

AIDSPANDEMI I AFRIKA

Endast en av tre fattiga afrikaner blir 40 år – så varför bekymra sig?

Vid den internationella aids-konferensen i Uganda i december 1995 [1] ansåg man sig kunna spåra en minskning i HIV-prevalensen och att information och förebyggande åtgärder möjligen hade haft effekt.

Afrikanernas inställning till HIV-infektion/aids är emellertid resignerad: »Det går inte att göra något åt det, så varför bekymra sig!«

Resultaten av HIV-testningar av olika befolkningsgrupper i Östafrika visade att prevalensen HIV-smittade varierade avsevärt med hänsyn till geografiska områden, ålder och kön. En randomiserad undersökning av gravida kvinnor i Ugandas huvudstad, Kampala, visade en HIV-prevalens på 20–30 procent.

I en annan undersökning av 5 000 gravida kvinnor från olika områden i Uganda var prevalensen i städer 22 procent, i tätorter 16 procent och på landsbygden 7 procent. Skillnaderna var inte slumpmässiga och pekade klart på olika kausala förutsättningar.

I en randomiserad undersökning av drygt 2 000 personer av bägge kön på landsbygden var HIV-prevalensen i åldersgruppen 13–24 år 5 procent hos män och 10 procent hos kvinnor, och i åldersgruppen 25–34 år 25 procent bland kvinnor och 20 procent bland män. Flera andra undersökningar har visat samma svängning från kvinnlig HIV-dominans i yngre åldrar till manlig bland äldre. Undersökningar av prostituerade i olika afrikanska stater visade att 35–90 procent av kvinnorna var HIV-smittade.

Detta är skakande siffror, men risken för selektionssnedvridning gör att det ändå finns en betydande möjlighet till underskattning.

I artikeln betecknades aidssituatio-

nen i Afrika som »mycket allvarlig». Aids är en säkert dödlig sjukdom som redan har drabbat en mycket stor del av den afrikanska befolkningen. Med samma aidssituation i Sverige skulle bilden knappast betecknas enbart som »mycket allvarlig» utan otvivelaktigt som den största katastrofen i landets historia.

Diagnos enligt klinisk bild

Hösten 1995 och våren 1996 arbetade jag fyra månader i Afrika på två katolska missionssjukhus, dels i Biikira (Uganda), dels i Mutomo (Kenya). Anställningarna förmedlades av Rotarys läkarbank.

Både i Biikira och i Mutomo utgjorde aidspatienterna en betydande del av de inläggande vuxna. Biikira ligger mitt i Rakai-distriktet, som är det område i världen som är hårdast drabbat av aids. I Biikira skedde ingen HIV-testning av patienterna, vi fick ställa diagnosen på den kliniska bilden, vilket sällan vållade problem.

I Mutomo däremot testades alla som misstänktes lida av aids och dess följsjukdomar. Av de 9 315 inläggande patienterna 1994–95 HIV-testades (ELISA) 1 480. Av dessa var 454 HIV-positiva, dvs 4,9 procent [2]. Detta ger givetvis ingen uppfattning om prevalensen HIV-positiva, varken bland patienterna eller i populationen som sådan, då patienterna som kom till lasarettet nästan alltid var mycket sjuka, och de som testades hade i allmänhet symtom som gav misstanke om aids: extrem avmagering, svampinfektion, långvariga diarréer, inflammationer – fram för allt lungtuberkulos men också septisk artrit, abscesser, pyomyosit m m.

Många barn som kom in med malaria hade svår anemi (Hb under 5 procent). Dessa fick blodtransfusioner. Också i samband med operationer, förlösningar och olycksfall var det ofta aktuellt med blodtransfusioner. Det var här ett krav att någon anhörig lämnade blod, och i samband härmed HIV-testades vederbörande.

Under tvåårsperioden 1994–95 testades 707 personer som var blodgivare. Av dessa var 8,6 procent HIV-positiva. Även här kan det ha varit fråga om en

selektion och underestimering, eftersom anhöriga som var sjuka inte fick ge blod och inte blev testade. Undantar man eventuella aidsfall kan dock resultatet av givartestningen ge en viss uppfattning om HIV-prevalensen i befolkningen kring Mutomo.

HIV och tuberkulos

Sjukhuset i Mutomo hade totalt ca 150 sängplatser. Förutom avdelningar för vuxna, barn och förlösningar fanns 40 sängplatser för tuberkulos- och tio för leprapatienter.

