

ABC-kampanjen i Uganda; hvorfor er den ikke overførbar til andre land?



Prosjektoppgave av medisinstudent

Olav Gjønnnes Tvedten

Universitet i Oslo

2012

Innholdsliste

Abstract.....	3
Introduksjon.....	3
Metode.....	4
ABC-strategien.....	6
Ugandas suksess.....	7
Kritikk mot ABC-kampanjens resultater i Uganda.....	9
Utfordringer kampanjen står ovenfor	11
Avholdenhet.....	11
Trofasthet.....	13
Kondombruk.....	14
Kvinner.....	17
Økonomi.....	19
Fattigdom og sykdom	20
Forståelse og rasjonalitet.....	20
Diskusjon	22

Konklusjon	25
Referanser.....	26

Abstract

This text is analyzing why the ABC-campaign, which promotes the risk-reducing behaviour of Abstinence, Faithfulness and Condomize, that apparently were responsible for Ugandas decline in HIV-prevalence in the 90s has not shown the same results in prevalence-decline in other countries. Ugandas decline was an exception and contrary to neighbouring countries it is likely to make a comparison with in regard to extent and maturity of the epidemic of HIV.

By referring to a number of review articles- and primary studies the paper first describes how the campaign was run in Uganda in the 90s and then summarizing the results of surveys that show the decline in HIV-prevalence. Then I will refer to some of the arguments against the successfulness of the ABC-campaign itself and also to factors the ABC-campaign don't take into account, that may be the reason why it is not as easily transferable to other countries as anticipated.

I am arguing that the social context the messages of Abstinence, Faithfulness and Condomize are promoted in is too complex and differs too much to be easily transferred from country to country and region to region. Local societies need specific adjustments in how the campaign is run and in its message, and it will not succeed until conditions specific to the society is taken into account when launching the campaign.

In this paper I am also discussing a framework in African societies that is challenging the assumptions of the campaign about the rational person that given the information about risk of transmission

Then I am using the *Health Belief Model* to show that a rational choice a person not necessarily is a behaviour that will reduce his or hers risk of exposure to the HIV-virus.

Introduksjon

Som ett av bare to land i verden opplevde Uganda på hele 1990 tallet en unik nedgang i hivprevalens. Dette skjedde samtidig som andre land i regionen det ville være naturlig å sammenligne med, blant annet Kenya, Malawi og Zambia, ikke hadde en statistisk signifikant tilbakegang i prevalensen av hiv. Timing og størrelsen på nedgangen i Uganda er tydelig. (Stoneburner & Low-Beer, 2004) Arbeidet mot epidemien i Uganda har derfor vært utsatt for mye

forskning og mange analyser har vært gjort for å forklare suksessen her sammenlignet med andre land. Ofte har strategien «ABC – *Abstinence, Be faithful and Condomize*» for å hindre spredning av smitte, blitt trukket frem som suksessfaktoren som gjorde nedgangen så markant. Likevel har det oppstått en debatt, spesielt i første halvdel av 2000-tallet, om dette virkelig var oppskriften til den nedgangen i hivforekomst undersøkelser viste til. Flere andre land har forsøkt samme strategi, uten å lykkes i samme grad. Debatten i kjølvannet av suksessen har dreid seg om analysene av hvordan arbeidet mot hiv ble organisert og utført i Uganda, og mange forskere mener å kunne trekke frem andre faktorer enn de sentrale ABC som årsakene til den markante nedgangen i hivprevalens og dermed også årsakene til hvorfor andre land nærmest mislykkes med den samme beskjeden. De to ulike leirene i debatten har bestått stort sett av politisk og religiøst konservative mot deres liberale motparter (Murphy, Greene, Mihailovic, & Olupot-Olupot, 2006). Sentralt i ABC kampanjens utforming og spredning er det amerikanske PEPFAR (*President's Emergency Plan For AIDS Relief*), som i sine retningslinjer og kriterier for bistand legger stor vekt på særlig avholdenhet og trofasthet. Jeg vil i denne oversiktsartikkelen først oppsummere Ugandas arbeid mot hiv i den aktuelle perioden, deretter vise til argumentene ulike forskere har mot ABC kampanjens vellykkethet i arbeidet mot ny smitte og til slutt analysere utfordringene ABC kampanjen står ovenfor, som etter min mening gjør at den ikke automatisk kan overføres til andre land i regionen. Mange av disse utfordringene er knyttet til underliggende samfunnsmessige faktorer som kjønn, økonomi og sosiale forhold som må tas hensyn til i hvert enkelt land. Selv om antall personer som hivsmittes hvert år stadig har vært synkende siden 90-tallet, er det estimert en hivinsidens i verden på rundt 2,6 millioner mennesker, og i landene sør for Sahara er ligger prevalensen fortsatt på over 5 % i gjennomsnitt for hele regionen, og opp mot 25 % i enkelte land (UNAIDS). Analyser av suksessfulle programmer i arbeidet med å redusere smitteoverføringen av hiv er utrolig viktige og lærdommene må brukes i det videre arbeidet. Samtidig, som jeg vil vise i denne artikkelen, preges strategiene fortsatt av politisk og religiøs påvirkning, noe som kan begrense idéer arbeidsmetoder og virkemidler i utformingen av virkningsfulle hivkampanjer som er bygget på empirisk data.

Metode

Temaet i denne litteraturstudien bestemte jeg meg for på bakgrunn av mine studier i sosialantropologi i 2005-2006. Jeg leste da artikkelen til Suzette Heald «It's never as easy as ABC: understanding of AIDS in Botswana» fra 2002. Innledningsvis syntes jeg kampanjen hørtes både rasjonell og logisk ut, og som en god kampanje for å bekjempe hiv/aids-epidemien. Videre i artikkelen viser Heald til at kampanjen ikke fungerer i Botswana og forklarer og kommer med eksempler på utfordringene kampanjen står ovenfor både med tanke på hvordan den drives og at budskapet ikke passer inn i konteksten i landet. Å lese artikkelen gjorde meg interessert i hvorfor den fungerte i Uganda, og hvordan den eventuelt kunne tilpasses til andre land. Jeg synes det

manglet flere aspekter i Healds analyse av kampanjens mislykkelighet i Botswana og ønsket å finne ut om det var forsket noe mer rundt utfordringer knyttet til kampanjen.

For å finne eventuelle relevante forskningsartikler som en basis for arbeidet mitt søkte jeg i Google Scholar med søkeordene: «ABC HIV Uganda». Den første artikkelen fra midten av 2000-tallet skrev at det pågikk en debatt om Ugandas suksess i hivarbeid på denne tiden, om kampanjen var årsaken til nedgangen, hvilke utfordringer den stod ovenfor, og om Uganda hadde noen reel nedgang i det hele tatt. Etter å ha lest noen oversiktartikler, bestemte jeg meg for struktur på oppgaven og skjønnte at jeg måtte begrense søket på hvert kapittel av oppgaven.

For å finne en beskrivelse av ABC strategien søkte jeg i Google Scholar: «HIV ABC campaign Uganda». Jeg fant da noen deskriptive artikler, samt hvordan den var utført i Uganda. Selv om flere forfattere hevdet at den på den tiden ikke ble kalt en ABC kampanje, og at denne termen ble utviklet senere, valgte jeg å bruke termen i søket mitt ettersom de fleste artiklene beskrev den med denne forkortelsen.

Gjennom mine søk fant jeg mange oversiktsartikler og der slike studier refererte til originalartikler fant jeg fram disse. På denne måten fant jeg nye artikler jeg syntes var interessante, som tok opp nye temaer og vinklet synet på temaene jeg allerede hadde funnet fra flere sider. Slik ble metoden for innhenting av kunnskap eksplorerende ved at sentrale oversiktsartikler ledet meg videre til originalarbeider andre artikler. Dermed utvidet jeg stadig mangfoldet av temaer samtidig som jeg holdt meg innenfor mine spørsmålsstillinger. Jeg ble etterhvert nødt til å begrense antall temaer for å ikke lage oppgaven for stor, og valgte meg da de temaene jeg syntes utgjorde de viktigste utfordringene for kampanjen. I tillegg til de tre hovedmomentene avholdenhet, trofasthet og kondombruk, valgte jeg derfor også ut artikler som fokuserte på temaene kjønn, økonomi, fattigdom, sykdom og rasjonalitet.

For å utforske Ugandas nedgang i prevalens og insidens mot dette måtte jeg finne kvantitative studier som hadde produsert tallene artiklene baserte seg på. Dette gjaldt også for noen av artiklene som var kritiske til Ugandas suksess i hivarbeidet og artiklene som var uenige i at ABC kampanjen var årsaken til den eventuelle nedgangen. I resten av oppgaven har jeg stort sett brukt kvalitative studier der forfatterne analyserer og problematiserer kampanjen. Det er referert til færre studier i kapitlet som omhandler kampanjen i seg selv og hvordan strategien var i Uganda, men dette kommer av at jeg fant omfattende og beskrivende artikler på dette feltet.

Da antallet artikler om temaet tilgjengelig har vært såpass stort, måtte jeg gjøre en utvelgelsesprosess. Jeg har stort sett brukt artikler som ikke er over 10 år gamle, med mest vekt artiklene skrevet i forbindelse med debatten rundt midten av 2000-tallet. Ved den eksplorerende metoden har jeg valgt ut artikler på basis temaene de er referert til i oversiktsartikler og deretter lest originalartiklenes abstract for å se om artiklene omfavner temaet i stor nok grad. I forbindelse med direkte søk i Google Scholar har jeg valgt ut artikler ved å se om tittelen virket å omfatte temaet, og hvis de gjorde det, har jeg lest abstractet for å endelig bestemme meg for å lese

artikkelen.

ABC-strategien

ABC står som før nevnt for *abstinence, be faithfull* og *condomize*. Strategien er bygget på en tanke om atferdsmessig risikoreduksjon for å redusere hivsmitte. *Abstinence*, eller avholdenhet, betyr å unngå å ha sex, og med dette menes i praksis at man skal vente til ekteskapet før man har sex. Målet er å redusere antall tilfeldige og før-ekteskapelige sexpartnere siden dette anses å gi høyere risiko for å bli smittet av hiv. *Be faithfull* maner til trofasthet mot én livspartner for ikke å risikere å smittes i utenfor-ekteskapelige seksuelle relasjoner, og pådra seg selv og/eller en fast partner hiv. *Condomize* oppfordrer til korrekt og konsekvent bruk av kondom som effektiv prevensjon mot mange seksuelt overførbare sykdommer, deriblant hiv. Programmet er en videreutvikling av «safe sex» kampanjene som ble lansert på begynnelsen av 80-tallet i USA, da hiv epidemien begynte å spre seg hovedsaklig blant homoseksuelle menn i New York og California. For å få med den heteroseksuelle delen av befolkningen ble også «*abstinence until marriage*» kampanjer lansert i USA med støtte fra myndighetene (Su, 2010). På dette tidspunktet ble ikke, som Su (2010) påpeker, strategien kalt ABC, et uttrykk som først ble tatt i bruk av *United States Agency for International Development* (USAID) på midten eller sent på 90-tallet (Slutkin et al., 2006). Sent på 80-tallet ble dette budskapet lansert i flere afrikanske land, blant annet Botswana og Uganda, og fikk mye av æren for Ugandas nedgang i hivprevalens på 90-tallet. Det skal nevnes at de ulike faktorene i strategien har vært vektlagt ulikt gjennom forskjellige perioder siden starten av 90-tallet, noe jeg kommer tilbake til seinere i artikkelen.

Kritikerne av ABC-kampanjen mener det er problematisk at den er forankret i amerikanske kristne verdier og individualisme og at den ikke lar seg automatisk overføre til mer kollektivistiske samfunn i andre deler av verden (Su, 2010). Jeg vil komme nærmere innpå dette nedenfor i analysen av hvorfor kampanjen ikke har lyktes i et land som for eksempel Botswana.

