

Peder Ahlin Lars Moberg Åsa Thourot

Begripa

**ATT FÖRSTÅ
HIVINFEKTION**

**Läkare mot AIDS
Noaks Ark**

Peder Ahlin Lars Moberg Åsa Thourot

Begripa



ATT FÖRSTÅ HIVINFEKTION

Utgiven av
Föreningen Läkare mot AIDS
och Noaks Ark.
Åttonde upplagan 2009.
138:e–143:e tusendet.

Föreningen Läkare mot AIDS
Villagatan 5, Box 5610, 114 86 Stockholm
Telefon 08-790 33 00
Bidrag till föreningen kan sättas in
på postgiro 487 90 07-5

Stiftelsen Noaks Ark
Eriksbergsgatan 46, 114 30 Stockholm
Telefon 08-700 46 00 • Fax 700 46 10
Noaks Ark Direkt 020-78 44 40
E-post info.stockholm@noaksark.org
Webb www.noaksark.org
Ekonomiska bidrag kan ges på postgiro 90 07 18-8.
Ange på talongen om du vill ge pengar till vår
verksamhet i dess helhet, till stödfonden för
hivpositiva eller till vår forskningsfond.
Noaks Ark kanaliserar sina bidrag till forskning
genom Stiftelsen Läkare mot AIDS Forskningsfond.
Kontaktuppgifter till övriga Noaks Ark-föreningar
finns i slutet av broschyren.

Stiftelsen Läkare mot AIDS Forskningsfond
Läkare mot AIDS Forskningsfond delar två gånger om året ut
sammanlagt minst en halv miljon kronor till forskning om hivbehandling.
Dessutom delar fonden ut ytterligare medel som ställs
till förfogande av Stiftelsen Noaks Ark.
Postgiro 90 06 95-8.
Bankgiro 900-6958.

Hivinfektion och aids?

DET SOM VI NU SEDAN 1982 kallar för aids beskrevs för första gången sommaren 1981. Byrån för epidemiövervakning i USA (CDC) noterade en påfallande ökning av annars ovanliga sjukdomstillstånd. Det rörde sig om en anhopning av oförklarliga fall hos unga, tidigare friska män av en särskild sorts lunginflammation (PCP) och en tumörform (Kaposis sarkom). Den gemensamma nämnaren för båda sjukdomarna var ett starkt försvagat cellförmedlat immunförsvar med kraftigt sänkt andel och antal hjälparceller. Redan från början fanns det mycket som talade för att immunbristen hos dessa män var ett uttryck för en epidemi, orsakad av ett nytt smittämne.

De flesta patienter som rapporterades under det första året var homo- eller bisexuella män. Därför kallades tillståndet till en början ”gay related im-

munodeficiency (GRID)”, det vill säga immunbrist som ansågs hänga samman med manlig homosexualitet och sådana mäns livsstil. Men redan bland de patienter som beskrevs under de första tjugo månaderna fanns personer som inte var homosexuella män. Det fanns personer som hade använt droger intravenöst, som hade fått blodtransfusioner, som hade fått faktorpreparat för blödarsjuka samt män och kvinnor från Haiti. Samt inte minst viktigt: personer som hade varit sexpartner till någon i dessa grupper.

Från GRID till AIDS

Det stod alltså redan 1982 klart att de beskrivna sjukdomstillstånden behövde ha en benämning som inte så uppenbart felaktigt hänförde dem till ett visst sexuellt beteende: sex mellan män. Hösten 1982 började man därför kalla sjukdomstillståndet för ”Acquired Immunodeficiency Syndrome”, eller på svenska ”förvärvat immunbristsyndrom”. Förvärvat därför att tillståndet, till skillnad från de flesta tidigare kända former av immunbrist, inte var medfött utan förvärvat av en person med tidigare normalt immunförsvar. Immunbrist därför att patienternas immunförsvar fungerade allt sämre och detta gjorde de drabbade skyddslösa mot olika typer av infektioner och en del tumörformer. Syndrom är ett grekiskt ord som betyder ”springa samman”. I medicinska sammanhang används ordet för olika symtom som tillsammans tyder på en och samma bakomliggande orsak. I dagligt tal blev det förkortningen ”aids” man kom att använda.

Under 1983 och 1984 publicerades de första artiklarna om aids i Central- och Östafrika. Bilden av aids som en sexuellt överförd sjukdom, som också kan spridas med blod, klarnade. Det blev än mer tydligt, att det bakomliggande smittämnet sprids mellan man och kvinna likaväl som mellan män

–även om detta faktum bemöttes och länge bemötts med stort motstånd och förnekande. Kvinnor i Afrika och på många andra håll i världen drabbas i minst lika stor utsträckning som män. Detta leder till att många barn föds smittade av sina mödrar i livmodern eller vid födseln och till att barn smittas vid amning.

