## Hiv-infeksjon / Aids

Publisert 18.11.2005 , oppdatert: 04.03.2010, 13:30

Hiv-infeksjon er en virussykdom som globalt smitter seksuelt, ved blodsmitte og fra mor til barn. Sykdommen vil over tid medføre redusert immunforsvar slik at opportunistiske infeksjoner opptrer. Hiv-infeksjon kan resultere i hiv-sykdom og aids.

Aids ble første gang beskrevet som en egen sykdom i USA i 1981. I 1983 påviste man hiv som årsak til aids. Hiv har senere blitt påvist i en blodprøve fra 1959 hos en mann i nåværende Kinshasa. Første aidstilfelle i Norge ble diagnostisert i 1983, men det første kjente hivtilfellet i Norge var en sjømann som kan ha blitt smittet i Afrika på 1960-tallet. De første effektive medikamenter mot aids kom i bruk i 1987, bedret behandlingsopplegg ble tilgjengelig fra 1996.

Infeksjonen forårsakes av et retrovirus, *humant immunsviktvirus* (hiv**)**. Det er to hovedtyper av viruset: Hiv-1 som ble oppdaget i 1983, og hiv-2 som ble oppdaget i 1986. Hivantistofftest har vært tilgjengelig i Norge siden våren 1985.

Ulike stammer av hiv1 er identifisert (M, O og N). Genetiske subtyper av gruppe M har betegnelsen A til H. Vanligst forekommende subtype i Europa og Nord-Amerika er subtype B, i Afrika subtype A, C og D, i Thailand subtype E og B og i India subtype C. Hiv2 finnes spesielt i Vest Afrika, Angola og Mosambik og forårsaker, sammenlignet med hiv1, en langsommere utvikling av immunsviktsykdom. Resistensbestemmelse av hiv har vært tilgjengelig siden 1999.

##### Hivsituasjonen globalt

Hivinfeksjon er påvist i alle land i verden. Verdens helseorganisasjon anslår at det ved utgangen av 2007 er ca. 33 millioner mennesker som lever med hivinfeksjon. Av disse er anslagsvis 2,5 millioner barn under 15 år. Ca. 2,5 millioner smittes nå årlig med hiv hvorav ca. 400 000 barn. I 2007 er det anslått at 2,1 millioner personer døde av aids, hvorav ca. 330 000 var barn. 95% av de hivsmittede lever i lav- og mellomkostnadsland. Hivinsidensen på verdensbasis ser ut til å ha vært på sitt høyeste på slutten av 1990-tallet og har siden stabilisert seg. Antall personer som globalt lever med sin hivinfeksjon fortsetter å øke hovedsakelig pga at flere blir behandlet for sin hivinfeksjon. Verdens aidsdag markeres 1.desember hvert år.

##### Hivsituasjonen i Norge

Etter å ha vært svært stabil under 1990-tallet har antall påviste hivtilfeller økt på 2000-tallet. Dette skyldes i all hovedsak flere hivpositive innvandrere som er smittet i sitt tidligere hjemland før ankomst til Norge samt en betydelig økning av smitte blant menn som har sex med menn (MSM). Bildet preges av at mange MSM er nysmittet på arenaer for tilfeldig eller anonym sex. Innvandrere utgjør nesten en tredel av dem som har fått påvist hivinfeksjon i Norge. De fleste kommer fra konfliktområder i det sentrale og østlige Afrika, samt fra Sørøst-Asia. Heteroseksuell smittespredning blant personer som er bosatt i Norge er fortsatt forholdsvis sjeldent. De fleste i denne gruppen er menn som smittes i utlandet, spesielt i Thailand. Det skjer lite nysmitte blant injiserende misbrukere i Norge (tab 1).

Totalt er det per slutten av 2008 diag­nostisert 4086 hivpositive i Norge (2748 menn og 1338 kvinner). Det er beregnet at det per 2008 er i overkant av 3000 personer som lever med hivinfeksjon i Norge.

