

Sverige i stormens öga – världens aidsepidemi växer okontrollerat

Den snabbaste HIV-ökningen sker i ett av våra grannländer, Estland



I ett nötskal handlar HIV/aidskatastrofen om världens grundläggande problem – ekonomisk ojämlikhet och kvinnors underordnade ställning – av vilket följer migration av arbetskraft och utnyttjande av kvinnor med spridning av smittan. Vissa afrikanska länder kommer att falla samman, och de världspolitiska konsekvenserna hotar att bli stora när smittan nu sprids i de folkrika länderna Indien, Kina och Ryssland.

LARS OLOF KALLINGS
professor emeritus, FN-envoyé för aids i Östeuropa och Centralasien
(l.kallings@telia.com)

II Aidsepidemin är utan jämförelse den största farsot mänskligheten upplevt. Ändå är vi bara i början av epidemin, och vi kan för närvarande inte se något slut på den. Varje år inträffar fem miljoner nya HIV-infektioner i världen, och så lär det fortsätta flera tiotals år in i detta sekel. Det finns ingen bot i sikte, och man vet ännu inte om det går att framställa något effektivt vaccin. Tidigast 2008 kan vi veta om det går att vaccinera. I så fall tar det ytterligare flera år att producera och distribuera de många 100 miljoner vaccindoser som behövs.

Detta är dessvärre inget överdrivet domedagsscenario utan väl underbyggt. Man kan naturligtvis hoppas på omvälvande vetenskapliga genombrott, som vi nu inte kan förutse, men det kommer ändå att ta lång tid från vetenskaplig upptäckt till praktiskt genomförande i global skala. Under tiden fortsätter smittspridningen okontrollerat till nya befolkningar och nya åldersklasser. De demografiska, ekonomiska och sociala konsekvenserna är omfattande för de värst drabbade länderna, i vissa fall katastrofala. De världspolitiska konsekvenserna väntas öka när epidemin nu i stigande grad drabbar länder som Indien, Kina och Ryssland.

Smittspridningen skulle kunna minskas med enkla och billiga metoder – om den politiska viljan väl funnes – men efter 20 års erfarenhet av aidsepidemin måste man konstatera att det hört till undantagen att regeringar engagerar sig helhjärtat för att bryta mönster av sexuella tabun, kvinnors underordning och diskriminering av HIV-smittade. De få

ledare som vågat har lyckats att bryta trenden och minska smittspridningen på ett dramatiskt sätt. Det främsta exemplet är Uganda, där HIV-prevalensen hos gravida kvinnor minskat från 30 procent 1992 till 8 procent 2002. Det senaste året tycks det dock som om medvetenheten har ökat hos allt fler regeringar.

Möjligheten att minska sjukdom och död med hjälp av bromsmediciner innebär en ljusning. Läkemedelspriserna har reducerats till mer överkomliga nivåer, men även i afrikanska länder med ambitiösa, nationella program för behandling, t ex Botswana, är hindren många för att behandlingen skall få ett omfattande genomslag för epidemins fortsatta förlopp. Den största vinsten kan ligga på det psykologiska planet; möjlighet till behandling medför att fler människor blir intresserade av testning och rådgivning. På så sätt kan förebyggande och behandling gå hand i hand.

Epidemiologi

Vid slutet av 2003 bedöms det globala antalet HIV-infekterade personer som fortfarande lever vara 40 miljoner; 26 miljoner har redan dött av aids (Fakta I). Totalt beräknas således över 65 miljoner människor ha smittats med HIV räknat från epidemins början. Under det senaste året uppskattas 5 miljoner ha smittats av HIV och 3,1 miljoner ha dött av aids. De flesta individer med utvecklad aids i världen dör inom ett år, eftersom de inte behandlas med antivirala medel. Genom att antalet smittade hela tiden ökat ökar också det årliga antalet dödsfall.

