

Budskapet måste vara att undvika HIV

Under rubriken »HIV angår alla« väcker Lars Werkö angelägen debatt [1]. Efter att ha diskuterat framför allt det amerikanska religiösa bidraget och det svenska officiella engagemanget i Ugandas bekämpning av HIV avslutar han med en generalisering. »Två metoder att minska spridningen av HIV konkurrerar: ett strängt återhållsamt levnadssätt och ett mer världsligt realistiskt.«

Anders Jeppsson [2] påpekar att det framgångsrika aidskontrollprogrammet i Uganda inte hade särskilt mycket med vare sig religiösa eller vertikala hälso-program att göra utan med den politiska ledningens beslutsamma agerande. Det kan finnas anledning att citera vad president Museveni egentligen sa i sitt ryktbara tal 1991: »Just as we were offered the 'magic bullet' in the early 1940s, we are now being offered the condom for 'safe sex'. We are being told that only a thin piece of rubber stands between us and the death of our continent.«

Han uppmanade att senarelägga sexdebut, att visa trohet mot sin partner (»zero-grazing«) och att använda kondom inte som medel för »stemming of the tide of AIDS« utan som skydd vid hög risk för att sprida eller smittas av HIV [3]. Detta senare gäller särskilt män inom transportverksamhet, militärer, poliser samt prostituerade kvinnor. Prevalensen HIV i nationen Uganda sjönk från omkring 21 procent 1991 till omkring 6 procent 2002.

Roland E Andersson [4] ger ytterligare exempel på vetenskapligt stöd för att den signifikanta minskningen av HIV-prevalensen i Uganda var relaterad till senarelagd sexdebut och reduktion av antalet sexpartners och inte till ökad kondomanvändning. Dessutom startar han en diskussion om vår syn på sexualitet och om myten att unga afrikaner skulle vara så mycket mer promiskuösa än till exempel unga svenskar: »... de grundläggande förutsättningarna för en HIV-epidemi finns i lika hög grad i Sverige som i Uganda. Werkö har alltså i högsta grad rätt när han påpekar att HIV även angår oss!«

Werkö har nog inte läst det konsensusuttalande som företrädare för WHO, UNAIDS, universitetet i Johannesburg och utbildningsenheter för tropikmedicin i London och Liverpool lagt fram [5]. I detta dokument fastslås dels att den mänskliga rättigheten att slippa smittas av HIV bör uppstå lokalt (inte som ett



Figur 1. Rollspel används i det förebyggande arbetet.

religiöst påbud eller vertikalt hälsoprogram), dels att en riktig och fullständig information om ABC-konceptet bör ges av alla som sysslar med prevention av HIV.

Man måste skilja mellan att undvika smitta och att minska risken för smitta. Före sexualdebut bör ungdomar uppmanas att avstå från sex så länge som möjligt (Abstinence) och därefter vara trogen sin smittfria partner (Be faithful). Detta »strängt återhållsamma levnadssätt« är ett sätt att undvika smitta, precis som icke-rökare undviker sjukdomar orsakade av rökning. En korrekt och konsekvent användning av kondom (Condom) bör tillämpas när A och B inte fungerar. Detta »mer världsligt realistiska levnadssätt« minskar risken för smitta men långt ifrån alltid (80–90 procent för »always use«), precis som rökare minskar risken för sjukdom genom att använda filtercigaretter eller minska antalet cigaretter per dag.

Detta »mer realistiska levnadssätt« demonstrerades för mig och andra deltagare i The First International Conference on AIDS in Ethiopia 1999 på ett pinsamt sätt genom en svensk föreläsare (utsänd av Socialdepartementet, tror jag), som löste HIV-preventionen i det »promiskuösa Afrika« genom att lära barn i grundskolan att träna kondom på en banan. En etiopisk läkare, utbildad i Sverige under en period då vi kramade träd, skakade på huvudet och sa: »För

att få pengar från Sida måste man vara kondomkramare.«

Det är för flickor och kvinnor inte bara en rättighet utan en skyldighet att undvika HIV, andra könssjukdomar och oönskad



Figur 2. HIV-smittad mamma med barn i byn Mekele i Tigray-provinsen i norra Etiopien.

graviditet. Det gäller givetvis även pojkar och män, men det är nog i alla fall flickor och kvinnor som vi får knyta våra största förhoppningar till i detta sammanhang.

Detta har vi tagit fasta på i ett etiopiskt gatubarnsprojekt (www.vejbybarn.se), som i sin preventiva del fyller sex år i år. Det övergripande syftet med projektet »Hope for Children in Ethiopia« (HCE) är *kampen mot fattigdom* i de fattigaste byarna i ett av världens fattigaste länder.

Tre utvecklingsfaser kan urskiljas:

1. skola i stället för gata (Schooling)
2. hindra HIV-smitta (Survival) samt
3. minska risken för arbetslöshet efter avslutad skolgång (WORK).

När vi väl hittat riskbarnen i de fattigaste familjerna, inleds fas 1 (skola i stället för gata). Vår första grupp (15 barn, av vilka 10 var flickor) började sin skolgång i september 2000. Läsåret 2005/2006 var antalet barn cirka 250. Av dessa ingår 120 i den fadderverksamhet som vi (Vejby Barnhälsa) förmedlar. Många av de övriga barnen får bidrag av Svenska Läkarmissionen.