Orsaken upptäcks

Redan 1983 fann en fransk forskargrupp den bakomliggande orsaken till det syndrom som aids utgör, då den upptäckte ett nytt virus som gavs namnet LAV. Detta nyupptäckta virus ansåg de franska forskarna höra till en typ av virus som kallas lentivirus och som tidigare endast var känd som orsak till sjukdom hos djur, men inte hos människor. Hos djur kan liknande virus skada immunförsvaret och nervsystemet. Det visade sig detta nya virus också göra hos människor.

Två amerikanska forskargrupper beskrev och namngav under 1984 var sitt virus, det ena HTLV-III, det andra ARV, som de ansåg vara orsaken till aids. Dessa virus visade sig emellertid ganska snart vara samma virus som den franska gruppen beskrivit. Efter några års dispyter om vem som verkligen upptäckt viruset och vad det skulle heta enades man 1986 om att kalla det virus som ligger bakom immunbristen vid aids för humant immunbristvirus, förkortat till hiv. Humant eftersom det förorsakar sjukdom hos människor, immunbristvirus eftersom det leder till ett skadat immunförsvaret.

Vad är aids?

Aids är samlingsnamnet för ett stort antal infektioner och tumörsjukdomar, som personer med hivinfektion riskerar att få, när hiv har skadat immunförsvaret i regel mycket kraftigt.

De sjukdomar, som tillsammans med ett positivt hivtest, föranleder en aidsdiagnos finns uppräknade i den nu gällande definitionen av aids, som senast reviderades 1993. Aids är ett begrepp, som numera inte bör användas mer än vid nationell och global epidemiövervakning. Effektiv behandling av hiv, som nästan helt blockerar virusförökningen, gör att immunbristen vid aids inte längre är irreversibel. Immunförsvaret kan återhämta sig. Idag är det rimligare att tala om hivinfektion med eller utan symtom. Aids var för 15-20 år sedan närmast en dödsdom men är det inte längre för den som kan få och vill ha behandling.

Vad är hiv?

Humant immunbristvirus hör till en grupp virus som kallas *lentivirus* – av latinets *lentus*=långsam. Det rör sig om ett antal virus som har förmåga att infektera ett stort antal celler i kroppen. Det finns två slags hiv, hiv-1 och hiv-2. Båda ger upphov till aids men det är hiv-1 som fått störst spridning. Viktigast för spridningen av hiv och för sjukdomsförloppet är att hiv infekterar olika former av vita blodkroppar: antigenpresenterande celler och hjälparceller. Även utan behandling är förloppet av infektion med lentivirus i regel långsamt. Tiden från smittillfället till aids uppgår utan behandling i genomsnitt till cirka tio år. Den absolut största delen av den tiden brukar den som är smittad känna sig frisk och har ingen aning om sin ”sjukdom”, och därför inte heller om sin smittsamhet.

De vita blodkroppar som framför allt infekteras har en central roll i kroppens försvar mot infektioner och vissa tumörformer. Framför allt sådana tumörer som orsakas av kroniska virusinfektioner, exempelvis en del lymfom, Kaposi sarkom, cancer i livmodertappen och analcancer. Dessa vita blodkroppar finns i våra slemhinnor, i lymfkörtlar, i

blodbanan och i praktiskt taget alla organ som finns i kroppen.

Hivepidemins bedrägliga tidsperspektiv

Från det man blir smittad med hiv till dess att immunförsvaret är så skadat att man kan bli allvarligt sjuk tar det ofta många år. Eftersom sjukdomen under den tiden inte står still och eftersom den smittade under hela den tiden också kan smitta andra, är det viktigt att förstå detta: hivinfektion är en långsamt förlöpande infektionssjukdom med lång tids smittsamhet hos människor som i regel inte känner sig sjuka.

Hiv sprids framför allt genom en så vanlig mänsklig aktivitet som sexuellt umgänge samt från mor till barn före och framför allt vid födseln samt genom bröstmjölk. Det är dessa egenskaper hos hiv som gör hivepidemin så svårbekämpad.

Var kommer hiv ifrån?

Åtskilliga virus som liknar hiv finns bland apor i Afrika. Deras immunförsvaret är mycket lika människans. En del aparter blir sjuka av sina virus, andra inte. En del apvirus liknar hiv-1, andra hiv-2. Dessa två virus har föranlett hivepidemin bland människor. Ifråga om hiv-1 finns ett betydande antal subtyper/undergrupper och rekombinationer mellan subtyperna.