Dagens dödssiffror speglar utbredningen av HIV-epidemin under första delen av 1990-talet (eftersom det i genomsnitt tar tio år från smittillfälle till det att aids utvecklas). Av de 40 miljoner som lever med HIV är hälften kvin-



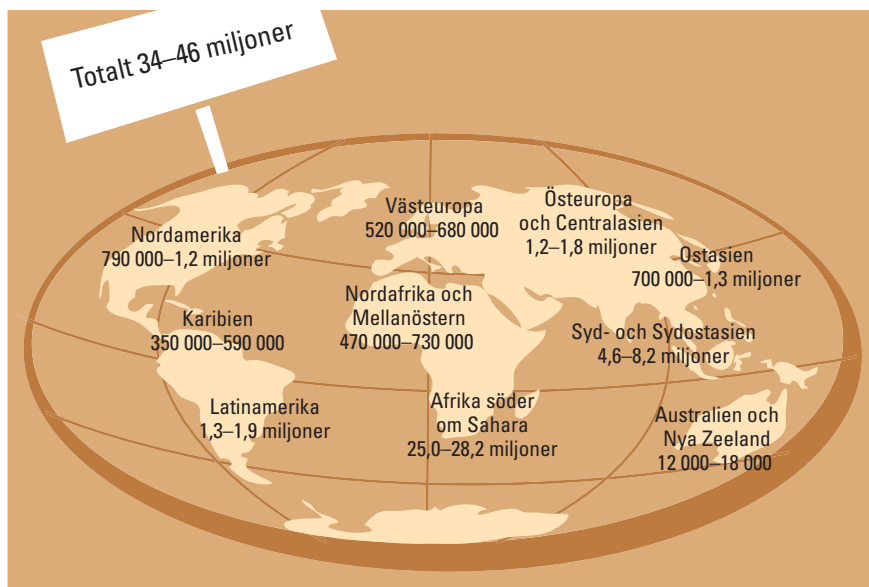
Global hälsa

Gästredaktör för serien Global hälsa: Staffan Bergström
Se även artiklar på sidan 384 och 390 i detta nummer och i nr 3 och 4 2004.

nor och upp mot 3 miljoner barn. Andelen kvinnor ökar hela tiden på grund av att den helt dominerande smittspridningsvägen är heterosexuell i de utvecklingsländer där epidemin har störst utbredning. Kvinnor är mer utsatta. I Afrika är andelen kvinnor nu 60 procent. Det är karakteristiskt för Afrika att gapet mellan andelen infekterade män och kvinnor är störst i tonåren, då mångdubbelt fler flickor är smittade (redan från 10–12-årsåldern) på grund av att de främst utnyttjas av män som är över 20 år.

Den stora andelen smittade unga kvinnor med hög fertilitet resulterar i många HIV-infekterade nyfödda barn. I genomsnitt överförs HIV till vart tredje barn. Man räknar med att en HIV-infekterad kvinna hinner föda tre barn under sin återstående livstid. Tiden mellan

Detta är dessvärre inget överdrivet domedagsscenario utan väl underbyggt.



Figur 1. Vuxna och barn med HIV/aids i världen i slutet av år 2003. Efter UNAIDS och WHO, december 2003.

II Fakta 1

Sammanfattning av HIV/aids i världen, december 2003 (miljoner personer). Källa: UNAIDS/WHO, december 2003.

Antal personer som lever med HIV/aids	Totalt	40 (34–46)
	Vuxna	37 (31–43) varav hälften kvinnor
	Barn	2,5 (2,1–2,9)
Nyinfekterade med HIV under 2002	Totalt	5 (4,2–5,8)
	Vuxna	4,2 (3,6–4,8)
	Barn	0,7 (0,59–0,81)
Döda av aids under 2002	Totalt	3,1 (2,5–3,5)
	Vuxna	2,5 (2,1–2,9)
	Barn	0,5 (0,42–0,58)
Döda av aids sedan epidemins början	Totalt	26
Antal föräldralösa barn på grund av aids	Totalt	14

smittfall och utvecklande av aids är kortare hos barn än hos vuxna, varför andelen dödsfall proportionellt sett är större bland barn. Till dödligheten bland barn bidrar också moderns sjukdom och död och att HIV-infekterade barn lättare dukar under för vanliga barnsjukdomar och undernäring.

