

---

## HIV-infeksjon fra Afrika til Norge

---

### AKTUELT PROBLEM

PREBEN AAVITSLAND

Email: preben.aavitsland@folkehelsa.no

ØIVIND NILSEN

Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin

Statens institutt for folkehelse

Postboks 4404 Torshov

0403 Oslo

---

Mer enn to tredeler av verdens HIV-smittede bor i Afrika. Afrikanere søker asyl i Norge, og noen nordmenn arbeider i lengre tid i Afrika. Vi ønsket å benytte data fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) for 1983 – 99 til å beskrive forekomsten av HIV-infeksjon i Norge med forbindelse til Afrika.

Vi undersøkte insidensen av HIV-infeksjon hos personer fra Norge smittet i Afrika eller av afrikanere i Norge, det årlige antall afrikanere diagnostisert med HIV-infeksjon i Norge og forsinkelse fra ankomst til diagnose.

Av 2 016 tilfeller av HIV-infeksjon diagnostisert i Norge før år 2000 hadde 489 (24 %) forbindelse til Afrika. 80 personer (71 menn) fra Norge er smittet i Afrika, de fleste under bistandsarbeid. 39 personer (30 kvinner) er smittet i Norge av afrikanere. For begge gruppene var antall smittede 0 – 2 per år i perioden 1997 – 99. I hele perioden er 370 afrikanere diagnostisert med HIV-infeksjon ervervet før ankomst i Norge. I 1999 var tallet 56, høyere enn noe år tidligere. Median tid fra ankomst til diagnose er tre måneder.

Få nordmenn smittes nå av afrikanere i Norge eller i Afrika. Afrikanske innvandrere med HIV-infeksjon vil i årene fremover utgjøre en stadig større andel av HIV-positive i Norge. Dette er en utfordring for helsetjenesten og samfunnet for øvrig.

---

I 1999 døde 2,2 millioner mennesker i Afrika av AIDS (1). 25 millioner afrikanere er smittet med HIV, de fleste etter samleie mellom mann og kvinne. Kvinner utgjør litt over halvparten av de smittede, og en million barn er smittet av sin mor. Sør for Sahara er i gjennomsnitt 9 % av den voksne befolkningen (15 – 49 år) smittet. Utbredelsen er størst i det sørlige Afrika (Lesotho, Namibia, Swaziland, Sør-Afrika, Zambia og Zimbabwe), der 20 % eller mer av de voksne er smittet.

Bistandsarbeidere og andre nordmenn oppholder seg flere måneder og år i noen av de landene som er hardest rammet av HIV-epidemien. Noen av dem innleder seksuelle forhold med personer fra lokalbefolkningen, varierende fra betalte samleier til ekteskap. Noen afrikanere flytter til Norge og får etter hvert seksuelle forhold her eller kanskje på senere besøk i fødelandet. Alle disse kontaktene gjør at vi regner med at HIV-epidemien i Afrika har betydning for den norske epidemien.

Med data fra MSIS vil vi beskrive forekomsten av HIV-infeksjon i Norge med forbindelse til Afrika med sikte på å bidra til grunnlaget for bedre forebyggende tiltak.

---

## Materiale og metode

Tilfeller av HIV-infeksjon skal meldes enkeltvis og anonymisert til MSIS, Folkehelse. De medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene initierer melding ved å sende rekvirenten meldingsskjemaet sammen med det positive prøvesvaret. Samtidig melder laboratoriet til MSIS om rekvirentens identitet, pasientens kjønn, alder og sykdom og meldingsskjemaets løpenummer (2). Skjemaet ble forbedret i 1995. Meldingsdekningen er 100 % (2).

### Utvalg

Fra MSIS valgte vi ut tilfeller av HIV-infeksjon diagnostisert før år 2000 i følgende tre grupper:

- – Personer fra Norge smittet i Afrika. Personer fra Norge inkluderer utlendinger (også afrikanere) som er bosatt i Norge, og som ikke var smittet da de flyttet hit.
- – Personer smittet i Norge av afrikanere (definert som personer født i Afrika).
- – Personer født i Afrika og smittet før ankomst i Norge.

### Problemstillinger

For hver av disse gruppene studerte vi de sentrale epidemiologiske variablene knyttet til tid, sted, person og kliniske forhold.

