

Förslag till strategisk handlingsplan för Sveriges bidrag till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar

*Betänkande av Utredningen om Sveriges bidrag
till den globala bekämpningen av smittsamma
sjukdomar*

Stockholm 2005



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2005:107

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Tryckt av TabergMediaGroup AB/08 tryck
Stockholm 2005

ISBN 91-38-22482-8
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Carin Jämtin

Regeringen beslutade den 14 april 2005 (dir.2005:30) att tillkalla en särskild utredare för att utforma ett förslag till en strategisk handlingsplan för Sveriges bidrag till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Till särskild utredare förordnades den 18 april 2005 professor Bjarne Bjorvatn. I utredarens uppdrag ingick att bygga på förslag som Styrelsen för internationellt utvecklings-samarbete (Sida) inlämnade den 31 maj 2005 till regeringen.

Till utredningen knöts en interdepartemental tjänstemannagrupp från berörda departement: försvars-, närings-, social-, utbildnings- och utrikesdepartementen. Ett 15-tal företrädare för myndigheter, universitet, samhällets organisationer och läkemedelsindustri sammanträdde som grupp tre gånger, sammanträffade med utredaren vid olika tillfällen och medverkade i två bredare utfrågningar och ett forskningsseminarium som utredaren arrangerade i enlighet med direktiven.

Utredningens originalspråk är engelska.

Utredaren får härmed överlämna sitt förslag till strategisk handlingsplan för Sveriges bidrag till den globala kampen mot smittsamma sjukdomar.

Stockholm den 14 oktober 2005

Bjarne Bjorvatn

Innehåll

Sammanfattning	7
Inledning	15
1 Hälsobiståndets globala arkitektur	19
2 Det svenska hälsobiståndets arkitektur	23
3 Bättre användning av befintliga redskap	27
4 Forskningens roll.....	33
5 Industrins roll	41
6 Människors hälsa, djurhälsa och en hälsosam miljö	47
7 Frivilligorganisationernas roll (NGO)	51
8 Infektionssjukdomar i länderna i Östeuropa.....	53
9 Finansieringsmekanismer	55
10 Handlingsplan 2006–2008.....	59
11 Det långsiktiga perspektivet.....	61
12 Kommentarer till kanaler för hälsobistånd och Sidas handlingsplan	65

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv	69
Bilaga 2 Handlingsplan för bekämpningen av smittsamma sjukdomar	79
Bilaga 3 Att förhindra missbruk av kunskap och teknologi (1972 års konvention mot biologiska vapen)	153

Sammanfattning

1. Uppdraget (Dir.2005:30)

Regeringen utsåg den 14 april 2005 professor Bjarne Bjorvatn att som särskild utredare utarbeta ett förslag till en sammanhängande strategisk handlingsplan för 2006–2008 för Sveriges bidrag till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar, inklusive av antimikrobiell resistens. Handlingsplanen skall innehålla åtgärder för att bekämpa infektionssjukdomar som är av betydelse för den globala utvecklingen. Handlingsplanen skall särskilt inriktas på biståndsinsatser som rör forskning, förebyggande insatser och behandling av sjukdomar som hiv/aids, malaria, tuberkulos och mässling, samt på antimikrobiell resistens.

Utredningen skall:

- a. ge en översiktlig redovisning av den aktuella globala epidemiologiska situationen;
- b. belysa globala, regionala och nationella processer som syftar till att förebygga och bekämpa utbrott, spridning och effekter av infektionssjukdomar;
- c. belysa svenska och internationella aktörers kapacitet, engagemang och potential när det gäller dessa processer, läkemedelsindustrins roll samt länken mellan grundforskning och industrier.

Utredaren skall:

- a. a) ge förslag till åtgärder som rör global utveckling inom ramen för det svenska bilaterala och multilaterala utvecklingssamarbetet, däribland via EU, samt

- b. b) belysa hur samarbetet mellan Sverige och länder som drabbas hårt av sjukdomarna och med andra aktörer, kan utvidgas globala hälsoinitiativ.

