

HIV i Afrika - ett olösligt problem

Gunnar Holmgren, Infektionskliniken, Ryhov Sjukhus, Jönköping, Sweden. April 2013

HIV/AIDS är utan tvekan den största utmaningen som läkare har ställt inför under vår generation. Afrikas situation har ansetts vara närmast olöslig. UNAIDS beräknar att under 2011, antalet vuxna som levde med HIV i världen var 34 miljoner, barn som levde med HIV 2.5 miljoner, nya infekterade 2.5 miljoner, de som dog i AIDS 1.7 miljoner. I Afrika söder om Sahara levde 22.5 miljoner med HIV, nya infektioner 1.8 miljoner, 1.3 miljoner dog i AIDS. Sedan början av epidemin har 30 miljoner dött i AIDS (publicerat Nov. 2012)

Jag är född och uppväxt på landsbygden i Afrika och hade arbetat som läkare i samma område under 12 år innan jag såg mitt första säkra AIDS fall (1985). Med retrospektiv undersökning såg jag ett mycket sannolikt fall 6 år innan (alltså 1979), men det var när sjukdomen var okänd i världen. Den kliniska bilden som jag beskrev i patientens journal var som ett textboksexempel på denna sjukdom. Jag skrev i patientanteckningarna: **"Vad kan denna sjukdom vara för något?"** Jag såg därför hälsosituationen innan HIV/AIDS; jag var där då de första säkra fallen började dyka upp. Jag var där då utbredningen blev mycket snabb. Jag var där vid kulmen då 30% av gravida kvinnor i huvudstaden var HIV positiva och 80% av ineliggande patienter på medicinavdelningen i Lusaka var AIDS fall. Jag var där då HIV spridningen började avta. Jag hade möjlighet att studera både i Zambia men framför allt i Uganda vilka faktorer som minskade spridningen. Nu under de sista åren har jag sett början av HIV epidemin i Tamil Nadu, Indien och jag får en dejà vu känsla.

Varför spred sig HIV/AIDS så snabbt i Afrika söder om Sahara?

1. Det kom våldsamma sociala omvälvningen efter självständigheten där stora populationer flyttade från den stabila landsbygden till den "kokande kitteln" i städerna. Detta gjorde att man tappade den sociala kontrollen som fanns i stabila stamkulturer över bl.a. sexuell samvaron och mötte i stället ett nästan aggressivt budskap från den sexuella revolutionen i väst om fri sex utan hämningar.
2. Folk med ett visst beteende (många partners) samlades i vissa geografiska områden i städerna och förstärkte ett beteende som ledde till en explosion av sexuellt överförda sjukdomar. Detta kallades för "clustering" och hade sina paralleller i San Fransisco, Los Angeles och New York men sågs även i Nairobi, Moshi, Lusaka, Kampala.
3. Avsaknad av adekvat diagnos och behandling av könssjukdomar där flera av dessa (och framför allt mjuk schanker) ökar risken för HIV spridning markant.
4. Fattigdom bland kvinnor och rikedom bland män var starka bidragande faktorer till ökad spridning.
5. Försening av information om HIV/AIDS. Afrika gavs skulden för att vara HIV/AIDS ursprung (från början på mycket tveksam vetenskaplig grund) och därmed blev HIV mycket känsligt politiskt. Information och åtgärder för att minska spridning av HIV blev försenade.
6. Avsaknad av omskärelse hos män ökar riskerna. Detta ger förklaring varför prevalensen är så olika i stammar som är granne med varandra. Senaste forskning visar att omskärelse av män minskar HIV spridning med 60%.
7. Vissa kulturella beteenden hos vissa befolkningar ökar riskerna som t.ex. *ritual rening* som krävs efter ett dödsfall. I ett äktenskap krävs samlag med ett syskon till den avlidne för att renas så att man kan gifta om sig. En annan praxis som ökar riskerna är en sed där man försöker torka ut kvinnans slemhinnor med örter eller kemikalier för att öka mannens sexuella tillfredsställelse påstås det. Slemhinnorna blir då skörare med ökad risk.
8. Dominansen av HIV¹ subtyp C i Afrika som sprider sig relativt lätt över slemhinnor i kontrast med Nord Amerika och Europa där subtyp B dominerar som sprids mest via blod och blod produkter och sprids dåligt över slemhinnor.