Selv om kampanjen er omdiskutert brukes den i aller høyeste grad fortsatt i bekjempelsen av hiv i blant annet afrikanske land. Den fikk faktisk en revitalisering i 2003 da president George Washington Bush lanserte sitt PEPFAR, et aidsprogram uten sidestykke med tanke på størrelse og budsjetter. I mars 2005 bestemte *Office of the US Global AIDS Coordinator* (OGAC) at 66 % av pengene kanalisert gjennom PEPFAR skulle brukes til arbeid rettet mot avholdenhet- («A») og trofasthetprogrammer («B»), mens bare en tredel skulle dekke alt annet hivarbeid som testing og kondom distribusjon (Dietrich, 2007).

Man kan ved første øyekast tenke seg at en strategi hvor man avstår fra førektekapelig sex, er trofast mot én partner hele livet eller bruker kondom vil være på langt nær vanntett i forhold til å ikke smittes av hiv. Spørsmålet er hvorfor et slikt budskap ikke ser ut til å ha samme virkning på hivprevalens i andre land. Først skal jeg gå nærmere inn på Ugandas nevnte suksess i

hivforebygging.

Ugandas suksess

Uganda var et av de første landene i Afrika sør for Sahara som tok hivepidemien på alvor, og epidemien i landet regnes for å ha brutt ut tidlig. Undersøkelser et tiår senere ser ut til at arbeidet som ble satt i gang var vellykket da man kunne rapportere om en synkende hivprevalens.

Prevalensen blant gravide kvinner var høyest i 1991 og lå da på 21,1 %. I 1998 hadde den sunket til 9,7%, en nedgang på 54% både urbant og ruralt i landet. I 2000 var prevalensen helt nede i 6 % (Stoneburner & Low-Beer, 2004). Samtidig var den nasjonale hivprevalensen for alle voksne på 15 % tidlig på 90-tallet, mens den hadde falt til omtrent 4% i 2001 (Green, Halperin, Nantulya, & Hogle, 2006). Som et godt mål på insidensnedgangen sank prevalensen faktisk mest i yngre aldersgrupper, med 75% i aldersgruppen 15-19 år og med 60 % i aldersgruppen fra 20 til 24 år. Naboland som Kenya, Malawi og Zambia hadde i samme periode ingen signifikant tilbakegang, til tross for at epidemien ikke var særlig yngre i disse landene. Stonebruner og Low-Beer (2004) hevder tilbakegangen i hivprevalens hos gravide kvinner som ble undersøkt ved svangerskapskontroll i Uganda tilsvarer nedgangen man kunne forvente seg om disse kvinnene fikk en hivvaksine med 80% effektivitet.

Flere forskere tilskriver tilbakegangen atferdsendring hos befolkningen. Dette var også hovedmålet for de omfattende kampanjene som ble kjørt både via frivillige organisasjoner (*non-governmental organisations*; NGO) og myndighetene. Slagordene var «*zero grazing*», som henspilte på at man ikke skulle «beite» på utsiden av eget gjerde, altså ikke ha utenfor-ekteskapelige forhold og på «*love carefully*», vær forsiktig med hvem man har et seksuelt forhold til (Okuonzi & Epstein, 2005). I 1989 var de totale utgiftene til Ugandas aidsprogram allerede oppe i 18 millioner dollar, med støtte hovedsaklig fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og bilaterale partnere (f.eks. USAID), noe som var eksepsjonelt høyere enn i forhold til nabolandene; de seks nabolandene brukte det samme året totalt mellom 1 og 4 millioner dollar (Slutkin et al., 2006). Særlig ble budskap om trofasthet og til en viss grad avholdenhet lagt vekt på og spredd blant befolkningen som adferdsendringer som kunne hindre dem i å smittes av sykdommen. Slutkin og medarbeidere (2006) referer til Moodie og medarbeidere fra 1991, og skriver at rådgiving, testing og kondompromotering var en kun en liten del av hivarbeidet i Uganda i starten, og hevder at de mellom 4 og 6 millioner kondomene som ble distribuert årlig var et for lite antall til å kunne endre prevalensen i så stor grad. Samtidig var kondompromotering vanskelig gjennomførbart på grunn av manglende aksept og tilgjengelighet til kondomer. Bruken av kondomer var heller ikke særlig høyere ved tilfeldig sex i Uganda enn den var i nabolandene (Stoneburner & Low-Beer, 2004). Det har i debatten rundt prevalensnedgangen i Uganda vært argumentert relativt heftig rundt hvilke

budskap det ble lagt mest vekt på. I tillegg til budskapet i kampanjene og ressursene som var tilgjengelig er det også viktig å se hvordan kampanjene ble gjennomført og rettet mot befolkningen. Det er kanskje akkurat disse momentene som skiller Uganda fra andre land og kan være en hovednøkkel til suksess. Det ble kjørt mediekampanjer som inkluderte aviser, radio, oppslagstavler, TV, og teater som befolkningen dermed ble eksponert for på flere arenaer (Allen & Heald, 2004). I tillegg ble prester og imamer involvert i opplysningsarbeidet som Slutkin og medarbeidere (2006) beskriver hadde en utrolig høy intensitet, stor dybde, bredde og utbredelse, noe som også skilte kampanjen fra nabolandene. Dette førte til at kampanjen var synlig og tilgjengelig over hele landet (Slutkin et al., 2006). Green og medarbeidere (2006) beskriver viktigheten av at myndighetene tok problemet på alvor samtidig som de også fikk igangsatt en grasrotmobilisering mot smitten. Myndighetene opprettet i 1986 *National AIDS Control Program* (ACP), et organ som overvåket epidemien, og i 1992 *Uganda AIDS Commisjon* (UAC) som skulle koordinere og monitorere den nasjonale aidsstrategien. I tillegg ble det opprettet *AIDS Information Centres* (AIC) for anonym testing og rådgivning, og også egne «klubber» for de testede. Selv om det ikke er bevist at de to siste tiltakene fører til adferdsendring, og til tross for at de ikke ble satt i gang før hivprevalensen hadde begynt å falle, kan man se det som et tegn på at myndighetene satte mange krefter til i arbeidet mot smitten. Også president Museveni var sterkt på banen og erklærte det som en patriotisk plikt å delta i arbeidet mot hivsmitte. Han opprettet en ordning med lokale råd valgt av lokalbefolkningen som i tillegg til å være direkte valgt, fikk sin autoritet fra presidenten, var beskyttet av det militæret og hadde stort handlingsrom i kampen mot HIV/AIDS-epidemien (Allen & Heald, 2004). Denne desentraliseringen der makt ble overført nærmere folket, førte til en grasrotbevegelse der hivarbeidet baserte seg på lokalsamfunnene og en-til-en kommunikasjon henvendte seg til alle samfunnsgrupper (Green et al., 2006). Plakater, hefter og flyere ble oversatt til lokale språk og tegneserier og lignende ble trykket for de som ikke kunne lese. Den desentraliserte kampen mot hiv og aids kan muligens forklare spørreundersøkelser foretatt i Uganda etterpå der 82 % av befolkningen hadde fått høre om aids gjennom personlige kontakter, mot 40 – 65 % i nabolandene. Selv om andelen som «aldri hadde hørt om AIDS» var like høy som i nabolandene, var de som hadde hørt om sykdommen oftere blitt informert gjennom personer de kjente og stolte på, noe som sannsynligvis betydde at de hadde stor tillit til det de hadde hørt og tok informasjonen på alvor (Stoneburner & Low-Beer, 2004). Som jeg vil beskrive nedenfor, mener jeg at en av grunnene til noen afrikanske lands mer beskjedne fremskritt i arbeidet mot hiv og aids i forhold til Uganda, at det tidligere og til en viss grad enda hersker forvirring og uvitenhet rundt årsaken til sykdommen.

Stigma reduksjon var bevisst fra myndighetenes side en viktig del av arbeidet, uavhengig om dette arbeidet var vellykket. ABC-kampanjen fokuserer mye på individuell adferd og gir personen med sykdommen selv ansvaret for å unngå å bli smittet og kan være med å stigmatisere personen som dermed ikke har klart å unngå å bli smittet. ABC-tilnærmingen er nokså «blind» for kulturelle,

sosiale og økonomiske årsaker til epidemien som vil bli diskutert nedenfor. Ugandas strategi for å redusere stigma gikk blant annet inn på å mobilisere og involvere personer som lever med hiv og aids (PLHA) (Green et al., 2006) for å skape mer åpenhet, kombinert med en desentralisering og lokalsamfunnstyrt kamp mot sykdommen. Dette førte til at folk som fikk informasjon om sykdommen ofte kjente til en som var smittet eller var død på grunn av den (Stoneburner & Low-Beer, 2004). For å skape mer åpenhet sto flere profilerte personer i Uganda fram og fortalte om sin hivinfeksjon, blant annet den kjente og Sverige-baserte musikeren Philly Lutaaya, en major i hæren og en protestantisk biskop (Allen & Heald, 2004). Alle har de vært åpne om at de er smittet av hiv og om hvordan de håndterer den.

I kontrast til disse eksemplene kunne også hivsmitte eller mistanke om å være smittet føre til sterke reaksjoner mot den aktuelle personen, særlig fra de før nevnte lokale rådene opprettet av myndighetene. Anekdotiske rapporter fra landsbyer som Slutkin og medarbeidere (2006) refererer til beskriver hvordan de seksuelle normene ble endret, særlig eldre menns forhold til yngre kvinner. Lærere og politimenn som hadde seksuelle forhold til yngre kvinner kunne miste jobben og bli sendt vekk fra landsbyen. Som vi skal se senere kan det ha vært underliggende motiver for dette, som landsbyens tradisjonelle makthaveres ønsker om å tilegne seg større kontroll over kvinners seksualitet. Allen og Heald (2004) rapporterer om at lokalsamfunnen også kunne gå kraftigere til verks og med støtte fra militæret utvise eller henrette personer, i hovedsak kvinner, som ble anklaget for «*inyinya*» (trolldom). Dette dreide seg i praksis oftest om hivsmittede personer. Kampanjen ble sagt å føre til tydelige adferdsendringer vist ved å sammenligne undersøkelser gjort av *WHO's Global Program on AIDS (GPA)* fra 1989 og 1995. Studiene viser blant annet reduksjon i før-ekteskapeleg sex, reduksjon i antall tilfeldige sex partnere, mindre kjøp av sex og økt bruk av kondom både hos kvinner og menn. For eksempel sank andelen av menn i alderen 15-24 år som rapporterte om føre-ekteskapeleg sex fra 60 % i 1989 til 23 % i 1995. Andelen som sa de hadde hatt tilfeldig sex de siste 12 månedene sank fra 35 til 15 % hos menn og fra 16 til 6 % hos kvinner. Andelen menn som hadde kjøpt sex, sank fra 17 % sent på 80-tallet til 2 % midt på 90-tallet samtidig som bruk av kondom ved slike seksuelle erfaringer i denne settingen var oppe i 70 % i 1995 (Bessinger, Akwara, & Halperin, 2003).

Disse studiene viser at det forgikk en seksuell adferdsendring i Uganda i perioden, men ikke alle er enige i at budskapet om trofasthet og avholdenhet er hovedårsaken til endringene og medfølgende tilbakegangen i hivprevalens. Og alle er heller ikke enige i at adferdsendringer er årsaken til tilbakegangen.