### Smittemåte og smitteførende periode

Direkte kontaktsmitte gjennom seksuell- og blodkontakt. Inokulasjonssmitte gjennom kontaminerte sprøytespisser ved sprøytedeling og stikkuhell og gjennom kontaminerte blodprodukter. Risiko for perinatal overføring fra smitteførende mor til barn under svangerskap, fødsel og amming. Spytt, tårevæske, avføring og urin kan også inneholde virus, men spiller liten rolle i smitteoverføring. Risikoen for smitteoverføring ved et vaginalt, ubeskyttet samleie er meget lav, trolig så lav som 0,1% eller lavere. Risikoen er noe høyere ved ubeskyttet analt samleie eller dersom en av partnerne har en annen seksuelt overført infeksjon. Transmisjonsraten ved stikkuhell er beregnet til ca. 0,3%, ved fellesbruk av sprøyter ca. 1% og svangerskap, fødsel og amming 30-50% (uten antiviral behandling av barnet eller moren).

Allerede 1-2 uker etter nysmitte kan smitten føres videre ved samleie. Hivsmittede må regnes som smitteførende resten av livet, også under behandling. Smittefaren varierer med virusmengden i blodet og regnes generelt som størst de første månedene etter smittetidspunktet og etter utvikling av svekket immunforsvar (ofte med ledsagende, hivsykdom og aids). Pga lav virusmengde hos pasienter som er på antiviral behandling, er disse betydelig mindre smitteførende, men de kan ikke anses som smittefrie.

### Inkubasjonstid

Svært varierende. Ca. 50% utvikler primærinfeksjon (akutt hiv-sykdom) 1-3 uker etter smitte. De fleste av de hiv-smittede forblir asymptomatiske flere år etter smittetidspunkt.

### Symptomer og forløp

*Primærinfeksjon (akutt hivinfeksjon)*: Symptomer kan hos 50-80% av de smittede opptre 2-4 uker eter smittetidspunkt. Symptomene kan være uspesifikke, de vanligste er:

* feber
* influensaliknende symptomer med faryngitt
* utslett
* forstørrede lymfekjertler
* mer sjeldne symptomer som uttalt hodepine, diaré eller sår på genitalia.

Symptomene varer vanligvis opptil 3 uker med full restitusjon.

*Hivsykdom:* Ved økende immunsvikt sees en rekke symptomer, vanligvis candidainfeksjoner i munn og svelg, Herpes simplex-utbrudd, forstørrete lymfe-knuter, vekttap, nattesvette og kroppssmerter.

*Aids*: Aids-sykdom ved symptomer/opportunistiske infeksjoner iflg. internasjonale kriterier fra 1987, revidert i 1993. En rekke indikatorsykdommer inngår i aids-definisjonen. De viktigste er pneumocystispneumoni, residiverende bakterielle pneumonier, candidaøsofagitt, tuberkulose, infeksjon med atypiske mykobakterier, kronisk herpes simplexvirusinfeksjon, Kaposi sarkom, hivencefalopati med demens, hivavmagrings-syndrom og cytomegalovirusretinitt.

Bruk av medikamentell profylakse de senere år har ført til at flere typer av opportunistiske infeksjoner nå er mye mindre vanlige. Nye antivirale behandlingsregimer har forbedret prognosen betydelig ved hivinfeksjon og ført til lengre overlevelse og et relativt normalt liv for den syke. Man kan nå si at hivinfeksjonen har endret seg fra å være en dødelig sykdom  til å bli en kronisk sykdom med livslangt behandlingsbehov.

Studier har vist at hivpositive (både på og uten behandling) har økt forekomst av en rekke sykdommer som hjerte- karsykdommer, lever-sykdommer, nyresykdommer, kreft og diabetes. Dette kan skyldes tradisjonelle risikofaktorer, direkte effekt av viruset eller som et resultat av antiviral behandling.

### Diagnostikk

Infeksjon med hiv1 og hiv2 diagnostiseres vanligvis ved påvisning av antistoffer. Et primærtpositiv hivantistoff resultat må konfirmeres med videre undersøkelser ved et referanselaboratorium. For å utelukke prøveforbytting skal det tas to separate blodprøver fra pasienten. Ved de nye hivkombotestene som ble tatt i bruk i 2003 påvises både hivantigen (p24) og hivantistoff. Denne testen har høy spesifisitet og kan påvise smitte så tidlig som 1- 2 uker etter eksponering. Hurtigtester for hiv er i bruk ved enkelte spesialklinikker. Disse har lavere sensitivitet og spesifisitet enn de vanlige serologiske antistofftestene, og et positivt result må alltid bekreftes ved en hivkombitest. Det er utviklet munnsekrettester som brukes i forskning.