Vissa data tyder på att hiv-1 började spridas bland människor under årtiondet efter första världskriget, dvs. på 1920-talet. Både hiv-1 och hiv-2 har förmodligen åtskilliga gånger passerat artgränsen mellan apa och människa. Epidemin ”upptäcktes” 1981 i USA men i efterhand har man funnit åtskilliga aidsfall tidigare. Så till exempel har man funnit antikroppar mot hiv-1 i ett fryst blodprov, taget 1959 i Kinshasa. En engelsk sjöman dog samma år i aids efter att ha haft sexkontakter i

Afrika. Under åren därefter fram till 1981 har man vid tillbakablick kunnat finna hiv och aids som förklaring till tidigare oförstådda sjukdomstillstånd. För vidare information, se Lars O. Kallings bok ”Den yttersta plågan” 2005. Se också ”Where AIDS came from”, föreläsning av Paul Sharp, 13th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections i Denver, februari 2006 (Abstract 70 för 13th CROI på websajten www.retroconference.org).

Oavsett när, var och hur epidemin har börjat står det klart, att hiv kommer att finnas med i vår värld årtionden framöver. Detta gäller oavsett om man lyckas framställa botemedel för dem som är smittade och vaccin som skyddar mot smitta. Både skyddande vaccin och botemedel mot hiv verkar vara mycket avlägsna. Av allt att döma har vi hittills endast sett början på hivepidemin.

Att förebygga fortsatt hivspridning är därför av största vikt och det kräver insikter och insatser av oss både som individer och kollektiv.

Några grundfakta om hiv

Hivinfektion upptäcks genom ett blodprov, som kan fastställa om en person har antikroppar mot hiv. Om så är fallet, är personen ”hivpositiv” och smittad med hiv.

- Antikroppar mot hiv innebär inte att man har haft hiv och är skyddad mot smitta. Tvärtom har man en pågående infektion och dessutom kan man på nytt bli smittad av hiv. Ett positivt antikroppstest innebär att man är smittad med hiv och att man kan smitta andra med viruset, även om smittsamheten under huvuddelen av sjukdomsförloppet kan sägas vara låg.
- De flesta hivpositiva förblir friska under många år. Att vara hivpositiv och att ha aids är alltså inte samma sak. Märk väl: detta gäller även utan tillgång till behandling.
- Från smittillfället till dess att immunförsvaret är så dåligt att livshotande sjukdom riskerar tillstöta tar det även utan behandling i regel cirka tio år. Eller med andra ord: Ungefär hälften av dem som är hivsmittade får även utan behandling allvarliga, livshotande symtom först efter ungefär tio år.
- Av det föregående framgår att man kan vara hivinfekterad i många år utan att veta om det. Ett hivtest är enda sättet att säkert få reda på om någon är hivsmittad eller inte.
- Antalet känt hivsmittade i samhället är alltså inte det samma som antalet smittade. Det finns alltid fler smittade än antalet testade som visat sig ha ett positivt hivtest.

- De som inte är testade men ändå smittade känner inte till sin hivinfektion.
- När en person väl är smittad med hiv, förblir han/hon förmodligen smittsam för resten av sitt liv. Smittsamheten är störst veckorna omkring serokonversion, dvs. då antikroppar mot hiv kan upptäckas i blodet. Med andra ord kan de allra flesta smittade inte känna till sin hivinfektion, när de är som allra mest smittsamma.

Effektiv hivbehandling minskar smittsamheten högst betydligt, men upphäver den inte med säkerhet. En annan sexuellt överförd infektion kan ge mycket stor mängd hiv i genitalsekret och slemhinnor. Detta utan att det alls syns vid mätning av hivmängden i blodet.

- Det finns i dag en uttalad samsyn i behandlingsrekommendationer i olika länder. Behandling bör ges vid symtom som anses bero på hiv eller då antalet CD4-celler/hjälparceller gått ner till 350. Från smitta till behandlingskrävande hivinfektion tar det i regel ett antal år.
- Hiv smittar inte vid sociala kontakter. Högradig intimitet krävs för smittöverföring, det vill säga den typ av intimitet som praktiskt taget bara förekommer vid sexuellt umgänge. Oro för smitta vid sociala kontakter är helt grundlös.
- Det finns inget vaccin som skyddar mot hivinfektion. Trots intensiv forskning är det ytterst ovisst om ett fungerande vaccin kommer att finnas i bruk under den närmaste tioårsperioden eller om det alls är möjligt att göra ett skyddande vaccin mot hiv.
- Något botemedel mot hiv finns inte. Kombinationsbehandling med tre eller flera preparat ger kraftig virushämmande effekt, som kan vidmakthållas under lång tid. Sådan kombinationsbehandling med flera preparat har sedan mitten av 90-talet lett till kliniska förbättringar av högst påtagligt slag, med mindre sjuklighet och färre dödsfall hos de hivinfekterade, som har tillgång till behandling.

- Under de gångna årens aidsferenhet har vi fått allt större kunskaper att behandla komplikationer till hivinfektion, så kallade opportunistiska infektioner och tumörer. Dessa kunskaper gör att även aidsjuka som inte känt till sin hivinfektion kan få behandling mot de flesta komplikationer av hiv, så att de får en möjlighet att dra nytta av hivbehandling, som kan ge en återhämtning av immunförsvaret. Alla komplikationer till hiv är emellertid inte botbara eller ens behandlingsbara. Det är därför av största vikt att alla som har hiv också vet om det så att de kan få behandling, innan de drabbas av komplikationer av sin sjukdom.
- Effektiv hivbehandling medför – i regel endast på lång sikt – viss risk för mer eller mindre allvarliga biverkningar.