Kritikk mot ABC-kampanjens resultater i Uganda

Flere forskere har hatt innvendinger mot ABC-kampanjens positive resultater i Uganda. I en kommentar til Greens artikkel fra 2006 skriver Gray og medarbeidere (Gray, Serwadda, Kigozi,

Nalugoda, & Wawer, 2006) at Green og hans medforfattere «overser inkonsistens i atferdsdata og epidemiologiske faktorer som kan påvirke hiv prevalens» (side 347). Med dette mener de at Green og medarbeidere baserer tolkningene sine på resultater av undersøkelser med utilfredsstillende ekstern validitet og ikke tar høyde for andre sosiale faktorer i samfunnet som kan påvirke prevalensen. De skriver videre at de mener reduksjonen i risikoadferd på midten av 1980-tallet samsvarer med slutten på borgerkrigen i landet, med henvisninger til Korenromp og medarbeidere (Korenromp et al., 2002). Forfatterne av kommentaren hevder at krigen la til rette for samfunnsforhold som fremmer risikoadferd. Med dette mener de at sosiale forhold under borgerkrigen ga flere multiple seksuelle forhold på grunn av sosiale omveltninger, økonomiske forhold tvang flere kvinner til sexindustrien, det var mer ufrivillig sex, og det var mangel på kondomer. Kombinerer man dette med økt smitterisiko per samleie når sykdommen er i initialfasen, vil man i starten av epidemien få en høy insidens. Ved brå adferdsrelatert risikoreduksjon som ved slutt på borgerkrigen vil man se lav insidens og høy prevalens. Samtidig vil de som smittes tidlig i epidemien være de som er mest eksponert for smitte, eksempelvis sexarbeidere. Sykdommen vil legge store byrder til slike grupper, der dødeligheten vil stige og etterhvert vil insidensen da avta (Kirby, 2008). Gray og medarbeidere (2006) mener derfor at sosial stabilisering i landet sammen med president Musevenis kampanjer førte til nedgang i hivinsidens, og at prevalensen i første rekke falt som følge av at mortaliteten hos aidssyke har oversteget insidensen. Forfatterne viser til tall fra Stoneburner og Low-Beer (2004) og konkluderer man ikke hadde oppnådd den samme nedgangen i prevalens blant unge gravide kvinner selv om insidensen falt til null i denne gruppen. I forbindelse med utviklingen av epidemien i Uganda mener noen forskere at man må også ta i betraktning endring i type hivvirus. En studie som er gjort på dette konkluderer med at mellom 1994 og 2002, da hivprevalensen i Rakai-området i sørvest-Uganda sank fra 17% til 13%, sank prevalensen av subtype HIV-1D, mens prevalensen av HIV-1A økte (Conroy et al., 2010). Studien viste også at endringene var størst i unge aldersgrupper som best reflekterer nye infeksjoner. HIV-1D1 subtypen er kjent for å føre til sykdom og død raskere enn HIV-1A, men har en lavere smitterate. En transformasjon fra en HIV-1D dominert epidemi i tidlig fase, til en HIV-1A epidemi kan passe med måten epidemien i Uganda utviklet seg på hvis man tenker seg at den økte mortaliteten ved en HIV-1D epidemi førte til nedgang i prevalens, mens det antatt mindre patogene HIV-1A viruset stod for den økningen i insidens og prevalens man har sett i Uganda utover 2000-tallet. I et intervju med *British Medical Journal* i 2005 sa forsker Maria Wawer at hennes arbeidsgruppe hadde beregnet at 5,0 prosentpoeng av den totale hivprevalens nedgangen på 6,2 prosentpoeng i Uganda fra 1995 til 2005 skyldes økt mortalitet (Roehr, 2005).

Gray og medarbeidere (2006) angriper også datagrunnlaget i flere av undersøkelsene som viser nedgang i risikoadferd, blant annet de såkalte nasjonale *Demographic Health Surveys*, fordi sammenligninger mellom slike er problematiske når ulike undersøkelser dekker ulike geografiske regioner, samtidig som det er «store regionale forskjeller i nøkkeladferd [jeg forstår dette som

seksuell atferd som påvirker eksponeringen for hivsmitte]» (Gray et. al., 2006, s.348)

Man må også ta hensyn til demografiske endringer som migrasjon i forbindelse med en HIV epidemi. Smitterisikoen og dermed prevalensen av sykdommen i Uganda viste seg å være høyest i sentrale strøk, nær veier og andre kommunikasjons- og handelsentra (Sewankambo NK, Wawer MJ, Gray RH, Serwadda D, Li C, Stallings RY, Musgrave SD, 1994). Hit flytter unge mennesker for å finne arbeid, og en studie har indikert at det er en seleksjon av mennesker som migrerer ut fra av lokalsamfunn som kan ses i sammenheng med forskjeller i risikoadferd (N K Sewankambo et al., 2000). Samtidig hevder forfatteren i samme artikkel at deres funn viser at aids-syke mennesker drar ut av handelssentra for å søke behandling og hjem til sine opprinnelige lokalsamfunn for å få pleie av familie i den terminale fasen.

Enda en faktor som må tas med i beregningen er fødselstallene ettersom disse står i direkte sammenheng med prevalensen. Sewankambo og medarbeidere ((N K Sewankambo et al., 1994) viser til at selv om hivprevalensen i området som ble undersøkt var høy, var fødselstallene enda høyere, noe som vil gi en nedgang i prevalens selv om antall hivsmittede også øker. Endringer i overvåkingprosedyrer og rapportering kan også komplisere bildet.

Utfordringer kampanjen står ovenfor

Avholdenhet

Avholdenhet er i følge tilhengerne av ABC-kampanjen en viktig årsak til Ugandas nedgang i hivprevalens. Det defineres som både det å avstå fra sex før ekteskapet, samt at en ugift person begrenser antall personer den har sex med. Kritikerne mener for det første at nedgang i hivprevalens ikke skyldes kampanjen i så stor grad som antatt, for det andre at avholdenhet er i ettertid har blitt lagt til som en viktig årsak til Ugandas nedgang i hivprevalens av de konservative evangeliske kristne i USA og afrikanske tradisjonister, og for det tredje at avholdenhet kan føre til større risiko for hivsmitte fordi trofaste seksuelt aktive personer som ikke bruker kondom ikke nødvendigvis kan stole på sin faste seksualpartner.

Singh og medarbeidere (Singh, Darroch, & Bankole, 2004) angriper avholdenhet som nøkkelfaktor i nedgangen i hivprevalens i Uganda. De hevder at selv om den gjennomsnittlige seksuelle debutalderen for kvinner mellom 15 og 19 år steg fra 1988 til 2000, ble det ikke påvist økt avholdenhet hos personer som allerede var seksuelt aktive. Andelen allerede seksuelt aktive personer som fortsatt var aktive i perioden med nedgang i hivprevalens steg hos både voksne kvinner og menn. På grunn av nedgang i unge kvinners risiko for eksponering for hivsmitte viser tallene at eksponeringen gikk ned for befolkningen sett under ett, målt etter hvor mange som var seksuelt aktive i de tre månedene før undersøkelsen ble gjort. Ser man bort fra denne gruppen var eksponeringen for hiv relativt uendret for de andre aldersgruppene. Andre stiller spørsmål ved om

tallene rundt unge kvinners økende debutalder er reelle, i og med at Ugandas høye tenåringsgraviditets rate, en av de høyeste i verden, holdt seg høy gjennom hele 90-tallet, selv om hiv ratene falt (Okuonozi & Epstein, 2005).

Blum hevder i sin artikkel fra 2005 at avholdenhetskampanjene som støttes av PEPFAR er basert på avholdenhetskampanjer mot tenåringsgraviditeter i USA (Blum, 2004). Han mener at dette er problematisk fordi prinsippene i kampanjen ikke er direkte overførbare, blant annet man klassifiserer sex ulikt i de to landene. I Uganda er den offisielle holdningen at kun vaginalt-penilt samleie er sex, mens de ulike kampanjene i USA legger vekt på å hindre alt fra alle former fysisk kontakt til utveksling av kroppsvæsker. Et annet problem med USA-baserte avholdenhetskampanjer er at det er eksempler på at andre moraliserende budskap følger med på kjøpet. Cohen og medarbeidere (Cohen, Schleifer, & Tate, 2004) rapporterer om at i en hiv/aids brosjyre i barneskolen finansiert av de amerikanske myndighetene er analsex og homoseksualitet omtalt i kapittelet «Moralsk uakseptabel seksuell atferd for ungdom». De mener unge mennesker har en rett til å få korrekt og nøytral informasjon om HIV. Det er viktig for disse å vite hvordan sykdommen smitter, at smitterisikoen er forskjellig ved ulik type sex, at mange kvinner smittes i ekteskapet av sin mann, og hvordan man kan beskytte seg mot smitte uten at informasjonen er farget av et politisk eller religiøst filter som diskriminerer ulike legninger eller praksiser. Cohen og medarbeidere (Cohen & Tate, 2006) skriver i en annen artikkel at så mange som 12 USA-finansierte studier har vist at USA-baserte rene avholdenhetskampanjer ikke påvirker målgruppens adferd i særlig grad og at slike kampanjer også kan være skadelige fordi de motarbeider kondombruk. De hevder også at avholdenhet aldri var en stor del av kampanjene i Uganda på slutten av 80-tallet og gjennom 90 tallet, men at man etter 2001 har begynt å beskrive dette som et av de tre virkemidlene som var i bruk i perioden der insidens og prevalens gikk ned. Å knytte avholdenhet til en vellykket kampanje kan man tenke seg gjøres for å spre et budskap med mulige religiøse undertoner til andre land.

Hvis man tenker seg at oppfordring til avholdenhet før ekteskapet fører til atferdsendring, kan dette igjen føre til at folk gifter seg tidligere. Man kan også tenke seg at dette vil gi seg utslag i at flere unge kvinner gifter seg med eldre menn. Unge kvinner har i et forhold høyere risiko for en skjev maktfordeling og kan dermed ha dårligere forhandlings posisjon ovenfor sin partner enn eldre kvinner (Parikh, 2007). Om det er slik at kvinner smittes i ekteskapet av sine menn som driver enten åpent eller skjult polygami, vil dette gjøre disse kvinnene ekstra sårbare for å bli smittet av sin partner hvis hun ikke kan insistere på å bruke kondom. Samtidig ser det ut til at unge kvinner vet mindre om HIV som sykdom og hvordan man skal beskytte seg mot smitte (Tenkorang, Rajulton, & Maticka-Tyndale, 2009).

Ulike nasjonale og lokale sosiale strukturer gjør arbeidet arbeid mot HIV vanskelig. Avholdenhets budskapet kan komme i konflikt med oppfatninger i samfunnet. Heald (Heald, 2006) beskriver hvordan generelle oppfordringer fra myndighetene til befolkningen om å bruke kondom og være

avholdene vanskeligjgjøres i Botswana hvis budskap og metode for promotering ikke er tilpasset de sosiale strukturene menneskene her lever i. Hun beskriver hvordan ABC-kampanjen er laget for land der sex ses på som rekreasjonsaktivitet, ikke hovedsaklig som en aktivitet for formering slik mange samfunn i Afrika ser det. Heald beskriver dette som særlig problematisk i forhold til kondompromotering, men det kan være et like stort problem for budskapet om avholdenhet. Spesielt når hun også beskriver hvordan arbeidsmigrasjon til Sør-Afrika har ført til en gjennomsnittlig høyere alder ved ekteskap, og at det å få barn før ekteskapet har blitt et tegn på fertilitet og ikke ses på som amoralsk.

En annen kampanje kan illustrere avholdenhets problem som verktøy i kampen mot HIV. I år 2001 oppfordret kong Mswati III av Swaziland alle unge kvinner til å avstå fra sex i fem år, med det resultat av en drastisk nedgang i HIV insidensen i de aktuelle aldersgruppene. Samtidig økte insidensen av HIV smittede kvinner over 20 år dramatisk, noe som antyder at kongens oppfordring kun bidro til å utsette smitte tidspunktet, ikke redusere risikoen totalt sett (Okunzi & Epstein, 2005).