Under åren 1994–95 behandlades totalt 410 nyupptäckta fall av lungtuberkulos. 33 procent av patienterna var HIV-positiva [2]. Av det totala antalet intagna patienter på sjukhuset som var HIV-positiva (454) hade 99 lungtuberkulos, dvs 22 procent.

Test endast efter rådgivning

En förutsättning för HIV-testning är att patienten själv ger tillstånd till och förstår innebörden av testet. Enligt regeringsföreläsningen får i Kenya HIV-testning endast ske frivilligt och efter rådgivning, dvs efter ett personligt samtal med sköterska eller läkare. Också detta skapar en viss selektion, även om det i allmänhet endast är en minoritet som avvisar testning. Är HIV-testet positivt meddelar läkaren resultatet till patienten. Därefter har sköterskan ett längre stödsamtal med patienten. Sjukhuset har tre sköterskor som uteslutande arbetar med rådgivning och med uppföljning i hemmen hos de HIV-positiva patienterna.

Sjukhuset i Mutomo är mycket välorganiserat med en kvalitetsnivå långt över medel i Kenya. Information om HIV-risk och möjligheterna att förebygga smitta sker här i samband med HIV-testningen, i skolorna och genom rådgivande verksamhet ute i samhället. Någon utvärdering av resultaten sker dock inte.

HIV/aids möts av befolkningen med många olika känslor: rädsla, resignation, tvivel, fatalism, likgiltighet, apati, ja även ibland med en viss galghumor. När man är fattig och omgiven av talrika risker som kan leda till tidig död, när chansen att nå 5 års ålder är en på två och 40 års ålder en på tre, tänker man

Författare

HAROLD SIHM
med dr, D.P.H., Färila.

inte mycket på risken för HIV-infektion eller aids. Den allmänna inställningen man möter är: Det går inte att göra något åt det, så varför bekymra sig!

Geografisk spridning

Arbetslösheten bland männen på landsbygden var mycket hög, och i huvudsak var det kvinnorna som arbetade. De skötte om barnen och hushållet, odlade marken, hämtade vatten – ofta flera kilometer bort – tvättade kläder och gick kanske till marknaden en gång i veckan för att sälja vad de hade odlat. Alltför litet regn gjorde att skördarna blev minimala eller att de helt uteblev, och den hotande svälten och fattigdomen gjorde att många män flyttade till de större städerna Nairobi, Mombasa och Kisumu för att få arbete. De stannade då borta långa perioder, vilket ofta resulterade i promiskuitet och HIV-smitta. Sedan förde de smittan med sig hem till kvinnorna. Detta förhållande var så utbrett att vi alltid i patientanamnesen frågade männen om de arbetade eller hade arbetat i någon av städerna. Ett jakande svar kunde ge stöd åt den kliniska misstanken om aids och motivera ett HIV-test.

Logistisk analys är lika viktig som analys av prevalenssiffror när det gäller HIV/aids. Det är nämligen inte enbart i städerna utan även längs de större huvudvägarna, där person- och trucktransporterna sker, som smittrisen och anhopningen av HIV-smittade är störst. Huvudvägen från Uganda genom Kenya och Tanzania till Zimbabwe kallas också för »Ukimwi-vägen», »Aidsvägen».

Heterosexuella kontakter eller blodtransfusion

HIV-infektionen överförs i Afrika nästan uteslutande genom heterosexuella kontakter eller i samband med blodtransfusioner. Risken för smitta vid sexuella kontakter är störst vid överföring från man till kvinna. I samband med förlossning kan en HIV-infekterad moder smitta barnet, och risken är större ju senare i sjukdomsförloppet av aids kvinnan befinner sig. Vid samtidig infektion med HIV och annan könssjukdom (STD) ökar HIV-utsöndringen och därmed smittsamheten.

Till skillnad från andra infektionssjukdomar är latenstiden från det att HIV-infektionen äger rum till dess att aidssjukdomen bryter ut mycket lång, oftast 8–10 år. Hos barn och äldre personer är den avsevärt kortare. Latenstiden är längre hos kvinnor än hos män.

