



Pehr Olov Pehrson, ordförande, Läkare utan gränser, Sverige; överläkare, infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge pehrolov.pehrson@msf.org

Dags att bryta tystnaden!

Den rika världens läkare måste ta ansvar i den globala HIV-epidemin

|| Mitt under den svenska sommaren pågick i Rio de Janeiro årets internationella HIV-/aidskonferens. I svenska medier förbigicks den med i stort sett total tystnad. Dagens Nyheter hade en liten notis om skyddande effekt av omskärelse. Vill vi i den rika världen genom tystnad glömma vad som händer utanför våra gränser?

En som inte tystnat är Stephen Lewis, FNs speciella sändebud för HIV/aids i Afrika. Vid öppnandet av konferensen pekade han på oviljan och långsamheten i reaktionerna och på vårt individuella och gemensamma ansvar. Jag vill här ta upp något av vad han sade och i vissa fall utveckla det ytterligare.

När livssituationen är så utsatt, så smärtsam, så tröstlös för miljoner HIV-smittade människor som saknar egen röst har vi läkare ett ansvar utifrån vår kunskap och erfarenhet. De flesta blev visserligen inte läkare eller forskare för att stå på barrikaderna. Men ett kvartssekel in i denna världsomfattande epidemi är reaktionen från det medicinska samfundet fortfarande knappt hörbar. Det är tio år kvar tills millenniemålen för bekämpning av fattigdom och sjukdom (som alla FNs medlemsländer åtagit sig) skall vara uppfyllda.

Detta lilla virus kan förhindra att samtliga dessa mål uppnås, i synnerhet på den afrikanska kontinenten. Epidemin förtär människor, och tillsammans med en underliggande fattigdom riskerar den hela länders överlevnad. Varför hör vi så litet från svenska forskare och från svenska medicinska organisationer? Vi måste – i kraft av vår medicinska auktoritet – tala högt och tydligt.

Det senaste G8-mötet, som skulle hjälpa Afrika att utrota fattigdomen, blev en besvikelse. Det kom mer att handla om Bono och ett antal internationella artister. Att upphäva skulder för 14 länder i Afrika är förvisso en början, men Afrika är fortfarande skyldigt 200 miljarder dollar, med räntor som förlamar kampen mot fattigdom och sjukdom.

Vackra ord yttrades under mötet om minskning av jordbrukssubventionerna, men dessa bestäms på andra arenor: i maktens korridorer i Washington och Bryssel och vid möten med WTO (Världshandelsorganisationen).

Även om deltagarna utlovade en fördubbling av det internationella biståndet är det långt mellan ord och handling. Tyskland och Italien har redan förklarat att biståndet är beroende av den inhemska ekonomin, Kanada vägrar att ange en

tidpunkt för ökningen. I USA, vars bistånd är 0,14 procent av bruttonationalinkomsten, reducerar kongressen varje år den föreslagna budgeten. Sverige är ett undantag; här finns en tidtabell för att nå biståndsmålet 1 procent av bruttonationalinkomsten. Låt oss också få se att ökningen används där behoven är störst och inte utifrån inhemska preferenser.

WHO's »3 by 5«-initiativ har brutit smittsam tröghet

För ett och ett halvt år sedan satte Världshälsoorganisationen som mål att 3 miljoner HIV-infekterade i de mest utsatta länderna skulle få behandling före utgången av år 2005. Det målet kommer definitivt inte att nås, men det har ändå lett till att den smittsamma tröghet som tycktes paralysera världen brutits.

Behandling har faktiskt blivit tillgänglig för fler, och därför har fler människor testat sig och fått kännedom om sitt HIV-status. Förhoppningsvis kommer detta att förstärka den preventiva effekten – något som »Läkare utan gränser« hävdar men som ifrågasatts av många, inte minst här i Sverige. Trots att 100 000-tals unga vuxna och föräldrar räddats till liv kan vi fortfarande i bakgrunden höra belackarnas muttrande om att pengarna kunde använts bättre på annat håll: till skolmaterial och mat, till vaccin och behandling av diarré- och sjukdomar. Men varför se det som konkurrens om begränsade resurser: Gläds åt den miljon som fått möjlighet att överleva och agera för att öka kakan i stället för att försöka stjåla varandras bitar!

Globala fonden saknar pengar

Den globala fonden för bekämpning av HIV/aids, tuberkulos och malaria befinner sig i kris. UNAIDS och WHO har uppskattat bristen till 18 miljarder dollar under den närmaste treårsperioden. Behovet växer, år 2008 behövs 22 miljarder enbart för HIV/aids.

Detta är vår skuld för årtal av försummelser när betydligt mindre kostsamma insatser varit tillräckliga. Men det går inte att vänta på att insatserna skall bli billigare – de blir bara dyrare, och under tiden fortsätter lidandet. Det handlar om pengar till prevention, behandling, kapacitetsuppbyggnad och stöd till miljoner barn som förlorat sina föräldrar.