Nasjonale referansefunksjoner for hiv er lagt til Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ved negativ prøve etter sikker eksponering for hiv, bør den eksponerte følges opp i tre måneder.

Viruspåvisning ved bruk av tester som er basert på nukleinsyreamplifisering, f.eks. PCR, brukes ved oppfølging av nyfødte av hivpositive mødre, ved stikkskader med kontakt med hivpositivt materiale og evt. i serokonversjonsfasen. De vanligste er HIV 1-RNA kvalitativ og HIV 1-provirus-DNA kvalitativ tester.

CD4-telling er en immunologisk markør og brukes ved oppfølging av hivsmittede. HIV 1-RNA kvantitativ test ("viral load") brukes ved monitorering av behandling.

##### Indikasjoner for hivtesting i allmennpraksis

Tidlig diagnostikk ved hivinfeksjon er svært viktig for å kunne gi optimal behandling og hinder videre smittespredning. Spesielt allmennpraktikere har en viktig rolle i tidlig diagnostikk av hivinfekjson. Allmennpraktikere må ‑ spesielt hos pasienter som tilhørerer en risikoutsatt gruppe (menn som har sex med menn, personer som har hatt ubeskyttet sex i høyrisikoområder, innvandrere fra de samme områder og injiserende misbrukere) – være oppmerksom på symptomer og evt. tilby hivtest ved symptomer som for eksempel;

* mononukleose
* lymfadenopati
* herpes zooster
* candidainfeksjoner i munn og svelg
* utslett i ansiktet
* seksuell overførbar sykdom
* vekttap
* nattesvette
* kroppssmerter
* langvarig febril sykdom.

Personer som har vært i en risikosituasjon for hivsmitte skal alltid tilbys hivtest.

##### Testing av asylsøkere og flyktninger

Hivinfeksjon er mer vanlig blant innvandrere – særlig blant personer fra Afrika og Sørøst-Asia – enn i den norske befolkningen. Moderne behandling bedrer leveutsiktene for pasientene, og personer som kjenner sin hivstatus kan ta forholdsregler overfor partnere. Det er derfor viktig for både personene selv og samfunnet at hivinfeksjon diagnostiseres tidlig. Tidspunktet for tilbud om testing må vurderes nøye, og testingen bør tilbys asylsøkere under opphold i ordinært mottak. Overføringsflyktninger og familie-gjennforente bør tilbys testing med hivantistofftest så snart som mulig etter ankomst. Testen må følges av rådgiving og informasjon om smitteveier og smitteforebyggende atferd. Personer med hivinfeksjon må sikres videre støtte og medisinsk oppfølging ved flytting.

### Forekomst i Norge

Aids har vært nominativt meldingspliktig siden 1983, og hiv-infeksjon har vært anonymt meldingspliktig siden 1986.

***Tabell 1.***  Hiv-infeksjon meldt MSIS 1983-2008 etter diagnoseår og smittemåte

| Smittemåte | 83-05 | 2006 | 2007 | 2008 | Tot. |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Heteroseksuell | 1570 | 164 | 141 | 185 | 2060 |
| - smittet mens bosatt i Norge | 519 | 42 | 41 | 46 | 648 |
| - smittet før an­komst til Norge | 1051 | 122 | 100 | 139 | 1412 |
| Homoseksuell | 1019 | 90 | 77 | 92 | 1278 |
| Sprøytemisbruk | 521 | 7 | 13 | 12 | 553 |
| Mottatt blodprodukt | 46 |  |  |  | 46 |
| Fra mor til barn \* | 40 | 6 | 9 | 4 | 59 |
| Annet / ukjent | 67 | 9 | 8 | 6 | 89 |
| Totalt | 3263 | 276 | 248 | 299 | 4085 |

\* vanligvis smittet i utlandet før ankomst Norge

### Oppfølging og behandling

Effekten av behandling med antivirale midler ved primærinfeksjon (akutt hivsykdom) er usikker, men bør vurderes av spesialist i infeksjonsmedisin.