Trofasthet

Å oppfordre til trofasthet, en av hovedfaktorene i ABC-kampanjen, mot en fast partner kan i første omgang kanskje synes å være en «sikker» strategi for å unngå hivsmitte. I et ekteskap mellom to mennesker der begge er trofaste mot partneren sin og ingen av dem er hivpositive fra før, vil dette selvsagt være en sikker måte å ikke bli hivsmittet på, så lenge man unngår alle andre potensielle smitekilder, for eksempel urene sprøytespisser. I praksis er dette sannsynligvis et urealistisk bilde siden mange par lever i diskordante parforhold (Guthrie, Bruyn, & Farquhar, 2007). Man kan anta at slike parforhold oppstår på tre ulike måter. I tillegg til andre ikke-seksuelle smitteoverføringer kan enten den ene partneren ha andre sexpartnere, eller så er den ene partneren allerede smittet når partnerskapet inngås. Dette kan særlig være et problem når unge kvinner gifter seg med eldre menn, som allerede har vært seksuelt aktive. Den hivnegative partneren har da en økt risiko for å bli smittet. Bunnell og medarbeidere (Bunnell et al., 2008) skriver i sin artikkel at kun 21% av de hivpositive personene i studien visste at det gikk an å leve i et diskordant forhold. «Av de 81% gifte hivpositive som ikke visste man kunne leve i et diskordant partnerskap, hadde 92% ingen kunnskap om partnerens hivstatus» (Bunnell et al., 2008 side 619). Studien viser også at gruppen hiv-positive gifte rapporterer mye mindre kondombruk enn ugifte personer.

Selv om studier i Uganda har vist en partnerreduksjon både blant gifte og ugifte mellom 1989 og 1995 (Kirby, 2008; Stoneburner & Low-Beer, 2004), er ikke antall partnere ensbetydende med mindre risiko for å bli smittet av hiv. Ifølge Morris og medarbeidere (Morris, Epstein, & Wawer, 2010) må man heller se på varigheten av det seksuelle forholdet og overlapping med andre

seksuelle forhold. Til grunn for dette ligger smitterisiko ved engangs-eksponering ved samleie. Wawer og medarbeidere (Maria J Wawer et al., 2005) har funnet at den gjennomsnittlige smitterate for diskordante par er 0,0012 per samleie. Dette er beregnet som et gjennomsnitt fordi smitterisiko er høyere ved sex med en person som nylig er blitt smittet og med en som er i terminal fasen av en hivinfeksjon. Dette lave tallet gjør varigheten av seksuelle overlappende forhold hos en hivnegativ person viktigere enn antall tilfeldige seksuelle forhold så lenge forholdet er av en viss varighet. Partnerreduksjon i seg selv er ikke noe godt mål på risikoreduksjon hvis ikke personens seksuelle nettverk analyseres nærmere. En studie har vist at overlappende seksuelle forhold er en drivkraft bak hivepidemien i Sør-Afrika (Johnson, Dorrington, Bradshaw, Pillay-Van Wyk, & Rehle, 2009). Morris og medarbeidere (Morris et al., 2010) har i sin studie sammenlignet de seksuelle nettverkene i Uganda med seksuelle nettverk i USA og Thailand. Det viser seg at prosentandelen av de spurte som på undersøkelsestidspunktet hadde flere enn én fast sexpartner var 10% i Uganda, 4% blant thailandske lastebilsjåførere, og 10 % hos svarte og latinamerikanere sammenlignet med 3-5 % hos hvite amerikanere. Derfor finner man ikke svaret på den store smitteraten i disse tallene. Ulikhetene melder seg sterkest når man ser på varigheten av overlapp mellom forhold, et tall for overlappende forhold. Ugandiske kvinner og menn har en median overlapp på to år, mens det i USA og Thailand ble rapportert om henholdsvis 4-9 mnd og 1 dags overlapp. En nærmere analyse av de spurtes seksuelle nettverk i USA viser at svarte, og om enn i mindre omfang, latinamerikanere, rapporterer om høyere prevalens, større overlapp mellom de seksuelle forholdene og mer seksuell kontakt med den partnerne de hadde minst sex med, sammenlignet med hvite amerikanere. Tallene korresponderer nesten perfekt med forskjellene i hivprevalens i de ulike gruppene på tidspunktet de er undersøkt (Morris et al., 2010). Man tenker altså at det er høyere risiko for at hivviruset spres videre ved at man har få, men overlappende forhold med hyppig sex, enn hvis man har flere tilfeldige seksualpartnere med kortvarige forhold, kanskje bare én gang, og som ikke er overlappende.

Kondombruk

Få faktorer innen forebyggingen av seksuelt overførbare sykdommer generelt og hiv spesielt er gjenstand for så mye diskusjon som kondombruk. Heller ingen annen faktor er knyttet sterkere opp mot religion og politikk. Kondombruk er problematisk på flere områder. Det bør være lett å forstå at for å bekjempe hiv kan man ikke bare dele ut kondomer, få alle til å alltid bruke dem og så regne med at dette skal gi en dramatisk nedgang i hivprevalens uten å tenke på de potensielle utfordringene det ligger i at kondomer skal være et preventivt middel mot hiv.

Vi må skille mellom to effektivitetsmål når det gjelder kondomer. *Teknisk* effektivitet, noe som sier noe om kondomets teoretiske evne til å hindre smitte, og *brukereffektivitet*, som sier noe om kondomets effektivitet slik det brukes i virkeligheten (Hearst & Chen, 2004). Begge målene er

avhengig av korrekt og konsekvent bruk. Med konsekvent bruk menes at kondom brukes ved hvert samleie og under hele samleiet. Kondomer har, og er fortsatt, i rollen som preventivt tiltak mot hiv vært under kritikk fra forskjellige grupperinger med ulike motiver og begrunnelser. Et av de første angrepene kom tidlig på 90 tallet mot dets grunnleggende smitteforebyggende evne, da det ble hevdet at den tids latex kondomer hadde gjennomgående porer som var 10 til 50 ganger større enn hivvirusets diameter. Det ble hevdet at kondomer kunne hindre overføring av bakterier og dermed seksuelt overførbare bakteriesykdommer, men at hivviruset, med en størrelse på 0,1 mikron, teoretisk sett kunne passere gjennom disse porene (Roland, 1993). Cohen og medarbeidere (Cohen et al., 2004) skriver også at dette budskapet også ble distribuert i et informasjonshefte, finansiert av PEPFAR, som ble delt ut til ungdomsskoleelever i Uganda. Laboratorieundersøkelser har imidlertid vist et hivvirus vil kunne komme igjennom en slik pore i bare ett av 470 kondomer. Sammenholdt med hivvirusets lave infeksjonsrate, vil ikke porene gi en særlig reduksjon av kondomets preventive virkning (Carey et al., 1992).

I 2004 ble alle gratis kondomer i Uganda trukket tilbake på grunn av påståtte produksjonsfeil, og alle kondomer som ble importert måtte gjennom omfattende kvalitetskontroller slik at man i desember 2004 hadde en mangel på kondomer. I stedet for å ta tak i leveranse problemene rundt om i landet uttalte helseministeren da at avholdenhet og trofasthet var de eneste midlene som var virkningsfulle i hivforebygging, og at departementet ikke ville fokusere særlig på kondomer lenger (Cohen & Tate, 2006).

Kondomets brukereffektivitet er vanskelig å måle ettersom det er både praktisk og etisk problematisk å la en gruppe med diskordante par bruke kondom konsekvent og korrekt, men samtidig ha med en kontrollgruppe som ikke skal bruke det i det hele tatt. Man må da bruke diskordante par som rapporterer at de bruker kondom, mot de som rapporterer at de ikke alltid bruker kondom korrekt (Hearst & Chen, 2004). Det er vist i slike studier at kondomer i praksis reduserer risikoen for overføring av hiv med mellom 84 og 90%. (Lee Warner, Ph.D., M.P.H., and Katherine M. Stone, 2007). Kondomets bruker effektivitet er sterkt knyttet til opplæring av de som skal bruke dem, noe som kan øke andelen som bruker dem konsekvent og korrekt. Ahmed og medarbeidere (Ahmed et al., 2001) har ved en studie i Rakai-distriktet i Uganda funnet at konsekvent bruk av kondom reduserer hivinsidensen, samt prevalensen av seksuelt overførbare sykdommer som gonoré og syfilis, mens en irregulær bruk av kondom ikke hadde noe signifikant beskyttende effekt i det hele tatt. Korrekt oppbevaring og bruk av kondom må også læres slik at dets tekniske beskyttende virkning opprettholdes. For eksempel kan glidemidler som inneholder olje forringe kondomets styrke og barriere-funksjon (Warner & Stone, 2007). Bankole og medarbeidere (Bankole, Ahmed, Neema, Ouedraogo, & Konyani, 2008) rapporterer at bare 43% av ugandisk ungdom mellom 15 og 19 år svarte riktig på samtlige tre grunnleggende spørsmålene om korrekt kondombruk. For Malawi var andelen 26%, Ghana 40%, mens i Burkina Faso hadde 50% av de spurte ungdommene rett på samtlige av spørsmålene. Det viste seg også at de som

hadde hatt visuell opplæring i hvordan å bruke kondomet (hadde fått demonstrert praktisk hvordan man trer på kondomet) hadde flere riktige svar enn de som ikke hatt noen form for opplæring. Kan man hevde at oppfordring til kondombruk ikke hører hjemme i en kampanje som også oppfordrer til avholdenhet og trofasthet mot bare én partner? Kan man tenke seg at reklamering for kondomer kan gi økt seksuell risikoadferd, som flere sexpartnere og tidligere seksuell debut? Undersøkelser gjort på området er sprikende. En studie fra to områder i Uganda ga en gruppe unge menn til opplæring i kondombruk informasjon om hivvirusets smittemåter, samt lettere tilgang til kondomer. I forhold til en kontrollgruppe viste det seg at intervensjons gruppen økte antall sexpartnere (Kajubi et al., 2005). Samtidig viser undersøkelser fra Blum (Blum, 2004) at kondombruk ikke senket debutalderen i det geografiske området gruppen hans arbeidet. At problemene med kondombruk er mangfoldig, kanskje spesielt i Afrika, finner man også et eksempel på i Suzette Healds arbeid i Botswana (Heald, 2002). Hun tar i sin artikkel opp hvorfor et relativt økonomisk sterkt og moderne afrikansk land med et relativt godt utbygd helsevesen som Botswana ikke har lyktes med ABC kampanjen som tilsynelatende fungerte i Uganda. Gjennom kvalitative intervjuer med tre personer, en leder i et selvstendig kirkesamfunn, en 'Tswana doktor', og en healer, alle med påvirkningskraft på menneskers synspunkter, finner hun ut at de ikke ser hiv og aids som sykdom forenlig med vårt vestlige biomedisinske oppfatning. Kirkelederen mente aids var en straff fra Gud. Tswana doktoren mente aids ikke var en ny sykdom, men bare et navn hvite mennesker hadde funnet opp. Healeren mente aids var en sykdom menn fikk når de hadde samleie med menstruerende kvinner, og at sykdommen spres med kondomer blant annet fordi Gud ikke mente at vi skulle være i kontakt med den fremmede oljen i kondomer (Heald, 2002). Disse personene var på denne tiden viktige menings bærere i Botswana, noe jeg skal komme inn på nedenfor. Man kan kanskje ikke forvente at folk skal følge oppfordringer om å bruke mer kondomer i et samfunn der en del av befolkningen ikke tror aids er en seksuelt overførbart sykdom. Eksemplene over viser at arbeidet med kondombruk som forebyggende tiltak mot hiv smitte er omdiskutert og komplisert. Et hittil ikke diskutert aspekt er hvem arbeidet burde rettes mot. Spørsmålet er knyttet opp mot hvilke tiltak som gir høyest effektivitet i forhold til kostnad. Hiv epidemien er dyr for landene som er hardt rammet. Rundt årtusenskiftet ble det estimert at hivsmittede opptok 20%, 40 og 50% av de totale helseutgiftene i henholdsvis Malawi, Zambia og Zimbabwe (Creese, Floyd, Alban, & Guinness, 2002). Disse tallene har nok endret seg noe, men vi kan anta at den økonomiske byrden fortsatt er tung. Uansett om kondomer produseres i eller kjøpes av landet selv, eller om det gis som bistand til rammede land, vil det alltid være et spørsmål om prioritering i forhold til annet preventivt arbeid basert på kostnad. Creese og medarbeidere (Creese et al., 2002) har gjort en meta-analyse på kost-nytte i anti-HIV arbeid, og på basis av 24 studier presenterer de hvor mange amerikanske dollar (USD, kurs fra 2000) det koster å unngå ett tilfelle av hiv samt kostnaden av uførhetsjusterte leveår ved 31 ulike intervensjoner. Kostnad-nytte undersøkelser er forbundet med stor usikkerhet fordi det er vanskelig å isolere hvert enkelt tiltaks