Två tredjedelar av alla HIV-infekterade personer lever i den del av Afrika som ligger söder om Sahara (Figur 1): 26,6 miljoner. Därefter följer Asien med 7,4 miljoner, varav det största absoluta antalet i Indien med 4–5 miljoner och 1 miljon i Kina. Den snabbaste spridningen av HIV-infektioner sker i forna Sovjetunionen – 1,5 miljoner – med störst antal fall i Ryssland. Sydamerika har haft en förhållandevis gynnsam utveckling med »endast» 1,6 miljoner smitta-

de, framför allt beroende på att det största landet, Brasilien, har ett effektivt aidsprogram och att många andra latinamerikanska länder har en utveckling jämförbar med Sydeuropa och USA, vilket innebär låg prevalens jämfört med Afrika. Karibien har däremot en afrikansk, katastrofal situation.

Afrika

Situationen i Afrika söder om Sahara varierar mycket mellan olika länder. Det finns relativa lågprevalensländer i Västafrika, t ex Senegal. Överraskande är att Kongo under åren inte har haft en så hög prevalens (ca 6 procent) jämfört med grannländer som Zambia och Rwanda. Östafrika blev tidigt känt för hög prevalens, t ex i Uganda, men det är framför allt i södra Afrika som situationen blivit

helt okontrollerbar. Botswana, det rikaste landet i Afrika, har högst prevalens. Zimbabwe ligger i samma prevalensklass liksom också Sydafrika, Lesotho, Namibia och Swaziland. Det är att märka att en omfattande smittspridning inte drabbade Sydafrika förrän under 1994, 15 år senare än Östafrika, men att spridningen varit så snabb att landet nu har över 5,3 miljoner smittade, mer än 10 procent av hela befolkningen (alla åldrar). Moçambique hade länge en låg prevalens, men nu när landet inte längre är avskärmat från Sydafrika sker en tragiskt snabb smittspridning. Utvecklingen i Sydafrika speglas av HIV-frekvensen hos gravida kvinnor som söker mödravårdsmottagningar. Den har på kort tid ökat till över 25 procent av de gravida. I Botswana ligger motsvarande frekvens kring isande 40 procent.

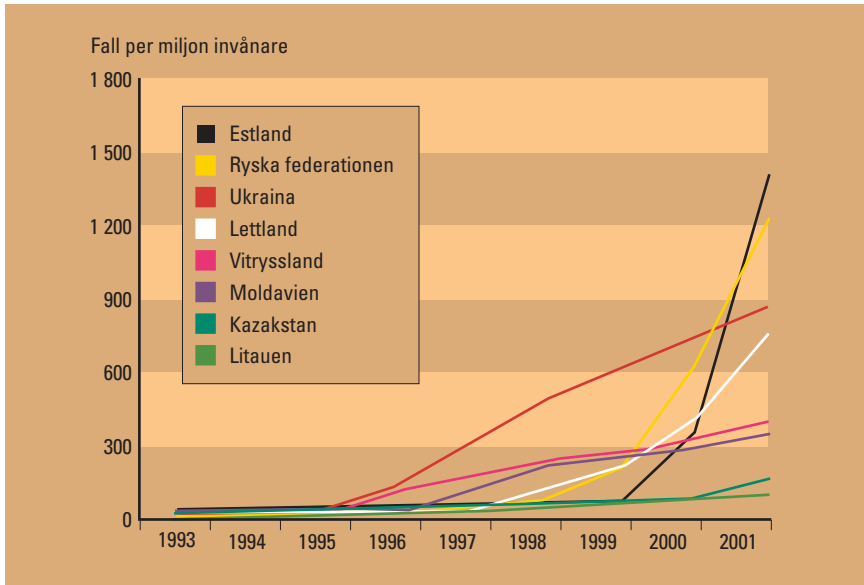
Prevalensen är högst hos unga människor i åldern 15–24 år: majoriteten i de värst drabbade länderna! Epidemin flyttar sig nu också norr- och västerut och ökar snabbt i Nigeria, det folkrikaste landet i Afrika, liksom i Etiopien. Elfenbenskusten har en hög prevalens sedan tidigare.