Hur smittar hiv?

När hiv kommer i kontakt med celler som viruset kan infektera, sk målceller, föreligger risk för smitta. Målceller för hiv finns i alla våra slemhinnor, i lymfkörtlar, i blodbanan och i praktiskt taget alla kroppens organ. För den sexuella överföringen av hiv, som är det vanligaste spridnings sättet, spelar målceller i slemhinnorna störst roll.

Huden utgör en barriär mot de flesta smittämnen och intakt hud utgör ett fullgott skydd också mot hiv. Intakta slemhinnor, det vill säga utan sår eller bristningar, ger emellertid inte ett tillräckligt skydd mot hiv av skäl som framgår nedan.

Vid injektioner och blodtransfusioner passeras den barriär som huden utgör och risk för hivsmitta är stor, om blod som innehåller hiv injiceras.

Den vanligaste smittvägen är emellertid sexuellt umgänge. Därför ägnas mer utförlig uppmärksamhet åt den sexuella överföringen av hiv nedan. Dessutom ägnas broschyren *Skydda – att skydda sig själv och andra* i denna serie till stor del åt sexuell

överföring av hiv och hur man kan skydda sig och sin partner mot sådan smitta.

Sammanfattningsvis kan sägas, att hiv kan överföras på följande sätt:

1 Oskyddat samlag. Samlag med penis i slida och ändtarm innebär risk för hivöverföring. Oskyddat analsamlag är särskilt riskabelt för den som tar emot penis. Detta beror på att mängden infekterbara celler är särskilt stor i tarmslemhinnan, som dessutom innehåller celltyper som transporterar virus genom slemhinnan in till infekterbara celler i skiktet under själva slemhinnan. Sådana transporterande celler saknas i mun- och slidslemhinnan. Risker vid analsamlag ökas också av att sädesvätska, och så kallad ”försats”, som utsöndras före utlösning hos män när de har erektion, i regel stannar kvar i tarmen till dess de tagits upp av celler i tarmslemhinnan. Tarmslemhinnan har en resorberande förmåga som slidans vägg saknar.

2 Munsex – det vill säga att suga och slicka sin partners könsorgan eller att bli sugen och slickad utan skydd - kan överföra hiv. Risker förefaller emellertid vara mindre än vid oskyddat samlag, åtminstone för den som blir sugen och slickad. Att slicka sin partners analöppning eller att bli slickad kan inte helt uteslutas innebära risk för hivsmitta men risken torde vara mycket liten.

3 Blod, blodprodukter och transplanterade organ. Risker är utomordentligt liten med de testrutor som vi har i Sverige. På vissa håll i världen är blodtransfusioner en källa till hivsmitta. Donation av sperma kan överföra hiv.

4 Världen över sprids hiv också, då sprutnarkomaner delar sprutor och får i sig blod från varandra. Denna smittväg är av stor betydelse för vidare sexuell spridning av hiv, i regel från unga män till jämnåriga kvinnor, som är blivande barnaföderskor. Exempel på detta ser vi nu i det forna

Sovjet och i Kina. Konsekvenserna framgår av nästa smittväg.

5 Mor till barnsmitta. En hivsmittad kvinna kan infektera sitt barn i livmodern, men framför allt vid födsel och amning.

Varför smittar hiv vid sexuell umgänge?

Vid oskyddat samlag uppfylls villkoret för hivsmitta: virus från en smittad partner har möjlighet att komma i kontakt med infekterbara celler hos en osmittad person.

Hiv kan hos en smittad person återfinnas i följande kroppsvätskor av betydelse vid samlag: slidvätska, sädesvätska samt så kallad ”försats”, den vätska som hos män utsöndras i urinröret vid sexuell upphetsning och erektion. Dessutom verkar det högst sannolikt, att smittade celler både i sekret och inte minst i slemhinnor spelar en roll vid sexuell smitta med hiv, en roll som ökar kraftigt vid samtidig förekomst av andra sexuellt överförda infektioner. Beträffande det senare påståendet verkar dock vetenskapen inte ha sagt sitt sista ord.

I blod kan man nästan alltid finna hiv hos den som är smittad och som inte har behandling.

I saliv finner man mindre ofta hiv. Saliv innehåller också ämnen som tycks hämma hiv. Det är emellertid entydigt belagt, att den som blir avsugen (får sin penis sugen) av en hivsmittad person kan smittas av hiv i saliv.¹

Också i tårar och i bröstmjölk kan hiv återfinnas. Ingendera spelar en väsentlig roll vid ordinära sexkontakter.