For de to første gruppene undersøkte vi om insidensen økte, og om det var karakteristika ved pasientene og smittesituasjonene som gjør at forebyggingen kan forbedres.

For den siste gruppen undersøkte vi forsinkelsen fra ankomst til diagnose og om antall diagnostiserte øker.

### Beregning av insidens

Det kan gå flere år mellom smitte og diagnose. Vi benytter følgende informasjon fra meldingsskjemaet til å anslå et sannsynlig tidsrom for smitten: serokonversjonsmønster i serumprøver, symptomatisk primærinfeksjon med HIV, tidligere negativ test og særlige risikoepisoder. Så gir vi personen et smittetidspunkt svarende til midt i tidsrommet. Dermed avdekkes etter hvert den sanne insidensen for hvert år. For noen tilfeller mangler informasjon til å utføre denne beregningen. Dette gjelder i stor grad personer som ble diagnostisert i 1980-årene, og utlendinger som var HIV-smittet da de kom til Norge.

### Beregning av diagnoseforsinkelse

På alle meldingsskjemaene oppgis dato for diagnose. På skjemaet som ble innført i 1995, skal meldende lege i tillegg oppgi varigheten av oppholdet i Norge før diagnosen ble stilt.

De fleste afrikanere som kommer til Norge for lengre opphold, er asylsøkere. Fra Utlendingsdirektoratet har vi for perioden 1990 – 99 fått opplyst antall afrikanske asylsøkere per år og deres nasjonalitet.

## Resultater

Før år 2000 var det til MSIS meldt 2 016 tilfeller (1 480 menn) av HIV-infeksjon diagnostisert i Norge. Av disse hadde 489 (24 %) forbindelse til Afrika (tab 1).

**Tabell 1**

Fordeling av smitteåtte og kjønn for tilfeller av HIV-infeksjon med forbindelse til Afrika diagnostisert i Norge før år 2000

Smittemåte	Personer fra Norge smittet i Afrika		Personer smittet i Norge av afrikanere		Afrikanere smittet før ankomst Norge	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Sex mellom kvinne og mann	69	9	9	27	178	176
Sex mellom menn	2	-	0	-	1	-
Barn smittet i svangerskapet eller underfødselen	0	0	0	2	5	4
Annen, ukjent	0	0	0	1	2	4
Totalt	71	9	9	30	186	184

### Personer fra Norge smittet i Afrika

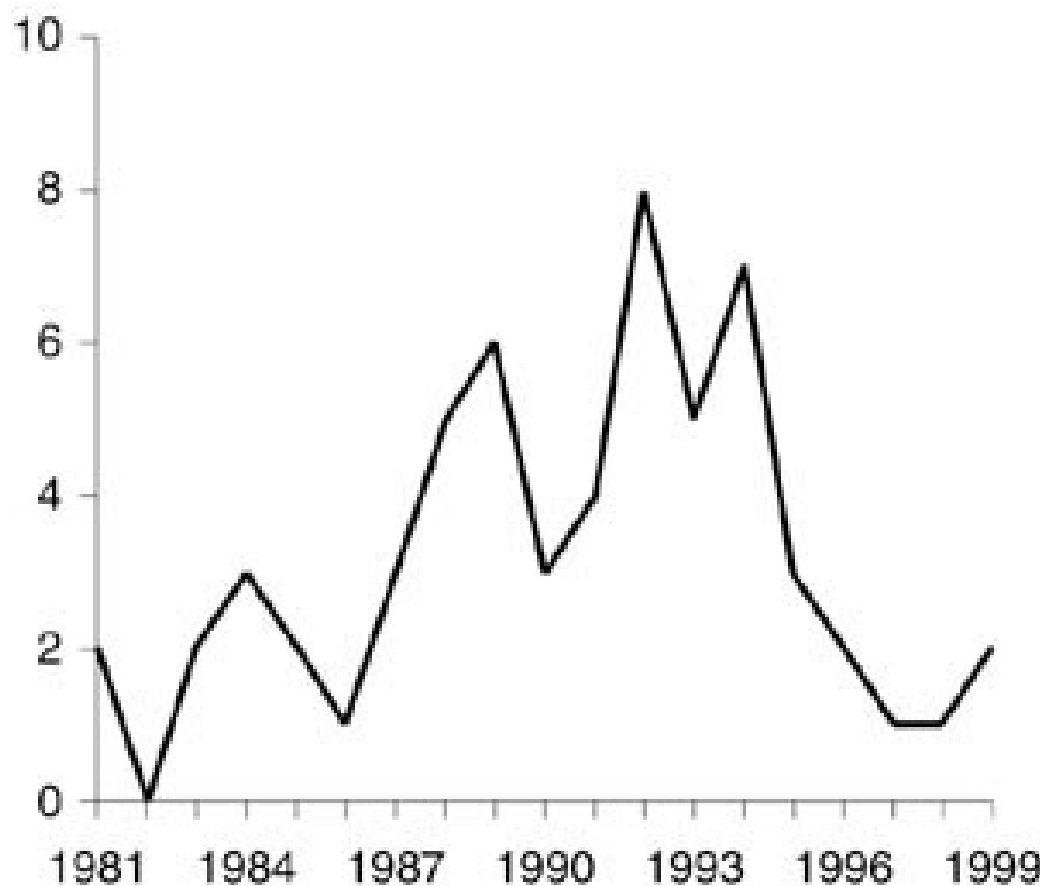
80 personer (71 menn) fra Norge er diagnostisert med HIV-infeksjon etter smitte i Afrika (tab 1). 72 av personene er norske, mens åtte er afrikanere som bor i Norge og som ble smittet under besøk i Afrika. De hyppigste smittestedene var Tanzania (14 personer), Zambia (14 personer), Kenya (11 personer) og Botswana (åtte personer). 13 andre land er oppgitt som smittested for 1 – 3 personer hver.