effekt, men i sin meta-analyse finner forfatterne at målrettet kondomdistribusjon sammen med behandling av seksuelt overførbare sykdommer, samt bedre rutiner mot blodsmitte, er mest kostnadseffektivt. Et enkelt HIV tilfelle kan unngås for 11 dollar og ett ekstra uførhetsjustert leveår kan koste så lite som 1 dollar med disse forebyggende tiltakene. Dette var særlig billig sammenlignet med intervensjoner som morsmelkerstatning til spedbarn og anti-retroviral behandling for å senke smittefaren, som kostet opp til flere tusen dollar per unngått infeksjon (Creese et al., 2002). Med målrettet kondomdistribusjon menes at den rettes mot grupper som er særlig sårbare med tanke på hivsmitte, som sexarbeidere, menn som har sex med menn og unge mennesker. En studie har vist at ungdom viste den største endringen i atferd i forbindelse med kampanjene i Uganda, muligens fordi budskapet ble presentert annerledes for disse gruppene, eller fordi det var lettere å endre atferd i ung alder og at de oftere er ugifte (Singh et al., 2004). Hearst og Chen (2004) nevner også målrettet markedsføring av kondomer i deres analyse av det de kaller «kondom-paradokset», og referer til tall fra en *AIDSMark* rapport fra 2002, som viser at mellom 1993 og 2001 steg HIV prevalensen i Botswana og Kamerun samtidig som kondomsalget to- eller tredoblet seg. De skriver at den forebyggende effekten av kondombruk vil ha størst innvirkning på smitteraten hvis den økes hos de tre gruppene nevnt over. Han viser til Bracher og medarbeidere, som i sin artikkel fra 2004 skriver at matematiske modeller viser at man får en større total smittereduksjon hvis kondomer blir brukt konsekvent av en liten gruppe, enn at den brukes inkonsekvent av en stor gruppe. Man kan tenke seg at hvis kondomer brukes i all seksuell kontakt av de forholdsvis små grupper som er ekstra sårbare med tanke på smitteoverføring av hiv, vil dette gi en stor reduksjon i smitteratene. Thailand har hatt suksess med denne strategien etter at de lanserte sin *100% Condom Program* som innebar at alle bordelleiere skulle tvinge sine prostituerte til å bruke kondom med hver eneste kunde (Hearst & Chen, 2004). Dette førte til en reduksjon i hivinsidens og -prevalens i landet, forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer sank og andel menn som kjøpte sex ble signifikant mindre (UNAIDS, 2002; Mills et al., 1997). At færre kjøpte sex kan sannsynligvis forklares med økt bevissthet angående smitte, i tillegg til det påbudte kondombruket (Mills et al., 1997). Konsekvent bruk av kondom forutsetter god distribusjon og tilgjengelighet, og i et land som Uganda, der manglende infrastruktur gjør at folk kan ha vansker med å få tak i nødvendigheter som vann og medisiner, kan man tenke seg at en landsomfattende kondomdistribusjon vil være en stor utfordring.

Kvinner

Vi kan anta at ABC kampanjen vil i høy grad redusere risikoen for å bli smittet av hiv i løpet av livet hvis en persons atferd er helt i tråd med budskapet som formidles. Men man kan spørre seg hvor realistisk det er å oppnå den ønskede atferdsendringen. Så lenge kvinner er underordnet mannen i mange ulike samfunn verden over, noe man kan anta at de er, er det ikke alltid opp til henne å

bruke kampanjens virkemidler slik de er tenkt. Jeg går her gjennom noen artikler som tar for seg afrikanske kvinner mulighet til å bestemme over eget sexliv, samt hvordan den høye prevalensen av kvinner som utsettes voldtekt, først og fremst av sin partner, men også av andre, er mer sårbar for å smittes av hiv. Både kontroll over eget sexliv og voldtekt er sterkt forbundet med fysisk, psykisk og seksuell vold fra sin partner, såkalt *Intimate Partner Violence* (IPV). J. Cohen og medarbeidere (Cohen et al., 2004) viser til sine intervjuer med ugandiske kvinner, der noen av dem ikke var i stand til å være avholdene fordi de ble voldtatt av sin partner, og ei heller kunne insistere på partnerens trofasthet og kondombruk. De nevner også prostituerte menneskers mulighet til å insistere på å bruke kondom ved samleie når de blir utsatt for vold fra kunder og politi.

Kvinner er i den posisjonen at så lenge kvinnekondomer som regel er vanskelige å få tak i, spesielt i forhold til vanlige kondomer, er de avhengige av samarbeid med sexpartneren for å beskytte seg mot graviditet, hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer. Det er flere årsaker til at en kvinne som ønsker å bruke kondom ved samleie ikke kan få til et samarbeid med partneren om dette. (Mash R, Mash B, de Villiers, 2010) Blant disse årsakene finnes det sosiale faktorer som gjør at kvinner mer sårbare for å bli smittet av hiv. Eksemplene på slike faktorer jeg nå presenterer er i stor grad hentet fra forskning i Sør Afrika, men vil kunne være overførbare til andre land.

Mash og medarbeidere (2010) identifiserer fem faktorer som gjør det vanskelig for en kvinne å insistere på kondombruk under samleie. Den første er ønsket om å gi partneren nytelse (Mash glemmer muligens å nevne kvinnens egen nytelse). I en studie fra tre Sør Afrikanske provinser der en tredjedel av kvinnene hadde foreslått å bruke kondom, hadde 36% av mennene sagt at de ikke likte kondomer (Jewkes, Levin, & Penn-Kekana, 2003). Det at bruk av kondom kan ødelegge tilliten mellom partnere er den andre faktoren. Kondomet kan bli tatt som et tegn på tilfeldig sex og prostitusjon, og hvis kvinnen foreslår å bruke det kan det i følge Mash og medarbeidere (2010) oppfattes som et signal om kvinnens manglende tillit til mannen, eller at hun selv har andre partnere. Dette leder oss inn på den tredje faktoren, som er kvinnens rykte. Hvis både kondomer og hiv er forbundet med prostitusjon og «løsaktighet» vil det å insistere på å bruke kondom kunne føre til at man assosieres med slik atferd, og i verste fall få et rykte om at man selv allerede er smittet med sykdommen (Karamagi, Tumwine, Tylleskar, & Heggenhougen, 2006). Assosiasjoner mellom kondombruk og promiskuøs og syndig atferd gjelder også hos religiøse grupper, som er en fjerde sosial faktor. En femte faktor er frykt for samlivsbrudd og vold. En stor andel kvinner i Uganda er utsatt for IPV. En studie utført av (Zablotska et al., 2009) blant 3422 kvinner i Rakai distriktet i Uganda viste at 50,2% hadde opplevd IPV minst en gang, og 26,9% hadde opplevd det de siste 12 månedene. I tillegg hadde henholdsvis 22,4% og 13,4% opplevd ufrivillig sex. Det er høy korrelasjon mellom IPV og ufrivillig sex, 96% av kvinner som hadde opplevd ufrivillig sex hadde også opplevd IPV. Lignende tall er funnet i en annen studie (Karamagi et al., 2006). En analyse av *Uganda Demographic and Health Survey*, som undersøker et representativt utvalg av Ugandas befolkning, fra 2006 viser at mer enn halvparten av alle gifte kvinner i undersøkelsen

rapporterer at de har blitt utsatt for IPV, og at 40% av mennene rapporterer at de utfører dette. Den samme undersøkelsen viser kanskje overraskende at mer enn halvparten av mennene og så mange som tre fjerdedeler av kvinnene har en positiv holdning til IPV (Speizer, 2010). Studien til Zablotska og medarbeidere (2009) viser også at både IPV og ufrivillig sex var mer sannsynlig når alkohol ble brukt før sex, og at det er en assosiasjon mellom bruk av alkohol før sex, ufrivillig sex og utbredelse av hiv. Hivprevalensen var signifikant høyere både hos kvinner som rapporterte om alkohol i forbindelse med sex uten at den var påtvunget, og hos dem som rapporterte om påtvunget sex og alkoholbruk, men ikke signifikant høyere hos dem som hadde opplevd påtvunget sex alene, uten alkoholbruk. Studier fra andre steder i verden som Bangladesh og India (Martin & Kilgallen, 1999; Silverman, Decker, Kapur, Gupta, & Raj, 2007) har vist at IPV er forbundet med redusert bruk av kondom, og at voldelige partnere ofte også viser annen risikoatferd som alkoholmisbruk, stoffmisbruk, multiple seksualpartnere og samtidige seksuelle forhold, samt er mer eksponert for seksuelt overførbare sykdommer. Kvinner som opplever IPV har dermed en større risiko for å bli smittet med hiv av sin partner både på grunn av økt risiko for at partneren er smittet av hiv, og fordi vold i forholdet gir en skjev maktbalanse som gir kvinnen et dårligere utgangspunkt for å foreslå kondombruk hvis mannen ikke vil. Lignende funn presenteres av Zablotska (Zablotska et al., 2009). Karamagi og medarbeidere finner også i sin studie at kvinner frykter å teste seg for hiv og avslører ikke resultater av hiv tester i frykt for IPV (Karamagi et al., 2006).

Økonomi

Den økonomiske situasjonen i Afrika kan ha innvirkning på kvinners risiko for hivsmitte. I mange av Afrikas samfunn der kvinnen står for det meste av husarbeidet er det mindre tid og energi til vanlig arbeid som gir økonomisk inntekt. I tillegg til dette har kvinner som regel mindre utdanning eller relevant erfaring i forhold til menn (Manuh 1998 referert i Ackermann & de Klerk, 2002). Dette er gamle tall, men man kan regne med at forskjellene enda ikke er utjevnet. Menns migrasjon til byene for å få jobb fører til at kvinner blir værende på hjemstedet alene med unger, enten gift eller skilt og må finne nye måter å tjene penger på. Ackerman & de Klerk (2002) hevder at noen av disse kvinnene i en vanskelig økonomisk situasjon bytter sex mot penger eller nødvendige varer. Dette skjer også med rurale kvinner som på grunn tørke eller uår flytter inn til byen uten utdanning. Denne seksuelle atferden setter dem i en høy risiko for å bli smittet. Emusu og medarbeidere (Emusu et al., 2009) rapporterer også om at kvinners mulighet til å foreslå bruk av kondom med sin partner er din forbundet med den skjeve økonomiske balansen mellom partnerne i et forhold. Det er også vanskeligere for kvinner å skille seg fra en voldsutøvende mann når hun er økonomisk avhengig av ham.

Ikke bare partneren i et forhold er ute etter å kontrollere kvinnens seksualitet. I Uganda nevner Allen & Heald (2004) at lokale råds ønske om å kontrollere både kvinner og menns seksualitet kan

ha vært med på å endre atferden til unge mennesker i landsbyen og dermed senke hivprevalensen. Disse rådene var direkte valgt av folket. I slutten av 1980-årene begynte man i følge forfatterne å se at disse utøvet en større indirekte kontroll av atferden til unge kvinner og menn for å hindre seksuelt amoralske handlinger og samtidig på nytt styrke patriarkalske interesser i samfunnet.

Som vi har sett kan faktorer som IPV og økonomi gjøre det nærmest umulig for en del kvinner å følge ABC-kampanjens retningslinjer.

