

Evigt liv för HIV är inget axiom

Men vägen mot en HIV-fri värld är lång och svår



PEHROLOV PEHRSON, tidigare läkare, infektionskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
pehrolov@hotmail.com

I artikeln »Generationsöverskridande spridning ger HIV evigt liv« i detta nummer av Läkartidningen diskuterar Lars Olof Kallings orsaker till och nödvändighet av förebyggande åtgärder mot det han kallar smitta över generationer. I begreppet inkluderas dels överföring av HIV från mamma till barn under graviditet, förlossning och amning, dels smitta vid en sexuell relation mellan en man som är 5 år eller äldre än kvinnan.

Dessutom gör Lars Olof Kallings på sedvanligt elegant sätt en bredare utblick över andra aspekter på HIV-situationen i världen inklusive tendensen till minskade bidrag från världssamfundet, vilket kan komma att hota hittills vunna framgångar.

Han pekar på flickors tidiga och ofta ofrivilliga samlagsdebut och på tonåringars känslighet för grupstryck och deras avsaknad av röst samt svaga legala ställning i många samhällen. Han pekar också på ökningen av föräktenskapliga sexuella förbindelser i och med senare äktenskap och på en generellt låg kondom användning.

Tydligheten i orsaksanalysen motsvaras inte av en tydlighet i åtgärder. I stället blir Lars Olof Kallings vag och skriver, förutom om sex- och samlevnadsundervisning i skolorna samt ungdomsmottagningar, endast om behovet av »politisk vilja«. Detta speglar den osäkerhet som fortfarande, 30 år in i epidemin, råder om hur de kunskaper om vad som fungerar ska omsättas i praktisk handling.

Olika möjligheter i världen

Trots att metoder för att starkt begränsa smittöverföring från en HIV-positiv gravid kvinna till barnet har varit kän-

da och använda i den rika delen av världen i 15 år, skyddas långt färre än hälften av de barn som föds i låg- och medelinkomstländer ens med de enklaste metoder. Medan alltmer resurser under senare år satsats på att smittade ska få tillgång till behandling, har gravida kvinnor och barn som så ofta förr förbisetts och inte prioriterats.

Till detta kommer det stigma som fortfarande vidhäftar HIV-infekterade personer i allmänhet och den diskriminering som den gravida kvinnan utsätts för när hon upptäcks vara HIV-smittad och antas vara den som fört smittan in i familjen. Det leder till att många kvinnor väljer att inte testas och inte ta del av den mödravård, inklusive profylaktisk behandling, som eventuellt finns tillgänglig.

Här har den rika världens metoder med rådgivning före ställningstagande till testning, med starkt fokus på individ och frivillighet, som okritiskt har anammats via utländska rådgivare och bidragit till låg testvillighet

[1].

Män använder makt för sexuella syften

Den andra aspekten – som egentligen handlar om mäns användning av makt för sexuella ändamål – är ju ingalunda geografiskt eller kulturellt begränsad. Det handlar inte bara om missbruk av makt i form av fysisk styrka, som vid de våldtäkter som begås i krigs- och konfliktsituationer i östra Kongo och nu också i Haiti, utan även om missbruk av social och ekonomisk makt.

Där ojämlikhet mellan könen är förenad med fattigdom, som i stora delar av Asien och Afrika, är flickor och kvinnor extra utsatta: i hemmet, i skolan, på arbetsplatsen och i samhället i stort. Det förstärks av den snabba urbaniseringen med förlust av traditionellt socialt nätverk och kontroll i kombination med hög arbetslöshet i de stora periurbana slumområdena.

Även migrantarbete, med enkönade



Illustration: Victor Habbrick Visions/SPL/IBL

Om HIV någonsin ska kunna elimineras måste de metoder som bevisats fungera för prevention och behandling användas fullt ut.

arbets- och bostadsmiljöer långt hemifrån, utgör risk för att såväl migranten som den som är kvar utsätter sig för »utbytessex«. Samlag i utbyte mot pengar,

■ sammanfattat

Smitta från mor till barn kan elimineras med redan existerande tekniker, men låg prioritet, stigmatisering och diskriminering är hinder för genomförandet.

Sexuell smitta relaterad till åldersskillnad mellan könen är komplex, eftersom fysisk, ekonomisk och social makt är hopvävd med behov, önskemål och förväntningar.

Traditionella preventiva insatser ökar kunskapen om HIV, men leder sällan eller aldrig till bestående beteendeförändringar eller minskad HIV-incidens.

Tidig upptäckt och tillgång till behandling är ett kostnadseffektivt sätt att minska sjuklighet och smittspridning. Nya metoder som kan kontrolleras av kvinnan är möjligen på väg.

varor eller tjänster – för att själv kunna överleva och ge sina barn något bättre uppväxtförhållanden – är förvisso inget nytt.

Med ökande tillgång till medier och deras bilder av framgång är unga kvinnor inte längre enbart ett offer i en relation, som för båda parter utgör en bekräftelse – för den äldre mannen på hans sociala status och manlighet och för kvinnan på hennes värde och att hon kan nå annars onåbara sociala mål [2].

Smitta från mor till barn kan minskas

Hur kan detta påverkas, och hur kan HIV-smittan via dessa båda vägar minska eller elimineras? Det är en skam att det 2010 föddes uppskattningsvis 370 000 barn med HIV. Effektiva åtgärder finns för att bringa ned smittöverföringen till nästan 0. För detta krävs »opt out«-testning, dvs alla som inte aktivt säger nej HIV-testas under graviditeten. I de länder där detta genomförts har antalet testade och upptäckta smittade ökat betydligt, dessutom innan de fått svåra symtom av immundefekten.