HIVs ursprung

Det är nu vetenskapligt accepterat att HIV-1, det virus som orsakar den världsomfattande aidsepidemin, överfördes från schimpans till människa kring 1930. Artgränsen mellan schimpans och människa kan fortfarande passeras i samband med slakt och försäljning av kött från schimpans, »bushmeat». Slaktare och husmödrar kan lätt skära sig vid styckning och tillredning av de blodiga köttbitarna från kropparna som fraktas från djungeln fastsurrade på schaktmaskiner och bilar i samband med anläggningsarbeten.

HIV-1 har isolerats från schimpans i Kamerun och Gabon, vilka av flera skäl anses vara ursprungsländer för detta virus. Hur virus därifrån efter tysta årtionden spritts till Östafrika och vidare till USA är okänt, likaså varför epidemin exploderade ungefär samtidigt i Afrika och Nordamerika under slutet av 1970-talet. För Afrikas del har man pekat på den oro och samhällsomvandling som

” Botswana ligger motsvarande frekvens kring isande 40 procent.



Figur 2. Kumulativa rapporterade HIV-infektioner per miljon invånare i östeuropeiska länder, 1993–2001. Efter HIV/AIDS surveillance in Europe. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.

följde på kolonialmakternas uttåg och för Nordamerikas del på den homosexuella frigörelsen, främst i Kalifornien med extensiva sexuella aktiviteter under en period under 1970- och 1980-talens tidigaste år. Det finns många under typer av HIV-1, varav alla är representerade i Afrika. Vissa är karakteristiska för olika spridningsområden, exempelvis typ B bland män som har sex med män och bland narkomaner i USA och Västeuropa, typ E i Thailand och typ C i bl a södra Afrika och Indien. Det finns också många rekombinanter mellan under typerna. HIV karakteriseras av en unikt stor förmåga till genetisk förändring, t ex för att utveckla resistens mot antivirala medel och för att undkomma kroppens immunreaktioner.

Asien

HIV spreds i omfattande skala cirka tio år senare i Asien än i Afrika. Spridningen i Thailand uppmärksammades särskilt. Thailand är biomedicinskt mer utvecklat och har en större öppenhet i sexuella frågor än många andra länder i regionen. Den inhemska prostitutionen har å andra sidan, liksom i Indien, en stor traditionell omfattning. Sexturismen spelar inte någon avgörande roll i detta sammanhang, däremot s k trafficking, med import av flickor från Burma till Thailand och från Nepal till Indien.

Den heterosexuella smittspridningen i många länder drivs av en tradition att män av alla samhällsklasser och åldrar besöker prostituerade och sedan smittas sina fasta sexualpartner. De thailändska myndigheterna satsade systematiskt på upplysning och »100 procent kondom-användning«, vilket lyckades då och

minskade smittspridningen på ett påtagligt sätt. Nu ökar smittspridningen igen.

Injektionsmissbruk medför en betydande HIV-spridning i Asien, i första hand i områden gränsande till Gyllene triangeln, t ex norra Indien, Burma, Thailand, Kambodja, Vietnam och södra Kina. HIV sprids nu alltmer även i traditionellt muslimska länder som t ex Indonesien med 200 miljoner invånare.

Utvecklingen i Kina med 1,3 miljarder invånare inger stor oro. Förutom smitta via injektionsmissbruk framstår heterosexuell spridning i de stora städerna som det stora hotet. En omfattande handel med blodprodukter under tekniskt bisarra förhållanden i samband med blodgivning har medfört att vissa landsbygdsområden blivit genomförosmittade med HIV.

Östeuropa

En explosiv spridning av HIV bland mycket unga injektionsmissbrukare från

Över en miljon personer i Ryssland har smittats på kort tid. Genom heterosexuell smitta finns potential för en omfattande epidemi i samhället.

II Fakta HIV/aids

- Varje år inträffar ca 5 miljoner nya fall av HIV-infektioner i världen. Det finns inget som tyder på att ökningstakten kommer att minska under överskådlig tid. Därför är vi efter 20 år ännu bara i början av HIV/aids-epidemin, som inte väntas kulminera förrän kring mitten av detta århundrade.
- De världspolitiska konsekvenserna blir omfattande på grund av de demografiska, ekonomiska och sociala följderna i de värst drabbade länderna, särskilt som smittan nu sprids snabbt i Indien, Kina och Ryssland.
- Den omfattande spridningen av HIV sammanhänger med grundläggande världsproblem: ekonomisk ojämlikhet och kvinnors underordnade status. Diskriminering och utstötning av smittade försvårar både prevention och behandling.
- För att bryta trenderna krävs en radikal attitydförändring hos världens politiska och religiösa ledare. Några utvecklingsländer har visat vägen, men de tillhör ännu undantagen.