I tillegg til disse sosiale faktorene, er kvinner fysisk sett mer disponert for å få overført hivsmitte. Fordi kvinner har en større slimhinneoverflate i reproduksjonsorganene er risikoen for smitte av seksuelt overførbare sykdommer per sexakt høyere for kvinner, særlig for unge kvinner der indre genitalia ikke er fullt utviklet. (Quinn & Overbaugh, 2005) I tillegg kan maktubalansen i den seksuelle interaksjonen mellom partnere som ufrivillig sex er et tegn på, føre til seksualisert vold mot egen partner som kan gi fysiske traumer i vaginal-slimhinnen som følge av påtvunget penetrasjon og dermed gjøre smitterisikoen enda større. (Zablotska et al., 2009)

Fattigdom og sykdom

Hiv/aids epidemien i Afrika er kompleks. I tillegg til at den økonomiske situasjonen i verdensdelen har innvirkning på kvinners risiko for å bli smittet av hiv, virker den også indirekte inn på sårbarheten hos befolkningen. Hiv er en fattigdommens sykdom og flere faktorer assosiert med fattigdom spiller inn, og ABC kampanjen tar ikke høyde for dette. Stillwaggon (Stillwaggon, 2006) nevner særlig to årsaker til økt sårbarhet. *Matmangel* fører til underernæring, feilernæring og mangelsykdommer som gir mennesker et dårligere immunforsvar, både det ytre epiteliale og mukosale forsvaret og det indre T-celleavhengige humorale forsvaret. Dermed fører de til dårligere beskyttelse mot sykdommer forårsaket av både parasitter og virus. *Parasittiske sykdommer* øker også sårbarheten for hivsmitte, og i fattige land blir arbeid mot slike sykdommer lett negisert. Insidensen av disse er igjen forbundet med ernæringstilstanden i befolkningen. Tidlig på 2000-tallet ble 300 millioner i mennesker i Afrika syke av malaria årlig og den påvirker spredningen av hiv ved å stimulere hiv replikasjon. Man finner også større virusmengde i hiv positive personer som har malaria. Dette fører igjen til økt smitterisiko gjennom blod og seksuell kontakt. Schistosomiasis er den nest vanligste parasittsykdommen etter malaria og virker inn på sårbarheten for hiv smitte ved at parasittene koloniserer seg i genital- og urinområdet. Her utvikler det seg lesjoner og sår, særlig i cervix hos kvinner og et eventuelt virus kommer i direkte kontakt med blod ved samleie. Man kan si at kondomiseringen i ABC-kampanjen kan hindre denne kontakten, men når man vet at man vanskelig kan oppnå korrekt og konsistent kondombruk, bør det settes inn krefter for å hindre smitte og behandle denne sykdommen.

Forståelse og rasjonalitet

ABC-kampanjen er som sagt en kampanje som gir råd om hivforebyggende tiltak rettet mot seksuell overføring av hiv. Likevel forutsetter kampanjen at man har en biomedisinsk oppfatning av hva hiv er og at mennesker vil handle rasjonelt i forhold til risikofaktorer for å bli smittet av sykdommen gitt at man har informasjon om smittemåte og hvordan man kan forhindre å bli smittet. Hvis ikke disse forutsetningene er til stede vil ikke kampanjen ha noen gjennomslagskraft i samfunnet. Når man kan se at kampanjen ikke er vellykket, må man analysere om forutsetningene er til stede og hvis ikke, hvorfor de ikke er til stede. Arbeid kan så rettes mot dette. Som nevnt ovenfor beskriver Heald (2002) i sin artikkel at viktige meningsbærere i Botswana ikke ser hiv på samme biomedisinske grunnlag som man gjør i Vesten. Man bør da stille seg spørsmålet hvorfor disse personene er viktige meningsbærere og hva man kan gjøre for å endre befolkningens oppfatning av hva hiv egentlig skyldes for å kunne hindre smitte så effektivt som mulig. I Botswana er noe av mistilliten til den vitenskapelige medisinen forklaring av hiv forbundet med de sosiale strukturene i landet (Heald, 2002). I et relativt velstående land som Botswana, er det store forskjeller mellom fattig og rik, og den rike delen av befolkningen er involvert i statens styring av landet. Avstanden mellom den fattige bonden og den rike politikeren førte til mistillit til politikerne hos befolkningen og dermed mistillit til deres forklaringsmodell og kampanjer for å hindre smitte av hiv. Befolkningen følte at kampanjen ble prakket på dem ovenfra, forsterket av oppfatningen av at regjeringen spilte den «hvite manns spill». Mistillitens vakum utnyttet av blant annet tidligere marginaliserte ledere av trossamfunn og medisinmenn med alternative forklaringsmodeller rundt hiv som står i skarp kontrast til myndighetenes versjon, og som spiller på gammel tradisjon og tro. Forutsetningen om at folk handler rasjonelt kan man heller ikke forvente skal være til stede til enhver tid, selv om man vet at hiv smitter ved ubeskyttet sex. Da må man først være fullt informert om sykdommen og hvordan den smitter. Man ser mange steder at folk handler tilsynelatende mot sitt eget beste. I Norge fant man i en studie ved en videregående skole i Sogn og Fjordane at kun 49 % av guttene og 28 % av jentene rapporterte i 2001 at de brukte kondom ved samleiedebut, selv om man antar at de var opplyst om faren for seksuelt overførbare sykdommer og at kondom forhindret smitte (Breidablikk, H. Meland, 2004). Nå er nok sykdommene ungdom i Sogn og Fjordane risikerer å smittes av ved samleie mindre alvorlig enn hiv, som henger over ungdom i afrikanske land sør for Sahara, og man vil derfor anta at de sistnevnte bør være mer forsiktige enn norsk ungdom. Likevel viser undersøkelser i Sør Afrika på basis av *Health Belief Model* at det ikke er noen sammenheng mellom forståelse av alvorlighetsgraden av sykdommen og tiltak ungdom gjør for å beskytte seg (Tenkorang et al., 2009). Tallene viser at når man justerer for sosio-økonomisk status er det ingen sammenheng mellom ungdommene har oppfattet sykdommen som alvorlig og omfanget av innsatsen de bruker for å beskytte seg mot den. Studien konkluderer med at sosio-økonomisk status og dermed utdanningsnivå, samt det å bo hjemme hos foreldre som følger en opp nøye er eneste faktorer som virker inn på innsatsen for å beskytte seg. Zablotska og

medarbeidere (Zablotska et al., 2006) skriver at de finner at alkohol kan være en risikofaktor for hivsmitte fordi det hemmer risikoreduksjon og er assosiert med ubeskyttet sex. Man bør analysere grunnen til at folk ikke alltid handler rasjonelt og ikke forvente at folk alltid gjør det.

Diskusjon

Det er klart at seksuell overføring av hiv er en av de største drivkreftene til epidemien og at forsøk på gjøre noe med denne smittemåten vil være en del av løsningen for å stoppe den epidemien verden opplever i dag. ABC-kampanjen er skapt med nettopp dette formålet. Selv om andre faktorer enn bare denne kampanjen spilte inn i Ugandas nedgang av hivprevalens på 80- og 90-tallet, som nevnt ovenfor, må man regne med at den intensive og omfattende kampanjen Uganda har ført var med på å bidra til reduksjonen i hivprevalens. For å gjennomføre en kampanje effektivt må man ta inn over seg at det finnes forhold ved samfunnet man intervensjoner kampanjen i man må ta høyde for, og disse forholdene kan være ulike fra lokalsamfunn til lokalsamfunn. Jeg mener dette er grunnen til at man ikke nødvendigvis kan overføre kampanjen automatisk fra land til land uten å tilpasse den til slike lokale forhold.

For det første må kampanjen tilpasses med tanke på hvordan den drives. Jeg har kommet med både med eksempler på hvordan man gjorde det i Uganda, og hvordan det ikke har fungert like godt i andre land. Et godt eksempel er som nevnt Botswana der kampanjen ble drevet ovenfra og ned fra myndighetenes side (Heald, 2002). Jeg mener det er viktig med en omfattende kampanje der alle deler av samfunnet er med, fra de øverste myndighetene ned til lokale råd, særlig i afrikanske land der man ofte har et markert skille mellom fattig og rik og en stor reell avstand mellom by og land. Samtidig må man forsøke å få politiske og religiøse parter til å enes og samarbeide i arbeidet mot sykdommen. Man må knytte til seg lokale myndighetspersoner og meningsbærere for å nå ut til alle deler av befolkningen. Media, som radio og plakater, var en viktig brikke i Uganda (Green et al., 2006), og er enda viktigere nå når beskjeder på Internett når ut til den delen av befolkningen som har tilgang til dette. Det er også viktig å mobilisere mennesker som lever med hiv, både for å gi befolkningen førstehånds informasjon om hiv, samt å redusere stigma. Dette kan gjøre det lettere for hivpositive å stå frem, både offentlig og for sine nærmeste, som kan være i fare for å bli smittet. Samtidig mener jeg det gjør terskelen for å teste seg lavere.

Innholdet i kampanjen er bundet til hovedbudskapene avholdenhet, trofasthet og kondombruk. Likevel må man også her ta hensyn til samfunnet målgruppen man forsøker å nå bor. Eksempler på dette er at kondombudskapet er i konflikt med et prokreasjonelt syn på sex, at budskapet om avholdenhet frem til ekteskapet strider mot en oppfatning om at det å få barn før ekteskapet beviser at man er fertil (Heald, 2006). «Safe sex» er ikke et begrep som nødvendigvis betyr å bruke kondom ved sex. Mash og medarbeidere (2010) hevder at begrepet kan heller forstås som sex i et forhold med tillit og intimitet, hvor det å insistere på kondom kan implisere det motsatte.

Den beste betydningen vil sannsynligvis være å finne en «safe» partner man stoler på (Stammers, 2005). Eksemplene viser at både formaninger om kondombruk og avholdenhet fra sex kan være upassende og unøyaktige, og i beste fall må tilpasses lokale forhold.

Det er viktig at innholdet ikke styres av politiske eller religiøse interesser som ønsker å fremme egen ideologi gjennom kampanjen. Et eksempel som er nevnt ovenfor er føringene amerikanske PEPFAR har lagt på støtten til Uganda, samt feilinformasjon om kondomets tekniske effektivitet i brosjyrer finansiert av dette programmet. Kampanjen må tilpasses lokalt, ikke internasjonalt. I samfunn der alle tre hovedbudskap kan være virkningsfulle mener jeg det er viktig å bruke alle verktøy man har i kampen mot epidemien. Hearst & Chen (2004) har en god tilnærming til diskusjonen rundt spørsmålet om kondom promotering kan brukes i kampanjer sammen med oppfordringer om avholdenhet og trofasthet. De sammenligner dette med en trafikk-kampanje, der flere budskap vektlegges. Selv om kampanjer for nye og mer trafikksikre veier er viktig, må ikke dette ta fokuset bort fra sikkerhetsbelter. Og en kampanje som promoterer sikkerhetsbelter impliserer ikke at det er trygt å kjøre i ruspåvirket tilstand, så lenge man bruker sikkerhetsbelte. Hvis det settes for detaljerte føringer for kampanjens innhold, kan ABC-kampanjen lett bli blind for kulturelle, sosiale og økonomiske utfordringer.

Ovenfor nevnte jeg at man bør analysere hvorfor individer ofte tilsynelatende ikke handler til sitt eget beste, altså ikke følger kampanjens formaninger. Et virkemiddel til å gjøre dette kan være *Health Belief Model* (HBM), en psykososial modell utviklet på 1950-tallet for å forstå hvorfor noen mennesker ikke viser en rasjonell helse- og sykdomsatferd og har dårlig compliance i forhold til medisiner. Teorien bygger på to komponenter: Hvor stort er ønsket om å unngå å bli syk, eventuelt å bli frisk fra sykdom, og hvor stor er troen på at en spesifikk atferd vil hindre sykdom, eventuelt bli kvitt den (Janz & Becker, 1984)? Temaer hentet fra artikler jeg har referert ovenfor kan settes inn i fire dimensjoner innen HBM (Rosenstock, 1974 referert i Janz & Becker 1984). *Oppfattet sårbarhet*, som er personens oppfatning av hvor sårbar han eller hun er for smitte, hvilken personlige risiko individet har for å pådra seg den. *Oppfattet alvorlighetsgrad*, personens oppfatning av hvor alvorlige konsekvensene vil være, hvis han eller hun pådrar seg sykdommen, både medisinsk og sosialt. *Oppfattet gevinst*, en persons oppfatning om hvor effektivt et tiltak er for å redusere risikoen for å pådra seg smitte, avhengig av personlig sårbarhet og sykdommens alvorlighetsgrad. *Oppfattede hindringer*, en persons oppfatning av om helseatferdens negative aspekter, som at den er slitsom, smertefull, dyr, tidkrevende og lignende.

