering og diskriminering i det eritreiske miljøet og stor mangel på informasjon om hiv (Helsedirektoratet, 2012). De har brukt ressurspersoner, personer som har arbeidet med hiv i Eritrea, og personer som lever med hiv og som var åpne om det mens de bodde i Eritrea. Eritreisk forening har ønsket at man kunne ha åpnet opp for flerårige prosjekter, og at man kunne ha satt av noe av midlene til en deltidsstilling for å drifte prosjektet. Organisasjonen finner det krevende å gjøre dette arbeidet kun gjennom frivillig innsats i tillegg til fullt arbeid.

*Oslo International Charismatic Church (OICC)* er et kirkesamfunn som i hovedsak har innvandrere fra Vest-Afrika som medlemmer. OICC har sin moderkirke i Ghana, en karismatisk menighet som OICC har jevnlig kontakt med, også på hivfeltet. OICC har fått støtte av Helsedirektoratet i 2011 og 2012 til forebyggende arbeid blant afrikanske innvandrere som går i menigheten. Arbeidet ble startet på bakgrunn av at pastorene i kirken fant at et par av menighetens medlemmer døde av aids uten at det hadde vært åpenhet omkring hivsmitten deres. Det ble en vekker for menigheten, og de ønsker å sette et fokus på åpenhet og informasjon, og kunnskap om behandling og oppfølging. Arbeidet har bestått av en hjelpetelefon som folk kan ringe til og få svar angående hiv, samt informasjonsarbeid for å få folk til å teste seg

og om hvordan det er å leve med hiv. OICC har også arrangert møter for deltagere fra hele Norge om hivtema, blant annet om bruk av medisiner. Mange afrikanere er skeptiske til å bruke hivmedisiner, andre tror at kristne ikke kan bli syke, mens atter andre tror at kristne ikke trenger å bruke medisiner. OICC henviser også folk til Aksept i en del tilfeller.

*Somalisk kvinneforening - i samarbeid PMV* bruker mye tid på kommunikasjon rundt reproduktiv helse og prevensjon for å endre holdninger til det å få mange barn. De har mottak støtte fra Handlingsplanen for seksuell og reproduktiv helse og uønsket graviditet i flere år og også fra Helsedirektoratets støtte til oppfølging av hivstrategien de siste 3-4 årene. De har frivillige som blant annet kan bistå med å følge til lege. I samarbeid med PMV har de kvinnegrupper hvor hiv og seksualitet generelt er temaer som diskuteres. Arbeidet mot tabu og stigma krever lang tids innsats og tillitsbyggende arbeid. Somalisk kvinneforening mener likevel at informasjonsnivået er langt høyere om hiv nå enn tidligere, ikke minst kunnskapen om behandling og medisiner.

#### *Internasjonal Helse- og sosialgruppe (IHSG)*

Internasjonal Helse- og sosialgruppe definerer seg selv som et nettverk som driver helsearbeid blant innvandrere. Når det gjelder hiv, har de et årlig arrangement i forbindelse med hivdagen primært rettet mot ungdom, kalt Verdens AIDSDag festivalen. Arrangementet har fokus på forebygging av hiv gjennom informasjon, men også stigmareduksjon rundt det å leve med hiv i innvandrer miljøer.

## 3.9 Arbeid overfor særlig utsatte grupper

### 3.9.1 Innvandrere og menn som har sex med menn (MSM)

Organisasjonene som arbeider med hiv og MSM kommer i kontakt med noen innvandrere, men innvandrerne utgjør ikke en egen gruppe innenfor dette arbeidet. MSM blant innvandrere er blitt beskrevet som ”vanskelige å nå” av organisasjonene selv (Econ, 2009: 98): ’De [organisasjonene] tror at dialog og individuelle samtaler er det som er mest hensiktsmessig for å påvirke atferd’.

*Helseutvalget for bedre homohelse* har ingen egne tilbud for innvandrere, men en del innvandrere deltar på deres tiltak. Helseutvalgets tiltak som når innvandrere er i særskilt grad det oppsøkende arbeidet de har på saunaen i Oslo, kalt ”fuckshop”. Dette er en workshop de arrangerer om hiv på saunaen. De skal også i gang med hurtigtesting på sauna. I tillegg deltar innvandrere i samtalegrupper på Helseutvalget, samt at de er brukere av chat via websider for homofile. Noen få kommer til individuell samtale, mens andre velger å ta kontakt på telefon. I tillegg server Helseutvalget hivpositive kvinner med innvandrerbakgrunn med slikkelapper og kondomer. Her når de også hivpositive kvinner som har sex med kvinner.

*Landsforeningen for Lesbiske og Homofile (LLH)* har ingen egne tilbud på hivfeltet rettet mot innvandrere, men er i kontakt med noen innvandrere gjennom andre tiltak. De har nylig startet en kafé for hivpositive som et lavterskeltilbud (i oktober 2012), og målet er at dette også skal være et møtested for homofile med innvandrerbakgrunn. LLH og Skeiv Verden, samt Skeiv Ungdom har samarbeid om MSM gruppen og innvandrere, men ingen av disse arbeider direkte med hivrelaterte spørsmål knyttet til denne målgruppen.

### 3.9.2 Sexarbeidere

Både *Prosjenteret*, *PION* og *Kirkens Bymisjon/Nadheim* har fått støtte fra tilskuddsordningen i Helsedirektoratet i flere år til sitt helsearbeid. Prosjenteret er et nasjonalt kompetansesenter på prostitusjon, men også et kommunalt tiltak som arbeider med sexarbeidere i Oslo.

Prosjenteret har et helsetilbud, med faste sykepleiere, med fokus på seksuell og reprodutiv helse. Til dette arbeidet har de fått støtte fra Helsedirektoratets tilskuddsordning for hiv og handlingsplanen for uønsket svangerskap. Hivtematikken blir behandlet i dette perspektivet. Sexarbeidere som er hivsmittet vet som regel dette før de kommer til Norge. Det er stor grad av selvstigma og stigma knyttet til hiv også i denne gruppen og stor engstelse for at det skal bli kjent at vedkommende er hivsmittet.

Kirkens Bymisjon/Nadheim, er et natthjem for sexarbeidere, som også har fått støtte fra Helsedirektoratet, blant annet til oppsøkende arbeid blant sexarbeidere i 2012.

---

PION er sexarbeidernes egen interesseorganisasjon, opprettet i 1990, og har både kvinnelige og mannlige sexarbeidere som medlemmer. De har blant annet fått støtte fra Helsedirektoratet til sitt prosjekt med særlig fokus på sexarbeidere fra Thailand.

Disse organisasjonene inngår i nasjonale og nordiske nettverk om prostitusjon og har god uformell kontakt.

### 3.9.3 Papirløse

*Helsesenter for papirløse* er drevet av Kirkens bymisjon og Norges Røde Kors og tilbyr helsetjenester for papirløse. I 2011 hadde de et prosjekt på hivtesting. De har så langt kun testet én positiv og tror at dette er en gruppe med lav forekomst av hiv. Derimot ser de et stort behov for informasjon om hiv til denne gruppen.

## 4 Våre vurderinger og konklusjoner

### 4.1 Innledning

Innvandrere med hiv møter en del av de samme utfordringer som norske hivpositive, men det er også særtrekk ved deler av innvandrerbefolkningen som kan gjøre dem ekstra sårbare. Språkproblemer, ulike tilnærminger til sykdom og helse, og mye stigma rundt hiv i innvandrer miljøer er tre av de viktigste utfordringene. Dette gjør at et eget innvandrerfokus i hivarbeidet er nødvendig. Norsk helsevesen er i betydelig grad tilpasset nordmenn, og mange innvandrere mangler grunnleggende kunnskaper om helsesystemet her. For mange innvandrere, kanskje særlig asylsøkere, er ikke hiv det de anser å være deres mest presserende problem når de ankommer landet. Det er også viktig å peke på at innvandrerbefolkningen er svært heterogen, og det som gjelder for en gravid hivpositiv asylsøker fra Øst-Afrika kan være svært forskjellig fra situasjonen til en homofil, svensk arbeidsinnvandrer. Et gjennomgående tema i våre informantintervjuer har imidlertid vært at hivarbeid overfor innvandrere er et tidkrevende arbeid, der man må bygge tillit, og der det ofte tar lang tid før innvandrerens åpner seg og er villig til å dele sin historie og fortelle om sine behov. Dette får følger for de ulike aktørers tilnærminger til tiltak for denne gruppen.

Tallene over smittede viser at det er særlig to grupper eller kategorier innvandrere søkelyset bør rette seg mot. Den første er innvandrere, særlig asylsøkere og familieinnvandrere, som kommer til Norge og er smittet før ankomst. For denne gruppen er det spesielt viktig å sikre at de blir testet raskt etter ankomst, at de får medisinsk behandling (også for å redusere smittefare) og adekvat psykososial oppfølging. Den andre gruppen er innvandrer-MSM

som, i enda større grad en MSM blant majoritetsbefolkningen, er utsatt for hivsmitte. Her bør søkelyset være på hvordan man når disse med adekvat informasjon om hiv og viktigheten av kondombruk, samt sikre at de som praktiserer risikosex tester seg jevnlig.

## 4.2 Politikkutforming, koordinering, finansiering

De ulike organisasjonene synes å være orientert om hverandres arbeid og møtes i ulike sammenhenger. Det foregår en viss koordinering av arbeidet blant de ulike organisasjonene og noen har et formalisert samarbeid (for eksempel PMV og Somalisk kvinneforening). Det er også stor grad av uformell kontakt og kontakt gjennom profesjonelle fora. Hospitsordningen ved Aksept har vært viktig, og helsepersonell ved kommunale migrasjons-helsesentra har besøkt hverandre. Til tross for dette samarbeidet og oversikten de enkelte organisasjonene har, er det ingen faste møtepunkter for de ulike organisasjonene og derfor lite systematisk samarbeid. Vår vurdering er at selv om det utføres mange gode tiltak som når gruppen, vil vi karakterisere situasjonen samlet som et fragmentert bilde med mange gode enkelttiltak uten en god overordnet koordinering fra statlig og kommunalt hold.