Hivsmittede som ikke står på behandling, bør ha regelmessig rådgiving med medisinsk kontroll med bl.a. CD4-tellinger med 3-6 måneders intervall. Pasienter på behandling bør normalt følges opp hver 3. måned. Normalverdier for CD4 er 600-1400 celler/mm3. Ved synkende verdier eller sykdomsutvikling bør pasienten henvises til spesialist for evt. behandling. Tett samarbeid med spesialist om kontrollopplegget bør etableres tidlig. Behandling igangsettes vanligvis ved CD4 mindre enn 350 celler/ mm3.

Personer med hivinfeksjon bør vaksineres mot pneumokokksykdom, og utgifter til vaksine dekkes av folketrygden (blåreseptforskriften § 4 punkt 3).

Vaksine bestilles fra Folkehelseinstituttet. Hivsmittede bør årlig vaksineres mot influensa og vaksine fåes til redusert pris hos kommunelegen.

Hivsmittede og deres partnere kan få gratis kondomer som bestilles fra Helsedirektoratet. Kondomer rekvireres anonymt fra brukerens eller partnerens faste lege eller helsepersonell ved asylmottak.

Ved utvikling av aidssykdom eller prognostiske dårlige immunologiske eller virale markører vil kombinasjonsbehandling med antivirale midler bli tilbudt. Tre typer antivirale midler finnes; reverstranskriptasehemmere, proteasehemmere og fusjonshemmere. Over 20 ulike antivirale midler er i bruk i Norge. Behandling består vanligvis av kombinasjoner av minst tre ulike antivirale midler (høyaktiv antiretroviral terapi**,** HAART).

Behandlingen styres ved kvantifisering av hivRNA i plasma, effekten på CD4-nivået og resistensbestemmelse av virus. Dersom det oppstår alvorlige bivirkninger er det i de fleste tilfellene mulig å endre på medikament-kombinasjonene slik at pasienten tolererer behandlingen. Effektiv behandling ansees oppnådd ved mindre enn 50 viruspartikler per ml. plasma. Resistensutvikling hos hivpositive skyldes vanligvis dårlig medikamentetterlevelse. Behandlingen er livslang og enhver pause i behandlingen kan utgjøre en risiko for resistensutvikling. Geno- eller fenotypisk resistensbestemmelse brukes i økende grad ved behandling som en indikator på resistensutvikling. Alle nydiagnostiserte hivsmittede i Norge undersøkes i dag mhp resistensmønster for revers transkriptase og protease.

Behandlingen er livslang og fører til redusert sykelighet og død, og de fleste kan i dag leve et relativt normalt liv. Bivirkninger av behandlingen er bl.a. hodepine, benmargsdepresjon, psykiske forstyrrelser, hyperlipidemi med økt risiko for hjerte-karsykdom, lipodystrofi (forandringer i kroppens fettfordeling) og diabetiske stoffskifte-forandringer. En rekke medikamenter medfører interaksjoner og kan påvirke antiviral behandling. Pasienter på vellykkket anti­viral behandling er betydelig mindre smitte­førende, men de kan ikke anses som smittefrie.

Psykologisk støtte er viktig under hele sykdomsforløpet.

Hivinfeksjon er i smittevernloven definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. Folketrygden yter full godtgjørelse av utgifter til legehjelp ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer, dvs. pasienten skal ikke betale egenandel. Dette gjelder også ved undersøkelse som ledd i smitte-oppsporing. I tillegg dekker folketrygden utgifter til antiinfektive legemidler til behandling og til forebygging hos personer som etter en faglig vurdering antas å være i en særlig fare for å bli smittet i Norge (blåreseptforskriften § 4 punkt 2 og § 9 punkt 38). Legemiddelbehanding av hivinfeksjon skal være instituert ved infeksjons-medisinsk sykehusavdeling eller poliklinikk, eller av relevant spesialist. Legen kan rekvirere legemidlene til seg selv for å bevare pasientens anonymitet.

