

Läkartidningen har sällat sig till den moraliserande aidskören

Läkartidningen har i en artikelserie »om HIV/aids« genom sin utsände, Björn Ramel, beskrivit sin syn på läget i södra Afrika. Härvid uttalas i svepande ordalag diverse »sanningar« om HIV/aids, och man rör sig med förment exakta siffror om antalet HIV-positiva och döda i aids.

Man ställer JAS Gripen-affären och dess kostnader mot kostnaderna för s k bromsmediciner. Man kritiserar den sydafrikanska inrikespolitiken och efterlyser sådan kritik från officiellt svenskt håll. Man ondgör sig över den svarte mannens promiskuitet och fördömer alla som ifrågasätter det europeiska och amerikanska tolkningsföretaget i medicinska frågor. I själva verket är de så kallade fakta som presenteras ett gungfly av postulat, gissningar, antaganden och extrapoleringar in absurdum.

De HIV-test som används har inte validerats med någon oberoende metod. Definitionen på aids är inte samma i Afrika som i USA och drabbar inte heller samma typ av populationer. Sambandet mellan HIV och aids har inte heller vetenskapligt. I fattiga länder har man inte de resurser för diagnostik som vi är vana vid. Vad som är aids för den ene kan vara tuberkulos för den andre.

Jag arbetade som läkare på landsbygden i Uganda ett år i början på 1980-talet. Det var innan aids var känt och HIV »uppfunnet«. En erfarenhet jag då gjorde var att det finns malaria, tuberkulos och andra vanliga infektionssjukdomar, och därtill fattigdom i länder som Uganda, i en omfattning som knappast kräver nya innovativa förklaringar till sjuklighet och död bland barn och unga vuxna.

Om man kunde utrota svälten, malarian och tuberkulosen i dessa länder så skulle hälsoläget bli ett helt annat, mera likt vårt i Sverige. Här skulle världssamfundet ha en uppgift, eftersom detta skulle kräva en insats på statlig och överstatlig nivå med mycket pengar och mycket förnuft.

Nu har istället Läkartidningen sällat sig till den moraliserande aidskören. Om Bert Karlsson hade svängt ihop ett liknande scenario för TV skulle han ha varit överförtjust. Det har ju allt! Man kan som välmående europé lätt urskilja och avgränsa sig från »de onda«: de homo-

sexuella och de fattiga, promiskuösa afrikanerna. Dessa kan man sedan i en väckelserörelse rädda genom att missionera om kondomer, avhållsamhet och Gud (se Lars Werkö i LT 19/2006, sidan 1527). Man blir på detta sätt särdeles god själv.

Man kan ställa HIV-bekämpningen i motsats till fattigdomsbekämpning och sociala välfärdsprogram (se t ex Ramels första artikel i LT 19/2006, sidorna 1496-9), och man kan på så sätt, genom att hålla kvar de fattiga i fattigdom och ge dem kraftigt toxiska mediciner, få profetian om deras tilltagande ohälsa och död att bli besannad. Det är ju perfekt! Speciellt som det finns så mycket pengar att hämta i konceptet, år efter år, dels för läkemedelsindustrin, dels för alla som etablerat sig som experter i frågan.

Som medlem i Läkarförbundet och tvångsprenumerant på Läkartidningen motsätter jag mig å det bestämdaste dessa artiklar i LT, som utmålar varje tvivel

Övertolkningar

Hugo Stenström läser in betydligt mer i artiklarna från Sydafrika än vad som finns där. Den moraliserande tonen torde han vara ensam om att höra – jag är som utgivare av Läkartidningen stolt över den sakliga inriktningen i Björn Ramels reportage.

Ramel själv svarar längre ned på Stenströms kritik, själv vill jag bara i anledning av Stenströms slutkläm deklamera att det som skrivs i Läkartidningen på

Replik (maximerad till 50 ord):

Faktauppgifterna hämtade från WHO

Hugo Stenström påstår att artikelserien om hiv i södra Afrika »ongör sig över den svarte mannens promiskuitet«.

Det är rent nonsens. Och tyvärr karakteristiskt för ett inlägg präglad av oprecisa, konspiratoriska och dåligt underbyggda utfall.

Ambitionen med artiklarna var bl a att belysa HIV-situationen i södra Afrika. Inte minst orsakerna till att många smittade inte får antiretroviral behandling.

på den enda sanningen som hädiskt, som framför politiska åsikter som om de vore odiskutabla och som ser HIV-/aidsfrågan som färdigutredd ur ett vetenskapligt perspektiv, trots stora luckor i det vetenskapliga underlaget.