10–12 års ålder karakteriserar utvecklingen i Ryssland, Ukraina, Vitryssland, Moldavien, Centralasien och de baltiska länderna (Figur 2). Ofta är 60 procent av injektionsmissbrukarna HIV-positiva, men upp till 90 procent har rapporterats från vissa städer. Över en miljon personer i Ryssland har smittats på kort tid. Genom heterosexuell smitta finns potential för en omfattande epidemi i samhället. Som framgår av Figur 2 finns en mycket snabb ökning i vårt närområde på andra sidan Östersjön. Den snabbaste ökningen av HIV i världen förekommer nu i Estland. Det ökande drogmissbruket i Sverige utgör ett hot för att den östliga epidemin skall få avläggare också i vårt land, jämförbar med en dotterepidemi som uppträdde i Helsingfors.

Den beskrivna oroande utvecklingen avser inte hela Öst- och Centraleuropa. Polen har t ex inte samma trend utan tillhör lågprevalensländerna liksom Tjeckien, Slovakien och Ungern.

Mor-barnsmitta

Den vertikala överföringen av HIV bidrar till svårigheten med att bemästra epidemin. Den största smittrisken uppträder vid förlossningen, men en betydande andel av infektionerna sker genom bröstmjölken, vilket leder till svåra etiska och praktiska avvägningar i u-länder. Amning är av vital betydelse för att motverka undernäring, diarré och luftvägssjukdomar och för att förebygga

alltför täta graviditeter. De flesta har varken råd eller tillgång till bröstmjölksersättning och inte heller till säkert vatten och tillredningsmöjligheter. Blivande mödrar vågar inte heller låta testa sig, eftersom det kan bli känt att de är HIV-positiva och det då föreligger reella risker för misshandel och utstötning från familj och grannskap. Den moder som inte ammar skulle i ett sådant sammanhang öppet annonsera om sin HIV-infektion för omgivningen. Som regel är det fadern som smittat barnamodern, och han är ofta redan sjuk eller död. Det gäller också många andra i storfamiljen: systrar, svågrar och svågern. Därför finns det ofta inget socialt skydds nät kvar när också far- och mormödrar sviktar. 14 miljoner barn är redan föräldralösa, och siffran beräknas öka till 25 miljoner år 2010.

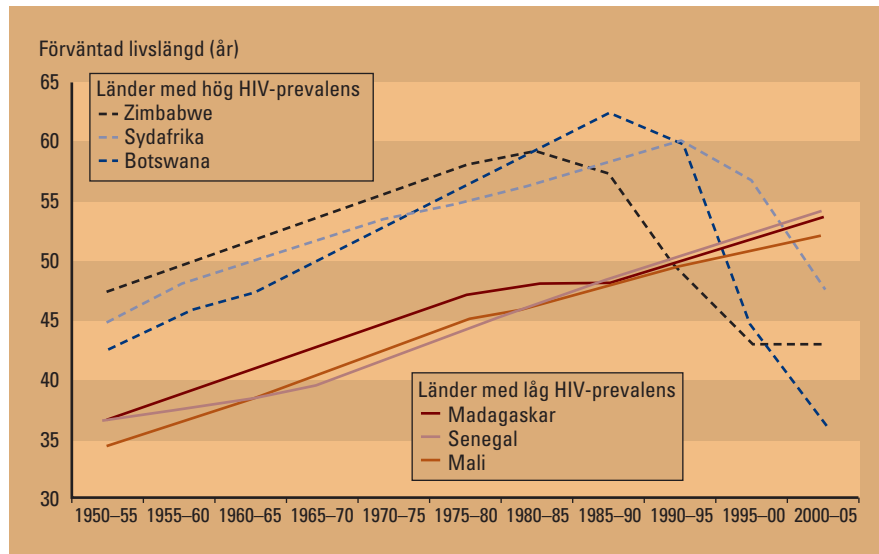
I västvärlden föds nu inte många HIV-infekterade barn. Tidig HIV-testning av gravida är rutin, abort diskuteras med dem som är smittade och vid fortsatt graviditet erbjuds de effektiv antiviral behandling. Kejsarsnitt minskar också riskerna för överföring av HIV vid förlossningen. Bröstmjölksuppfödning kan hos oss genomföras på ett säkert sätt.

