

instruktioner hade mindre än hälften av männen använt kondom regelbundet, och uppenbarligen hade den omskurna gruppen inlett sexuell aktivitet tidigt efter omskärelsen. Sex veckors sår-läkningssabstiniens krävs – men hur många skulle lyda de råden om/när miljontals unga män skulle bli föremål för omskärelse?

En hel rad störfaktorer (confounding factors) och artificiella inslag i metodologin gör att studieresultaten [6-8] bör evalueras med stor försiktighet och att man inte utan vidare ska falla för studiernas statistiska elokvens.

Thorson et al ska emellertid ha erkännande för att de påpekat skillnaden mellan biologisk effekt och »community effectiveness«. Den förra har ju närmast akademiskt intresse medan den senare är den som ska möta verkligheten. Vad händer i fält? Och vad sker efter de två studie-åren? Hur blir det med andra ord med »riskkompensationen«? Spåren efter den traditionella omskärelsen i Afrika är förskräckande, även sedan omskärarna genomgått en »kirurgisk« snabbkurs.

Jag har själv sett (i African Medical and Research Foundations studier i Kenya) skrämmande exempel på kvinnornas totala utsatthet – utsatta som de var för biffiga långtradarchaufförer som stannade till vid kaféerna längs de stora vägarna i Kenya. Flickorna där hade ingen chans att börja diskutera om männen var omskurna eller inte eller kräva att de skulle använda kondom. Eller på Harares universitetssjukhus: två-tre mammor, med barn, i varje säng, alla aidsjuka, smittade av otrogna män som i sin tur smittats på bordell. Kvinnorna vågade inte berätta för männen om sin sjukdom av rädsla för att bli utkastade hemifrån.

Efter mycken vända rekommenderar nu WHO [10] att omskärelse ska övervägas (be considered) som en del av ett

omfattande HIV-preventivt program, med prioritet i de områden där HIV-prevalensen överstiger 15 procent. Samtidigt rekommenderas att manlig och kvinnlig kondom används regelbundet, liksom senarelagd sexdebut, minskat antal partner och avhållsamhet 6 veckor efter eventuell omskärelse.

WHO uttrycker sig som synes mycket försiktigt beträffande omskärelsens andel i preventionen. Omskärelse är ingen »quick fix« mot HIV-smitta.

Thorson et al argumenterar nu, trots osäker »community effectiveness«, för omskärelse allmänt i befolkningar med hög risk, dvs i praktiskt taget hela sub-Sahara (manlig population nästan 400 miljoner), medan däremot lågriskländer (under 1 procent prevalence) som Sverige kan undantas! Icke desto mindre anser författarna att manlig omskärelse i Sverige av »religiösa eller kulturella« skäl »måste ... diskuteras utifrån ett globalt perspektiv ... eftersom effekten mot HIV-smitta tillsammans med sambandet mellan den svenska och den globala HIV-epidemin är tillräckliga motiverande medicinska skäl«. Detta sista är en mycket egendomlig konklusion – vi har ju ingen svensk HIV-epidemi!

För ett år sedan utfärdade Sveriges Kommuner och landsting en tydlig rekommendation om att alla landsting skulle erbjuda omskärelse. Emellertid har det visat sig att nästan 1/3 av dessa har vägrat [H Knutsson, SKL, pers medd; oktober 2010]. Det vore nog svårt att få något ansvar för en svensk omskärelsekampanj som skulle ske i den globala solidaritetens tecken.

Låt oss i stället motverka småbarnsomskärelse för dess egen skull i barnkonventionens anda.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Thorson A, Ragnarsson A, Rosling H, Ekström AM. Manlig omskärelse minskar HIV-spridning. Halverar risken för smitta från kvinna till man. Läkartidningen. 2010; 107:2881-3.
2. Säll O. Omskärelse dödar pojkar i Sydafrika. Svenska Dagbladet. 3 juli 2010.
3. Hofvander Y. Förslaget till omskärelse av pojkar – vart tog barnets rätt vägen? Läkartidningen. 2008; 105:58-9.
4. Kallings LO. The first postmodern pandemic. 25 years of HIV/AIDS. J Intern Med. 2008;263:218-43.
5. The state of the world's children. New York: UNICEF; 2008.
6. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. PLoS Med. 2005;2(11):e298.
7. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. Lancet. 2007;369:643-56.
8. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. Lancet. 2007;369(9562):657-66.
9. Wawer MJ, Makumbi F, Kigozi G, Serwadda D, Watya S, Nalugoda F, et al. Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial. Lancet. 2009;374:229-37.
10. WHO. Priority interventions. HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Geneva: WHO; 2009.

Östeuropakommittén avslutar sin verksamhet

■ Östeuropakommittén (ÖEK) startade sitt arbete 1992 för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården i Sveriges grannländer i öst. Det var en ideell organisation, och det ekonomiska stödet kom främst från Sida. Arbetet, riktat till de baltiska länderna, avslutades 2004. Därefter var Vitryssland en av de främsta mottagarna av stödet. I år avslutar ÖEK helt sin verksamhet; stödet från Sida har upphört.

Trots att jag tycker att det är sorgligt att organisationen avslutar sin verksamhet känner jag också en djup tillfredsställelse. ÖEK har varit en organisation som stött de baltiska staterna nära under deras frigörelse och återuppställande.

Trots att ÖEK avslutar sin verksamhet finns det projekt i exempelvis Lettland som blomstrar och utvecklas av egen kraft. Inga-Britt Lindström, vice ordförande i ÖEK, har gjort en avgörande insats för utvecklingen av arbetsterapi i Lettland och har för det belönats med medalj. Frälsningsarmén har fått stöd för sitt arbete i Lettland för döva och handikappade,

ett arbete som nu fortsätter med privata sponsorer. Psykoterapi utvecklas av egen kraft efter att ha fått betydande ekonomiskt och kunskapsmässigt stöd av ÖEK.

Detta är bara några av de projekt som varit fruktbara. Jag skulle vilja lovorda många som deltagit i ÖEK:s arbete: läkarna Karl Grunewald, Johan Cullberg, Roy Persson, Ernst Michaeli, kanslichefen Gunnar Wennström, och inte minst förre generaldirektören för Socialstyrelsen Claes Örtendahl, som var en av de ledande för att tillskapa organisationen.

Som lettiska har jag försvenskats och integrerats i Sverige. Numera har jag träffat många svenskar som tror på de baltiska staternas framtid. Det svenska biståndet har betydtt mycket för dem. Kunskapen om länderna i öst har också varit berikande för svenskarna i vår snabbt föränderliga värld.

Aina Sikсна
leg läkare, representant
i Östeuropakommittén
för det lettiska läkarförbundet
aina.siksna@telia.com