HIV-epidemin visar kvinnors utsatthet

HIV-epidemin har, förutom allt annat, också lärt oss om kvinnors fruktansvärda utsatthet för mäns våld och övergrepp i



ILLUSTRATION: VICTOR HABRICK VISIONS/SCIENCE PHOTO LIBRARY

Den världsomfattande HIV-epidemin förtär människor, och tillsammans med en underliggande fattigdom riskerar den hela länders överlevnad. Den rika världens läkare måste nu – i kraft av sin medicinska auktoritet – ge röst åt de utsatta länderna, barnen, kvinnorna och kollegerna.

hem, skola och på arbetsplatser, när de är på flykt eller i flyktingläger. Vi håller på att förlora Afrikas kvinnor och i tilltagande utsträckning även kvinnor i Asien och Karibien. Internationellt finns ingen multinationell organisation som tillvarar kvinnornas intressen. Det finns UNICEF för barn och organisationer för snart sagt varje område – för hälsa, mat, jobb, jordbruk, vetenskap. Alla talar om kvinnorna, men ansvaret ligger hos ingen – och väldigt litet blir gjort.

Marknad – och pengar – styr forskning och utveckling

Sällan beskrivs den enorma förändring som skett sedan 1996 då modern behandling började användas: dvs den minskade sjukligheten och dödligheten, vilken är särskilt tydlig i årets värdland Brasilien och som nu börjat skönjas även i några andra länder. Men hoten finns där hela tiden. Hur länge är nuvarande »billiga« behandling (150–400 dollar per person och år) fortfarande tillgänglig och fungerande? När den inte fungerar längre, på grund av avbrott i distributionen eller felaktig användning, krävs en annan kombination som är tio gånger dyrare.

För barn finns fortfarande ingen anpassad behandling mer än 20 år efter att smittöverföring från mor till barn konstaterades och mer än 10 år efter att det visades att smittan kunde begränsas med läkemedel. Förutom att det kostar fem gånger mer att behandla ett 10 kilos barn än en vuxen är det mycket svårare; det krävs tre olika mixturer som var och en är svår att dosera. Marknaden för läkemedel till barn är för liten, det föds bara ett 100-tal barn i länder som kan betala, jämfört med 600 000 i fattiga länder.

De stora forskningssatsningarna görs nu på läkemedel mot resistent virus – tredje eller fjärde linjens läkemedel – när de flesta inte har tillgång ens till första linjens medel. Återigen är det marknaden och betalningsförmågan som styr forskningen och utvecklingen. Därför finns inte heller utveckling av mikrobicider, medel som kan kontrolleras av kvinnan för att minska smittriskerna vid samlag. Att tro att män kan fås att alltid använda kondom är och förblir en dröm, i Afrika liksom i Sverige.

Utbildad personal saknas

Det är ironiskt att när vi nu har tillgång till en enkel kombinationsbehandling till ett rimligt pris är hindret i stället brist på läkare, sjuksköterskor och andra som kan genomföra behandlingen. Många har lämnat vården för mindre utsatt verksamhet beroende på att de själva drabbats av sjukdomen, antingen är de redan smittade eller är rädda för att bli det, eller för att de inte orkat se all sjuklighet och död. En del har också rekryterats till ett bättre betalt arbete utomlands, med bättre arbetsvillkor och bättre framtida möjligheter för sina barn. Detta är inget att undra över, men återigen har den rika världen ett ansvar att inte bidra till detta dränage, åtminstone inte utan att det sker en kompensation. Den kunskap och erfarenhet som skapats inom svensk HIV-vård, och som gjort att vi sannolikt har de bästa behandlingsresultaten i världen, skulle kunna tas tillvara som »återbetalning« och förmedlas till andra länder.

De föräldralösa barnen – en förödande flod

Ökningen av antalet barn som förlorat sina föräldrar har bli-

HIV-epidemin har, förutom allt annat, också lärt oss om kvinnors fruktansvärda utsatthet för mäns våld och övergrepp i hem, skola och på arbetsplatser, när de är på flykt eller i flyktingläger. Vi håller på att förlora Afrikas kvinnor och i tilltagande utsträckning även kvinnor i Asien och Karibien.

vit till en förödande flod som sakta väller in över land efter land. Inget land, ingen organisation vet hur man i stor skala skall handskas med dessa utlämnade barn. Den afrikanska traditionella familjestrukturen är tänjd till bristningsgränsen eller redan sönderslagen. Mor- och farmödrar begraver sina egna barn och försöker finna sätt att ta hand om sina barnbarn, barn tvingas fungera som för-

äldrar för sina yngre syskon. Om inte detta går hamnar de föräldralösa barnen på gatan, i prostitution, i kriminalitet, i fängelse – om de inte redan är smittade blir de det då.

Här i Sverige lever vi långt från detta. Åtminstone är det vad vi tror, eller vill tro. Men allt hänger obehagligt ihop, hur tilltrasslade förbindelserna än kan synas vara. Den unga, föräldralösa flickans smärta i Afrika är också vår smärta. Om vi känner den smärtan måste vi vara beredda att göra något åt den: som individer, som professionella, som anställda i olika företag och organisationer, som valda representanter i Sverige och i internationella församlingar. Om inte annat så åtminstone för att kunna svara våra barn och barnbarn när de i framtiden frågar oss: Vad gjorde du i kampen mot aids?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.