Organisasjonene har gjennom intervjuer gitt uttrykk for at de opplever usikkerhet knyttet til finansieringen av deres tiltak og ser mange begrensinger i måten dagens finansieringssystem fungerer på spesielt fordi de må søke nye midler hvert år, noe som vanskeliggjør langsiktige prosjekter og langsiktig planlegging og oppbygging av nye tiltak. Organisasjonene ønsker å kunne sende inn flerårige planer selv om man bare kan søke midler ett år av gangen, de ønsker også at noe av midlene kan gå til å lønne deltidsstillinger i organisasjonen. Et problem har også vært at man får sent svar samme året som arbeidet skal gjennomføres, noe som særlig er vanskelig for små og økonomisk svake organisasjoner. Utfordringen har også vært å få gode nok søknader. Helsedirektoratet har blant annet oppfordret asylmottak til å søke om penger, men få har gjort det.

Når det gjelder koordinering, er det ingen arenaer for koordinering mellom organisasjonene. Flere av de sentrale organisasjonene har



kunnskap om andres tiltak, men det er ikke noe systematisk samarbeid eller kunnskapsoverføring mellom de ulike tiltakene. Med unntak av seminarene Helsedirektoratet har arrangert, slik som seminar om midtveisgjennomgangen av nåværende strategi, har det ikke vært møtearenaer for organisasjonene som driver tiltak blant innvandrere.

### 4.3 Når innvandrerne kommer

Det er allmenn enighet blant informantene om at hiv blant asylsøkere fanges opp på en hensiktsmessig måte gjennom systemet for mottak. Det har vært diskusjoner om man mer rutinemessig bør tilby en hivtest ved første ankomsttransitt (Refstad) slik man har rutinemessig screenes for tuberkulose. Ved en hurtigtest vil man i dag kunne få avdekket en hivdiagnose med 99 % sikkerhet. Det er imidlertid flere forhold som taler imot å innføre en slik ordning. Asylsøkerne skal normalt bare oppholde seg ved ankomsttransitt i et par uker. Deretter overføres de til et nytt transittmottak før de eventuelt blir sendt til opphold på et ordinært mottak der de kan oppholde seg over lengre tid. Dette tar i snitt to til tre måneder. Det er i dette siste mottaket at de vanligvis får tilbud om å testes for hiv. Her har man et apparat rundt som kan følge opp dem som testes positivt.

Det er ulike oppfatninger om hvordan og hvor systematisk hivtesting og påfølgende veiledning foregår ved landets asylmottak. Det hevdes at det trolig er stor variasjon med hensyn til om det kun utføres en hivtest eller om det også gis en oppfølgingssamtale både ved negativt og positivt testresultat, men vi mangler inngående kunnskap om dette.

Det er grunn til å påpeke viktigheten av at en hivtest blir gjennomført raskt etter ankomst. Hivsmittede asylsøkere som ikke kjenner sin status, setter ikke nødvendigvis hele livet sitt på vent, og en kan anta at mange fortsetter å ha et aktivt seksualliv etter ankomst Norge. Dette kan også innebære en viss risiko for at de smitter andre før de får tilbud om en hivtest. Enkelte informanter vi har snakket med, mener det kan ta noe tid før asylsøkere gjennomgår en generell helseundersøkelse med hivtest. Det kan diskuteres om det bør fastsettes en målsetning om at alle asylsøkere skal ha gjennomført en helsekontroll der de

rutinemessig blir anbefalt en hivtest innen en gitt tidsperiode etter ankomst Norge.

De fleste asylsøkere antas å bli rutinemessig testet for hiv. En større utfordring er knyttet til om hiv blant familieinnvandrere blir avdekket på en adekvat måte. Familieinnvandrere kan ofte være familie av asylsøkere som kommer fra områder med høy hivprevalens. Selv i Oslo, som har en ordning der et flertall av familieinnvandrere kommer til helsesjekk etter henvisning fra helsestasjonen i bydelene i forbindelse med obligatorisk tuberkulose-screening, er det ikke alle som blir fanget opp. Ansatte ved Migrasjonshelseenheten på Ullevål sykehus anslår at om lag 60 % av alle familieinnvandrere kommer til en slik helseundersøkelse. Enheten for migrasjonshelse trenger mer ressurser for å gjøre flere og bedre helseundersøkelser og å samarbeide med bydelene om mer oppsøkende arbeid.

Flere av informantene peker på at situasjonen for familieinnvandrere trolig er mindre forutsigbar andre steder i landet enn i Oslo. Det finnes ingen systematisk kunnskap om hvordan hivtesting av familieinnvandrere blir håndtert rundt i norske distrikter. Med begrenset oppmerksomhet om hiv i offentligheten og generelt i helse-Norge tror flere informanter at det er sannsynlig at hiv blant familieinnvandrere i distriktene i en del tilfeller blir avdekket på et senere tidspunkt enn det som er gunstig for den enkelte hivpositive og med tanke på spredning av viruset.

Folkehelseinstituttet mener man har rimelig god kontroll oversikt over smittede i Norge, og at det er få mennesker, også blant asylsøkere og andre innvandrere, som lever med ikke-avdekket hivvirus i lengre tid. Andre informanter er mindre overbevist om at dette er tilfelle, og tror det kan være betydelige mørketall, spesielt blant mannlige innvandrere som har sex med menn. Mens Folkehelseinstituttet viser til at relativt få gravide kvinner, som nesten alle gjennomgår hivtest, blir testet hivpositive, viser andre informanter til at mange menn har liten kontakt med helsevesen og at en del ikke blir fanget opp gjennom fastlege eller rutineundersøkelser. Vi har ikke tilstrekkelig grunnlag for å ha en egen oppfatning om eventuelle mørketall blant innvandrere, men mener det er verdt å diskutere om man kunne gjort mer for å fange opp enkelte grupper og kategorier innvandrere.

## 4.4 Helsesystemet: Testing, behandling, migrasjonshelse

Behandlingen av hivpositive synes å fungere godt, og innvandrerne blir mottatt og ivaretatt på de infeksjonsmedisinske avdelingene på samme måte som etnisk norske positive. Denne pasientgruppen har imidlertid mange andre utfordringer som de trenger hjelp til og som helsepersonell bidrar til å hjelpe dem med. Både den siste norske UNGASS rapporten samt våre informanter peker på at en av utfordringene er å knytte primærhelsetjenesten tettere sammen med spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). En annen er å heve bevissthetsnivået og kunnskapen hos fastlege og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten rundt hiv. Et eksempel er hyppigere forslag til pasienter om hivtest. Mens det i Oslo er et etablert tilbud for hivpositive og de i risikogruppen med spesielle fastleger som har mye kunnskap om hiv (Brynsenglegene og Olafiaklinikken) er behovet for mer bevissthet rundt hiv i primærhelsetjenesten til stede, spesielt utenfor Oslo. Det er ikke meldeplikt for hivpositive i Norge. En del pasienter hos poliklinikken på Ullevål har ikke fastlege, noe som er et problem ifølge poliklinikken. Poliklinikken anbefaler at de har fastlege i tillegg til å være pasient hos dem.

Flere av våre informanter pekte på et inntrykk av at terskelen er for høy for å gå på fastlegekontorer for å utføre hivtester og at man bør satse på å øke testhyppigheten. Andre mener at terskelen er lav med hensyn til å teste innvandrere fra risikoområder. Det kunne vært nyttig med mer kunnskap om gjeldende praksis; trolig vil denne variere. Flere eksperter tror generell informasjon til landets fastleger om å øke testhyppigheten vil kunne virke positivt. Det er tidligere pekt på at mange innvandrere fra Afrika er skeptiske til å la seg teste (Econ 2009). Våre informanter har imidlertid ikke gitt uttrykk for dette. Få homofile innvandrere vil flagge sin seksuelle legning og praksis overfor fastlegen sin, og det kan være påkrevet å være spesielt oppmerksom på muligheten for hiv blant innvandrermenn som har sex med menn.

Gravide kvinner vil rutinemessig bli testet for hiv. Det er også viktig på hvilken måte fastlegen og annet helsepersonell som møter innvandrere snakker med pasienten, hvorvidt vedkommende bruker et inkluderende og nøytralt språk, for eksempel med hensyn

til likekjønnet sex. Terskelen bør være lav for å anbefale hivtest også i tilfeller der vedkommende ikke mistenker hivsmitte. Kommunikasjonen mellom lege og pasient kan være mer utfordrende når disse kommer fra ulik kultur, noe mer vekt på migrasjonshelse i allmennlegeutdanningen kan bidra til å rette på. Kursene som Olafiaklinikken gjennomfører for å oppdatere fastleger og annet helsepersonell om hiv, og boka til Åse Haugstvedt (2012) ”Hiv for helsepersonell” kan bidra positivt.

Vårt inntrykk er at der er ulik vekt på hiv i lege- og sykepleieutdanningen. Det er svært viktig at unge leger og sykepleiere, også de som ikke arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten, har nok informasjon om hiv til å vite når de bør teste pasienten, snakke med pasienten om temaet, og henvise til andre enten det gjelder medisinske spørsmål eller psykososial støtte til hivpositive pasienter. I Tromsø setter man av en hel dag til ulike sider ved hiv i legeutdanningen, hvor både ansatte fra Tromsø sosialmedisinske senter og hivpositive deltar, og erfaringene derfra kunne være nyttige også for andre.

Det er også behov for at noen miljøer har spesielt god kunnskap om hiv. Vårt inntrykk formidlet av informantene er at spesialisthelsetjenesten rundt de infeksjonsmedisinske klinikkene fungerer svært godt. I Oslo og andre større byer er det også legesentre som har god kunnskap om hiv, og spesielt henvises hivpositive til Brynsenglegene og Lille-Grensen legesenter. På spørsmål om det finnes leger eller miljøer som er spesielt gode på hiv blant innvandrere, fikk vi imidlertid negativt svar. Det kan imidlertid være viktig å se på muligheten for pilotprosjekter for å styrke kunnskapen om hiv og innvandrere i utvalgte bydeler i Oslo.