### Forebyggende tiltak

Kondom ved vaginalt og analt samleie og oralsex. Fjerning av blodsøl med kloroppløsning. Rene sprøyter ved stoffmisbruk. Det er utviklet genitale kremer og salver som inneholder mikrobicider med effekt på hiv, men effekten av disse er fortsatt usikker.

Utvikling av en effektiv, forebyggende vaksine har pågått i mange år og en rekke vaksiner er under utprøvning.

Undersøkelser i høyendemiske områder har vist at mannlig omskjæring reduserer risikoen for seksuelt overført hivsmitte hos menn med ca 60 %. Ca. 30 % av menn på verdensbasis er omskåret.

Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med seks andre departmeneter, lanserte i 2009 en ny nasjonal hivstrategi. Strategiens visjon er at samfunnet skal akseptere og mestre hiv på en måte som både begrenser antallet av nye hivtilfeller, samtidig som de hivsmittede kan leve et godt liv.

##### Svangerskap

Alle gravide tilbys hivtest. Hivpositive gravide som vil fullføre svangerskapet, tilbys antiviral kombinasjonsbehandling, vanligvis etter 28 ukers graviditet. De bør forløses ved keisersnitt og tilrås til ikke amme barnet. Barnet behandles vanligvis med zidovudin 6 uker etter fødsel. Risikoen for mor-til-barn smitte ved disse optimale tiltakene er under 2%. Etter fødselen må barnet følges nøye opp med blodprøver, bl.a. virus­påvisning ved bruk av metoder som er basert på nukleinsyre-amplifisering, f.eks. PCR.

##### Hivinfeksjon og blodgivning

Personer som har hivinfeksjon utelukkes permanent fra blodgivning.

Personer som besvarer spørreskjemaet for blodgivere på en måte som er forenlig med risiko for hivsmitte ekskluderes fra blodgivning permanent eller tidsbegrenset. Følgende personer utelukkes permanent fra blodgivning pga. bl.a. økt risiko for hiv:

* menn som har eller har hatt seksuell kontakt med andre menn
* personer som bruker eller har brukt dopingmidler eller narkotiske midler som sprøyter eller ved sniffing
* prostituerte og tidligere prostituerte

Personer som har eller har hatt seksuell kontakt med en person med hivinfeksjon utelukkes fra blodgivning i minimum 6 måneder etter siste seksuelle kontakt. Vedkommende vil bli vurdert med tanke på risikoatferd og permanent utelukkelse fra blodgivning.

Blodgivere blir testet ved hver blodtapping.

##### Posteksponeringsprofylakse

Personer som stikker seg på kanyler, enten det er innenfor eller utenfor helseinstitusjon, opplever dette som svært dramatisk og har stor frykt for å bli smittet med hiv eller andre blodoverførbare agens. De må derfor følges opp godt og eventuelt gis psykologisk hjelp. Risikoen for smitteoverføring ved stikk med infisert kanyle er ca. 0,3% for hivinfeksjon. For oppfølging ved stikkskade, se eget kapittel ”Stikkuhell på sprøyter – posteksponeringsprofylakse”.

Posteksponeringsprofylakse (PEP) mot hiv kan være aktuelt etter stikkuhell, ved deling av sprøyte eller samleie med en kjent hivpositiv. Ved slike tilfeller bør infeksjonsmedisiner kontaktes øyeblikkelig med tanke på behandling med antivirale medikamenter. PEP bør igangsettes så snart som mulig dersom det er indikasjon for slik behandling og senest 72 timer etter at eksponering fant sted.

### Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrudd

Enhver lege som diagnostiserer et tilfelle av hivinfeksjon har plikt til å foreta smitteoppsporing. Denne plikten gjelder inntil legen eventuelt har henvist pasienten til kommuneoverlegen.