Oppfattet sårbarhet påvirkes klart av det store antallet skjulte hivpositive, som umuliggjør en realistisk risikovurdering i forhold til smitte for hivnegative personer. Dette gjelder for sex både innenfor og utenfor ekteskap eller fast partnerskap, og budskapet om trofasthet vil som nevnt ikke være til beskyttelse så lenge man ikke vet om partneren er trofast. Personers oppfatning av egen risiko for smitte kan også være unøyaktig på grunn økt sårbarhet ved underernæring og parasittinfeksjoner.

Medisiner som forlenger livet og senker smittefaren vil kunne påvirke menneskers oppfatning av hvor alvorlig sykdommen er. Hiv gir også alvorlige sosiale konsekvenser. Man kan tenke seg at stigma i samfunnet derfor vil kunne endre menneskers risikoatferd. Men jeg mener det er synliggjort i denne artikkelen at så lenge risikoatferd for noen er nødvendig for å overleve, veier ønsket om dette tyngre enn frykten for å smittes og bli stigmatisert. Samtidig vil stigma hindre hivpositive i både å teste seg og å stå frem, og dermed ha større risiko for å smitte andre. Feilinformasjon om kondomets tekniske effektivitet påvirker oppfatningen av gevinsten av kondombruk. Kondomets totale effektivitet er avhengig av riktig bruk og opplysningarbeid er utrolig viktig. Oppfatningen om gevinst kan derfor tenkes påvirket i negativ retning ved at noen faktisk kan smittes av hiv selv om de har brukt kondom, fordi personen ikke har brukt kondomet riktig. Effektiviteten av å være trofast har jeg satt spørsmålsteget ved ovenfor, og enhver episode der kvinner eller menn blir smittet av hiv selv om de er trofast vil forringe oppfatningen om virkemiddelets gevinst.

Avholdenhet rammes særlig av oppfattede hindre som gjør virkemiddelet lite lukrativt. Heald (2006) sitt eksempel om å bevise fertilitet er et eksempel. Man må også ta inn over seg at sex er en handelsvare, særlig i fattige land der kvinner ofte står i en dårligere økonomisk situasjon enn mannen. Sex kan derfor byttes i penger som ved prostitusjon og i gaver i et elsker-elskerinneforhold. I et kostnad-nytte perspektiv vil det kunne være rasjonelt for en kvinne å innlede et seksuelt forhold til en hivpositiv mann som nekter å bruke kondom, hvis denne er villig til å betale for at kvinnens barn fra et eventuelt tidligere ekteskap skal kunne vokse opp. Kondomer i seg selv er ikke dyre, tidkrevende eller smertefulle, men risikerer man at partneren beskylder en for løsaktighet eller tillitsbrudd kan eventuelt partnerbrudd eller rykter i lokalsamfunnet være ødeleggende og en høy pris å betale. Oppfattede hindre gir mennesker lite handlingsrom i settinger hvor man forventer at de skal gjøre et rasjonelt valg. Jeg mener at særlig kvinner lever med et innskrenket handlingsrom som ikke gir dem mulighet til å gjøre et rasjonelt valg som vi ville forventet hadde gitt en forebyggende effekt mot hiv. Deres handlingsrom er innskrenket av strukturer i samfunnet, for eksempel landenes økonomi, skjevfordeling mellom kjønnene når det gjelder lønnet arbeid og at vold innad i et forhold ikke tas alvorlig eller ses på som en forbrytelse. Disse strukturene gir en skjev maktbalanse mellom kvinner og menn.

Jeg har i disse vurderingene ikke inkludert sykdomsforståelse. Hvis pasienten ikke ser hiv som en smitte med patologi og smittemåte slik vi gjør i vestlig biomedisinsk tenkemåte vil hans eller hennes oppfatning av sin egen sårbarhet vært knyttet til sin egen forståelse av hva smitten eller sykdommen er. Sykdomsforståelse påvirker også selvsagt oppfattet alvorlighetsgrad av hiv, om man ikke tror det er en dødelig eller uhelbredelig sykdom. Da oppfatningen om forebyggende tiltaks gevinst og deres negative aspekter i et kostnad-nytte perspektiv er avhengig av personens oppfatning av egen sårbarhet for sykdommen samt oppfatningen av hvor alvorlig den er, vil begge disse to dimensjonene være farget av sykdomsforståelsen. Dette beviser hvor viktig opplysning- og

informasjonsarbeid i kampen mot hivpidemien.

Som en kritikk til HBM kan man sette spørsmålsteget ved det «rasjonelle mennesket». Kan man anta at mennesket alltid er ute etter å handle rasjonelt. Adam (Adam, 2006, s.169) kritiserer tanken om det «rasjonelle mennesket som bevisst kalkulerer risiko og gevinst». Innen helse vil man da måtte anta at mennesker alltid vil forsøke å leve lengst mulig med best mulig helse ved å unngå risiko for sykdom eller skade. Hvis dette var realiteten, ville man forvente at alle røykere sluttet å røyke eller alle råkjørere holdt fartgrensen. Slik kan man drive omfattende informasjonskampanjer uten at folk nødvendigvis følger budskapet likevel. Forestillingen om den informerte rasjonalitet tilsidesetter også et annet aspekt, nemlig følelser og handling basert på følelser. Og seksuell atferd og følelser er nært knyttet sammen. Samtidig mener Adam (2006) at skaper man en merkelapp med irrasjonalitet hos den «mislykkede», den hivpositive, er dette et tilbakeslag for det viktige arbeidet mot stigmatisering.

Konklusjon

Jeg har i diskusjons kapitlet forklart hva jeg mener må til for at ABC budskapet skal være et effektivt profylaktisk virkemiddel mot hivsmitte. Den må være omfattende, samlende og ulike verktøy må tas i bruk for å tilpasse den til lokale forhold og nå ut til hele befolkningen. Selv om ABC-kampanjen tilpasses lokale forhold og drives godt, vil man ikke få bukt med epidemien fordi deler av befolkningen ikke nødvendigvis vil følge budskapet om atferdsendring som blir presentert. Deretter har jeg brukt HBM til å analysere hvorfor mennesker ikke alltid følger det man tenker er et rasjonelt budskap i ABC-kampanjen og slik har jeg identifisert utfordringene som må jobbes med. Jeg mener disse utfordringene hovedsaklig er knyttet til samfunnsstrukturer. En kjerne i disse strukturene økonomi, altså skjevfordeling av ressurser. Et fattig land har kanskje ikke råd til å si nei til bistandspenger fra et rikt land selv om det kommer med ideologisk funderte betingelser. Et fattig land har kanskje ikke råd til å importere kondomer til den trengende befolkningen. Fattige hivpositive mennesker har ikke råd til å kjøpe anti-retrovirale medisiner. Skjevfordeling av ressurser mellom mann og kvinne gjør kvinnen avhengig av mannens økonomi og begrenser hennes handlingsrom hvis hun vil beholde dette godet. Som vi har sett er matmangel og infeksjoner et symptom på fattigdom som øker sårbarheten for å bli smittet av hiv. En annen kjerne i utfordringene er informasjon. Ulik sykdomsforståelse og uvitenhet rundt kondombruk viser hvor viktig dette informasjonsarbeid er, og viktigheten av at informasjonen virkelig blir forstått. Gjennomgang av litteraturen rundt ABC-kampanjen viser at bekjempelsen av hiv er problematisk og mangfoldig fordi så mange ulike faktorer kan identifiseres som en del av problemet, og derfor også som en del av løsningen. Store samfunnsstrukturer og sosiale strukturer må arbeides med på nasjonalt og internasjonalt plan. Det kreves en innsats i form av penger til blant annet informasjonskampanjer, kondomer og medisiner. Man må forsøke å endre skjevheter mellom

kvinner og menn, for eksempel legge til rette for at kvinner kan bli økonomisk uavhengig av menn, sørge for utdanning, kriminalisere IPV og gjøre kvinnelige kondomer mer tilgjengelig. Men like mye trengs også arbeid på bakken med ansikt-til-ansikt informasjon, holdningskampanjer, virus-testing, distribusjon av kondomer og medisiner og mye mer. Det er samtidig viktig å huske på at man arbeider med mennesker og ikke objekter. Å fokusere på at noen må gjøre noe for «dem», mennesker med høy risiko for å bli smittet med hiv, impliserer samtidig at disse «dem» ikke er i stand til å gjøre det selv (Kippax & Race, 2003). Disse forfatterne skriver videre at det er viktig å involvere målgruppen i hivarbeidet, og i tillegg til at dette automatisk vil gi arbeidet en tilpasning til samfunnet de er en del av, vil denne deltagelsen i seg selv bedre kommunikasjonen både med og innen målgruppen (Rosenbrock et al., 2000, referert i Kippax & Race 2003)

Jeg mener denne teksten har illustrert hvordan det ikke er noe enten eller, men både og, når det gjelder virkemidler mot hiv-epidemien. Vi trenger å koordinere innsats fra statslederen til den lokale bonden som står frem som hiv-positiv for at alle ledd jobber sammen. Motsetninger i ideologi, politikk og religion må ikke stå i veien for målet om å stoppe epidemien. Samtidig som det trengs ressurser til de fysiske forebyggende tiltak mot smitte trengs det også ressurser til forskning på hvordan man kan tilpasse kampanjen til befolkningen man prøver å nå. Denne teksten har vist at man ikke kan direkte overføre tilsynelatende vellykkede kampanjer fra et land til et annet. Ved å trekke inn erfaringer og eksempler fra andre land har jeg vist til mangfoldet i samfunnet som gjør hivarbeid utfordrende.

Referanser

- Ackermann, L., & de Klerk, G. (2002). Social Factors That Make South African Women Vulnerable To Hiv Infection. *Health Care for Women International*, 23(2), 163-172.
doi:10.1080/073993302753429031
- Addam, B (2006) Infectious Behaviour: Imputing Subjectivity to HIV Transmission. *Social Theory & Health*, Vol 4, Iss. 2, 168-179.
- Ahmed, S., Lutalo, T., Wawer, M., Serwadda, D., Sewankambo, N. K., Nalugoda, F., Makumbi, F., et al. (2001). HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a population study in Rakai, Uganda. *AIDS (London, England)*, 15(16), 2171-9.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11684937>
- Allen, T., & Heald, S. (2004). HIV/AIDS policy in Africa: what has worked in Uganda and what has failed in Botswana? *Journal of International Development*, 16(8), 1141-1154.
doi:10.1002/jid.1168
- Bankole, A., Ahmed, F. H., Neema, S., Ouedraogo, C., & Konyani, S. (2008). adolescents in four countries in Sub-Saharan Africa. *Africa*, 11(3), 197-220.
- Bessinger, R., Akwara, P., & Halperin, D. T. (2003). *Sexual Behavior , HIV , and Fertility Trends :*

A comparative Analysis of Six Countries Phase I of the ABC Study. North. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Sexual+Behavior+,+HIV+,+and+Fertility+Trends+:+A+comparative+Analysis+of+Six+Countries+Phase+I+of+the+ABC+Study#0>