Åtgärden bör kombineras med ökade krav på samtidig testning av sexualpartnern/barnafadern. I mer än hälften av alla par där HIV förekommer är bara den ene smittad, och behandling av denne kan således förhindra framtida smitta.

Kombinationsbehandling, enligt WHO:s nya riktlinjer, ges helst från mitten av graviditeten med fortsättning under hela amningsperioden. Således rekommenderas lång amning: dels för att minska risken för andra sjukdomar hos barnet, dels för att minska den diskriminering av kvinnan som kan bli följden av att inte amma. Även om behandlingstiden blir längre, är den mindre komplicerad med färre byten av preparat än den gamla rekommendationen – och framför allt är den betydligt effektivare.

Tidig testning av det nyfödda barnet med modern teknik ger möjlighet till positiv återkoppling till modern, men också till att tidigt upptäcka och behandla de smittade barn där behandlingen fallerat.

Kostnaderna kommer förvisso att öka, men insatsen är synnerligen kostnadseffektiv genom förbättrad mödras hälsa, undvikande av smitta till barnet och på sikt för tidig död och föräldralöshet [1].

Sexuella normer tar tid att förändra

När det gäller sexuell smitta har miljontals dollar satsats på preventionsinsatser av varierande kvalitet, insatser som inte utvärderats och vars resultat eller

brist på resultat sällan lett till justeringar. Vid genomgång av olika projekt i Afrika framkommer att mycket få haft ett upplägg med kontrollgrupp som möjliggör utvärdering och att de få som finns har visat synnerligen begränsade resultat.

Bland annat har ett långvarigt skolprojekt i Tanzania [3] nyligen utvärderats efter nio år liksom byprojekt i Sydafrika [4] och i Zimbabwe. Även om kunskapen om HIV ökat och attityder i viss mån påverkats, konstateras få förändringar av det sexuella beteendet. Hos de unga männen i Tanzania rapporterades en minskning av andelen med >4 sexpartner och en ökning av kondomvändning med icke-fast partner; i Sydafrika observerades minskat våld mot partner, minskat utbytessex och minskad alkoholanvändning.

Om detta är bestående förändringar är dock mer osäkert. Vare sig attityder eller beteenden påverkades hos unga kvinnor i Tanzania, och i Sydafrika fanns i stället exempel på sk disinhibition eller riskkompensation i form av mer utbytessex hos de unga kvinnor som deltagit i projektet. Ingen studie med kontrollgrupp har visat effekt mätt som minskad nyinfektion med HIV.

Sammanfattningsvis konstateras att förändring av sociala och sexuella normer och förväntningar tar lång tid och kräver brett samhälleligt engagemang och användning av lokalt förankrade grupper och sociala nätverk. Rådande värderingar måste ifrågasättas genom kritisk reflexion och nya förmedlas och förvärvas genom förbättrade färdigheter i kommunikation. Därför är det sannolikt omöjligt att genomföra detta via skolor dominerade av manliga, auktoritära lärare, som själva ibland utnyttjat sina kvinnliga elever [5].

Nya metoder kontrolleras av kvinnan

På kort sikt måste därför det vi säkert vet fungerar för att minska den sexuella smittspridningen användas. Hörnstenen är tillgång till kostnadsfri hälso- och sjukvård med omfattande HIV-testning för tidigt upptäckt av smitta och behandling innan symtom utvecklas. I diskordanta par har detta visats reducera sannolikheten för smittöverföring med över 90 procent.

Omskärkelse av män minskar sannolikheten för män att smittas med 50–60 procent. Tillgängligheten kan ökas i områden med hög HIV-förekomst och låg omskärkelseprevalens; social acceptans och att ingreppet uppskattas av såväl kvinnor som män är en förutsättning.

Till detta kommer vidareutveckling av två metoder som nyligen visat första tecken till framkomlighet:

- Vaginala mikrobicider, som minskar sannolikheten för smitta till kvinnan med ca 40 procent.
- Preexponeringsprofylax med antivirala medel under perioder med hög riskutsatthet.

Fördelen med dessa metoder är att de kan kontrolleras av kvinnan utan att påverka fertilitet och därmed reproduktion.

Tillgång till fungerande tekniker krävs

Politisk vilja är nödvändig, men utan en övertro på att det är politiskt möjligt att styra och kontrollera människors sexualitet. Ökade fri- och rättigheter för kvinnor är värt att kämpa för, men det måste kombineras med större personligt sexuellt ansvar och skyldighet hos både män och kvinnor.

Ändå påverkar det inte dagens situation där sexualitet ofta är kopplad till överlevnad och valmöjlighet oftast saknas, där en gravid kvinna ställs inför valet att testa sig och skydda det väntade barnet eller riskera diskriminering och utstötthet och där en ung kvinna ser en möjlighet att förverkliga sina drömmar i stället för att trampa vidare i sin mors och mormors fattigdomsspår.

Kanske får HIV ändå evigt liv, men det ska inte behöva bero på att unga kvinnor och män, gravida och deras barn inte får tillgång till bevisat fungerande tekniker.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Global report: UNAIDS report on the Global AIDS Epidemic 2010. http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm
2. Leclerc-Madlala S. Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hypervulnerability. *AIDS*. 2008;22 Suppl 4: S17-25.
3. Doyle AM, Ross DA, Maganja K, Baisley K, Masesa C, Andreasen A, et al. Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: follow-up survey of the community-based MEMA kwa Vijana Trial. *PLoS Med*. 2010;7(6):e1000287.
4. Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A, et al. Impact of stepping stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;337:a506. doi:10.1136/bmj.a506.
5. Paul-Ebhohimhen VA, Poobalan A, van Teijlingen ER. A systematic review of school-based sexual health interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2008;8:4.