Alle kvinnene og 69 av 71 menn ble smittet ved heteroseksuelt samleie (tab 1). I 31 tilfeller var smitekilden en prostituert, i 13 tilfeller en tilfeldig kontakt og i 16 tilfeller ektefelle, samboer eller annen fast partner. I 20 tilfeller er ikke forholdet til smitekilden oppgitt.

49 av personene ble smittet under arbeids- eller studieopphold, ni under turistreise, fire under landlov som sjømenn, og for 18 er årsaken til oppholdet i Afrika ikke oppgitt.

For 60 av de 80 kjenner vi det sannsynlige smittetidspunktet, som i median er 1,3 år (interkvartilbredde 0,41 – 4,1 år) før diagnosen ble stilt. Insidensen var høyest i perioden 1988 – 94 (fig 1). Bare to av de 20 med ukjent smitteår ble diagnostisert etter 1995. Vi regner derfor med at de 20 ikke ville endre insidenskurven vesentlig og dermed heller ikke aldersfordelingen ved smitte. Bare ni av de 60 pasientene med kjent smitteår var yngre enn 30 år ved smitte (tab 2).

## Antall tilfeller



**Figur 1** Personer fra Norge smittet med HIV i Afrika etter sikkert eller sannsynlig smitteår, diagnostisert i Norge før år 2000. N = 60

## Tabell 2

Alder og kjønn for tilfeller av HIV-infeksjon med forbindelse til Afrika diagnostisert i Norge før år 2000

Aldersgruppe	Alder ved smitte for personer fra Norge smittet i Afrika		Alder ved smitte for personer smittet av afrikanere i Norge		Alder ved diagnose for afrikanere smittet før ankomst Norge	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Ukjent alder	15	5	0	2	0	0
0 - 9 år	0	0	0	2	5	4
10 - 19 år	1	0	0	0	7	11
20 - 29 år	7	1	2	14	76	121
30 - 39 år	17	2	2	10	82	42
40 - 49 år	24	1	2	2	14	5
50 - 59 år	7	0	2	0	1	1
60 år og over	0	0	1	0	1	0
<b>Totalt</b>	<b>56</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>28</b>	<b>186</b>	<b>184</b>

Median alder (år)	41	33	44	28	30	26
-------------------	----	----	----	----	----	----