För att förebygga mor-barnsmitta också i u-länder har förenklad behandling med antivirala medel utvecklats och även genomförts på sina håll. Den enklaste behandlingen utgörs av en tablett Nevirapin till modern under förlossningen och en dos till den nyfödda. Detta reducerar smittspridningen med 50 procent. Nevirapin ställs gratis till förfogande av tillverkaren i många afrikanska länder. Nackdelen med medlet är att det ofta ger upphov till resistens även vid denna korta behandling. Det finns emellertid andra kombinationsbehandlingar utprovade med ungefär samma reduktion av smittan i samband med förlossningen. Problemet är emellertid att en stor andel av barnen sedan smittas under amningen, som ofta pågår i två år eller längre, vilket är gynnsamt för att undvika undernäring. Den etiskt uppenbara lösningen på detta dilemma är att fortsätta behandla modern med antivirala medel så att hon både överlever och inte smittar barnet.

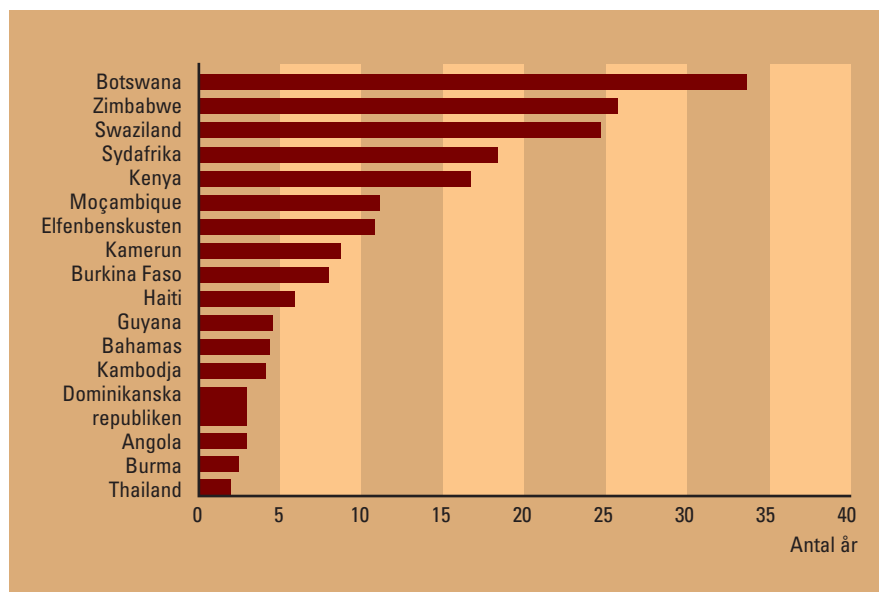
Det uppmärksamade problemet rörande allmän och rättvis tillgång till effektiv behandling i utvecklingsländerna behandlas i det följande.

Demografiska konsekvenser

En dödlig infektionssjukdom med en sådan spridning att upp till 25–40 procent av befolkningen i de mest produktiva ålderna drabbas får givetvis omfattande demografiska, ekonomiska och sociala konsekvenser. Ålderspyramiden får en skarp midja, motsvarande 20–40-årsåldern,



Figur 3. Förväntad livslängd i några afrikanska länder med hög och låg prevalens av HIV, 1950–2005. Efter UN Department of Economic and Social Affairs (2001). World population prospects, the 2000 revision.



