
AIDS i Afrika

REDAKSJONELT

PREBEN AAVITSLAND

Preben Aavitsland (f. 1963) er fagredaktør i Tidsskriftet og epidemiolog ved Statens institutt for folkehelse.

Email: preben.aavitsland@folkehelsa.no

Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin

Statens institutt for folkehelse

Postboks 4404 Torshov

0403 Oslo

20 år etter at HIV kom til Norge er om lag 2 500 personer smittet. 523 av dem er døde av AIDS. I det sørlige Afrika er hver femte voksne person smittet (1). Bare i år har over to millioner afrikanere dødd av AIDS, mange etter måneder med store lidelser, uten pleie og uten lindrende behandling, og med vissheten om at barna deres blir foreldreløse og kanskje selv kort tid etter skal dø av samme sykdom.

Nøkkelen til bekjempelsen er å forstå årsakene til epidemiens ulike utvikling i Norge og Afrika. Spredningen av et seksuelt overførbart smittestoff i en befolkning bestemmes av smittsomheten ved samleie, partnerbytteraten i befolkningen og varigheten av den smittsomme perioden (2).

HIV er normalt svært lite smittsomt ved et penilt-vaginalt samleie, smitterisikoen er kanskje lavere enn 0,001 (3). To forhold kan øke smittsomheten betydelig.

Virusmengden i blodet og dermed smittsomheten er høy de første ukene etter smitten (2, 3). Dersom en nylig smittet mann har flere parallelle partnere (koner, elskerinner, prostituerte), kan han rekke å smitte dem alle mens han selv er høyinfeksiøs. Parallelle partnerskap er vanligere i flere afrikanske land enn i Norge. Virusmengden og smittsomheten er høy også sent i sykdomsforløpet, da viruset har ødelagt immunforsvaret (3). I Afrika er HIV-testing ennå uvanlig, slik at mange personer med avansert, høyinfeksiøs HIV-sykdom fortsetter sitt seksualliv, uvitende om smitten. I Norge er de fleste smittede HIV-testet innen få år etter smitten.

For det andre øker smittsomheten dersom minst e...n av partnerne har en annen seksuelt overførbart sykdom (4). Prevalensen av disse sykdommene er høyere i Afrika enn i Norge.

I Afrika er trolig partnerbytteraten, iallfall for menn, høyere enn i Norge, ettersom flerparterskap og bruk av prostituerte er vanligere.

En HIV-smittet person er smittsom for resten av livet. Den praktiske smittevarigheten kan forkortes dersom kunnskap om smitten fører til radikal atferdsendring. Dette skjer trolig i Norge, der testing er vanlig og kunnskap om HIV utbredt. I Afrika er testing uvanlig og kunnskapen liten, slik at de smittede i praksis er smittsomme lenger.

Dermed ser vi hva som må til for å bremse epidemien i Afrika: Befolkningen, de frivillige organisasjonene og myndighetene må jobbe sammen for å redusere forekomsten av andre seksuelt overførbare sykdommer, antall samtidige partnerskap, partnerbytteraten, antall smittede personer som ikke er klar over sin status og antall samleier uten kondom. Det er mange kulturelle og økonomiske hindere. Den store utfordringen er å gjøre bare de riktige tingene og på riktig måte. Kun noen tiltak er vist å være effektive i randomiserte studier.

Det første tiltaket er å bekjempe seksuelt overførbare sykdommer gjennom organiserte programmer for diagnostikk og behandling. Slike programmer kan redusere insidensen av HIV-infeksjon med over 40 % (5).

Det andre tiltaket er å gjøre HIV-testen mer tilgjengelig slik at alle som ønsker det, kan finne ut om de er smittet og dermed legge om sin atferd (6).

Det tredje tiltaket er å benytte det antivirale midlet nevirapin til forebygge smitte fra HIV-positiv mor til barnet under fødselen (7).

I tillegg må helseopplysningen videreføres. Det langsiktige arbeidet må styrke kvinners kunnskaper, rettigheter og økonomiske stilling slik at flerparterskap og prostitusjon kan reduseres og kondombruken økes.

AIDS-epidemien i Afrika fører til ufattelige lidelser. Likevel må vi se mulighetene. Vi vet hva som skjer og hvorfor, og vi vet hvordan epidemien kan bremses.

LITTERATUR

1. Report on the Global HIV/AIDS-epidemic. June 2000. Genève: UNAIDS, 2000.
2. Anderson RM. Transmission dynamics of sexually transmitted infections. I: Holmes KK, Sparling PF, Mårdh P-A, Lemon SM, Stamm WE, Piot P et al, red. Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill, 1999: 25 – 37.
3. Leynaert B, Downs AM, de Vincenzi I. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: variability of infectivity throughout the course of infection. Am J Epidemiol 1998; 148: 88 – 96.
4. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV. Sex Transm Inf 1999; 75: 3 – 17.
5. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, Mwijarubi E, Klokke A, Senkoro K et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. Lancet 1995; 346: 530 – 6.
6. The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya,

Tanzania, and Trinidad: a randomised trial. Lancet 2000; 356: 103 – 12.

7. Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIV 012 randomised trial. Lancet 1999; 354: 795 – 802.

Publisert: 30. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.