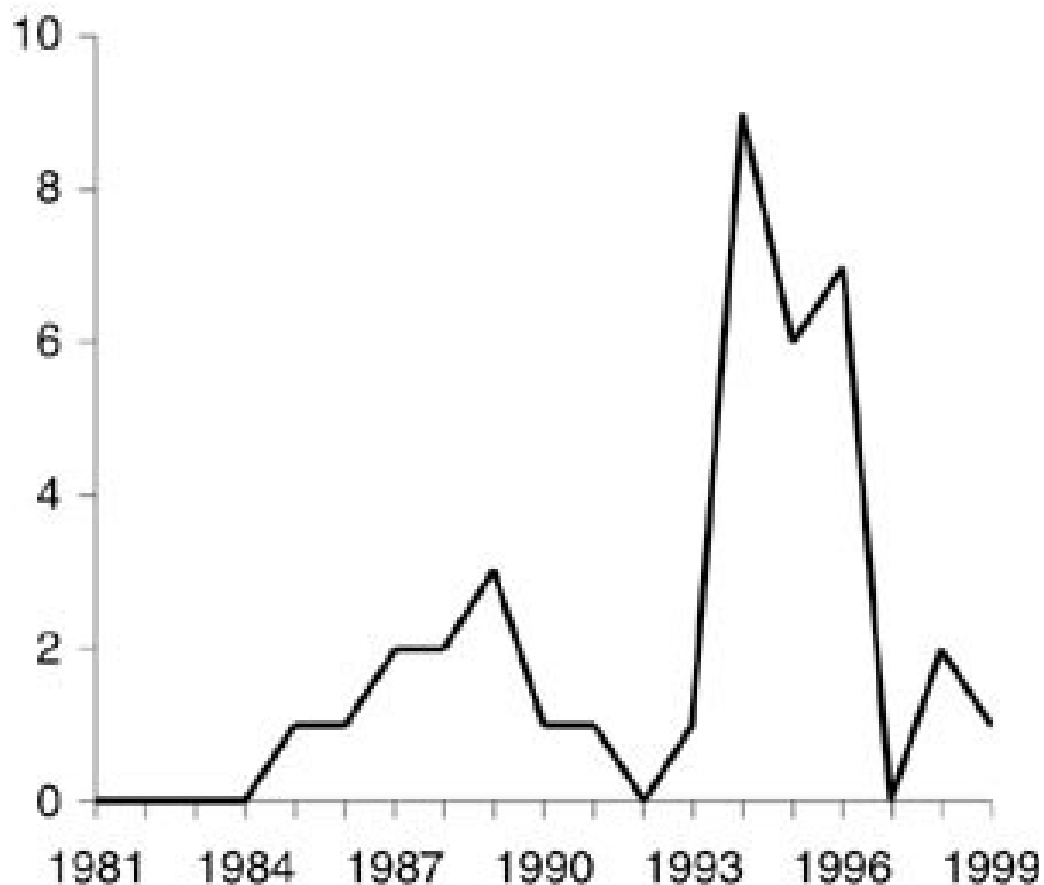
### Personer smittet i Norge av afrikanere

39 personer (30 kvinner) er smittet i Norge av personer født i Afrika (tab 1). 30 av personene er norske, sju er afrikanere og to er innvandrere fra andre kontinenter. Oslo og Trondheim er de eneste smittestedene med flere enn ett tilfelle, henholdsvis 20 og fem.

To av pasientene er barn født i Norge av HIV-positiv afrikansk mor. 36 av personene ble smittet ved heteroseksuelt samleie (tab 1). I 27 av disse tilfellene var smitekilden ektefelle, samboer eller annen fast partner. I sju tilfeller var smitekilden en tilfeldig kontakt, og i to tilfeller er ikke forholdet til smitekilden oppgitt. En av smitekildene var selv smittet homoseksuelt, de øvrige heteroseksuelt eller ukjent for oss. Elfenbenskysten (sju tilfeller) og Uganda (fem tilfeller) er de hyppigste opprinnelseslandene for smitekildene, men personer fra 12 andre afrikanske land har også smittet 1 – 3 personer i Norge.

For 37 av de 39 kjenner vi det sannsynlige smittetidspunktet, som i median er 0,65 år (interkvartilbredde 0,31 – 1,9 år) før diagnosen ble stilt. Det var en topp i 1994 – 96, med til sammen 22 tilfeller (fig 2). Andre år ble bare 0 – 3 personer smittet. De to med ukjent smitteår ble diagnostisert i 1987 og 1990 og kan derfor ikke påvirke insidenskurven og aldersfordelingen vesentlig. De fleste kvinnene var mellom 20 og 40 år da de ble smittet (tab 2).