##### Rådgiving til hivpositive

Ved nyoppdaget hivpositivitet skal pasienten få grundig informasjon om sykdommen og tiltak for å unngå videre smitte (bl.a. sikker sex), samt tilbys rådgiving og psykologisk støtte. Den hivsmittede må ikke være giver av blod eller annet humant materiale, og må unngå at andre kommer i kontakt med eget blod. Blodsøl skal desinfiseres med klorinoppløsning. Sprøytebrukere må ikke dele sprøyte med andre. Den hivsmittede må alltid informere sin seksual­partner om sin hivstatus, og kondom må alltid benyttes ved seksuell kontakt som medfører smitterisiko. Spørsmål om graviditet kan drøftes med lege i hvert tilfelle. Risiko for smitte fra hivpositiv mor til barn ved optimale tiltak og god oppfølging er under 2%.

##### Hivpositivitet og yrke

Hivsmittede kan fortsette i alle typer yrker, inkludert håndtering av næringsmidler, med unntak av smittede helsearbeidere som utfører invasive inngrep hvor det kan forekomme stikkskader. Disse må vurderes individuelt av spesialister om de kan fortsette med de samme arbeidsoppgaver.

##### Hivpositive og reiser til utlandet

Hivpositive bør være spesielt påpasselig med god hygiene i forhold til mat og drikke ved reiser til områder med dårlig hygienisk standard. Det kan hos enkelte være aktuelt å utstyre disse med antibiotika som de kan ta under reisen dersom de utvikler diarétilstander. Generelt anbefales et man kun benytter drikkevann solgt på flasker. De fleste vaksiner som anbefales ved utenlandsreiser kan benyttes av hivsmittede. I tillegg kan det være aktuelt å tilby hivsmittede reisende vaksiner mot pneumokokkinfeksjon og influensa. Såkalte ”levende vaksiner” bør generelt ikke gis til hivsmittede. Dette er vaksine mot gulfeber, tuberkulose og meslinger (som inngår i MMR-vaksinen). Hivsmittede som skal reise til land som krever attest for utført gulfebervaksinasjon må utstyres med attest på engelsk hvor det går fram at gulfebervaksine ikke er gitt av medisinske årsaker. Malariamedikamenter kan og bør benyttes av hivsmittede ved reiser til malariaområder.

Om lag 100 land i verden har en eller annen form for restriksjoner eller krav overfor hivpositive ved opphold i landet.

##### Barnehager og skoler

Dagens kunnskap gir ikke grunnlag for å anta at barn med hivinfeksjon i praksis representerer noen smitterisiko overfor andre barn eller voksenpersoner i sitt nærmiljø. Hivpositive barn kan derfor gå i barnehage på linje med andre barn. I samråd med barnets foreldre bør barnehagens styrer og leder for den enheten der barnet skal gå informeres om barnets hivinfeksjon slik at forholdene rundt barnet kan tilrettelegges på en trygg måte. Dette gjelder også de lavere trinn i skolen. Utover dette har ingen andre behov for informasjon om barnets hivstatus.

Dersom det hivpositive barnet har spesielle adferdsproblemer som kan medføre økt risiko for blodeksponering mot andre barn (biting/kloring) eller spesielle hudproblemer som kan medføre økt risiko for blodeksponering mot personale bør plassering i barnehage kun skje etter medisinsk og pedagogisk vurdering av barnet. Dette gjelder også dersom barnet har utviklet aids.

##### Tiltak i helseinstitusjoner

Standard hygienerutiner.

Ved opportunistiske infeksjoner skal pasientene isoleres i henhold til regimer for disse.

### Meldings- og varslingsplikt

Meldingspliktig til MSIS. Aids gruppe A, hiv-infeksjon gruppe B. Kriterier for melding av hiv-infeksjoner voksne, ungdommer eller barn over 18 måneder: Positivt resultat ved:

* Hiv-antistofftest eller kombinert hiv-antigen/antistofftest bekreftet med Western blot eller med annen mer spesifikk hiv-antistofftest eller
* Hiv-nukleinsyreundersøkelse (RNA eller DNA) eller
* Hiv- p24 antigen test, inkludert nøytralisasjonstest eller
* Hiv-isolering

Barn < 18 måneder: Positivt resultat ved to separate prøvetakinger (navlestrengsblod ikke gyldig materiale) ved

* Hiv-nukleinsyreundersøkelse (RNA eller DNA) eller
* Hiv-p24 antigen test, inkludert nøytralisasjonstest eller
* Hiv- isolering

