

densbaserad medicin och de stora folkhälsoproblemen i samhället i dag.

Läkarförbundet och även dagens MSF påpekar vikten av kvalitet framför kvantitet i läkarutbildningen, men problemet är att vi likt Toyota måste producera både många och goda exemplar. Det klingar dessutom falskt att hålla kvalitetsfanan högt när den nuvarande utbildningen på Karolinska institutet knappt fick godkänt av Högskoleverket och det går bra att regionalisera läkarutbildningen i Umeå till sjukhus i Sunderbyn, Öster-

sund och Sundsvall. Det är tydligen inte lika komplicerat som att starta en utbildning på ett relativt läkarkandidat-tomt universitetssjukhus i Örebro.

Men även med dagens ökade utbildningsvolym behövs en utbildningsort till. Jag håller med barnläkaren och rektorn för Örebro universitet Jens Schollin som säger: »Det finns en bortre gräns för hur många läkarstuderande som kan erbjudas klinisk praktik i vården i anslutning till de befintliga utbildningsorterna.«

Så snälla Sveriges läkarförbund, ge mig, mina kollegor i Västra Svealandsregionen och våra patienter hopp om en bättre situation! Då sakliga argument uppenbarligen inte har tillräcklig kraft behövs facklig och politisk vilja. Visa bättre omdöme, framsynthet och vilja till förändring än vad jag gjorde på min tid. Stöd Örebro universitets ansökan om en ny läkarutbildning!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

APROPÅ! Läkemedelsförsörjningen i låginkomstländer

Indiens läkemedelsindustri hotas av frihandelsavtal

För närvarande (september 2009) pågår förhandlingar om frihandelsavtal mellan Indien och andra handelsblock, främst EU, EFTA och Japan. Förhandlingarna äger rum i tysthet, vilket kritiseras av indiska frivilligorganisationer. Bortsett från en liten grupp av förhandlare och lobbygrupper från industrin vet få vad som egentligen diskuteras.

Förhandlingarna är principiellt viktiga från hälsosynpunkt. Indien har tidigare värnat hårt om folkhälsoaspekter i sin patentlagstiftning och har förbehållit sig rätten att tillverka patenterade mediciner av vikt för folkhälsan. Dessa landvinningar är nu hotade. I samband med förhandlingar om frihandels-

avtal utövar rika länder regelmässigt påtryckningar för att förlänga patenträtten på läkemedel och minska möjligheterna att återopa folkhälsan för att tillverka mediciner.

I exempelvis Jordanien krävde USA att man skulle anta s k TRIPS-plus-regler om läkemedel för att landet skulle få tillträde till Världshandelsorganisationen (WTO). Resultatet blev kraftigt höjda läkemedelspriser men däremot inga investeringar.

TRIPS betyder »Trade aspects of intellectual property rights« och är en del av det paket som krävs av länder som söker medlemskap i WTO. Sedan 1986 har världens rika länder, ledda av USA, drivit en kampanj för

att intellektuell egendom ska ingå i olika frihandelsavtal. TRIPS är resultatet av detta.

För att möjliggöra tillverkning av generiska mediciner i världens fattigaste länder medgav den s k Doha-deklarationen att generiska läkemedel skulle kunna tillverkas av folkhälsoskäl och att export till andra fattiga länder skulle vara tillåten om vissa procedurer följdes. TRIPS-plus är däremot ett »tilläggs-paket« som USA och den internationella läkemedelsindustrin drivit fram och som hindrar fattiga länder att reglera läkemedelsindustrin och läkemedelspriserna.

I mars i år varnade FN:s speciella rapportör för rätten till hälsa, den indiske advokaten Anand Grover, för att TRIPS-

plus-normer leder till högre läkemedelspriser eftersom de skjuter upp eller begränsar generisk produktion.

Förhandlingarna i Indien är viktiga av ett annat skäl: Över 90 procent av patienter med livsuppehållande antiretroviral terapi i låg- och medelinkomstländer använder generiska läkemedel tillverkade i Indien. Vidare går 57 procent av läkemedelsexporten från Indien till låginkomstländer. Restriktioner i Indien kan därför få en omfattande verkan i dessa länder.

Anders Jeppsson
läkare och antropolog,
Socialmedicin
och global hälsa,
Lunds universitet, Malmö
anders.jeppsson@med.lu.se