Enkelte informanter tok opp hvorvidt det at det kreves informert samtykke for hivtest, gjør at en del leger kvier seg for å foreslå en slik test og anbefaler mer rutinetesting som en av mange blodprøver. Andre ville være skeptiske til å gjennomføre en hivtest uten å informere om dette, både fordi det kan skape mistillit mellom lege og pasient ved et positivt resultat, og fordi hiv fremdeles blir sett på som en spesiell sykdom med mye stigma.

Et annet viktig moment når det gjelder helsesystemets møte med hivpositive og innvandrere som er utsatt for smitte, er betydningen av tid i konsultasjoner mellom innvandrere og helsepersonell. Mange trenger tid til å fordøye informasjonen som blir gitt, flere

kvier seg for å stille oppfølgingsspørsmål, og det kan være kulturelle barrierer rundt temaet og informasjonen som blir gitt. Overfor en gruppe som er redd for å bli avslørt som hivpositiv eller som en utsatt person for hiv, vil også gjennomtenkt bruk av tolketjeneste i slike helsekonsultasjoner være viktig. At man ikke bruker tolker som kan kjenne pasienten, i verste fall fra egen familie og nettverk, er helt avgjørende. I små innvandrer miljøer kan dette by på betydelige utfordringer. Mange informanter anbefaler systematisk bruk av profesjonelle telefontolker. Det er særdeles viktig at taushetsbelagt informasjon ikke blir brakt videre og at pasientene også kan stole på at dette ikke skjer.

## 4.5 Psykososial oppfølging

Selv om myndigheter har rimelig god oversikt over hivpositive i Norge, og at det i hvert fall blant dem som blir boende i Norge er et godt tilbud av hivmedisinering for hivpositive, er det mye som tyder på at tilbud om oppfølging og psykososial støtte blant hivpositive innvandrere ikke er godt nok ivarettatt. Flere informanter understreker betydningen av langvarig og fleksibel individuell oppfølging av hivpositive. Dette er spesielt viktig blant innvandrerbefolkningen som, basert på flere informanters erfaring, er mindre åpne om sin hivstatus og vanligvis har et svært begrenset nettverk som de kan snakke med om sin hivstatus og problemstillinger knyttet til det å leve med hiv. Selv om noen velger ikke å ta imot tilbud, enten det er av frykt for å bli avslørt i eget miljø eller andre grunner, er det mange som har høy grad av tillit til det norske helsesystemet. Dette kan utnyttes i større grad. Riktignok er det en del innvandrere som er så skeptiske at de uansett ikke vil ta imot noen form for støtte som kan avdekke deres hivstatus. En del ser heller ikke behovet for noen psykososial oppfølging.

Erfaringsbasert kunnskap delt av våre informanter tyder imidlertid på at man med tålmodig innsats, individuell oppfølging og innovative tilnærminger kan nå en større andel innvandrere enn det man får til i dag.

I denne forbindelse er det etter vårt syn et tankekors at Oslo kommune har valgt å redusere støtten til Aksept, som per i dag er det eneste psykososiale støttesenter i landet for alle berørt av hiv, før en tilsvarende statlig finansiering, eller andre finansieringsmodeller, er kommet på plass. Her risikerer et viktig tilbud til

hivpositive å falle bort fordi det blir en kasteball mellom ulike myndighetsnivåer der ingen ser ut til å ta et overordnet ansvar. Vi mener dette er en klar indikasjon på at en raskt må finne nye finansieringsmodeller for hivtiltak i Norge.

## 4.6 Forebygging og stigmareduksjon

Selv om de fleste innvandrere som er hivpositive, er blitt smittet før ankomst Norge, er det mye som taler for at en generell forebyggingsinnsats vil tjene innvandrerbefolkningen i minst like stor grad som majoritetsbefolkningen. Elementær informasjon på skolen om hvordan hiv smitter og hvordan man kan beskytte seg mot hivsmitte kan være den eneste tilgang til slik informasjon for mange innvandrere, fordi de ikke vil få denne informasjonen av sine foreldre eller i sine innvandremiljøer. Hiv bør derfor inngå som en naturlig og viktig del av seksualundervisningen.

Mange innvandrere arver også negative holdninger til hivpositive fra sine foreldre og miljøet der de vokser opp. Skolen kan være et sted der man kan nå all innvandrerungdom. Undervisning og informasjon som normalisering av homofili og informasjon om hiv som del av seksualundervisningen vil være særlig viktig for homofile innvandregutter som kan være spesielt utsatt for hivsmitte.

Informasjon på skolene vil bare nå innvandreres barn. Det er også viktig å nå innvandrere som nettopp er kommet til Norge med informasjon. Få innvandrere oppgir at de har fått informasjon om hiv etter ankomst Norge (Econ 2009). Mange innvandrere kvier seg for å snakke om hiv, og mange vil foretrekke å få slik informasjon i brosjyrer eller på nettet. Informasjonsmateriell om hiv, gjerne på flere språk, kunne med fordel spres mer systematisk på legekontorer, helsestasjoner, hos fastleger, og andre steder der innvandrere kommer i kontakt med norsk helsevesen. Aksepts film om hiv som skal vises på alle landets asylmottak er for øvrig et godt eksempel på et tiltak for informasjonsspredning om hiv blant spesielt utsatte grupper.

Vi har ingen god oversikt over i hvilken grad hiv blir dekket i introduksjonsprogrammene til bosatte flyktninger. Det vi vet fra våre informanter, er at god informasjon blir gitt i noen slike

programmer, men også at det er store variasjoner mellom ulike steder.

Informasjon om hiv er ikke bare vesentlig med tanke på å spre kunnskap om hvor viktig det er å teste seg, hvordan man kan beskytte seg mot smitte eller hvordan man kan unngå å spre denne videre. Det er også svært viktig å øke bevissthetsnivået om hiv i befolkningen for å redusere stigma og diskriminering som svært mange hivpositive opplever (Grønningsæter et al., 2009) og som er særlig utbredt i en del innvandremiljøer.

Det bør fortsatt oppmuntres til at innvandrer-organisasjoner og religiøse organisasjoner som omfatter innvandrergrupper som er spesielt utsatt hiv for eller har spesielt stor hivforekomst, tar opp hiv som tema, sprer kunnskap om hiv og arbeider med stigma og diskriminering. Å bevisstgjøre imamer eller andre religiøse ledere kan avgjort bidra positivt. Det er imidlertid ikke gitt at alle innvandrere vanker i slike miljøer. Mens noen innvandrere har større tillit til representanter fra egen etnisk gruppe, vil det motsatte være tilfelle med andre. Å spre informasjon om hiv på flere arenaer blir derfor avgjørende. Samarbeid med innvandrere selv om hvilke arenaer der det er mest naturlig og hensiktsmessig å spre informasjon om hiv er derfor viktig. For innvandremenn som har sex med menn kan det være slike arenaer som Gaysir, utesteder eller saunaer. At aviser med et innvandrerfokus, som for eksempel Utrop, tar opp hivproblematikk, slik den har gjort ved flere anledninger, er også positivt.

## 4.7 Sårbare grupper

### 4.7.1 Menn som har sex med menn

Under arbeidet med denne rapporten har vi kun støtt på sporadiske og små tiltak rettet mot MSM i innvandremiljøene. Sosialmedisinsk senter i Tromsø har riktignok fått midler fra Helsedirektoratet til å opprette et psykosialt tilbud til hivpositive MSM-innvandrere, men det har ikke vært mulig å få til dette på grunn av at aktuelle hivpositive kvier seg for å delta i en slik gruppe. I den grad innvandrere overhodet kan tenke seg å delta i grupper der de møter andre hivpositive, blir det hevdet at mange er mer skeptiske til å delta i rene innvandrergrupper enn i grupper

med folk med norsk bakgrunn. Redselen for å bli identifisert, både som MSM og som hivpositiv, kan være hovedgrunnen til dette.

Informanter som vi har spurt om det burde vært mer målrettede tiltak rettet mot innvandrere i MSM-gruppen, har noe ulikt syn.

Enkelte mener MSM blant innvandrere ikke er så forskjellige fra folk med norsk bakgrunn, og at generelle tiltak overfor MSM også når aktuelle innvandrere. Andre peker på at innvandrere som er MSM kan møte spesielle utfordringer, at kunnskapsnivået om hiv kan være mangelfullt, og mener man bør ha målrettede tiltak overfor denne gruppen. En informant som har kontakt med hivpositive innvandrere gjennom en lukket gruppe for hivpositive på nettstedet Gaysir, forteller om et stort behov for kontakt og informasjon. Det er trolig at flere innvandrere enn de med norsk bakgrunn lever alene og opplever isolasjon når de får en hivdiagnose. Dermed blir individuell oppfølging og tilbud om psykososial støtte ekstra viktig.

Med tanke på forebygging er det viktig å nå innvandrere som kommer til Norge med kvinnelig partner og eventuell familie, men som praktiserer sex med andre menn. Her kan informasjon som blir gitt ved ankomst gjennom asyl- og migrasjonshelsetjenesten være betydningsfull. For helsepersonell som kommer i kontakt med innvandrere både ved ankomst og i senere møter, kan det å snakke naturlig om homofili og homoseksuell praksis, herunder økt risiko for hivsmitte, være en viktig forebyggingsstrategi. Dette gjelder også overfor menn som man ikke umiddelbart identifiserer som å praktisere sex med andre menn. Det må videre arbeides på alle plan i samfunnet, både i skole, lokalsamfunn og helsevesen, for å gjøre det enklere å stå fram som homofil. Disse arenaene er spesielt viktige for innvandrerungdom som ofte møter negative holdninger til homofili og homofile i sine familier og innvandrer miljøer.