- Blum, R. W. (2004). Uganda AIDS prevention: A,B,C and politics. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 34(5), 428-32. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.09.022
- Breidablikk, H. Meland, E. (2004). Ungdom og seksualitet i Utkant-Norge 1997 – 2001 - Tidsskrift for Den norske legeförening. *Tidsskrift for den norske legeförening*, 13(124), 1769-71. Retrieved from <http://tidsskriftet.no/article/1041103>
- Bunnell, R., Opio, A., Musinguzi, J., Kirungi, W., Ekwaru, P., Mishra, V., Hladik, W., et al. (2008). HIV transmission risk behavior among HIV-infected adults in Uganda: results of a nationally representative survey. *AIDS (London, England)*, 22(5), 617-24. doi:10.1097/QAD.0b013e3282f56b53
- Carey, R. F., Herman, W., Retta, S., Rinaldi, J. E., Herman, B. A., & Athey, T. W. (1992). Effectiveness of Latex Condoms As a Barrier to Human Immunodeficiency Virus-sized Particles Under Conditions of Simulated Use. *Sexually transmitted diseases*, 19(4), 230-234.
- Cohen, J., & Tate, T. (2006). The Less They Know, the Better: Abstinence-Only HIV/AIDS Programs in Uganda. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 174-178. doi:10.1016/S0968-8080(06)28249-1
- Cohen, J., Schleifer, R., & Tate, T. (2004). AIDS in Uganda: the human-rights dimension. *Lancet*, 365(9477), 2075-6. doi:10.1016/S0140-6736(05)66716-5
- Conroy, S. a, Laeyendecker, O., Redd, A. D., Collinson-Streng, A., Kong, X., Makumbi, F., Lutalo, T., et al. (2010). Changes in the distribution of HIV type 1 subtypes D and A in Rakai District, Uganda between 1994 and 2002. *AIDS research and human retroviruses*, 26(10), 1087-91. doi:10.1089/aid.2010.0054
- Creese, A., Floyd, K., Alban, A., & Guinness, L. (2002). Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet*, 359(9318), 1635-43. doi:10.1016/S0140-6736(02)08595-1
- Dietrich, J. W. (2007). The Politics of PEPFAR: The President's Emergency Plan for AIDS Relief [Abstract]. *Ethics & International Affairs*, 21.3. Retrieved from https://vpn1.uio.no/+CSCO+ch756767633A2F2F6A6A6A2E706E656172747672706268617076792E626574+/resources/journal/21_3/essay/001.html:/pf_printable
- Emusu, D., Ivankova, N., Jolly, P., Kirby, R., Foushee, H., Wabwire-mangen, F., Katongole, D., et al. (2009). AIDS Care : Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS / HIV Experience of sexual violence among women in HIV discordant unions after voluntary HIV counselling and testing : a qualitative critical incident study in Uganda. *AIDS Care*, (March 2012), 37-41.
- Gray, Ronald H., Serwadda, D., Kigozi, G., Nalugoda, F., & Wawer, M. J. (2006). Uganda's HIV Prevention Success: The Role of Sexual Behavior Change and the National Response. Commentary on Green et al. *AIDS and behavior*, 4, 347-350.
- Green, E. C., Halperin, D. T., Nantulya, V., & Hogle, J. a. (2006). Uganda's HIV prevention success: the role of sexual behavior change and the national response. *AIDS and behavior*, 10(4), 335-46; discussion 347-50. doi:10.1007/s10461-006-9073-y
- Guthrie, B. L., Bruyn, G. de, & Farquhar, C. (2007). HIV-1-Discordant Couples in Sub-Saharan Africa: Explanations and Implications for High Rates of Discordancy. *Current HIV research*,

5(4), 416-429.

- Heald, S. (2002). It 's never as easy as ABC : Understandings of AIDS in Botswana1 It 's never as easy as ABC : Understandings of AIDS in Botswana 1. *African Journal of AIDS Research*, 1(1), 1-10.
- Heald, S. (2006). Abstain or die: the development of HIV/AIDS policy in Botswana. *Journal of biosocial science*, 38(1), 29-41. doi:10.1017/S0021932005000933
- Hearst, Norman, & Chen, S. (2004). Condom Promotion for the Developing World : Is It Working? *Population (English Edition)*, 35(1), 39-47.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education & Behavior*, 11(1), 1-47. doi:10.1177/109019818401100101
- Jewkes, R. K., Levin, J. B., & Penn-Kekana, L. a. (2003). Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: findings of a South African cross-sectional study. *Social science & medicine (1982)*, 56(1), 125-34. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12435556>
- Johnson, L., Dorrington, R., Bradshaw, D., Pillay-Van Wyk, V., & Rehle, T. (2009). Sexual behaviour patterns in South Africa and their association with the spread of HIV: insights from a mathematical model. *Demographic Research*, 21, 289-340. doi:10.4054/DemRes.2009.21.11
- Kajubi, P., Kanya, M. R., Kanya, S., Chen, S., McFarland, W., & Hearst, N. (2005). Increasing Condom Use Without Reducing HIV Risk, 40(1), 77-82.
- Karamagi, C. a S., Tumwine, J. K., Tylleskar, T., & Heggenhougen, K. (2006). Intimate partner violence against women in eastern Uganda: implications for HIV prevention. *BMC public health*, 6, 284. doi:10.1186/1471-2458-6-284
- Kippax, S., Race, K., (2003) Sustaining safe practice: twenty years on. *Social science & medicine*. 57(1) , 1-12
- Kirby, D. (2008). Changes in sexual behaviour leading to the decline in the prevalence of HIV in Uganda: confirmation from multiple sources of evidence. *Sexually transmitted infections*, 84 Suppl 2(Suppl II), ii35-41. doi:10.1136/sti.2008.029892
- Korenromp, E. L., Bakker, R., Vlas, S. J. D., Gray, R. H., Wawer, M. J., Serwadda, D., Sewankambo, N. K., et al. (2002). HIV dynamics and behaviour change as determinants of the impact of sexually transmitted disease treatment on HIV transmission in the context of the Rakai trial. *Aids*, (November 2001).
- Lee Warner, Ph.D., M.P.H., and Katherine M. Stone, M. . (2007). Male Condoms. *Prevention and Control*, (1), 232-247.
- Martin, S. L., & Kilgallen, B. (1999). Sexual Behaviors and Reproductive Health Outcomes: Associations With Wife Abuse in India. *Journal of American Medical Association*, 282(20), 1967-1972.
- Mash R, Mash B, de Villiers, P. (2010). "Why don't you just use a condom?": Understanding the motivational tensions in the minds of South African women. *Afr J Prm Health Care & Fam Med*, 2(1), 2-5. doi:10.4102/phcfm.v2i1.79
- Mills, S., Benjarattanaporn, P., Bennett, A., Pattalung, R., Sundhagul, D., Trongasawad, P., Gregorich, S., et al. (1997). HIV risk behavioral surveillance in Bangkok, Thailand: sexual behavior trends among eight population groups. *AIDS (London, England)*, 11, 43-51.

- Morris, M., Epstein, H., & Wawer, M. (2010). Timing Is Everything: International Variations in Historical Sexual Partnership Concurrency and HIV Prevalence. (J. H. Jones, Ed.) *PLoS ONE*, 5(11), e14092. Public Library of Science. doi:10.1371/journal.pone.0014092
- Murphy, E. M., Greene, M. E., Mihailovic, A., & Olupot-Olupot, P. (2006). Was the “ABC” approach (abstinence, being faithful, using condoms) responsible for Uganda’s decline in HIV? *PLoS medicine*, 3(9), e379. Public Library of Science. doi:10.1371/journal.pmed.0030379
- Okuonzi, S. A., & Epstein, H. (2005). EDITORIAL PRAGMATIC SAFE SEX , NOT ABSTINENCE OR FAITHFULNESS , WAS KEY IN UGANDA ’ S HIV DECLINE. *The New York Times*, 3(1), 2-3.
- Parikh, S. A. (2007). The Political Economy of Marriage and HIV : The ABC Approach , “ Safe ” Infidelity , and Managing Moral Risk in Uganda. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1198-1208. doi:10.2105/AJPH.2006.088682
- Quinn, T. C., & Overbaugh, J. (2005). HIV/AIDS in Women: An expanding epidemic. *Science*, 308(June), 2005.
- Roehr, B. (2005). Abstinence programmes do not reduce HIV prevalence in Uganda These include : service Abstinence programmes do not reduce HIV prevalence in Uganda UN committee approves declaration on human cloning. *BMJ*, 330. doi:10.1136/bmj.330.7490.496-a
- Roland, C. M. (1993). The barrier performance of latex rubber. *Rubberworld*, 15.
- Sewankambo NK, Wawer MJ, Gray RH, Serwadda D, Li C, Stallings RY, Musgrave SD, K.-L. J. (1994). Demographic impact of HIV infection in rural Rakai district, Uganda: results of a population-based cohort study. *AIDS*, 8, 1703-1713.
- Sewankambo, N K, Gray, R. H., Ahmad, S., Serwadda, D., Wabwire-Mangen, F., Nalugoda, F., Kiwanuka, N., et al. (2000). Mortality associated with HIV infection in rural Rakai District, Uganda. *AIDS (London, England)*, 14(15), 2391-400. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966783>
- Silverman, J. G., Decker, M. R., Kapur, N. a, Gupta, J., & Raj, A. (2007). Violence against wives, sexual risk and sexually transmitted infection among Bangladeshi men. *Sexually transmitted infections*, 83(3), 211-5. doi:10.1136/sti.2006.023366
- Singh, S., Darroch, J. E., & Bankole, A. (2004). A, B and C in Uganda: the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline. *Reproductive health matters*, 12(23), 129-31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15242220>
- Slutkin, G., Okware, S., Naamara, W., Sutherland, D., Flanagan, D., Carael, M., Blas, E., et al. (2006). Uganda’s HIV Prevention Success: The Role of Sexual Behavior Change and the National Response. Commentary on Green et al. (2006). *AIDS and Behavior*, 10(4), 351-361. doi:10.1007/s10461-006-9074-x
- Speizer, I. S. (2010). Intimate partner violence attitudes and experience among women and men in Uganda. *Journal of interpersonal violence*, 25(7), 1224-41. doi:10.1177/0886260509340550
- Stammers, T. (2005). As easy as ABC? Primary prevention of sexually transmitted infections. *Postgrad Med J*, 81, 273-275.
- Stillwaggon, E. (2005). The ecology of poverty: Nutrition, parasites, and vulnerability to HIV/AIDS. *AIDS, Poverty, and Hunger: Challenges and Responses* (pp. 167-181). Retrieved from http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:6IpfJRLi3kQJ:scholar.google.com/+schistosomiasis+nutrition+malaria+vulnerability+HIV&hl=en&as_sdt=0,5

- Stoneburner, R., & Low-Beer, D. (2004). Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. *Science*, *304*, 714-718. doi:10.1126/science.1093166
- Su, Y. Y. (2010). The failure of the American ABC HIV prevention model in Botswana. *Studies by Undergraduate Researchers at Guelph*, *4*(1), 93-100. Retrieved from <http://journal.lib.uoguelph.ca/index.php/surg/article/view/1278/1812>
- Tenkorang, E. Y., Rajulton, F., & Maticka-Tyndale, E. (2009). Perceived risks of HIV/AIDS and first sexual intercourse among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS and behavior*, *13*(2), 234-45. doi:10.1007/s10461-008-9470-5
- UNAIDS. (2002). Report on the global HIV / AIDS, (July).
- Wawer, Maria J, Gray, R. H., Sewankambo, N. K., Serwadda, D., Li, X., Laeyendecker, O., Kiwanuka, N., et al. (2005). Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *The Journal of infectious diseases*, *191*(9), 1403-9. doi:10.1086/429411
- Zablotska, I. B., Gray, R. H., Koenig, M. a, Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G., Sewankambo, N., et al. (2009). Alcohol use, intimate partner violence, sexual coercion and HIV among women aged 15-24 in Rakai, Uganda. *AIDS and behavior*, *13*(2), 225-33. doi:10.1007/s10461-007-9333-5
- Zablotska, I. B., Gray, R. H., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G., Sewankambo, N., Lutalo, T., et al. (2006). Alcohol use before sex and HIV acquisition: a longitudinal study in Rakai, Uganda. *AIDS (London, England)*, *20*(8), 1191-6. doi:10.1097/01.aids.0000226960.25589.72