Sorgereaktion

En viktig iakttagelse är hur länder ofta genomgår ett parallellt förlopp till det som den enskilde kan erfara då diagnosen "HIV-positiv" är ställd, alltså en sorgereaktion. Detta var speciellt påtagligt innan bromsmedicin blev effektiv. **Chock tillstånd** och **förnekelse** följdes av **vrede** och **skuldbeläggning**. Sedan kom **depression** och tills sist en **acceptans** och en vilja att göra något positivt med beskedet. Nästan varje land går genom samma förlopp men hur fort man kommer fram till en acceptans och en vilja att göra något för att stävja epidemin varierar kraftigt. Uganda är ett exempel där processen gick fort med mycket positiva resultat i HIV/AIDS bekämpning till följd. Syd Afrika, Swaziland och Zimbabwe är tre mycket svåra exempel där processen drog ut på tiden och epidemin spred sig snabbt som en följd.

Finns det någon utväg? I Uganda, Zambia, Senegal, Kagera regionen av Tanzania och östra Zimbabwe har samhällen lyckats minska spridningen av HIV framför allt genom att återupptäcka kulturella värden som fanns i de flesta stamkulturer. Forskning har visat en hög effektivitet då folkrörelser har bildats för att lanserat dessa.

Åtta principer tycks vara viktiga för att stävja den sexuella spridningen:

- 1. Ett sunt folkhälsoperspektiv** där man bygger upp en kedjelänk mellan *hälsofrämjande åtgärder* (Ökad stabilitet i den sociala miljön, minskad antal partners, trohet och en senare läggning av sexuell debut), *förebyggande åtgärder* (kondomanvändning med gruppstöd från sina jämlike), *behandling* (begränsat men antiretrovirala läkemedel har blivit billigare och mycket mer tillgängligt). Behandling av TBC och andra opportunistiska sjukdomar är också viktiga) och *rehabilitering* (där den viktigaste av alla handikapp är den stigmatisering som kan följa diagnosen HIV). Den viktigaste åtgärden för att minska spridning av HIV i Afrika visar sig vara den första länken alltså hälsofrämjande åtgärder med minskad antal partners, trohet och en senare läggning av sexuell debut.
- 2. En klar länk mellan vård/behandling av sjuka och förebyggande åtgärder.** Enbart förebyggande budskap når inte fram om inte förtroendet finns med bra vård av sjuka.
- 3. Ett beslut att samhället och grupper i samhället skall själva bestämma alla åtgärder som skall till för att minska spridningen, i dialog med hälsoarbetare** som är införstådda att inte komma med pekpinor och toppstyrda råd. De måste ha tålamod att delta i de långa samhällsdiskussioner som behövs för att nå fram till den punkten då hela gruppen når consensus och fattar svåra beslut om ändrade beteenden för att minska spridningsriskerna. Sådana samtal kallas för "community counselling" och är motsatsen till den svenska idén om *rådgivning*. Man skall inte komma med råd utan hälsoarbetarens roll är att vara en katalysator för att få i gång en djup diskussion. Man ger den kunskap som finns om hur HIV sprids, hur den inte sprids och vilka åtgärder som har visat sig fungera och vilka som inte fungerar. Den viktigaste gruppen att nå med sådana diskussioner är grupper av ungdomar i de övre tonåren och unga vuxna då en gräsrotsrörelse kan som bäst växa fram och som kan vara oerhört effektiv att ändra beteende. Gruppen ger varandra gruppstöd för att förstärka svåra beslut.
- 4. Alla i samhället behöver ta situationen på allvar men ändå med en övertygelse att något kan förändras till det bättre.** Uganda minskade andelen av män som hade 3 eller mer sexuella partners från 15% till 3% under de första åren av 1900-talet. HIV prevalensen minskade från 21% till 6%.
- 5. Flexibilitet behövs för att låta olika grupper gå fram med sina speciella budskap**