### Antall tilfeller



**Figur 2** Personer smittet med HIV i Norge av afrikanere etter sikkert eller sannsynlig smitteår, diagnostisert i Norge før år 2000. N = 37

### Afrikanere smittet før ankomst i Norge

370 afrikanere (186 menn) er diagnostisert i Norge med HIV-infeksjon som de har fått før ankomst (tab 1). Det er flest personer fra Etiopia (52 personer), Uganda (52 personer), Somalia (46 personer), Zambia (31 personer), Kenya (28 personer), Tanzania (27 personer), Elfenbenskysten (17 personer), Kongo (12 personer), Zimbabwe (11 personer), Rwanda (ti personer), Gambia (ti personer) og Ghana (ti personer). I tillegg kommer 1 – 9 personer fra hvert av 22 andre afrikanske land, til sammen 64 personer. Også de siste årene har etiopiere, ugandere og somaliere dominert gruppen.

309 (84 %) av de 370 diagnostiserte kom til Norge med tanke på fast bosetting her, 26 var på lengre arbeids- eller studieopphold, to var adoptivbarn og 22 var på kortere turist- eller forretningsreise. For 11 personer var ikke årsaken til oppholdet i Norge opplyst.

Vi kjenner ankomståret for 125 (86 %) av de 145 HIV-smittede afrikanerne som kom til Norge for bosetting eller lengre arbeids- eller studieopphold, og som ble diagnostisert i 1995 – 99 (tab 3). Median tid fra ankomst til diagnose er 0,25 år (interkvartilbredde 0,080 – 1,0 år). 85 % ble diagnostisert innen to år og 90 % innen tre år etter ankomst.

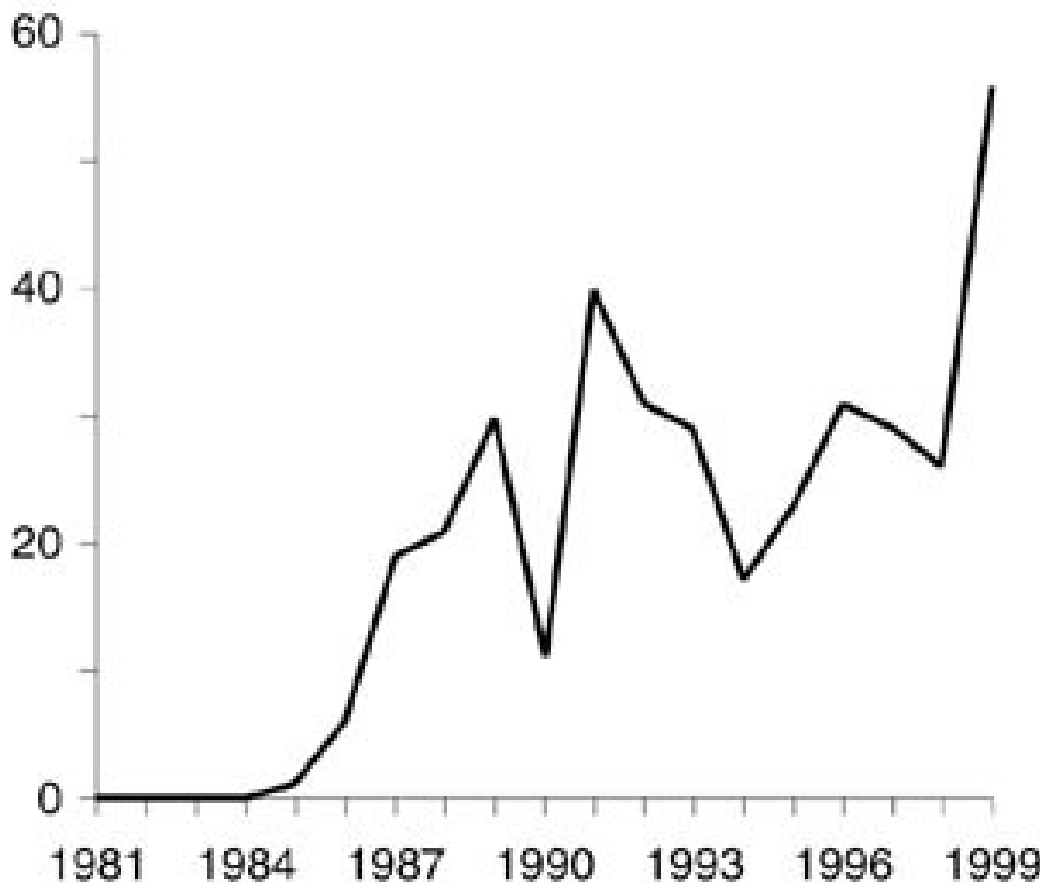
**Tabell 3**

År for ankomst til Norge og for diagnose i Norge for afrikanere som ble smittet før ankomst i Norge, og som kom for innvandring eller lengre arbeids- eller studieopphold. Norge 1995 – 99