Våra slemhinnor är alltså inget hinder mot smitta med hiv, inte ens när de är hela och utan sår eller

¹ *International Journal of STD & AIDS* 1997; 8:522-525. Artikeln finns utförligt refererad av mig i *Perspektiv på hiv* nr 6 under rubriken *Orogenital hivsmitta som kan läsas på websajten www.pphiv.org* LM

bristningar. Detta beror på att de saknar det skyddande lager av hornämne som huden har. Slemhinnor har vi i munnen, i ögonen, på våra könsorgan (i slidan på kvinnor och i urinrörsmynningen hos män) samt i ändtarmen innanför hud-slemhinnegränsen. Om hiv hamnar på dessa ställen, kan hiv hitta målceller att infektera. Några sår eller bristningar är inte nödvändiga. Andra sexuellt överförbara infektioner, som ger sår och/eller flytningar, ökar risken för smittöverföring. Samma reservation för detta påstående som vi gjorde tidigare i detta stycke gäller givetvis även här.

Huden på förhudens insida, den del som man bara kan se då man drar tillbaka förhuden, har slemhinnekaraktär, det vill säga att den saknar eller har ett ytterst tunt hornlager. Infekterbara celler i denna del av förhuden spelar en viktig roll vid sexuell smitta, i första hand till mannen och i viss mån till hans partner. Detta är visat i sexkontakter mellan man och kvinna men kan troligen gälla också vid sex mellan två män.

Hivinfektionens förlopp

Som redan framgått betyder infektion med hiv och aids inte samma sak. Att vara smittad med hiv innebär att ha en pågående infektion med ett virus som i regel tar lång tid på sig för att ställa till allvarlig skada, oftast åtskilliga år.

Akut eller primär hivinfektion

Ett par eller några veckor efter smittillfället får en del – hur stor del vet vi inte – av dem som smittats symtom som vid en akut virussjukdom: feber, halsont, huvudvärk, ibland hudutslag, en del får också svullna lymfkörtlar. Symtomen kan vara alltifrån mycket lindriga till så svåra att de föran-

leder inläggning på sjukhus. De kan vara ibland endast några få dagar men ofta en eller ett par veckor. Denna akuta sjukdomsbild, som utlöses av eller i varje fall är samtidig med en mycket kraftig virusförökning efter infektion med hiv och som sker innan ett immunsvaret har hunnit komma till stånd, brukar kallas för akut eller primär hivinfektion. Primär hivinfektion har ganska länge ansetts vara en indikation för akut behandling mot hiv. Det kan man inte längre hävda, om primärinfektionen har ett normalt förlopp.

När symtomen på en akut hivinfektion väl gått över brukar den smittade känna sig frisk. Inom tre till åtta, men undantagsvis upp till tolv veckor, efter smittillfället utvecklar den som blivit smittad antikroppar mot hiv. Dessa kvarstår sedan resten av livet.

Symtomfritt skede

Efter en eventuell primärinfektion har den smittade i regel under åtskilliga år inte några hälsoproblem som beror på hiv. Att så är fallet beror inte på att hiv är vilande i meningen att hiv inte förökar sig hos den smittade. Virusförökning äger rum hos praktiskt taget alla smittade om än i olika mängd. Men immunförsvaret har stora marginaler. Hos de flesta smittade klarar immunförsvaret dessutom av att under lång tid ha viss kontroll på virusförökningen. Exakt på vilket sätt immunförsvaret skadas av hiv är inte till fullo känt. När tillräckligt stor skada har skett, uppträder symtom på ett sviktande immunförsvaret i form av olika infektioner och tumörer som inte drabbar personer med ett normalt immunförsvaret.

Med den hivbehandling, som vi sedan mitten av 1990-talet har tillgång till, kan också ett kraftigt nedsatt immunförsvaret återhämta sig. På så sätt kan risken för denna typ av opportunistiska infektioner och tumörer minska eller i regel försvinna helt.

Hiv i världen och i Sverige

Globalt

I de sex första upplagorna av denna broschyr har antalet smittade och aidsfall alltid angivits i kumulativa tal, dvs. i det antal fall som har rapporterats eller har antagits finnas sedan epidemins kända "början" år 1981. När den sjunde upplagan förbereddes hade hivepidemin en historia på ett kvartsekel bakom sig, och den epidemiologiska rapporteringen hade börjat ske som för andra smittsamma sjukdomar.

Inför World AIDS Day, den 1 december 2005, angav UNAIDS sin statistik över hivepidemin i de termer som epidemiologin generellt använder: prevalens och incidens.

Prevalens anger andelen smittade i en befolkning eller population vid ett givet tillfälle. *Incidens* anger antal i eller andel av en befolkning som smittats under en given tidsperiod. *Prevalens* är ett tvärsnittsvärde som kan mätas på olika sätt vid ett enda tillfälle. *Incidens* anger förändring under en given period och kräver mätningar vid minst två tillfällen.