som behöver inte vara exakt samma. Detta har visat sig vara väldigt viktigt i Uganda, Kagera regionen av Tanzania, Zambia och Östra Zimbabwe. Man försökte inte köra över idrottsrörelser, kyrkor och moskéer, ungdomsrörelser då de satsade framför allt på beslut om trohet, avhållsamhet och minskad antal partners i stället för enbart budskap om kondomer. Hos de flesta länder har man använt begreppet om tre livbåtar som finns då risken är uppenbar att samhället håller på att gå under. Livbåtarna kallas för ABC: Abstain; Be faithful; Condoms. Många uttrycker det så här: "Det gör inte så mycket vilken livbåt du satsar på bara du håller dej till ett beslut att det går att rädda situationen och kliva ombord på en livbåt innan katastrofen är över oss". Många internationella hjälporganisationer är mycket kritiska till en sådan flexibilitet och vill stödja HIV-prevention med enbart budskap om kondomer i alla sammanhang.

6. När budskap om kondomer skall vara i fokus är det framför allt i grupper av människor med högrisk beteende som prostituerade, lastbilschaufförer osv. Dessa uppmuntras i dialog med hälsoarbetare att bilda en rörelse där de själva fattar beslut om hur att minska sina risker och hur de kan påverka sina kollegor att komma med och ändra beteenden. Gruppstöd är det viktigaste för att kondomer skall ha en effekt. I längden vill man även uppmuntra till att komma fri från t.ex. prostitution och ge utbildning till ett alternativ yrke. Rörelsen "Tasinta" (vi har förändrats) i Zambia är ett fint exempel på den genomslagskraft som kan finnas hos en sådan gräsrotsrörelse. Krav på kondom användning av kunder följs av utträde från prostitution, sedan yrkesutbildning och en helt ny livsinställning med stöd av gruppen. När dessa är stabila i sin nya livsstil blir en del av dem "change agents" för att nå nya grupper av prostituerade. I Tanzania har en folkrörelse av lastbilschaufförer uppmuntrat både konsekvent kondom användning vid tillfälliga sexuella kontakter men även att hotell skall finnas på varje övernattningsställe utan prostituerade. Dessa skall finnas så att om man har beslutat att vara trogen sin fru kan man slippa bli frestad under övernattningen. Nu byggs det sådana på många ställen där skylten lyder "Hotel without..."

7. Ett återförande av den sexualupplysning som var en del av initieringsceremonin inom stamkulturen men som nästan hade försvunnit. Upplysningen gavs då av morföräldrar eller farföräldrar (kallas av antropologerna för "den alternativa generationen") Många ungdomar upplever en svår barriär att prata om sexualitet med föräldrar. En sådan barriär upplevs inte i samspråk med den äldre generationen. Ungdomar berättar att de kunde t.o.m. skämta om mycket känsliga och intima ämnen. Ungdomar än i dag hyser ett stort förtroende för den kunskap som kom från denna generation. Nu behövs det ett återförande av sådana samtal. Nu behöver en äldre generation sund undervisning om den nya situationen efter ankomsten av HIV/AIDS. I vissa samhällen har det etablerats nya versioner av den traditionella initieringsceremonin med så kallade "läger för livet." Dessa kan spela en oerhörd viktig roll då ungdomar känner sig vilsna inför det vuxna livet och alla starka krafter som påverkar under puberteten.