Spåra smittan en övermäktig uppgift

Gäller det smittsamma sjukdomar, speciellt STD, är ofta smittspårningen

A och O i profylaxen. I Afrika HIV-testas patienter i regel först när de har blivit så sjuka i aids att de söker sjukvården för att få hjälp. En HIV-positiv men »frisk» person kan således ha varit smittfarlig i flera år och kan under denna tid ha fört smittan vidare till många andra. Att spåra smittvägen i Afrika är en övermäktig uppgift.

Förebyggande arbete hindras av fattigdomen

Förebyggandet av HIV-smitta måste för närvarande helt baseras på information om ändrat sexuellt beteende. Sådana ändringar hämmas i Afrika av djupt rotade sociala, kulturella och ekonomiska samhällsfaktorer som är svåra att påverka.

Det största hindret är emellertid den ofantligt djupa fattigdomen och bristen på inkomster. Arbetslöshet i Afrika är en fråga inte blott om minskad inkomst utan om svält och överlevnad. Den leder till migration till städerna, promiskuitet, som i den afrikanska kulturen är accepterad och utbredd, samt till smittspridning.

Det är ständigt kvinnorna som blir mest lidande. De är de fattigaste bland de fattiga, och på alla områden är deras ställning svagare än mannens: socialt, rättsligt, ekonomiskt och sexuellt. Många ensamstående kvinnor i städerna och i byarna längs de stora landsvägarna tvingas livnära sig och familjen genom prostitution, och flertalet är eller blir HIV-smittade.

Hjälpsatser utan planmässig samverkan

Ännu har man inte lyckats utveckla ett vaccin, och det är främst två faktorer som hindrar:

– HIV har mycket lätt för att mutera, varvid underlaget för vaccinfremställningen ständigt förändras.

– Virusnet dödar de vita blodkropparna varvid immunsystemet inte längre kan fungera trots förekomsten av antigener. På sikt är dock ett vaccin sannolikt det enda som verkningsfullt kan bromsa Afrikas farsot, den kroniska aids-pandemin.

För den enskilde finns det i princip tre sätt att förebygga smitta och smittspridning av HIV/aids:

– Genom att endast ha en partner, då bägge kontrahenterna är antingen HIV-negativa eller -positiva, eller genom att välja en partner med samma HIV-status som man själv har. Detta förutsätter möjlighet till kostnadsfri HIV-testning av alla.

– Genom konsekvent kondomanvändning. Det är för de flesta en omöjlighet på grund av kostnaden, men även på grund av oviljan att använda kondom. En betydande del av den medi-

cinska och sociala hjälpverksamheten i Kenya understöds av katolska kyrkan som officiellt inte accepterar användandet av kondom.

– Genom att leva i celibat, vilket för de flesta är orealistiskt.

De allmänna insatserna omfattar kartläggning av HIV-prevalensen inom olika befolkningsgrupper, hjälpinsatser riktade mot aidsdrabbade familjer och föräldralösa barn, och information om risken för HIV-smitta i syfte att ändra beteendet.

Hjälpsatserna sker i huvudsak på initiativ av och med medel från västerländska hjälporganisationer, av vilka det finns många i Uganda och Kenya. Någon planmässig samverkan mellan organisationerna finns inte, alla arbetar utifrån egna förutsättningar och med egna mål och avgränsningar. Detta är särskilt anmärkningsvärt när det gäller samverkan och koordination mellan rent medicinsk-sociala och teknisk-ekonomiska insatser.

Under alla förhållanden är det svårt att ändra människors beteende, framför allt det sexuella. Alldeles klart är att informationen om HIV/aids i Afrika har varit för sporadisk, inkonsekvent och oprofessionell för att kunna åstadkomma en förändring.

Förbättrade levnadsvillkor

Primärt och viktigast av allt är dock att förbättra levnadsvillkoren för befolkningen i Afrika. Roten till aids-spridningen är det traditionella samhällssystemets sönderfall där den djupa fattigdomen, kvinnornas svaga ställning, migrationen av arbetare från landsbygd till stad och den utbredda promiskuiteten medverkar.

Vi kan idag konstatera att man inte lyckats stoppa spridningen av HIV-smittan, att vittgående sociala och ekonomiska åtgärder är en förutsättning om man skall kunna bromsa aids-pandemin i Afrika.

Referenser

1. Christenson B, Lundbergh P. HIV-spridning minskade i flera afrikanska länder. Läkartidningen 1996; 93: 1976-7.
2. Dolan M, ed. Mutomo Hospital. Annual Reports 1995. Mutomo, 1995.