#### 4.7.2 Sexarbeidere

I følge våre informanter har sexarbeidere kunnskap om sin hivstatus før de kommer til Norge, og deres helse blir ivaretatt gjennom det helsetilbudet Prosjektet har. Forekomsten av hivsmitte ser ikke ut til å være spesielt høy i denne gruppen. Siden dette er en mobil gruppe, er det begrenset hva man kan gjøre av



tiltak over disse, men det er viktig at det arbeidet som gjøres av Prosjektet, PION og Nadheim fortsatt mottar støtte.

### 4.7.3 Afrikanske kvinner

Afrikanske hivpositive kvinner er en særlig sårbar gruppe. Alle våre informanter var enige i det, både stigma og selv-stigma er sterkt i denne gruppen, og disse kvinnene har ofte lite handlingsrom i mannsdominerte kulturer. Kvinnene er engstelige for gjenkjennelse og har dermed vanskeligheter med å gjøre bruk av organiserte hivtilbud. Det ser også ut til at denne gruppen opplever sterke restriksjoner fra ektemenn og andre mannlige slektninger i forhold til det å delta i organisert hivarbeid. Kirkens Bymisjon/Aksept har et arbeid rettet spesielt mot afrikanske kvinner for å finne arbeidsmåter som kan nå disse i større grad.

I tillegg har innvandrersorganisasjoner et spesielt fokus på kvinner, bl.a. har Oslo International Charismatic Church et prosjekt om forebyggende hivarbeid blant afrikanske kvinner. Arbeidet som gjøres av innvandrersorganisasjonene rettet mot afrikanske kvinner er fortsatt lite og sårbart, og man bør finne fram til bedre arbeidsformer mellom disse organisasjonene og mer etablerte kompetansmiljøer.

Det er skrevet lite om denne gruppen, men det finnes en masteroppgave fra 2011 fra Helse og Samfunn fra Universitetet i Oslo (Haile 2011) som handler om hivpositive afrikanske kvinner i Norge. Hailes (2011) studie viser at hivpositive afrikanske kvinner hadde lite informasjon om hiv og behandling før de kom til Norge. Mange ble sjokkert over diagnosen, fordi de ikke så på seg selv som i en risikogruppe, men en del visste eller antok at de hadde hiv ved ankomst til Norge.

En generell utfordring er at mange ikke vil teste seg fordi de tenker at det er en dødsdom. Mange innvandrere PMV er i kontakt med vil heller ikke snakke om forebyggende hivarbeid og forstår ikke hvorfor man skal drive med forebyggende arbeid. Det er mye stigma rundt hiv i disse miljøene. En del hadde fått ekstra informasjon om hiv på asylmottak, men et problem er at de redde for at andre på mottaket skulle få vite noe hvis de oppsøkte informasjon om hiv (Haile, 2011).

Et flertall av informantene i Hailes studie mente at de ikke fikk nok informasjon fra legene om hiv. En forklaring på dette er at de trenger tid til å fordøye informasjonen og dette fører til at de ikke selv spør om mer informasjon i møte med lege. En del kulturelle barrierer ble også opplevd. En del av de hiv positive var vant til at leger tok ansvar for alt i forbindelse med deres behandling, mens norske leger lar pasientene få medbestemmelse i behandling og ønsker pasientens syn på ting. Mange afrikanske kvinner er vant til at det ikke er noen toveis kommunikasjon med helsepersonell, og de vil derfor velge ikke å si noen ting. En del var redde for bivirkninger og syntes at de hadde lite informasjon om dette.

Et annet problem er mangel på kvalifiserte tolker. Kvinnene er redde for at tolkene som kommer fra samme opprinnelsesland ikke vil holde taushetsplikten sin, og Haile konkluderer med at det er behov for mer kvalifiserte tolker. En tidligere studie, med survey gjort av helsepersonell, viste at tolker bare ble brukt i 30 % av tilfellene blant et stort utvalg (ca 400 stk) av leger og sykepleiere som var med i undersøkelsen. Disse var alle personell som jobbet med innvandrere (Kale & Syed, 2010). Bruk av kvalifiserte tolker ble ikke prioritert av helsepersonellet, i stedet ble ukvalifiserte tolker, samt familie og venner av pasienten brukt. Tillit til tolk blir bygget over tid, og pasienten trenger å være i kontakt med den samme tolken flere ganger før hun eller han kan kommunisere åpent, viser en tidligere studie av tolking i Norge (Svela, 2007).

## 5 Veien videre - anbefalinger

Basert på våre vurderinger i kapittel 4 – og med et blick til andres anbefalinger i tidligere evalueringer eller rapporter, men som i følge våre informanter ikke er blitt fulgt (tilstrekkelig) opp – har vi formulert noen anbefalinger til videre arbeid på feltet. Siden hivfeltet er komplekst og tverrsektorielt arbeid er avgjørende for godt resultat, retter mange av anbefalingene seg mot flere aktører. Vårt håp er at de ulike aktørene involvert vil diskutere dem og avklare rollefordeling for eventuell iverksetting.

### Generelt

*Anbefaling 1: Kontinuerlig og systematisk arbeid med langsiktig prioritering av feltet.*

Arbeid med hivrettede tiltak overfor innvandrere er utfordrende. Dette er en erkjennelse som alle aktører på feltet er enige om, og som går igjen i nasjonale hivstrategier, evalueringer av hivarbeidet, og som våre informanter uten unntak har bekreftet. Det er mange og sammensatte årsaker til at utfordringene vedvarer til tross for at erkjennelsen om at mer må gjøres har vært til stede en årrekke. I rapporten har vi nevnt slike aspekter som den heterogene innvandrerbefolkningen, stigma og selvstigma, manglende synlighet og åpenhet om hiv, få talspersoner blant innvandrere, til dels mangelfull kunnskap om innvandrerhelse i helsesystemet, sårbare innvandrerorganisasjoner og at relativt få helsearbeidere i det generelle helsesystemet kommer i befatning med problemstillinger rundt hiv på grunn av forholdsvis lav utbredelse.

Selv med iherdig innsats av mange aktører, vil hiv blant innvandrere sannsynligvis forbli en utfordring i mange år framover. En kan således ikke regne med at noen enkle organisasjonsmessige eller finansielle tiltak kan løse disse problemene raskt. Kontinuerlig og systematisk arbeid med langsiktig prioritering av feltet vil derfor være viktig framover.

## Kompetanse, nettverk og koordinering

*Anbefaling 2: Opprette et kompetanse- og ressurscenter for hivrettet arbeid overfor innvandrere.*

Det er mange organisasjoner og institusjoner som har opparbeidet mye og viktig kompetanse på innvandrerrettet hivarbeid. Denne kunnskapen er imidlertid ikke systematisert og dokumentert. I dag fungerer Aksept til en viss grad som et nasjonalt senter på det psykososiale området, mens de infeksjonsmedisinske avdelingene har kontakt og fungerer som kompetansesentra når det gjelder medisinsk behandling. Det finnes også et uformelt nettverk mellom kommunale migrasjonshelsesentra hvor det også er betydelig grad av gjensidige besøk, men nettverket omfatter trolig kun de aktørene som allerede har mest erfaring og kunnskap.

Det finnes dermed kryssende kunnskapsnettverk, men ikke en sentral nasjonal instans dit aktører med mindre kunnskap og erfaring kan henvende seg om de trenger råd og veiledning på feltet. Vi anerkjenner den innsatsen og kunnskapsutvekslingen som ligger i de nettverkene som allerede eksisterer. Men etter vårt syn bør det opprettes ett kompetanse- og ressurscenter med ansvaret for å dokumentere og distribuere erfaringer samt gi råd og veiledning når det gjelder innvandrere og hiv. I stedet for å bygge opp et nytt senter, bør man vurdere om et slikt ansvar kan legges til en allerede eksisterende institusjon. Flere modeller kan være aktuelle og bør utredes. En mulighet kan være å utvide mandatet til Aksept og gi dem ressurser til å bli et (tydeligere) landsdekkende ressurs- og kompetansesenter for innvandrerrettet hivarbeid. Et ressurs- og kompetansesenter for innvandreres seksuelle helse kan være en annen modell. En tredje modell kan være å legge et slikt senter til en institusjon som arbeider med migrasjonshelse, som for eksempel NAKMI. I denne siste modellen vil det i så fall være nødvendig å sikre at hivspesifikt arbeid får det nødvendige fokus.

*Anbefaling 3: Etablere et nettverk for hivrettet arbeid overfor innvandrere*

Det er mye kontakt mellom enkelte institusjoner og organisasjoner som arbeider med hivrettet arbeid overfor innvandrere. Imidlertid finnes det ikke noe etablert nettverk eller systematisk erfaringsutveksling på feltet. Vi mener dette er en svakhet fordi det er mye erfaringsbasert kunnskap som med fordel kunne bli spredd til andre. Ikke minst bør erfaringene deles med de som arbeider med migrasjonshelse og seksuell helse blant innvandrere. En del av

arbeidet som er blitt og blir gjort burde også dokumenteres og skriftliggjøres.

*Anbefaling 4: Vurderer modeller, berunder en ordning med hivkoordinator, for å sikre bedre oppfølging av innvandrere med hiv.*

Informanter vi har snakket med har ulike oppfatninger av om en egen hivkoordinator vil være en nyttig ressurs for hivpositive innvandrere. Mange innvandrere bruker i dag i praksis infeksjonsmedisinske avdelinger til å løse sine helseproblemer. En hivkoordinator ville kunne hjelpe de som trenger det med å få en fastlege med kunnskap både om migrasjonshelse og hiv. Det er likevel trolig at en generell styrking av det kommunale migrasjonshelsetilbudet og kompetansen vil være den mest fornuftige veien videre. Flere av våre informanter har imidlertid vært redd for at hivperspektivet vil forsvinne i en slik bredere tilnærming til styrket migrasjonshelsesatsing. Vi tar imidlertid ikke stilling til om det er hensiktsmessig å opprette en egen stilling eller om behovet bør løses på annen måte.