Likt en amerikansk kyrklig väckelse drar HIV-profetera fram med sitt budskap. Ju mindre vetenskap man har i ryggen, desto hårdare dömer man på moraliska grunder dem som ifrågasätter budskapet. Läkarförbundet ska inte ha någon roll i detta spel utan ska istället främja ett vetenskapligt förhållningssätt som innefattar en ständig omprövning av etablerade sanningar.

Hugo Stenström

överläkare, bildmedicinskt centrum,
avdelningen för radiologi,
Universitetssjukhuset i Linköping
hugo.stenstrom@lio.se

redaktionell plats på intet sätt dikteras av Läkarförbundet. Naturligtvis inte. Läkartidningen är visserligen en förbundetstidning, men det är en fastlagd ordning att den har en redaktionellt självständig ställning gentemot sin ägare och att förbundet uteslutande talar via ledarsidan.

Jonas Hultkvist

Chefredaktör och ansvarig utgivare

alltså i denna del av världen ha motsatt effekt?

Slutligen kritiserar HS faktauppgifterna om HIV-epidemins utbredning. De är hämtade från WHO.

Har HS förslag på en lämpligare, neutralare källa?

Björn Ramel
frilansjournalist
Köpenhamn

Kommentar:

Har man tuberkulos kallas det inte aids

Läkartidningen har bett PehrOlov Pehrson, sakkunnig inom området, att kommentera Hugo Stenströms inlägg.

När jag läser Hugo Stenströms kommentar till Björn Ramels artiklar inser jag än en gång att Bibeln läses olika av fan och andra. Artikelserien tycker jag visar att det inte finns några enkla lösningar, att pengar inte är en tillräcklig men nödvändig faktor, att misstag och fel begås på ett såväl personligt som politiskt plan och att ansvaret måste delas mellan världens fattiga och rika.

Stenströms inlägg är en blandning av korn av sanning och grava faktafel. Jag börjar med de senare.

De test som används för påvisande av antikroppar mot HIV har en i biologiska sammanhang sällsynt hög sensitivitet och specificitet. Det betyder att falskt positiva eller falskt negativa test knappast förekommer när testen, som i de flesta fall, används två i kombination, och ofta med ett tredje, verifierande test om de två första är positiva. Andra typer av test för påvisande av virusets arvs-massa med PCR-teknik används för tidig diagnostik av barn till HIV-smittade

mödrar och för uppföljning av behandlingsresultat. Dessa är emellertid ännu så länge sällan tillgängliga under resursknappa förhållanden.

Aidsdefinitionen är densamma i Sverige, USA och Afrika. Däremot är det stora skillnader beträffande vilka av de tillstånd som ryms inom definitionen som är vanligast i olika geografiska områden och befolkningsgrupper. Således var Pneumocystis-infektion och cerebral toxoplasmos vanligast i Sverige och USA på 1980-talet innan profylax började användas. I Afrika, där profylax är ovanlig, diagnostiska möjligheter begränsade och tuberkulos utbredd, är detta i stället den vanligaste aidsgrundande infektionen. Visst är det så att man kan ha tuberkulos och Pneumocystis-pneumoni utan att vara HIV-infekterad, men då kallas det inte heller aids.

Förvisso skulle hälsoläget förbättras om tuberkulos, malaria och svält utrotades, men innan världen kommit dit behöver ett stort antal personer behandling för dessa tillstånd liksom för HIV. Det är ju just detta vi som individer och våra politiker behöver påminnas om för att agera

nu och inte bara blunda och vänta på att fattigdomen försvinner som genom ett trollslag.

Siffror på HIV-förekomst och aids är många gånger synnerligen osäkra, tyvärr dock i flertalet fall snarare under- än överskattade. »Den svarte mannen« är sannolikt inte mer promiskuös än den vite mannen eller för den skull den vita kvinnan. Det finns många bidragande orsaker till den höga HIV-förekomsten i olika grupper, och det är viktigt att inte förenkla och sprida fördomar.

Och visst är det så att läkemedelsindustrin har tjänat en hel del på HIV-läkemedel och att många av oss fått vår försörjning genom HIV-epidemin. Men många har också, vilket framhålls i artikelserien, genom stort personligt engagemang bidragit till att begränsa epidemins effekter.

PehrOlov Pehrson
läkare, Karolinska Universitetssjukhuset
pehrolov@hotmail.com