Andelen hivpositiva i världen har stabiliserats sedan år 2000, men ligger fortfarande på en oacceptabelt hög nivå. Det totala antalet människor som lever med hiv har ökat. Det beror dels på att hiv fortsätter att spridas samt att färre dör i aids, vilket är en effekt av bättre tillgång till kombinationsbehandling. Det sista gäller dock bara i vissa delar av världen. Fortfarande är tillgången på effektiv behandling mot hiv ytterst ojämnt fördelad mellan länder och i de länder där de största behoven finns.

I vissa delar av världen har spridningen av hiv minskat medan den har ökat i andra.

Antalet människor som lever med hiv uppskattades år 2007 till 33 miljoner människor. Under året beräknades 2,7 miljoner ha blivit smittade och 2 miljoner ha dött i hivrelaterade sjukdomar. Av de nyinfekterade var 370 000 barn under 15 år. Av de avlidna var 270 000 barn under 15 år.

Under år 2007 smittades mer än 7 400 personer per dag. Mer än 96 procent av dessa lever i låg- och medelinkomstländer och av de 6 300 över 15 år var hälften kvinnor.

I praktiskt taget alla regioner utanför Afrika söder om Sahara drabbar hiv i oproportionerlig grad intravenösa missbrukare, män som har sex med män och prostituerade.

Tillgång till behandling och information

På bara sex år har tillgången på antiretroviral behandling i låg- och medelinkomstländer ökat tiofaldigt, till närmare tre miljoner människor vid slutet av år 2007. Den snabbt ökade tillgången på behandling i resurssvaga områden räddar liv, ökar livskvaliteten och bidrar till föryngringen av familjer och samhällen. Dock behöver åtgärder för att öka tillgången på lämplig behandling för barn intensifieras.

Globalt sett har kvinnor lika eller bättre tillgång till hivbehandling än män. Möjligtvis har detta att göra med att kvinnor har två möjliga vägar till behandling, dels behandlingsprogram dels program för att förhindra mor-barn smitta.

Betydande erfarenheter hur man kan göra modern behandling mot hiv tillgänglig i resursfattiga miljöer har gjorts. Samtidigt står det allt klarare, att tillgång till effektiv behandling ökar motivationen för testning och för samtal om preventiva åtgärder inklusive partnertestning.

Insikten om nödvändigheten av behandling och preventiva åtgärder framgår av UNAIDS rapport för år 2007 (Report on the Global AIDS Epidemic, 2008). Kunskaper om hiv och hur man kan skydda sig – och sin partner – är ännu dåliga i många länder, även sådana med stigande eller hög prevalens av hiv. Trots att 45 procent av alla nya hivinfektioner bland vuxna drabbar personer i åldern 15-24 år saknar många adekvat och tillräcklig information om hur hiv smittar och hur man kan skydda sig. En undersökning i 64 länder indikerade att endast 40 procent av männen och 38 procent av kvinnorna i åldern 15-24 år hade denna kunskap.

I många subsahariska länder spelar smitta från mor till barn en fortsatt stor roll. I den industrialiserade delen av världen har sådan smitta praktiskt taget eliminerats genom behandling av gravida kvinnor. En kraftfull satsning på att förebygga smitta till nästa generation redan i livmodern, vid födseln eller genom amning behöver göras.

Utmaningar nu och i framtiden

Allt fler belägg hopas som antyder att kombinationen av sprutnarkomani och prostitution (sex work, både kvinnors och mäns) driver på epidemin. Existerande preventionsprogram misslyckas i regel helt med att nå dem som har båda dessa riskfaktorer. Däremot finns god erfarenhet att långvariga, intensiva program har lyckats få till stånd en minskning i incidensen av hiv hos sexarbetare och deras kunder i exempelvis Thailand och Indien, likaså bland sprutnarkomaner i Spanien och Brasilien. Dessa grupper får emellertid, liksom män som har sex med män, ingen eller mycket dålig tillgång till både prevention och behandling på många håll, främst i Latinamerika, Karibien, Mellanöstern och Nordafrika. Intravenösa missbrukare möter ofta avsevärda hinder för hivbehandling vilket inte sällan beror på

diskriminering och brister i missbruksbehandling. I många länder, framförallt i Östeuropa, Central-, Syd- och Sydostasien förhindrar lagar och regler hivpositiva missbrukare att nyttja det stöd och den service som erbjuds andra hivpositiva.

Källa: UNAIDS

Sverige

Till och med första halvåret 2009 har totalt 8 655 hivfall anmälts i Sverige varav ca 5 000 beräknas leva med hiv i Sverige idag. Detta är fler än någonsin tidigare. Orsaken till detta är dels en mycket stor minskning av insjuknande i aids, sedan modern kombinationsbehandling introducerades i mitten på 90-talet, dels en ökad incidens av hiv under 2000-talet.

