

# Dystert resultat av traditionell HIV-prevention

Information och kunskap om HIV och dess smittvägar, kondom användning samt tidig diagnostik och behandling av andra sexuellt överförda infektioner (STI) har länge setts som hörnstenar i det förebyggande HIV-arbetet. Sällan har insatser på dessa områden ifrågasatts eller utvärderats, utan de har genomgående förutsatts vara av godo.

Den minskning av HIV-prevalensen som setts i delar av Afrika och Asien har antagits bero på beteendeförändringar med senarelagd sexualdebut, minskat antal sexualpartner och ökad kondom användning, utan att det gått att kartlägga om – och i så fall vilka – insatser som haft effekt. Kritiker menar att den iakttagna minskningen är ett uttryck för epidemins naturliga förlopp – med en uppnådd mättnad som är oberoende av s k preventiva åtgärder.

**Den studie från Zimbabwe** som presenteras i PLOS Medicine i mars i år är därför välkommen och kan förhoppningsvis fungera som ögonöppnare för dem som förespråkar »mer av samma sak« när bristen på effekt av preventionsinsatser påtalas. Studien genomfördes av forskare från Zimbabwe i samarbete med enheten för infektionsepidemiologi vid Imperial College i London.

Tolv samhällen av olika karaktär i östra Zimbabwe randomiserades för att jämföra basala preventionsinsatser med en »samordnad och integrerad samhälls- och klinikbaserad prevention«. Denna innebar intensifierad rådgivning riktad till specifika grupper, som prostituerade och deras potentiella kunder, vilka söktes upp på arbetsplatser, marknader och vanliga mötesplatser som barer och ölhallar av s k peer educators (utbildade personer från riskgruppen själv). Utöver denna rådgivning gavs tillgång till kostnadsfri och förenklad diagnostik och behandling av STI, fri tillgång till kondomer för män och kvinnor samt ökad rådgivning och uppmaning till HIV-test på hälsocentraler. Dessutom var avsikten att erbjuda alternativa försörjningskällor för prostituerade genom utbildning och mikrolån. Denna del av insatsen fungerade emellertid inte, vilket anges bero på landets prekära situation med en ekonomi i fritt fall.

**Resultaten mättes** i form av serokonversion från HIV-negativt till HIV-positiv status under en period av tre år, förändring i antalet partner och oskyddade samlag med fasta och tillfälliga partner,

Bedrövliga ekonomiska förhållanden som begränsar människors – kvinnors – valmöjligheter också när det gäller sex gör det svårt att bekämpa HIV. Bilden: matkö i Harare.

Foto: Mukwazhi Tsvangiray / IBL Bildbyrå



symtom på och tid för genitila sår och flytningar. Dessutom studerades kunskap om HIV samt hur och när man sökte kontakt med hälsovård. På grund av stor rörlighet hos populationen var det möjligt att följa upp bara 55 procent av de ursprungligen inkluderade. Dock var det ingen initial skillnad mellan migrerade och bofasta.

**Författarna fann** ingen skillnad på samhälls nivå vad gällde incidensen av HIV-serokonversion, som uppgick till 1,8 per 100 personår. Däremot visade det sig att något färre män hade smittats av dem som deltagit i programmets aktiviteter i interventionsbyarna. Männen där hade också mera kunskap, färre oskyddade samlag med tillfälliga partner och mindre av symtom på STI under kortare tid, tydande på effektivare behandling.

För kvinnorna var resultaten i stort de omvända med ökad HIV-incidens, ökat riskbeteende, som sex vid yngre ålder, och mer av oskyddat sex med tillfällig partner i interventionsbyarna.

**Varför?** Studien var designad att upptäcka en 40-procentig effekt. Möjligen var detta för optimistiskt, men inte ens en positiv tendens kunde påvisas. Observationstiden kan naturligtvis ha varit för kort. Viktigare är nog de bedrövliga ekonomiska förhållandena, som begränsar människors valmöjligheter – också när

»Även om det var positivt att männens kunskap och beteende förbättrades vågar författarna ställa den obehagliga frågan: Använder vi fel metoder och/eller ger vi fel budskap?«

det handlar om sex – och inte ger kvinnor möjlighet att utnyttja de tekniker som faktiskt finns.

Även om det var positivt att männens kunskap och beteende förbättrades vågar författarna ställa den obehagliga frågan: Använder vi fel metoder och/eller ger vi fel budskap? Skulle åtgärderna vara effektiva i en yngre epidemi med högre incidens, mindre diffusa sexuella nätverk, svagt utvecklad STI-behandling, mindre förekomst av HSV 2-infektion, lägre migration och stabilare ekonomi?

**Slutsatsen blir** att i en »mogen« epidemi som i Zimbabwe med mer än 20 procent av den vuxna befolkningen infekterad och med en sjunkande HIV-incidens på 1,8 procent årligen är detta inte rätt sätt att angripa problemet. Vid preventionsinsatser är det viktigt att analysera utfallet inte bara på individ- utan också på samhälls nivå.

Det framhålls som nödvändigt att satsa på större program för fattigdomsbekämpning, framför allt inriktad på utbildning av unga kvinnor för att undvika beroende av prostitution. Kanske är det dags att satsa mindre, inte mer, på traditionella preventionsinsatser eller åtminstone att komplettera riskundvikande, som återhållsamhet med penetrerande sex, med utvidgad testning och behandling, preexponeringsprofylax och manlig omskärelse?

**PehrOlov Pehrson**

överläkare, infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Gregson S, et al. Impact and process evaluation of integrated community and clinic-based HIV-1 control: a cluster-randomised trial in Eastern Zimbabwe. PLOS Med. 2007;4(3):545-55.