

gravitet. Det gäller givetvis även pojkar och män, men det är nog i alla fall flickor och kvinnor som vi får knyta våra största förhoppningar till i detta sammanhang.

Detta har vi tagit fasta på i ett etiopiskt gatubarnsprojekt (www.vejbybarn.se), som i sin preventiva del fyller sex år i år. Det övergripande syftet med projektet »Hope for Children in Ethiopia« (HCE) är *kampen mot fattigdom* i de fattigaste byarna i ett av världens fattigaste länder.

Tre utvecklingsfaser kan urskiljas:

1. skola i stället för gata (Schooling)
2. hindra HIV-smitta (Survival) samt
3. minska risken för arbetslöshet efter avslutad skolgång (WORK).

När vi väl hittat riskbarnen i de fattigaste familjerna, inleds fas 1 (skola i stället för gata). Vår första grupp (15 barn, av vilka 10 var flickor) började sin skolgång i september 2000. Läsåret 2005/2006 var antalet barn cirka 250. Av dessa ingår 120 i den fadderverksamhet som vi (Vejby Barnhälsa) förmedlar. Många av de övriga barnen får bidrag av Svenska Läkarmissionen.

Fas 2 innehåller föräldrautbildning,

möjlighet till gratis rådgivning, testning och behandling för smittade föräldrar vid så kallade VCT-kliniker, rättfram och saklig upplysning till eleverna själva, rollspel (Figur 1), skolhälsovård finansierad av svenska sjuksköterskor, skapande av anti-HIV-klubbar med en sjal som symbol, samarbete med ett stort projekt i norra Etiopien där drabbade kvinnor hjälper andra drabbade kvinnor och där även prostituerade får en chans (för länkar se vår webbplats <www.vejbybarn.se>). Fas 3 vill jag gärna också berätta om men det tillhör inte den här diskussionen.

Bäste Lars Werkö! Tack för att du väckte debatt! Vad skall nu du och jag säga till den ångestfyllda HIV-smittade kvinnan i sitt primitiva skjul i Mekele (i den nordetiopiska provinsen Tigray) som inte vågar sova av rädsla för att en orm skall bita henne eller hennes barn (Figur 2)? Hon har varit trogen den man (nu död) som gjort henne med barn och som smittat henne. Hennes situation kan förefalla hopplös men hon har sina två barn, av vilka den äldste har börjat i skola och den yngsta syns på bilden.

Visst skall du och jag (i likhet med hennes kvinnliga kontaktperson inom ovan nämnda projekt) uppmuntra henne att arbeta för att hennes barn under kommande år i första hand skall *undvika* (inte bara minska risken för) att HIV-smittas!

Roland Eksmyr

dr med sc, specialist i barn- och ungdomsmedicin, Vejbystrand
roland@eksmyr.se

REFERENSER

1. Werkö L. HIV angår oss alla. Läkartidningen. 2006;103:1527-8.
2. Jeppsson A. Politikens roll i Ugandas framgångsrika aidsbekämpning. Läkartidningen. 2006;103:1629.
3. Green EC. Moving toward evidence-based AIDS prevention. In: Hendrix K, editor. Evidence that demands action: comparing risk avoidance and risk reduction. Strategies for HIV prevention. Austin, Texas: The Medical School for Sexual Health; 2004. p. 18-24.
4. Andersson RE. Lars Werkö har verkligen rätt i att »HIV angår oss alla«. Läkartidningen. 2006;103:2243-4.
5. Halperin DT, Steiner MJ, Cassell MM, Green EC, Hearts N, Kirby D, et al. The time has come for common ground on preventing transmission of HIV. Lancet. 2004;364:1913-5.

Fattigdomen viktigaste orsak till HIV/aids

Intressant nog tar varken Lars Werkö eller Roland E Andersson i sina inlägg i Läkartidningen 30-31/2006 (sidorna 2243-4) upp fattigdomen som största bidragande orsak till aidsepidemin i Afrika – även om Werkö diskuterat fattigdomens betydelse för ohälsa i andra sammanhang. Således finns ett mycket tydligt samband mellan ett lands ekonomiska nivå, mätt i BNP/capita, och dess hälsoläge, som kan illustreras som i Tabell I.

Det är fattigdomen som gör att människor i Afrika inte har råd med sjukvård och mediciner, och dör i enkla och botbara sjukdomar som malaria och magtarm- och lunginfektioner. Det är fattigdomen som gör HIV/aids till ett så stort problem i Afrika, men inte i t ex Sverige – där alla människor är i praktiken ekonomiskt oberoende, kan välja sin livsstil och lätt komma över kondomer om man så önskar, och dessutom får adekvat hjälp och bromsmediciner om olyckan ändå är framme, och man råkar smittas.

Jag har själv erfarenhet av exakt samma missionsjukhus som Roland E Andersson, i Centralafrikanska Republiken. I det kvinnoprojekt som pågår där är det

TABELL I. SAMBAND MELLAN ETT LANDS EKONOMISKA NIVÅ OCH DESS HÄLSONIVÅ. Källa:

The State of the Worlds Children, Unicef, 2006.

	BNP/capita (US-dollar)	Mödradödlighet (per 10 000 förlossningar)	Barnadödlighet (per 1 000 födda)
Industrialiserade länder	32 232	13	6
Utvecklingsländer	1 524	440	87
Minst utvecklade länder	345	890	155

övergripande problemet att familjerna, av framför allt ekonomiska orsaker, lever splittrade. Att männen arbetar och bor på andra håll, kommer hem till familjen med oregelbundna intervall, gör sina fruar gravida och smittar dem med olika sjukdomar. Hur skall dessa ekonomiskt beroende och utlämnade kvinnor kunna ändra sitt »riskbeteende«?

Med all respekt för den vård missionsjukhusen erbjuder vilar här en anda av »ta-dig-i-kragen«-tänkande över hela aids-problematiken. Övergripande strukturproblem internaliseras till frågor om personlig etik och moral. Det är lättare, och billigare, att sälja livsstilsförändringar än att bidra till höjd standard och verklig ekonomisk utveckling. Samma moralism präglar också vissa

politiska partiers ständiga tjtande om »demokrati först – bistånd sedan«, som villkor för att vi skall dela med oss av vårt överflöd!

Hälsa, framför allt kvinnohälsa, stavas ekonomiskt oberoende. Stöd till kvinnors reproduktiva hälsa, fria och säkra aborter och möjlighet till kejsarsnitt på lokal nivå. Utbildning, alfabetisering. Biståndssatsningar på skola, vård och infrastruktur. Skuldavskrivning. Rättvisa handelsavtal och patentregler, som ger de fattiga tillgång till nödvändiga mediciner. Och – framför allt! – ett slut på rövandet av de fattiga ländernas resurser.

Gunnar Olofsson

leg läkare, med dr, Göteborg
Gunnar_fam@hotmail.com