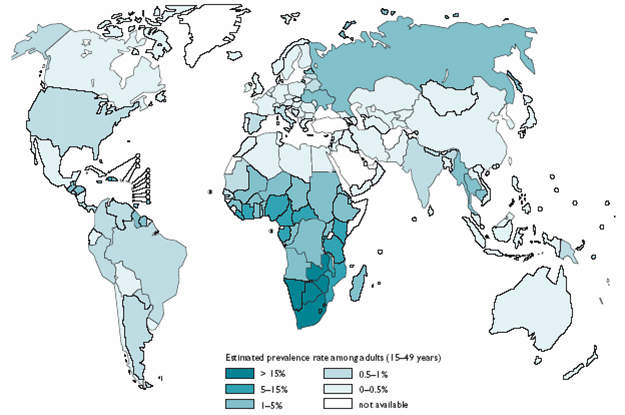
Kriterier for melding av aids er alle personer med hiv-infeksjon som har én eller flere av 28 kliniske tilstander beskrevet i den europeiske kasusdefinisjonen.

Varsling til kommunelege, Folkehelseinstituttet og andre instanser ved utbrudd, ved mistanke om smitte fra medisinsk utstyr eller blod eller ved påvist smitte hos blodgiver

### Viktige skriv og brosjyrer

* Publikumsbrosjyren ”Fakta om hiv/aids” finns i 15 ulike språkvarianter. Folkehelseinstituttet 2001. Kan bestilles som trykk eller lastes ned fra <http://www.fhi.no/brosjyrer>
* Heftet ”Om hivinfeksjon - informasjon for dem som har fått en positiv hivtest.” Folkehelseinstituttet 2003. Tilgjengelig på norsk og engelsk. Kan bestilles som trykk eller lastes ned fra <http://www.fhi.no/brosjyrer>
* Gratis kondomer til hiv-positive og deres partnere. Statens helstilsyn.RundskrivIK-25/2000 <http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks____5406.aspx>
* Publikumsbrosjyren ”Tilbud om hivtest til alle gravide”. Folkehelseinstituttet 2004. Kan bestilles som trykk eller lastes ned fra <http://www.fhi.no/brosjyrer>
* Gutter og sex. Brosjyre i lommeformat beregnet på gutter. Omhandler fakta og problemstillinger rundt sex, SOS og kondombruk. Lettlest med frisk design. Til utdeling på helsestasjon, utekontakt, på skolen og i kampanjesammenheng. Sosial- og helsedirektoratet 2000. Kan bestilles og lastes ned fra [http://www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no/)
* Kondombrosjyre, plastpakket sammen med et kondom. Folkehelseinstituttet 2003. Finnes på norsk, fransk, engelsk, spansk, russisk og thai. Brosjyren er ment for utdeling innen helsevesenet, på asylmottak osv. Bestilles gratis på <http://www.fhi.no/brosjyrer> eller publikasjon@fhi.no
* Aksept og mestring. Nasjonal hivstrategi (2009-2014). Departementene 2009.  Kan lastes ned fra  [http://www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no/)
* Fra holdninger til levekår. Liv med hiv i Norge i 2009. Fafo-rapport 2009:13. Kan bestilles og lastes ned fra <http://www.fafo.no/>
* Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 og 2002. Folkehelseinstituttet 2003. Kan lastes ned fra <http://www.fhi.no/>
* Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger. Veileder. IS1022. Sosial- og helsedirektoratet 2003. Kan lastes ned fra [http://www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no/)
* HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. CDC 2008. Kan lastes ned fra <http://ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Publications/20081201_Annual_HIV_Report.pdf>
* Guidelines for the Clinical Management and Treatment of HIV-infected Adults in Europe. European AIDS Clinical Society november 2008. Kan lastes ned fra <http://www.eacs.eu/guide/1_Treatment_of_HIV_Infected_Adults.pdf>

Utbredelse av HIV-infeksjon 2003. Fra WHOs ”International Travel and Health 2005”



AIDS: aquired immune deficiency syndrome, Moritz Kaposi (1837-1902, Østerrike)