## **Testing**

*Anbefaling 5: Øket innsats for å sikre systematisk testing av familieinnvandrere og vurdering av behov for tiltak overfor arbeidsinnvandrere.*

Vi er blitt fortalt at testing av asylsøkere skjer forholdsvis systematisk gjennom helseundersøkelser i asylmottakene av asylsøkere som først bosettes på asylmottak. Det er ikke tilsvarende vekt på testing av familieinnvandrere, og av asylsøkere som selv bosetter seg utenfor mottakene på egen hånd. Mange av disse kommer fra høyendemiske områder. Selv i kommuner som prioriterer å tilby helseundersøkelse til familieinnvandrere, er det mange som ikke fanges opp. Flere har pekt på manglende ressurser til systematisk oppfølging av familieinnvandrere. En bør også vurdere behovet for hivrettet forebyggende arbeid, inkludert testing, overfor arbeidsinnvandrere.

*Anbefaling 6: Utrede metoder som sikrer rutinemessig testing – med mulighet for ”opt-out”.*

Det er viktig å sikre tidlig testing av innvandrere som kommer til Norge, og særlig innvandrere som kommer fra høyendemiske områder. De som arbeider tett med innvandrere på transittmottak, mener imidlertid det vil være lite hensiktsmessig rutinemessig å teste i transittmottak, først og fremst fordi det vil være vanskelig å følge opp på en god måte ved en positiv test i en

ankomstsituasjon. Samtidig er det viktig å sikre at en asylsøker ikke blir bosatt i ordinært mottak eller blir bosatt i en kommune uten at det er blitt tatt en hivtest (med mulighet for såkalt *opt-out*).

Vi registrerer at Syseutvalgets utredning om strafferettslige spørsmål ved alvorlige smittsomme sykdommer anbefaler at innvandrere tidligst mulig etter ankomst tilbys en hivtest (NOU, 2012). Vi slutter oss til intensjonen i denne anbefalingen, men mener det er viktig å lytte til eksperter med erfaring på området for å sikre en best mulig oppfølging. Man må ivareta behovet for rask testing samtidig som det må være sikkerhet for at det gis et adekvat psykososialt tilbud til dem som blir testet positivt.

*Anbefaling 7: Øke testfrekvensen hos fastleger gjennom skriv med nye retningslinjer til alle fastleger og annet relevant helsepersonell.*

Sannsynligheten for at en fastlege og annet helsepersonell skal komme i berøring med hiv er ganske moderat. Det er derfor sannsynlig at hiv ikke er øverst på radaren hos helsepersonell i kommunene. Mange av våre informanter fremhever betydningen av at fastleger og annet helsepersonell må senke terskelen for å gjennomføre en hivtest og at slike tester blir utført mer rutinemessig. En oppdatert veileder som blir sendt til alle landets fastleger kan være et viktig bidrag for å øke testfrekvensen. Denne kan også inneholde oppdatert kunnskap på feltet, for eksempel informasjon om de nye hurtigtestene og mulighetene for bruk av disse. De bør også ha et eksplisitt innvandrerfokus.

Oppfriskningskurs om hiv blant helsepersonell, som blir gjennomført av Olafiaklinikken, kan styrkes og inneholde en tydeligere innvandrerkomponent.

## **Psykososial oppfølging**

*Anbefaling 8: Mer vekt på psykososial oppfølging i samarbeid mellom det generelle helsesystemet, frivillige og ikke-statlige organisasjoner og brukerorganisasjoner.*

Hivsituasjonen er avhengig av et velfungerende helsesystem. Med den betydelige andelen innvandrere som er blitt smittet før ankomst Norge, er det avgjørende at disse fanges opp raskt og får adekvat oppfølging, både medisinsk og psykososialt. Våre funn tilsier at den medisinske delen i dag fungerer bedre enn den psykososiale. Testing og forebygging må også skje gjennom det offentlige på en måte som sikrer at alle innvandrere blir dekket. Dette skjer i varierende grad i dag. Dette betyr at det må sikres

ressurser og kvalifisert personell – og oppmerksomhet om hiv – i asylmottak (inkludert transitt), kommunehelsetjenesten, inkludert fastlegeordningen, og spesialisthelsetjenesten.

Mange hivpositive innvandrere er opptatt av å skjule sin status, spesielt overfor venner og kjente i sitt innvandremiljø og takker nei til ulike tilbud om oppfølging. Flere av våre informanter er opptatt av at man ikke skal oppfatte som endelig et første avslag på tilbud om psykososial oppfølging. Mange har behov for veiledning, råd og sosial støtte, og bør få tilbud om dette mer enn én gang. Innovative tilnærminger, som hjemmebesøk, kan være en innfallsvinkel til å få folk i tale. For dem som kvier seg for å delta i selvhjelpsgrupper eller andre gruppebaserte tiltak, kan individuell oppfølging av norsk helsepersonell være den beste løsningen. Mer systematisk distribusjon av erfaringsbasert kunnskap om dette kan være på sin plass, og Tromsø sosialmedisinske senter og både Oslo og Bærum migrasjonshelse har lang og rik erfaring som med fordel kunne vært spredt til andre.

## **Informasjon og forebygging**

*Anbefaling 9: Økt fokus på veiledning i seksuell helse i innledende og oppfølgende helseundersøkelser og i introduksjonsprogrammet for nyankomne innvandrere.*

Ved siden av testing er det også viktig at asylsøkere og innvandrere, og særlig de som er spesielt utsatt for hivsmitte, får god veiledning om seksuell helse og smittevern. Det bør kartlegges i hvilken grad det gis veiledning i seksuell helse sammen med utføring av hivtest og ved eventuell positiv hivtest. Flere informanter mener dette varierer mye rundt i landet, og det bør lages retningslinjer for hva som skal være et minimum. Det er heller ikke nok at seksuell helse omtales kun i forbindelse med første helsesjekk; det bør være oppmerksomhet rundt temaet i oppfølgende og gjentatt kontakt innvandrere har med helsetjenesten. Det bør også sikres at seksuell helse og hiv får tilstrekkelig oppmerksomhet i introduksjonsprogrammet.

*Anbefaling 10: Tilrettelagt skriftlig informasjon om hiv og seksuell helse for innvandrere på flere språk bør være tilgjengelig på steder der innvandrere oppholder seg.*

Mange innvandrere kvier seg for å snakke om hiv. Da kan tilgang til skriftlig informasjonsmateriell være avgjørende. Det foreligger i dag informasjon om hiv på flere språk. Denne informasjonen bør

oppdateres jevnlig. Systematisk spredning av brosjyrer og informasjonsmateriell i innvandremiljøer og steder der innvandrere kommer (asylmottak, helsestasjoner, legekontorer, NAV, etc.) er spesielt viktig. Det er naturlig at informasjon om hiv ligger fremme ved transittmottak og ordinære mottak. En del forstår skriftlig informasjon dårlig, og manglende lesekunnskaper kan være et tabu. Det er derfor viktig at informasjonen gjøres enkel og lett tilgjengelig for målgruppen, gjerne med henvisning til ytterligere informasjon på nettet. Informasjon om hvor man kan henvende seg om man har spørsmål eller trenger råd og veiledning, bør også være lett tilgjengelig.

*Anbefaling 11: Styrke seksualundervisning, berunder informasjon om hiv, i skolen.*

God informasjon på skolen om hvordan hiv smitter og hvordan man kan beskytte seg mot hivsmitte kan være den eneste tilgang til slik informasjon for mange innvandrere, fordi mange ikke får denne informasjonen av sine foreldre eller i sine innvandremiljøer. Hiv bør inngå som en naturlig del av undervisningen om seksuell helse, og seksualundervisningen i skolen bør generelt styrkes.

## **Utsatte grupper**

*Anbefaling 12: Økt fokus på spesielle utfordringer knyttet til innvandrere og MSM med hensyn til hiv.*

Enkelte grupper er spesielt utsatt for hiv. Av innvandrere som er smittet i Norge, vet vi at en stor andel er menn som har sex med menn. Blant MSM har det vært en svært bekymringsfull og økende hivsmitte de siste årene. Det foreligger lite systematisk kunnskap om innvandrer-MSM, og tiltak overfor denne gruppen har vært små og sporadiske. Organisasjoner som arbeider med homohelse og besøker saunaer finner at mange innvandrere besøker saunaene. Vi anbefaler at økt oppmerksomhet rettes mot å samle inn kunnskap om MSM og hiv blant innvandrere for å kartlegge behovet for særskilte tiltak overfor denne gruppen, eller deler av den.

## **Ressurser**

*Anbefaling 13: Økte økonomiske ressurser til hivinnsats overfor innvandrere.* Hele hivfeltet har etter vårt syn for lite ressurser, noe som merkes både av hivorganisasjoner og helsevesen. Når vi går inn for en økning av ressurser til arbeid overfor innvandrere, er det viktig at



dette ikke må gå på bekostning av annet hivrettet arbeid (som kommer alle hivpositive og utsatte grupper, inkludert innvandrere, til gode). Mesteparten av det vi har foreslått over kan gjøres gjennom omorganisering og krever ikke mye ekstra ressurser. Tatt i betraktning de særskilte behov innvandrere har med hensyn til hiv, og som vi har redegjort for i denne rapporten, er det etter vårt syn helt nødvendig å trappe opp spesielle innsatser rettet mot innvandrergrupper. Vi vil særlig peke på viktigheten av tilføring av økte hivøremerkede ressurser innen det ordinære helsesystemet for å sikre en mer systematisk tilnærming til testing, veiledning og psykososial oppfølging. Vi er også bekymret for følgene av eventuelle kutt i støtten til Aksepts hivarbeid som også vil gå ut over innvandrere med hiv.

*Anbefaling 14: Opprettholde muligheten for finansiering av spesielle hivtiltak rettet mot innvandremiljøer, men sørg for tett oppfølging og kvalitetssikring av slike tiltak.*

Selv om hivrettet arbeid overfor innvandrere i stor grad skjer gjennom det generelle helsesystemet, er det viktig å benytte flere arenaer. Oppmerksomhet om hiv i innvandremiljøene er av betydning for å redusere stigma og bidra til åpenhet om temaer rundt seksualitet og smitte. Gjennom prosjekter i innvandremiljøer, også i religiøse miljøer, kan man nå individer og grupper som man ikke ville nådd ellers. Samtidig vet vi at flere innvandrerorganisasjoner er sårbare og avhengige av ildsjeler for å få et trykk på aktiviteten sin. Dersom det opprettes et ressurscenter for hivrettet arbeid mot innvandrere, kan det eventuelt innføres et krav om at metodeutvikling og kvalitetssikring av aktiviteter i regi av innvandrerorganisasjoner eller andre sivilsamfunnsorganisasjoner som arbeider med hiv i innvandremiljøer, skjer i tett kontakt med et slikt ressurscenter.