Källa: Smittskyddsinstitutet

Sociala konsekvenser

Det säger sig självt att hivepidemin kraftigt påverkar individer och samhällen. I länder, där andelen hivsmittade på sina håll är hög, dör många människor i yrkesverksam ålder och lämnar efter sig föräldralösa barn. En del av barnen är i sin tur smittade med hiv.

I länder med huvudsaklig spridning under epidemins början bland män som har sex med män, var i vissa storstäder så många homosexuella män smittade redan under epidemins första år, att mycket stora beteendeförändringar inte kunde förhindra att många av dessa dog. Spridningen av hiv bland män som har sex med män har därefter under en tioårsperiod från mitten av 80-talet minskat kraftigt i USA och Västeuropa. Under senare hälften av 90-talet har en ökning av sexuellt överförda infektioner kunnat ses på många håll, så även i Sverige. I en del länder ses också ökad spridning av hiv vid sexkontakter mellan män.

Många länder med hittills relativt liten spridning står inför betydande nationella hivepidemier. En del står på tröskeln till epidemisk spridning av hiv och andra har tagit ett rejält kliv över tröskeln, till exempel delar av Sydostasien. Indien har en stor epidemi. Under de senaste åren har riskerna för stor spridning av hiv i länder som Kina och Ryssland aktualiserats.

Bland sprutnarkomaner kan hiv spridas extremt snabbt. Andelen sprutnarkomaner i en befolkning är alltid en liten minoritet. Därför kommer sprutnarkomaner knappast att dominera epidemin på lite längre sikt ens i de länder, där de under epidemins början var i majoritet. När många sprutnarkomaner blivit smittade, bidrar detta framför allt till en större heterosexuell spridning.

Psykologiska konsekvenser

Hivepidemin får också psykologiska konsekvenser. Kunskapen om att man vid sexuellt umgänge kan få – eller smitta någon annan med – ett smittämne som medför en potentiellt dödlig infektion påverkar givetvis människors upplevelse av sex. Omsorg om vår egen och kommande generationers sexuella utlevelse gör det nödvändigt att reducera spridningen av hiv så långt som möjligt.

All sorts sexuell aktivitet, som rymmer möjligheten till befruktning och barnafödande, medför ett ansvar som tydligt går utöver den individuella njutningen för stunden. Det är likadant med sexuell samvaro mellan män och mellan kvinnor, även om ansvaret för den andra och för andra här kan synas mindre uppenbart, när en ny människa inte kan bli resultatet av samvaron. Men ett ansvar som går utöver stunden och utöver en själv föreligger likafullt. Därmed inte sagt att vi människor, oavsett sexuell läggning, alltid kan se det ansvaret och än mindre att vi är villiga att ta det.

Om människor, för hivriskens skull, skall vara villiga att göra sig besväret att tillämpa säkrare sex-principer av det slag som beskrivs i *Skydda – att skydda sig själv och andra*, krävs det värderingar och normer i samhället som uppmuntrar sexuell utlevelse präglad av ansvarstagande för egen och andras hälsa och sexualitet.

Säkrare sex innebär, hur man än vänder och vridder på det, inskränkningar och uppoffringar. Det är svårt att hävda att samlag med kondom är skönare än utan; möjligen är det lika skönt, men för en del människor är det mindre skönt. Ändå är det värt att göra den inskränkningen, därför att infektion med hiv är ett ännu sämre alternativ. Ett memento - och en ofta försummad insikt i diskussioner om säkrare sex - är det faktum att kondom i bästa fall används vid samlag i slidan eller i ändtarmen men sällan vid oralsex.

Vad kan göras för att hindra hivspridningen?

Erfarenheter från olika länder och olika grupper visar att tre övergripande villkor måste uppfyllas för god hivprevention:

1 Entydig och begriplig information och undervisning om hiv och dess spridningsätt samt en realistisk riskbedömning för hiv i den aktuella miljön och bland olika grupper. Även motiverande insatser som får människor att gå från faktakunskaper till beteendeförändringar i de fall sådana är lämpliga eller nödvändiga för minskning av hivrisker.

2 Tillgång till hälso- och sjukvård för bland annat testning och behandling av hiv och andra sexuellt överförbara infektioner. Tillgång till kondomer för att förebygga hiv och andra sexuellt överförbara infektioner. Tillgång till rena injektionsverktyg för sprutnarkomaner eller åtminstone inga hinder för dem att skaffa sådana.

3 En stödjande omgivning som bidrar med sunda värderingar och normer för preventiv information och som tar hand om dem som är hivpositiva utan att diskriminera dem.