Diagnoseår	Ankomstår													Alle
	Uoppgitt ankomstår	Før 1990	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999		
1995	4	1		1	1	1	3	7						18
1996	1		1	1	1	2		10	14					30
1997	4		1			1	1	3	6	9				25
1998	3	1						1	3	6	9			23
1999	8	2								3		8	28	49
Totalt	20	4	2	2	2	4	5	20	26	15	17	28	145	

I Norge ble det i 1990-årene årlig diagnostisert mellom 11 (1990) og 56 (1999) afrikanere med HIV-infeksjon ervervet før ankomst Norge (fig 3). Trenden har vært økende (Spearman's rangkorrelasjon 0,79,  $p < 0,001$ ). I samme tiår var det stor variasjon i antall afrikanere som søkte asyl i Norge (tab 4).

## Antall tilfeller



**Figur 3** Afrikanere smittet med HIV før ankomst Norge etter diagnoseår, diagnostisert før år 2000. N = 370

### Tabell 4

Antall asylsøkere fra Afrika til Norge 1990 – 99. Opplysninger fra Utlendingsdirektoratet

År	Antall	Hypigste opprinnelsesland
1990	779	Somalia 40 %, Etiopia 26 %
1991	1 327	Somalia 55 %, Etiopia 20 %
1992	1 036	Somalia 43 %, Etiopia 41 %
1993	463	Somalia 56 %, Etiopia 6 %
1994	524	Somalia 48 %, Sierra Leone 11 %
1995	412	Somalia 46 %, Algerie 10 %
1996	466	Somalia 39 %, Tanzania 15 %
1997	752	Somalia 73 %, Etiopia 6 %
1998	1 253	Somalia 76 %, Etiopia 6 %
1999	1 779	Somalia 75 %, Etiopia 7 %

87 % av alle afrikanerne var i aldersgruppen 20 – 39 år ved diagnosetidspunktet (tab 2). Det var ni barn mellom null og seks år, alle smittet under fødsel eller amming. 81 personer (22 %) hadde HIV-relatert sykdom (ni med AIDS) på diagnosetidspunktet.

---

## Diskusjon

Overvåkingen av HIV-infeksjon i Norge viser at færre enn en håndfull personer fra Norge hvert år siden 1997 er HIV-smittet av afrikanere. Antallet afrikanere som diagnostiseres med HIV-infeksjon i Norge er økende og var 56 i 1999.

### Personer fra Norge smittet i Afrika

De fleste norske personer med HIV-infeksjon fra Afrika er godt voksne mannlige bistandsarbeidere som ble smittet i et av hovedsamarbeidslandene for norsk utviklingshjelp. NORAD hadde på slutten av 1980-årene til enhver tid om lag 300 fredskorpsdeltakere og eksperter i Afrika. Deretter ble antallet jevnt redusert til om lag 200 i 1995 og til om lag 50 i 1999. Fra 1998 styrket Statens helsetilsyn og NORAD HIV-forebyggingen blant norske bistandsarbeidere (3). Tiltakene tok særlig sikte på å styrke nettverket til og den sosiale kontrollen med bistandsarbeiderne, særlig enslige menn. Videre skulle informasjonen styrkes. Et mindre antall nordmenn arbeidet i Afrika for private organisasjoner og firmaer. Vi kan grovt anslå en HIV-infeksjonsinsidens blant norske bistandsarbeiderne på over én per 100 personår i Afrika. Det lavere absolutte antall tilfeller de siste fem årene skyldes sannsynligvis at færre reiser ut.