# Litteratur

- Alao, JD Kisule (2007) *Pre-study report. Hiv/aids among Africans in Norway*. Oslo: Faculty of Medicine.
- Andreassen, T. A. og Ø. Pålshaugen (2012) *Forankring og framdrift. Midtveis i den nasjonale Hiv-strategien "Aksept og mestring 2009-2012". Rapport fra feltets vurderinger*. Oslo: AFI.
- Econ Pöyry (2009) *Evaluering av to nasjonale planer for seksuell helse. Rapport 2009-15*. Oslo: Econ Pöyry.
- Harstad I og Jacobsen, G W (2012) Dårlig oppfølging etter tuberkulosescreening. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132: 14-15.
- Departementene (2009) *Aksept og mestring. Nasjonal hivstrategi (2009-2014)*. Oslo. HOD/BLD/AID/JD/KAD/UD.
- Grønningsæter, A. B., et al. (2009) *Fra holdninger til levekår. Liv med hiv i Norge i 2009*. Oslo: Fafo.
- Haile, W. (2011) *Immigrant Women Living with hiv: Communication with Healthcare Providers and the Role of Interpreters on Accessing Healthcare Services in Norway*. Masteroppgave, Institutt for Helse og Samfunn, UiO.
- Haugstvedt, Å. (2012) *Hiv for helsepersonell. En innføring*, Oslo: Universitetsforlaget
- HD (2010) *UNGASS country progress report Norway*. January 2008-December 2009. Helsedirektoratet, Oslo.
- HD (2012) *Nasjonalt hivstrategi "Aksept og mestring" 2009-2014-statusrapport for gjennomføringen*, Helsedirektoratet, Oslo
- Helsetilsynet (2005) *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Oslo.

- Kale, E., & Syed, H. R. (2010) Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Education Counseling*, 81(2), 187-191.
- Kirkens Bymisjon (2009) *Sluttrapport, Masker, opplysningsarbeid og hjelp til selvhjelpsarbeid blant hivpositive afrikanere i Norge*. Oslo: Kirkens Bymisjon/Aksept.
- Lie, T., S.R. Kjosavik, S. Nesvåg og E. Ramvi (2001) *Gjennomføring av Handlingsplanen mot hiv/aidsepidemien 1996-2000 – en evaluering*. Stavanger: Rogalandsforskning. Rapport RF 2001/013.
- Manum, O. A. (2010) *Kjærlighet, kunnskap og kondom. Den hivpolitiske kampen i Norge*, Oslo: Pax
- NOU (2012) *Om kjærlighet og kjøletårn. Strafferettslige spørsmål ved alvorlig smittsomme sykdommer*. Norges Offentlige Utredninger 17.
- Rogalandsforskning (2001) *Gjennomføring av Handlingsplanen mot hiv/ aids epidemien 1996-2000- en evaluering*. Rogalandsforskning.
- SOD (1996) *Handlingsplan mot hiv/ aids-epidemien 1996 - 2000*. Sosial- og helsedepartementet
- Statens helsetilsyn (2005) *Rapport 3/2005*.
- Svela, R. R. (2007) *Den vanskelige tolkerollen: om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo : en videre bearbeidelse av NAKMIs spørreundersøkelse*. R.R. Svela: Oslo.

# Vedlegg 1

## Synspunkter og kommentarer fra aktørene

NIBR sendte ut en skriftlig forespørsel til alle informantene der de ble utfordret til å kommentere rapporten, komme med egne synspunkter og forslag til hvordan man kan forbedre arbeidet med hivrettede tiltak overfor innvandrere. På de neste sidene har vi trykket de skriftlige tilbakemeldingene vi fikk fra aktører som ønsket å bidra med slike innspill. Enkelte aktører kom også med mer kortfattede innspill per mail eller telefon som ikke er trykket her men som har medført mindre rettelser eller endringer i teksten. I tillegg arrangerte NAKMI og NIBR et lunsjseminar på NAKMI den 6. november 2012 der alle informantene ble invitert, hovedinnholdet i rapporten ble lagt fram og det var anledning til å diskutere rapportutkastets innhold og konklusjoner. Til sammen 15 personer deltok, inkludert forfatterne.

Vi ba om skriftlige svar på følgende spørsmål:

1. Kommentarer til rapporten.
2. Hvordan ser dere for dere egen organisasjon/institusjons arbeid med hiv-rettet arbeid overfor innvandrere framover?
3. Har dere anbefalinger til denne typen arbeid som ikke kommer fram (i tilstrekkelig grad) i rapporten?

I tillegg til å få rettet opp faktiske feil er vi spesielt opptatt av å få kommentarer til rapportens anbefalinger, og da særlig anbefalingene om et eget kompetansesenter og opprettelsen av et

mer formalisert nettverk på feltet. Mener dere det er behov for slike tiltak, og hvordan kan de i så fall organiseres?

## **HivNorge**

Innledningsvis ønsker HivNorge å understreke viktigheten av hivrettet arbeid ovenfor denne målgruppen, og en rapport som gir en oversikt over det nåværende arbeidet som gjøres og hvilke utfordringer aktørene som arbeider i feltet opplever gir et utgangspunkt for vurderinger av det videre arbeidet.

Hiv er ikke et tema som kun faller inn under helseområdet, men berører mange samfunnsområder, som utdanning, familie, arbeidsliv, utlendingsfeltet, psykososial oppfølging etc. HivNorge vil derfor understreke at for å kunne utføre hivrettet arbeid ovenfor innvandrere, noe som også gjelder ovenfor befolkningen for øvrig, er det helt nødvendig med politisk vilje og handling også fra andre aktører enn Helsedirektoratet.

Som rapportforfatterne sier så møter innvandrere som lever med hiv en del av de samme utfordringer som norske hivpositive, selv om det er noen særtrekk ved deler av innvandrerbefolkningen som kan gjøre dem ekstra sårbare. HivNorge er enige med rapportforfatterne i at et eget innvandrerfokus i hivarbeidet er nødvendig. Innvandrere er imidlertid ingen ensartet gruppe, og det som vil være et behov og relevant oppfølging for noen kan være helt annerledes for andre.

HivNorge mener derfor at økt innvandrerfokus i hivarbeidet bør gjøres ved økt samarbeid mellom organisasjonene/aktørene som arbeider med hivtematikk og organisasjoner/asylmottak/nettverk og ressurspersoner i de ulike innvandremiljøene. Slikt samarbeid mellom organisasjoner med hivkompetanse og organisasjoner/aktører med nettverk innenfor ulike miljøer er erfaringsmessig en hensiktsmessig arbeidsform når det gjelder å nå bredere ut med informasjon enn organisasjonene har mulighet til med begrensede ressurser.

For å forebygge stigma og diskriminering, samt forebygge videre spredning av hiv er det viktig å øke kunnskapsnivået i alle instanser, som bla. fastleger, helsetjenesten for øvrig, andre instanser som møter innvandrere, i skolen, i arbeidslivet, på asylmottakene. Temaene seksuell helse, seksuelt overførbare sykdommer, grensesetting, holdninger til kvinner og seksuell

legning bør inngå som en del av samfunnsfagsopplæringen for innvandrere.

Som rapportforfatterne sier, er ressursene innenfor hivfeltet begrensede, og HivNorge er skeptisk til opprettelsen av nye instanser som også kun vil arbeide ovenfor en begrenset andel av hivpositive i Norge. Siden mange av utfordringene og problemstillingene gjelder alle hivpositive i Norge, mener HivNorge at det i et felt med få ressurser vil være hensiktsmessig å bygge på allerede eksisterende ressurser, nettverk, økt kunnskap om innvandringstematikk, økt erfaringsutveksling og samarbeid mellom etablerte aktører og bruk av etablerte arenaer for innvandrere og ressurspersoner/organisasjoner med tillitt i miljøet.

Når det gjelder temaet testing innenfor denne målgruppen, det være seg både familiegjenforente, arbeidsinnvandrere og ordinære asylsøkere, må det systematiseres et tilbud om testing, slik at det sikres at alle får et slikt tilbud. Samtidig må det sikres at resultatet av testen gis på en måte som gir tilgang til rådgivning, veiledning og evt. psykososial oppfølging.

Rapporten peker på en del områder innenfor målgruppen og feltet hvor det mangler kunnskap og hvor det regjerer usikkerhet. En grundigere kartlegging og avklaring av problemstillingene vil være hensiktsmessig for vurderingen av videre tiltak ovenfor målgruppen.

## **Aksept**

### *1 Kommentar til rapporten*

Vi gjenkjenner beskrivelsene i rapporten og finner dem dekkende for det vi har erfart gjennom vårt arbeid med mennesker fra minoritetskulturer de siste sju årene

### *2 Hvordan ser dere for dere egen organisasjon/institusjons arbeid med hiv-rettet arbeid overfor innvandrere framover?*

- Vi fortsatt arbeide med videreutvikling av hiv-skole for barn og unge dvs. et årlig 3-dagers tilbud til barn og unge mellom 10 og 18 om å møte hverandre og få kunnskap om hiv og livet med hiv og tid for samtaler og bearbeiding av erfaringer knyttet til hiv.