8. En kraftig uppmuntran till de små grupper speciella styrka att påverka och förändra till det bättre. "Det enkla är det vackra" "Small is beautiful." Samhället får inte ösas över med för mycket pengar i HIV/AIDS sammanhang. Risken finns annars att den inneboende kraften och idealiteten från gruppen att äga sina beslut och finna lösningar som har bestående och bärande potential försvinner. Ett fint exempel på en liten rörelse med kvarvarande idealiteten är Kubatsirana rörelsen i Mocambique. En missionsorganisation (Alliansmissionen) har satsat blygsamma summor för att uppmuntra grupper av människor i byarna att bilda stödgrupper för vård/ behandling men även för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder med ändrat beteende. Distriktet där Kubatsirana finns har nu visat mycket lägre HIV-prevalens än alla andra distrikt i

närheten. En något större rörelse har börjat i Masaka distriktet i Uganda med stöd från Norska Rädd Barna. Ett helt samhälle håller sakta på att förändras genom små gruppers inflytande. Föräldrarlösa barn får stöd och hjälp, HIV-positiva blir "change agents" för att etablera en ny livsstil med mindre risker för HIV. Samhället utvecklar nya strategier för att utveckla sin ekonomi och ge stöd till positiva förändringar.

Dessa åtta principer ligger bakom den imponerande minskningen i HIV spridning som har skett under det sista decenniet i Uganda och de fyra andra länderna nämnda ovan. Ugandas förändring till det bättre har studerats av 5 olika forskningsgrupper där WHO stod bakom den första, DHS (en mycket ansedd forsknings organization) den andra och sedan tre akademiska enheter inklusive Cambridge University och Harvard University. Dr Edward C. Green en antropolog från Harvard Universitet ledde en grupp forskare från Harvard och Uganda. De har studerat situationen och förändringen i Uganda i detalj. Studierna visar att minskningen i HIV prevalensen grundar sig på **minskad antal partners och trohet 67%**, och, till en mindre andel, **senare läggning av sexuell debut 28%**. Enbart 2% av förklaringen kommer från **ökad kondomanvändning**. I Uganda proportion av unga män 15-24 år gamla som hade haft sex innan giftermål sjönk från 60% 1989 till 23% 1995. För kvinnor, var minskningen från 53% till 16%.

Green påstår att det internationella samfundet har försökt att pracka på Afrika en lösning som utarbetades för minskning av HIV spridning bland homosexuella män med många partners., Budskapet innehöll följande: den rätta lösningen är konsekvent användning av kondom vid tillfälliga sexuella förbindelser. Även där fanns det en significant minskning i antal partners som en följd av en folkrörelse som kom till.

Konsekvent kondom användning ansågs vara den enda lösningen för spridning i ett samhälle med heterosexuell spridning. Men Afrika tycks ha hittat sin egen lösning som är mycket mer effektiv, praktisk och samhällsgrundad.

Hearst och Chen gjorde en meta-analys av alla studier om kondomanvändningens effektivitet hos större populationer för UNAIDS. Bland deras slutsatser var denna: "Oregelbunden kondom användning skyddar inte mot HIV spridning (Hearst och Chen, 2003) Tyvärr är användning av kondomer i Afrika mest oregelbunden. En annan slutsats var denna: "Det finns inga säkra exempel av generaliserade HIV epidemier där preventions strategi var baserad primärt på kondom användning."

Alla studier av områden och länder där HIV spridningen har minskat kraftigt har en preventions strategi med fokus på senare läggning av sexual debut och ökad trohet med minskad antal partners och mycket liten fokus på kondomanvändning. Förutom Uganda har liknande forsknings grupper hittat samma mönster i Tanzania (speciellt Kagera regionen), Zambia, Östra Zimbabwe, Senegal, Jamaica, Dominikanska Republiken, och Thailand.

Nya siffror från UNAIDS visar även en positiv bild från flera länder: mellan 2001 och 2011 minskade i Malawi antalet nya HIV infektioner med 73%, i Botswana med 71%, i Namibia med 68%, i Zambia med 58% och i Zimbabwe med 50%. I Syd Afrika med de högsta **antalet** HIV infekterade minskade nya HIV infektioner med 41% och i Swaziland med den högsta HIV **prevalensen** i världen med 37%.