Fas 2 innehåller föräldrautbildning,

möjlighet till gratis rådgivning, testning och behandling för smittade föräldrar vid så kallade VCT-kliniker, rättfram och saklig upplysning till eleverna själva, rollspel (Figur 1), skolhälsovård finansierad av svenska sjuksköterskor, skapande av anti-HIV-klubbar med en själ som symbol, samarbete med ett stort projekt i norra Etiopien där drabbade kvinnor hjälper andra drabbade kvinnor och där även prostituerade får en chans (för länkar se vår webbplats www.vejbybarn.se). Fas 3 vill jag gärna också berätta om men det tillhör inte den här diskussionen.

Bäste Lars Werkö! Tack för att du väckte debatt! Vad skall nu du och jag säga till den ångestfyllda HIV-smittade kvinnan i sitt primitiva skul i Mekele (i den nordetiopiska provinsen Tigray) som inte vågar sova av rädsla för att en orm skall bita henne eller hennes barn (Figur 2)? Hon har varit trogen den man (nu död) som gjort henne med barn och som smittat henne. Hennes situation kan förefalla hopplös men hon har sina två barn, av vilka den äldste har börjat i skola och den yngsta syns på bilden.

Visst skall du och jag (i likhet med hennes kvinnliga kontaktperson inom ovan nämnda projekt) uppmuntra henne att arbeta för att hennes barn under kommande år i första hand skall *undvika* (inte bara minska risken för) att HIV-smittas!

Roland Eksmyr

dr med sc, specialist i barn- och ungdomsmedicin, Vejbystrand
roland@eksmyr.se

REFERENSER

1. Werkö L. HIV angår oss alla. Läkartidningen. 2006;103:1527-8.
2. Jeppsson A. Politikens roll i Ugandas framgångsrika aidsbekämpning. Läkartidningen. 2006;103:1629.
3. Green EC. Moving toward evidence-based AIDS prevention. In: Hendrix K, editor. Evidence that demands action: comparing risk avoidance and risk reduction. Strategies for HIV prevention. Austin, Texas: The Medical School for Sexual Health; 2004. p. 18-24.
4. Andersson RE. Lars Werkö har verkligen rätt i att »HIV angår oss alla«. Läkartidningen. 2006;103:2243-4.
5. Halperin DT, Steiner MJ, Cassell MM, Green EC, Hearts N, Kirby D, et al. The time has come for common ground on preventing transmission of HIV. Lancet. 2004;364:1913-5.

Fattigdomen viktigaste orsak till HIV/aids

Intressant nog tar varken Lars Werkö eller Roland E Andersson i sina inlägg i Läkartidningen 30-31/2006 (sidorna 2243-4) upp fattigdomen som största bidragande orsak till aidsepidemin i Afrika – även om Werkö diskuterat fattigdomens betydelse för ohälsa i andra sammanhang. Således finns ett mycket tydligt samband mellan ett lands ekonomiska nivå, mätt i BNP/capita, och dess hälsoläge, som kan illustreras som i Tabell I.

Det är fattigdomen som gör att människor i Afrika inte har råd med sjukvård och mediciner, och dör i enkla och botbara sjukdomar som malaria och mag-tarm- och lunginfektioner. Det är fattigdomen som gör HIV/aids till ett så stort problem i Afrika, men inte i t ex Sverige – där alla människor är i praktiken ekonomiskt oberoende, kan välja sin livsstil och lätt komma över kondomer om man så önskar, och dessutom får adekvat hjälp och bromsmediciner om olyckan ändå är framme, och man råkar smittas.

Jag har själv erfarenhet av exakt samma missionssjukhus som Roland E Andersson, i Centralafrikanska Republiken. I det kvinnoprojekt som pågår där är det

TABELL I. SAMBAND MELLAN ETT LANDS EKONOMISKA NIVÅ OCH DESS HÄLSONIVÅ. Källa: The State of the Worlds Children, Unicef, 2006.

	BNP/capita (US-dollar)	Mödradödlighet (per 10 000 förlossningar)	Barnadödlighet (per 1 000 födda)
Industrialiserade länder	32 232	13	6
Utvecklingsländer	1 524	440	87
Minst utvecklade länder	345	890	155

övergripande problemet att familjerna, av framför allt ekonomiska orsaker, lever splittrade. Att männen arbetar och bor på andra håll, kommer hem till familjen med oregelbundna intervall, gör sina fruar gravida och smittar dem med olika sjukdomar. Hur skall dessa ekonomiskt beroende och utlämnade kvinnor kunna ändra sitt »riskbeteende«?

Med all respekt för den vård missions-sjukhusen erbjuder vilar här en anda av »ta-dig-i-kragen«-tänkande över hela aids-problematiken. Övergripande strukturproblem internaliseras till frågor om personlig etik och moral. Det är lättare, och billigare, att sälja livsstilsförändringar än att bidra till höjd standard och verklig ekonomisk utveckling. Samma moralism präglar också vissa

politiska partiers ständiga tjatande om »demokrati först – bistånd sedan«, som villkor för att vi skall dela med oss av vårt överflöd!

Hälsa, framför allt kvinnohälsa, stavar ekonomiskt oberoende. Stöd till kvinnors reproduktiva hälsa, fria och säkra aborter och möjlighet till kejsarsnitt på lokal nivå. Utbildning, alfabetisering. Biståndssatsningar på skola, vård och infrastruktur. Skuldavskrivning. Rättvisa handelsavtal och patentregler, som ger de fattiga tillgång till nödvändiga mediciner. Och – framför allt! – ett slut på rövandet av de fattiga ländernas resurser.

Gunnar Olofsson

leg läkare, med dr, Göteborg
Gunnar_fam@hotmail.com