- Vi planlegger å utvikle et eget tilbud til unge voksne (18-26) med hiv i forlengelse av hiv-skolen og i fortsatt samarbeid med Karolinska sjukehuset og LMS barn og ung ved Oslo Universitetssykehus
- Vi fortsetter arbeidet med mestringskurs for nydiagnostiserte mennesker fra det afrikanske kontinentet; to ganger pr år
- Vi starter opp et fortsettelseskurs for dem som har vært på mestringskurs en gang: Kunnskap må gjentas, relasjonsbygging tar tid, det er viktig med tid til refleksjon og modning før man kommer med mer og repetert kunnskap. Dette handler om forebygging og god psykisk og fysisk mestring av livet med hiv
- Vi vil videreutvikle vårt samarbeid med ulike religiøse grupperinger både i det kristne, det muslimske og det buddhistiske miljøet. Det gjelder samarbeidsmøter mellom religiøse ledere her på Aksept, det gjelder undervisning på Aksept for dem i forsamlingene som er spesielt interessert i mer kunnskap, det gjelder besøk og undervisning/informasjon hos de ulike forsamlingene
- Vi vil videreutvikle vårt samarbeid med PMV og avklare mulige samarbeidsformer med Helsesenter for papirløse og ulike innvandrersorganisasjoner
- Vi fortsetter og videreutvikler grupper for afrikanske kvinner med og uten barn for å bygge nettverk og videreutvikle kunnskap hos kvinnene, - og hos oss.
- Vi fortsetter arbeidet med tilbud om hurtigtesting
- Vi vil videreutvikle samarbeidet med ankomstmottak, transittmottak og ordinære mottak

*3 Har dere anbefalinger til denne typen arbeid som ikke kommer fram (i tilstrekkelig grad) i rapporten?*

Det er viktig å utvikle et samarbeid med ulike religiøse menigheter. Et flertall av de vi kommer i kontakt med har tilhørighet til religiøse menigheter. I en del av disse er kunnskapen om hiv og smitteveier mangelfull. Flere av våre klienter beskriver diskriminerende holdninger i disse sammenhengene.

## **Sosialmedisinsk senter, Tromsø**

### *1 Kommentarer til rapporten*

s. 30 Frivillige.(Eritreisk forening)

Man kan ikke basere slikt arbeid kun på frivillighet. De som skal drive fram dette arbeidet må få en viss kompensasjon og krav om dokumentasjon slik at det er en viss kontroll av kvaliteten på tiltaket.

s. 35 Langsiktige planer og økonomi:

At man må søke på nytt hvert år, og ikke vet om man får penger vanskeliggjør arbeidet. Oppfølging av innvandrere er langsiktig arbeid og vi ønsker at vi kunne søke midler for flere år.

s.37 Familieinnvandring:

De som kommer på familiegjenforening til familie som har oppholdt seg i Norge i mindre enn 5 år, blir fanget opp av flyktningehelsetjenesten og får tilbud om hivttest.

De som kommer til familie som har bodd i Norge i mer enn 5 år skal bruke det ordinære helsesystemet for eksempel fastlegene. Disse får ikke tilbud om hivttest så her er det klart et forbedringspotensiale. Disse blir testet ift tuberkulose som alle andre innvandrere. Det ville kanskje også være hensiktsmessig og samtidig tilby hivttest. Dette må planlegges og legges til rette for slik at det blir rutine.

s. 38 Fastlegene:

Det bør sendes ut orientering om viktigheten av å utføre flere hivtester til alle fastlegene. Vår erfaring er bla at de som er pene og rene i tøyet får beskjed om at de ikke trenger å hivtteste seg.

s. 39 Helsefagutdanningene:

Undervisning om hiv, både om sykdommen, smitteveier osv og også om den psykososiale siden må inn ikke bare på medisiner og sykepleieutdanningene, men også på de andre helsefagutdanningene. Kanskje bør det også inn på lærerutdanningen.

s.40 Psykososial oppfølging av innvandrere:

Det er mange grunner til at disse er vanskelig å nå, og ofte dropper ut av oppfølging. En av grunnene er at i noen kulturer skal man ikke snakke om det som er vanskelig, man skal «legge det i glemselens hav». En annen grunn kan være at de ikke ber om hjelp fordi de ikke vet hva som finnes av tiltak. Et tettere samarbeid mellom forskjellige instanser som jobber med samme



problematikk kan kanskje avhjelpe noe av dette ved at man kan klare å fange opp flere. Da vi vet at dette er et vanlig problem bør vi snakke med pasientene om dette og være aktive ift å oppsøke, ringe og gjøre nye avtaler med de.

s. 41 Seksualundervisning til innvandrere ungdom og voksne:

Vi tror at her er det et stort forbedringspotensiale her, og at både ungdommer og voksne i mange tilfeller ikke får slik undervisning. Denne må legges spesielt til rette for denne gruppen og inneholde tema om forskjellige seksuelle legninger, hiv og stigmatisering/holdninger, bestemme over egen kropp osv.

s. 45 Tolk:

Det blir brukt for lite tolk og i for kort tid. Mange trenger tolk lenge etter at de er blitt ganske gode i norsk, spesielt når det skal snakkes om vanskelige temaer.

Vi bruker alltid telefontolk, og ber om tolk som ikke er bosatt i Tromsø. Vi nevner ikke navn på pasienten eller på diagnosen. Dette fungerer veldig bra. Vi trodde det var «opplest og vedtatt» at telefontolk er det som er best/riktigst å bruke.

s.47 Aksept:

Dette bør absolutt bli et nasjonalt senter. God oppfølging og mestring i å leve med hiv er det beste smitteforebyggende tiltaket. Hiv positive i Nord Norge bør få økonomisk tilskudd til å reise til Aksept. Om det er kommunene som skal betale dette så må det være nedfelt hos for eksempel NAV sosial.

## *2 Fremtidig arbeid i egen organisasjon*

Vi vil fortsatt drive med individuell oppfølging av hiv positive innvandrere. Vi ønsker å bli mer aktiv med å ta ny kontakt med de som har droppet ut av oppfølgingen. Vi jobber fortsatt med å få i stand en selvhjelpsgruppe, og har erfart (med norsk gruppe) at vi må være pådrivere om gruppen skal fungere. Vi har nylig fått ferdig en brosjyre på flere språk til hiv positive innvandrere. Den informerer om vårt tilbud om oppfølging. Brosjyren er distribuert til fastlegene, helsesøstre, UNN og en rekke andre instanser. Vi har fått kontakt med en afrikansk mann som bla har jobbet med hiv og stigmatisering i hjemlandet. Han ønsker å bidra med oppfølging av innvandrere. Han kan muligens være en person som kan drive en selvhjelpsgruppe. Vi har diskutert om han skal få tilskudd til

telefon, eller kan få noen form for kompensasjon for arbeidet. Vi har enda ikke funnet ut hvordan vi eksakt kan gjøre dette. Vi søker om midler til dette på årets søknad.

### *3 Generelle råd*

Samarbeide mellom etater som jobber med samme problematikk er viktig. Hiv er et lite fagfelt, nært samarbeide gagnar både pasienter og ansatte. For å få dette til må man kanskje innkalle til samarbeidsmøter.

### **Pro Senteret**

Pro Senteret har mottatt den midlertidige rapporten og vil takke for den. Vi vil kun knytte noen få kommentarer til helheten.

Sett på bakgrunn av det store antallet innvandrere fra høyendemiske områder som utfører sex arbeid i Norge, hvorav mange bruker Pro Senteret og de andre prostitusjonstiltakene, så synes vi at sex arbeidere er lite omtalt i rapporten. De omtales kort på side 32/33 og side 43.

I 2011 utgjorde utenlandske sex arbeidere hele 81 % av Pro Senterets totale portefølje. Det vil si 982 kvinner og menn. De kom fra følgende land/områder:

Nigeria	503
Thailand	205
Øst Europa	181
Diverse andre land + Norge	329
Total portefølje	1218

Fram til 1. november i 2012 har samme tendensen holdt seg, bortsett fra at andelen utenlandske kvinner på Pro Senteret har økt til 84 %. På vår helseavdeling utgjorde de utenlandske kvinnene hele 86 % av den totale klientmengden de første 10 månedene i år. Helseavdelingens hovedfokus er seksuell- reprodutiv og rusrelatert helse. Arbeidet består for en stor del i forebyggende virksomhet gjennom informasjon og testing samt behandling og oppfølging.

Selv om det er relativt lite forekomst av Hiv smitte blant ”våre” innvandrerkvinner og menn, på tross av at de kommer fra områder

med høy forekomst, tror vi noe av årsaken kan være vårt og myndighetenes nitidige satsing på forebygging nettopp i disse gruppene. Vi sier naturligvis ikke at dette er den eneste årsaken til lav Hiv forekomst, men våger å håpe at det forebyggende arbeidet kan ha båret noe frukter. Derfor er det særs viktig som dere jo også skriver, at arbeidet opprettholdes. I dette arbeidet kan det være farlig å hvile på laurbærene.

Når det gjelder anbefalingene dere skisserer, tror vi det kunne vært nyttig både med et kompetanse- og ressurscenter samt et nettverk av tiltak som jobber med denne problematikken. Utveksling av kunnskap, erfaringer og metoder i arbeidet er nyttig for alle. Det er også en bra ting å lage informasjon til innvandrere på flere språk, men her må man ta høyde for at enkelte ikke kan lese og skrive. Da kunne tegneserier eller andre formidlingsmåter benyttes.

Under punktet om *Utsatte grupper* på s. 5151 nevnes kun MSM. Tidligere er sex arbeidere også nevnt som en utsatt gruppe uten at de nevnes i anbefalingene. Økt oppmerksomhet kunne derfor også vært rettet mot å samle informasjon om denne gruppa for å kartlegge særegne behov.

Ellers vil vi tilslutte oss alle de andre gode forslagene til anbefalinger som kommer fram i rapporten.

## **Pion**

### *1. Kommentarer til rapporten*

"I følge våre informanter har sexarbeidere kunnskap om sin hivstatus før de kommer til Norge, og deres helse blir ivaretatt gjennom det helsetilbudet Pro Sentret har. Forekomsten av hivsmitte ser ikke ut til å være spesielt høy i denne gruppen. Siden dette er en mobil gruppe, er det begrenset hva man kan gjøre av tiltak over disse, men det er viktig at det arbeidet som gjøres av Pro Sentret, PION og Nadheim fortsatt mottar støtte."