Figur 4. Minskning av förväntad livslängd jämfört med scenariet »ingen aids« i några länder, 2000–2005. Efter UN Department of Economic and Social Affairs (2002). World population prospects, the 2000 revision.

och den återstående livslängden minskar dramatiskt. Livslängden ökade från 1950-talet men faller nu brant i många afrikanska länder (Figur 3), t ex från över 60 år till 35 år i Botswana. De länder som haft de bästa förutsättningarna för utveckling (Botswana, Zimbabwe, Sydafrika) har också den kraftigaste minskningen av livslängden (Figur 4). De tappar mer än de fattigaste länderna. Det är slående att fattigare länder kommer att träffa de relativt rikare i livslängd.

Ekonomiska konsekvenser

Familje- och samhällsekonomin drabbas hårt. Det är ju specifikt familjeför-

sörjarna som sjuknar och dör. Inkomster försvinner samtidigt som sjuka familjemedlemmar skall vårdas i hemmet. Begravningskostnader blir en ytterligare börda. Som vanligt får kvinnorna bära den tyngsta bördan; de vårdar män och barn men ingen vårdar dem. Flickorna tas först ur skolan för att hjälpa till med vård och försörjning.

Samhällsekonomin drabbas på olika sätt. Familjerna ställer om livsmedelsproduktionen från produkter som kan säljas och exporteras, som t ex kaffe och kakao, till sådana grödor som ger mat för dagen. Nästa steg är att livsmedel med högt näringsvärde men som är arbetsin-

tensiva ersätts av mer lättodlade av lägre kvalitet – från majs och ris till kassava. Hungerkatastroferna i södra Afrika förvärras av den livsmedelsbrist som orsakas av aids. Handel och industri drabbas av att anställda insjuknar och dör, vilket får särskilt genomslag när det gäller de tunna linjerna av utbildade och nyckelpersoner på alla nivåer från chefspersoner till förmän och specialarbetare. Företagen har ofta också sjuk- och försörjningsansvar för anställda och deras familjer, eftersom socialförsäkringar saknas. Allt detta medför att exportindustrin drabbas och därmed nationalökonomi.

Konsekvenser för sjukvård och skola

I motsats till vad man tror innebär inte nödvändigtvis god utbildning att risken för att drabbas av HIV-infektion minskar. God utbildning ger bättre ekonomiska förutsättningar för män att skaffa fler sexualpartner, och därmed ökar risken för att exponeras för HIV. Sexuellt nätverksbyggande följer ett visst mönster: Män med god utbildning och ekonomi umgås i kretsar där kvinnorna också har god utbildning. Läkare och sjuksköterskor har därför minst samma HIV-prevalens som är gängse i deras samhälle, vilket innebär att många sjuknar och dör. Detta gäller också höga politiker och tjänstemän, affärsmän, advokater, artister, proffsidrottsmän etc. Lärare har en nyckelroll i utvecklingsländerna. Det är därför ett särskilt problem att så många lärare dör i aids att utbildningen av fler lärare har svårt att motsvara förlusterna. Minskade möjligheter till skolutbildning, särskilt för flickor, bidrar till en nedåtgående spiral vad gäller utvecklingen i svårt HIV/aidsaffekterade länder.

Förlusterna av sjukvårdspersonal försvårar ett problem som var stort redan före aids med grav underdimensionering av sjukvårdsresurserna. Majoriteten av vårdplatserna upptas nu av aidspatienter, vilket ytterligare minskat möjligheterna till vård för andra sjukdomar. Aidskrisen inom sjukvården aggraveras av det dödliga sambandet mellan HIV-infektioner och tuberkulos. Aidssepidemin har en tuberkulosepidemi i släptåg. De flesta HIV-infekterade dör av tuberkulos, som då också smittar andra än de HIV-positiva.

De överbelagda vårdavdelningarna med patienter även på golvet mellan sängarna karakteriseras av hostande, utmätta patienter med febermatta ögon, vita candidabeläggningar runt läpparna, i munnen och i svalget medförande svårigheter att svälja, ostillbara diaréer och utbredda herpes zoster-sår på bålen.