Den høye insidensen kan trolig forklares med at personer fra Norge i utstrakt grad har hatt ubeskyttet sex i Afrika. I en del av verden med svært høy HIV-prevalens er en slik atferd mye mer risikofylt enn i Norge. Nordmenns relative rikdom gjør dem til attraktive partnere i Afrika. Afrikanske kvinner kan se på sex med en norsk mann som et mulig første steg på veien mot et ekteskap som kan bringe dem ut av en fattig tilværelse. For den ensomme norske mannen i en afrikansk landsby utenfor vestlige kollegers sosiale kontroll kan det være få barrierer mot å innlede seksuelle forbindelser med prostituerte og andre kvinner.

### Personer smittet i Norge av afrikanere

Det er særlig unge voksne kvinner som er blitt HIV-smittet av afrikanere i Norge. Blant afrikanerne er det antakelig særlig mennene som søker norske seksualpartnere. Smitten har ofte skjedd i faste parforhold. Smittefare er større i et langvarig forhold med en HIV-positiv partner enn ved enkeltsamleier med en rekke partnere hvorav bare noen få er smittet.

I Norge benytter folk flest sjelden kondom (4). HIV-infeksjon er likevel lite utbredt fordi smittsomheten er lav ved heteroseksuelt samleie og fordi det er få smittekilder. Blant afrikanere er det forholdsvis flere smittekilder. Antall personer smittet av afrikanere i Norge sank til null i 1997 (fig 2). Dette var året etter at helsedirektøren i en pressemelding pekte på problemet med HIV-smitte fra afrikanere i Norge og det forebyggende arbeidet i gruppen ble tilført nye ressurser. Siden har insidensen vært lav.

### Afrikanere smittet før ankomst Norge

I 1999 var afrikanske innvandrere den største gruppen av nydiagnostiserte HIV-positive (56 av 147 totalt). De fleste av dem er asylsøkere. Det årlige antallet avhenger av innvandrernes antall og opprinnelsesland. Dersom alle de nesten 1 800 asylsøkerne fra Afrika i 1999 hadde vært fra det sørlige Afrika, ville antallet HIV-positive trolig vært 300 – 400. Helsetjenesten

og befolkningen må være forberedt på at mange flere HIV-positive innvandrere fra Afrika kan komme til Norge i årene fremover. Også i andre vesteuropeiske land utgjør innvandrere fra Afrika en stor andel av dem som er diagnostisert HIV-positive i de senere år (5).

Om lag en firedel av asylsøkerne fra Afrika får avslag på søknaden og må forlate Norge. Vi antar at andelen ikke er høyere for HIV-positive. Ettersom MSIS ikke kjenner identiteten til de meldte HIV-positive, vet vi ikke om de blir værende i Norge eller er reist ut. Vi anslår at 200 – 250 av de 370 diagnostiserte afrikanerne fremdeles lever i Norge. I tillegg kommer et ukjent antall, sannsynligvis under 50, som ennå ikke er diagnostisert, jf. drøftingen av feilkilder nedenfor. Slike beregninger er viktige for planleggingen av smitteverntiltak og medisinsk behandling og for å dempe overdrivelser om problemets størrelse.

En grunnstein i den norske strategien mot HIV-epidemien har hele tiden vært å diagnostisere de HIV-positive så tidlig som mulig etter smitte slik at de kan få smittevernveiledning og medisinsk oppfølging (6 – 10). Dette gjelder også innvandrere – de bør diagnostiseres innen noen uker etter ankomst til landet, blant annet fordi mange av dem kan ha behandlingstrengende HIV-sykdom. Asylsøkere skal derfor i henhold til retningslinjer fra Statens helsetilsyn tilbys HIV-testing som del av en helsekontroll (11, 12). Testingen er frivillig og konfidensiell, og resultatet får ikke betydning for asylsøknaden.

Testoppslutningen blant asylsøkere er ukjent, men ble iallfall inntil 1993 antatt å være nær 100 % (13). Deretter er testingen desentralisert til sekundære asylmottak, og oppslutningen har falt noe (14). Innvandrere tilbys imidlertid testing også ved andre kontakter med helsevesenet. Få av dem lever i Norge i mange år før de blir diagnostisert (tab 3).