Først en generell kommentar til sitatet ovenfor (s 43):

Når det gjelder innvandrere/migranter og sexarbeid er det viktig å skille mellom kvinner, menn og transpersoner som har utenlandsk bakgrunn men oppholds- og arbeidstillatelse i Norge, og den migrasjonsrelaterte prostitusjonen som er grensekryssende. Det vil si personer som oppholder seg temporært og enten pendler

mellom hjemland (f eks ikke-EU-borgere eller Schengen-land), innvandrere/migranter med oppholdsstatus i et land som reiser rundt Europa og jobber, og avviste asylsøkere og/eller illegale migranter. Førstnevnte gruppen er for eksempel tidligere enslige mindreårige asylsøkere som etter midlertidig opphold mister oppholdsstatus når de blir 18, eller utenomvestlige migranter/avviste asylsøkere som er på vandring rundt i Europa og der Norge er blant mange andre land, destinasjonsland for sexsalg til både kvinner og menn, men også annen inntjeningsvirksomhet som dopsalg etc.

Vi har ikke sikker empiri på det men vår erfaring er at det i hovedsak er unge menn som tilhører kategorien illegal, og det kan se ut som at kvinnelige sexarbeidere i større grad har en eller annen form for oppholdsstatus i et annet land enn Norge. Veldig mange av kvinnene fra Nigeria eller andre afrikanske land har oppholdsstatus i Italia eller Spania. Felles for alle kjønn er at mange har bred erfaring med sexsalg som overlevelsesstrategi enten man er på flukt eller migrerer irregulært.

Blant sexarbeidere i den grensekryssende prostitusjonen er det også mange reiser til Norge fordi det er mer å tjene her enn i hjemlandet som kan være Frankrike, Spania, England etc. Det er en forholdsvis stor gruppe transpersoner som tilhører denne gruppen, og som tiltakene inkludert PION har liten eller ingen kontakt med.

De fleste sexarbeidere både kvinner, menn og transpersoner med thailands bakgrunn i Norge har opphold og/eller norsk statsborgerskap, selv om det er også her kan være personer som pendler fra/mellom andre nordiske land, fra andre land i Nord Europa eller har turistvisum og jobber mens de besøker norske kjæresten eller familie.

Når det gjelder sexarbeidere fra land i Øst- og Sentral-Europa, er vårt inntrykk at majoriteten jobber i den grensekryssende prostitusjonen. Her har det i de siste årene vært en økning og profesjonalisering av annonsemarkedet blant menn som selger sex til menn.

*2. Hvordan ser dere for dere egen organisasjon/institusjonsarbeid med hiv-rettet arbeid overfor innvandrere framover?*

Vi mener at det er viktig å styrke seksuell helse- og skadereduksjonsarbeidet i blant etniske grupper i prostitusjonsmiljøene. Prostitusjon er transnasjonal både når det gjelder kunder og selgere, og de mest populære områdene for sex- og romanseturisme er land med veldig høy spredning av Hiv, og det samme gjelder personene i den migrasjonsrelaterte prostitusjon. De fleste kommer fra områder med høy grad av hivspredning. Det er også viktig å ha andre blodsmittesykdommer i tankene, som Hepatitt B og C.

Når det gjelder metodisk tilnærming er prostitusjon forbundet med stigma uansett kjønn, seksuell legning eller nasjonal/etnisk tilhørighet. Det er derfor viktig å styrke tilbudet med oppsøkende/feltarbeid tjenester og peer-educater/kulturformidlere samt mulighet for å tilrettelegge for egenorganisering innad i de ulike miljøene.

Vi vet for eksempel at thai-miljøene er godt sosialt organisert innenfor egne grupper/miljøer og har et godt internt nettverk som brukes når det er behov. Samtidig er det (innenfor de miljøene vi jobber med) stor mangel på samfunnskunnskap og språkkunnskap, hva som finnes av offentlige etater og andre hjelpetilbud utenfor prostitusjonsarenaen. Migranter som kommer med familiegjenforening som personer fra Thailand ofte gjør, er også en oversett gruppe i offentligheten og politisk tilnærming til integrasjons/innvandrere, det betyr at de i større grad enn andre er overlatt til seg selv. Vi ser derfor et stort et behov for å jobbe med disse miljøene og jobbe for at det skjer en egenorganisering blant migrant/innvandrere sexarbeidere.

Både oppsøkende/feltarbeid og det å kunne etablere kontaktpersoner og bindeledd (peer-educatere/kulturformidlere) gjelder alle migrant/innvandrere-sexarbeider miljøer.

*3. Har dere anbefalinger til denne typen arbeid som ikke kommer fram (i tilstrekkelig grad) i rapporten?*

Prostitusjonspolitikken har hatt en merkelig utvikling fra i hovedsak jobbe med hivforebygging og sosialt arbeid til å dag å være dominert av kriminalitetsbekjempelse og politiarbeid.

Vi mener at det må i større grad enn det gjøres i dag se på hvordan kriminalisering av prostitusjon slår ut når det gjelder helse. Og med

dette mener vi ikke at det nødvendigvis handler om å ta stilling for eller i mot forbud mot sexkjøp eller prostitusjon, men at det hivforebyggende arbeidet i dag også omhandler å hindre /forebygge utilsiktede virkninger og konsekvenser av forbudslinjen. Politiets raid i miljøer innebærer også at kondomer og glid blir brukt som bevis på at det foregår sexarbeid. Det strider i mot internasjonale helseorganisasjoners prinsipper i arbeidet og må i større grad adresseres enn det gjøres i dag. At prostitusjonsfeltet blir justis eiendom og ansvar går for å si det mildt på helsa løs.

Politisk er det i dag fullt akseptabelt å stille seg kritisk til skadereduksjonsarbeidet som gjøres i prostitusjonsmiljøer. Det er et problem at ledende politikere er ute og krever at Pro Sentret må legges ned eller hevde at utdeling av kondom/glid bidrar til å tilrettelegge for prostitusjon. Det er videre et problem at kriminalisering som symbolpolitikk følges av manglende interesse for kunnskapsbasert politikk og tilnærming til feltet ved at exit-programmer (ut av prostitusjonstiltak) blir favorisert over skadereduserende tiltak.

Den norske prostitusjonspolitikken er i strid med internasjonal politikk og utvikling på feltet og det er politisk manglende interesse for å ta innover seg at både menneskehandel til prostitusjonsformål og migrasjonsrelaterte prostitusjon krever en ekstra innsats når det gjelder hivforebyggende arbeid og forbud fungerer kontraproduktivt når det kommer til helse.

### **Primærmedisinsk verksted**

Hvordan vi ser vår egen organisasjon/institusjons arbeid med hivrettet arbeid overfor innvandrere framover og med hensyn til anbefalinger til denne typen arbeid som ikke kommer fram (i tilstrekkelig grad) i rapporten, synes vi at vi kan

- (Vi når ut til mange grupper, men følger også opp *enkeltindivider*, følger vi til sykehus, ringer opp vedkommende etc.) Dette arbeides kan utvides og kan inkludere flere
- Utvide informasjonsdelen til å nå ut til enda flere grupper
- tilby hurtigst og oppfølgende etterarbeid til positive pasienter i samarbeid med den offentlige helsetjenesten
- Opprette HIV / AIDS telefon på PMV
- Samle og opprette kunnskaps-bank om arbeidet

- Gi info. om homofili og HIV / AIDS i alle ungdomsgrupper
- Ha mannsgrupper på PMV, til samtalegrupper, ”utdanne” voksne HIV-informanter

## Vedlegg 2

### Organisasjoner som er intervjuet

<b>Informant</b>	<b>Organisasjon</b>
Ina Herrestad (leder) Gertrude Bukanga (rådgiver, innvandrere) Girmay Assemahegn (rådgiver, innvandrere)	Aksept, Kirkens Bymisjon
Tore W Steen (smittevern- overlege) Kirsten Marie Garder (helsesøster)	Avdeling for folkehelse og omsorg, Helseetaten, Oslo kommune
Ellen Spørck (helsesøster) Inger Schanche (leder)	Avdeling for migrasjonshelse, Bærum kommune
Ellen Gundersen (sykepleier) Åse Ruth Eggemoen (lege) Ragnhild Magelssen (sykepleier)	Avdeling for Migrasjonshelse, Helseetaten, Oslo kommune
Zere Senai Fekadu	Eritreisk Forening
Øyvind Nilsen	Folkehelseinstituttet
Arild Johan Myrberg (seniorrådgiver) Nina Søimer Andresen (seniorrådgiver) Ulla Leth Ollendorff, (seniorrådgiver)	Helsedirektoratet
Rolf Angeltvedt (leder)	Helseutvalget for bedre homohelse



Evy-Aina Røe (leder)	HIV Norge
Vidar Ormåsen (leder) Astrid Rudi (sykepleier)	Infeksjonsmedisinsk avd, Ullevål
Olav André Manum	Journalist og forfatter, bok <i>Kjærlighet, kunnskap og kondom. Den hivpolitiske kampen i Norge</i>
Hans Heen Sikkeland (leder)	Landsforeningen for Lesbiske og Homofile, Lokallag Oslo og Akershus
Sindre Ringvik (assisterende leder)	Olafiaklinikken
Jemima Anin	Oslo International Charismatic Church
Kim Fangen NN Anonym	Pasientrådet
Ruth Paintsil (fagkoordinator)	Primærmedisinsk verksted, Kirkens Bymisjon
Björg Norli (leder) Liv Jessen (seniorkonsulent)	Prosenteret
Annette Jeppesen (leder, lege) Glenn Dyresen (lege)	Refstad transittmottak
Roger Cassidy, (prosjektleder)	Senter for papirløse migranter, Kirkens Bymisjon/Norges Røde Kors
Åshild Marie Vige	Skeiv Ungdom
Kadra Noor (leder)	Somalisk Kvinneforening
Tove P Lindberg Unni Lande (sykepleiere)	Sosialmedisinsk senter, Tromsø