Behandling

I västvärlden har kombinationsbehand-

Detta är givetvis en etisk skandal av ofattbara mått som inte bara gäller aids utan alla hälsofrågor.

ling med antivirala medel dramatiskt reducerat dödligheten och medfört att särskilda vårdavdelningar inte längre behövs. Det är dock ett observandum att det finns svåra biverkningar: påverkan på metabolismen och risk för hjärt-kärlsjukdomar och diabetes samt en omfördelning av fett (t ex försvinner underhudsfett i ansikte, glutéer och fotsulor, vilket resulterar i förändringar av utseendet och svårighet att sitta och gå) samt uppträdande av »Buffalo hump« och spindelkropp (stor bål, smala extremiteter).

Utveckling av resistens mot de antivirala medlen är ett problem liksom svårigheten att följa de krävande behandlingsprogrammen. Därför behandlas i praktiken i USA endast 50 procent av dem som skulle behöva behandling. Andelen som behandlas är större i Sverige. På grund av de inneboende problemen med livslång behandling med de mycket potenta medel som erfordras för att påverka ett virus som integreras i vår arvs massa finns det dock risk för att insjuknande och död i aids kommer att öka igen i västvärlden, särskilt som incidensen av HIV har ökat bland män som har sex med män. I Vancouver är den över 4 procent.

Kontrasten till förhållandena i utvecklingsländerna kunde inte vara större. Trots att över 95 procent av de 40 miljonerna HIV-infekterade lever i tredje världen får endast ca 300 000 effektiv antiviral behandling. En stor del av dem bor i Latinamerika, huvudsakligen i Brasilien. I Afrika med upp mot 30 miljoner HIV-infekterade har bara 30 000 tillgång till behandling. Detta är givetvis en etisk skandal av ofattbara mått som inte bara gäller aids utan alla hälsofrågor.

Läkemedelspriserna, som tidigare var ett absolut hinder för behandling i utvecklingsländerna, har nu reducerats dramatiskt. En årsbehandling med tre läkemedel i kombination som förut kostade 10 000–20 000 dollar är nu på väg ner mot 200 dollar. Det är fortfarande oöverkomligt dyrt för enskilda, men för de relativt sett rikare samhällena som Botswana och Brasilien ställer staten behandling till förfogande. Det har då visat sig att en omfattande behandling i Botswana begränsas av diskriminering och stigmati-

sering. Tillströmningen av patienter är mycket lägre än vad man väntat sig. Endast 9 000 av 100 000 i direkt behov av antivirala medel har sökt den kostnadsfria behandlingen. Det förefaller som om skammen för att bli känd som HIV-infekterad är större än dödsfruktan. Det finns dock många energiska ansträngningar för att nå fler HIV-smittade med effektiv behandling. Det första etappmålet är att år 2005 nå tre miljoner patienter av de sex miljoner som bedöms vara i omedelbart behov av livräddande behandling.

Sammanfattat

En sammanfattning i ett nötskal av frågorna kring HIV/aidskatastrofen berör de stora, grundläggande problemen i världen: den ekonomiska ojämlikheten och kvinnornas underordnade status. Dessa faktorer leder i sin tur till en omfattande migration av arbetskraft och prostituerade. Andra avgörande förhållanden när det gäller HIV/aids är de politiska ledarnas hittillsvarande ointresse att engagera sig, tabubeläggningen av sexuella frågor och diskrimineringen av HIV-smittade i familj och vardagsliv. HIV/aids är ett säkerhetshot för världen. Vissa afrikanska länder kommer att falla samman, den världspolitiska balansen kan komma att rubbas när de stora asiatiska länderna och Ryssland nu drabbas i ökande omfattning.

Sverige har hittills haft en låg prevalens, och på grund av tillgång till antiviral behandling lever allt fler med HIV. Vi har därför aldrig haft så många HIV-infekterade som nu, ca 3 200 personer i livet av ca 6 000 HIV-anmälda sedan 1985, och hotet från omvärlden växer. Vår viktigaste roll är att bidra till den globala kampen mot aids i internationell solidaritet. Sedan mitten av 1980-talet har Sverige legat bland de främsta vad gäller att driva på, organisera och stödja de internationella ansträngningarna via FN-organen, bilateralt och via institutionellt samarbete. Initiativen från frivilligorganisationer och enskilda har en imponerande bredd. Under senare år gäller det inte minst engagemanget i Östeuropas barn och ungdomar.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.



= artikeln är referentgranskad