Mange HIV-positive innvandrere er enslige menn i en alder der det er naturlig å forelske seg og finne nye partnere. Denne situasjonen har ført til uro blant lokalbefolkningen i små kommuner med asylmottak. Selv om vi ikke kan dokumentere HIV-spredning fra beboere i asylmottak til nordmenn i lokalsamfunnet, er det grunn til å styrke kommunehelsetjenestens mulighet til å veilede og følge opp innvandrere med nydiagnostisert HIV-infeksjon. Språklige, kulturelle og religiøse forskjeller gjør dette til en stor utfordring. Arbeidet kan sees i sammenheng med en generell styrking av helsetjenesten for innvandrere.

### **Mulige feilkilder**

HIV-smittede personer som ennå ikke er diagnostisert i Norge, er heller ikke meldt til MSIS. Dette antallet må være lavt. Ellers ville vi ha opplevd oftere enn nå (2, 13) at HIV-positive ble diagnostisert først når de fikk AIDS. Videre ville prevalensen vært høyere blant militære rekrutter, blodgivere og gravide (2, 13).

Det utføres mange kliniske HIV-tester i Norge (13). Det har vært stor oppmerksomhet om den høye prevalensen i Afrika og blant afrikanere. Vi antar derfor at de fleste som har hatt ubeskyttet sex med afrikanere, har HIV-testet seg. Videre regner vi med at mange av de afrikanere som ikke blir testet ved helsekontroll av asylsøkere, testes ved senere kontakter med helsevesenet.

Vi kan likevel ikke utelukke at noen av de norske som er blitt smittet i de senere år, vil bli diagnostisert først i de nærmeste årene. Derfor er det noe usikkerhet knyttet til den lave insidensen i årene 1997 – 99 (fig 1, fig 2).

Personer kan bli feilklassifisert dersom de underslår forbindelsen til Afrika for legen. I så fall er tallene et underestimat. På den annen side kan tallene være overestimerer fordi vi koder enkelte personer som smittet av afrikaner eller i Afrika selv om de har hatt samleie også andre steder og med personer av andre nasjonaliteter.

---

## Konklusjon

Den norske HIV-epidemien er innvevd i den internasjonale epidemien, særlig den afrikanske og thailandske (15). Afrikanske innvandrere med HIV-infeksjon vil i årene fremover utgjøre en stadig større andel av de HIV-positive i Norge. Dette er en utfordring for helsetjenesten og samfunnet for øvrig.

---

## LITTERATUR

1. Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 2000. Genève: UNAIDS, 2000.
2. Aavitsland P, Nilsen Ø, Hasseltvedt V, Lystad A. Overvåking av HIV-epidemien i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3489 – 92.
3. Forebygging av HIV-smitte blant norske bistandsarbeidere. Oslo: Statens helsetilsyn og Direktoratet for utviklingshjelp, 1997.
4. Stigum H, Træen B, Magnus P. Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992 og 1997. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2000.
5. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 1999. Report no. 62. Paris: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2000.
6. Helsedirektoratet. AIDS. Forholdsregler mot sykdommen og mot HTLV-III/LAV-infeksjoner. Oslo: Helsedirektoratet, 1985.
7. Helsedirektoratet. Helsedirektørens tiltaksplan for bekjempelse av HIV-infeksjonen. Oslo: Helsedirektoratet, 1986.
8. Helsedirektoratet. Forebygging og kontroll av HIV-infeksjoner. Oslo: Helsedirektoratet, 1987.
9. Helsedirektoratet. Helsedirektørens tiltaksplan mot HIV/AIDS-epidemien 1990 – 1995. Oslo: Helsedirektoratet, 1985.
10. Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996 – 2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.
11. Tilbud om HIV-test til asylsøkere og innvandrere. Oslo: Statens helsetilsyn, 1993.
12. Førstegangs helseundersøkelse. Forebyggende infeksjonsmedisinsk arbeid ved førstegangs helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
13. Aavitsland P, Nilsen Ø, Hasseltvedt V, Lystad A. HIV-epidemien i Norge inntil 1996 – hovedvekt på heteroseksuell smitte. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3493 – 8.
14. Dramsdahl M, Sandvik H. Rutiner for infeksjonstesting og hepatitt B-vaksinering av asylsøkere. En spørreundersøkelse blant helsepersonell med ansvar for asylsøker mottak. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3128 – 30.
15. Aavitsland P, Nilsen Ø. HIV-infeksjon, gonoré og syfilis fra Thailand til Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3915 – 8.

---

Publisert: 10. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.