Allt detta kan inte åstadkommas utan gemensamma ansträngningar av individer, grupper och samhällets olika organ och institutioner. Vår situation i Sverige med avseende på hiv är på många sätt gynnsam. Det finns och har funnits saklig och begriplig information om hiv sedan drygt 25 år och information om sex och samlevnad sedan många årtionden. Vi får kalla saker och ting vid deras namn, så att människor begriper. En broschyr som denna vore inte möjlig att publicera i en del europeiska länder, för att inte tala om många utomeuropeiska. Människor i Sverige kan tala om sex, även om många av oss skulle kunna bli bättre på det. Vi kan söka sjukvård om vi tror att vi har fått en sexuellt överförbar infektion. Vi har en relativt tolerant social miljö, även om också den kunde vara bättre.

Ett samhälle som är bra på att skydda sig mot hiv får man endast om det finns en uppmärksamhet mot förenklingar, skuldbelägganden och diskriminering. Effektiv hivbekämpning förutsätter att grundläggande mänskliga rättigheter tillgodoses för alla. Också för dem som har hiv eller som kan antas ha större risk än andra för att få hiv.

Att vara hivpositiv medför på sina håll inskränkningar i rätten att resa, i rätten att söka arbete, eller kort och gott, i rätten att inte bli diskriminerad. Rättigheter och skyldigheter hör samman. Människor som inte får sina rättigheter tillgodosedda, kan inte förväntas iaktta sina skyldigheter. Därför har hivbekämpning också i ett land som vårt med mänskliga rättigheter att göra. Det är en rättighet att inte bli diskriminerad som hivpositiv.

Genom förståelse och respekt för olika människors behov kan ett klimat skapas som motverkar rädsla och isolering mellan människor. Och det kan bli lite lättare för oss människor att leva med de problem som vi alla har.

I broschyrerna *Skydda – att skydda sig själv och andra* och *Hivtestning – varför, hur och därefter* tar vi upp dessa frågor i en något annan belysning.

Broschyrserie

Med denna broschyrserie vill vi bidra till information och undervisning om hiv. Av broschyrerna handlar:

- den första – som du just nu läser – om epidemin i ett mer övergripande perspektiv.
- den andra broschyren, *Skydda*, handlar om vad vi som individer kan göra för att skydda oss själva och andra.
- den tredje, *Testa sig*, om testning och dess betydelse för individer och för det hivförebyggande arbetet.

Ytterligare en fristående broschyr, *Behandla*, tar upp behandlingen av hivinfektion.

Detta är den åttonde upplagan av denna broschyr i den serie som ovan presenteras.

PEDER AHLIN
LARS MOBERG
ÅSA THOUROT
OKTOBER 2009

Om du vill veta mer

Noaks Ark Direkt på Noaks Ark i Stockholm

tel 020-78 44 40 E-POST direkt@noaksark.org

020-numret innebär att samtalet är kostnadsfritt. Samtalet syns inte på telefonräkningen. Noaks Ark Direkt kan ge svar på frågor om hiv och andra sexuellt överförbara infektioner men också hänvisa till andra organisationer och myndigheter. Du kan även få information om var du kan hivtesta dig samt beställa informationsmaterial.

INFORMATION, UTBILDNING, STÖD OCH HJÄLP

Stiftelsen Noaks Ark

Eriksbergsgatan 46, 114 30 Stockholmtel 08-700 46 00

E-POST info.stockholm@noaksark.org

NOAKS ARK-FÖRENINGAR:

Noaks Ark Skåne

Barkgatan 11, 214 22 Malmötel 040-611 52 15 (växel)

E-POST info@noaksark.org

Bruksgatan 29, 252 24 Helsingborgtel 042-24 31 09 (stödverksamhet)

.....tel 042-24 31 00 (informationsverksamhet)

E-POST info.helsingborg@noaksark.org

Noaks Ark-Röda Korset Småland

Kungsgatan 15b, BOX 98, 351 04 Växjötel 0470-193 81

E-POST noaksark@minmail.net

Noaks Ark-Röda Korset Gävleborg

c/o Noaksson, Köpmangatan 24A, 803 21 Gävletel 026-18 33 01

E-POST info.gavle@noaksark.org

Noaks Ark Barents

Box 11, 954 21 Gammelstadtel 0920-23 06 50

E-POST info.barents@noaksark.org

Noaks Ark Östergötland

Kungsgatan 74, 602 33 Norrköpingtel 070-444 58 43

E-POST info.ostergotland@noaksark.org

Hiv-Sverigetel 08-714 54 10

E-POST info@hiv-sverige.se

Genom Hiv-Sverige eller Noaks Ark Direkt kan information fås om andra organisationer för hivpositiva.

© LARS MOBERG

LARS MOBERG ÄR ÖVERLÄKARE

PÅ VENHÄLSAN, SÖDERSJUKHUSET I STOCKHOLM.

TRYCKT HOS AFFÄRSTRYCKERIET, NORRTÄLJE 2009.

ISBN 978-91-978358-2-4

*Behöver du fler exemplar
av denna broschyr, kontakta
Noaks Ark Direkt 020-78 44 40
E-post direkt@noaksark.org*