2. Utredningens resultat:

2.1 Epidemiologisk situation och omfattningen av vissa sjukdomsproblem¹

- (*) Diarré: 4 miljarder fall/år med 2 miljoner dödsfall (barn)
- Hiv/aids: 40 miljoner hiv/aids-fall, >3 miljoner dödsfall/år (i huvudsak vuxna)
- Malaria: 500 miljoner episoder/år med > 1,1 miljoner dödsfall (i huvudsak barn)
- * Mässling: 30 miljoner fall/år, >0.5 miljoner dödsfall (barn)
- (*) Lunginflammation: 1 miljard (?) fall/år, med 4 miljoner dödsfall (barn)
- (*) Tuberkulos: 60 miljoner fall/år med 1.6 miljoner dödsfall vuxna

2.2 Globala, regionala och nationella arkitekturen för hälsobistånd

Världsbanken, EG, UNICEF, WHO, UNFPA, UNAIDS, GFATM, GAVI, Stop TB och Roll Back Malaria liksom Sida arbetar alla med viktiga hälsoinsatser på global liksom regional och landnivå. Delarna av denna struktur skiljer sig naturligtvis sinsemellan till innehåll, arbetssätt och volym. En kartläggning visar på olikheter i styrkor och svagheter, resultat och utvärderingar, som dock inte verkar vara vägledande för biståndsgivarnas val av kanal för hälsobiståndsinsatser. Det finns en generell tendens bland givarländer och biståndsorgan, inklusive Sida, att öka investeringarna i hälsobistånd. Merparten av denna ökning går till multilateralt snarare än bilateralt bistånd, med de globala hälsoinitiativen (GHI) som mest gynnade mottagare. Det bilaterala biståndet tenderar att inriktas på färre länder och färre sektorer inom varje land och att röra sig i riktning mot sektoriellt eller direkt budgetstöd.

¹ Teckenförklaring:

• anger att antimikrobiella resistensen ökar dramatiskt runtom i världen

* anger att vaccin finns,

(*) dåligt vaccin eller vaccin för specifika subgrupper

Dessa trender märks klart även i Sverige. Från år 2000 till 2004 ökade det svenska hälsobiståndet från 1.45 till 2.8 miljarder kronor. Under samma period ökade den multilaterala andelen från 20 % till 40, främst till FN-systemet och olika GHI.

2.3. Svenska och internationella biståndsaktörers engagemang och potential

Förutom de offentliga organen är ett stort antal svenska frivilligorganisationer aktivt engagerade i hälsobistånd.

Ett imponerande antal (> 75) svenska grupper är aktiva inom forskning och utveckling med anknytning till infektionssjukdomar. Verksamheterna omfattar allt från interaktioner mellan parasit och värd, utveckling av vaccin/läkemedel, undersökningar om sjukdomsbörda, åtgärdsbedömningar, socioekonomiska och beteenderelaterade aspekter, samspelet mellan människors och djurs hälsa och livsmedelskedjans kvalitet, till hygien och miljöaspekter som tillgång till vatten och vattenkvalitet.

Många av de svenska forskningsgrupperna ligger långt framme internationellt sett och bedriver omfattande nätverksarbete med ledande grupper utomlands. Även om flera av dessa grupper samarbetar med forskare i utvecklingsländer, präglas samarbetet främst av kortsiktiga projekt som i huvudsak har sitt ursprung i svenska forskningsintressen, snarare än ett gemensamt, långsiktigt institutionellt samarbete om forskningsprioriteringar bestämda av samarbetspartners i utvecklingsländer.

Ett antal forsknings- och utbildningsaktiviteter inom jordbruk och veterinärmedicin har ett direkt samband med människors hälsa och överlevnad. Under många år har Sveriges lantbruksuniversitet anordnat utbildningsprogram om djursjukdomar och djuravel med deltagare från utvecklingsländer. Livsmedelssäkerhet är en viktig aspekt av denna utbildning. Många forskningsprojekt är inriktade på infektioner hos djur i Afrika och Asien.

Dessutom ligger Sverige långt framme internationellt sett när det gäller vattenkontroll och vattenvård. Omkring 40 svenska institutioner är involverade i frågor rörande inhemska och internationella vattenresurser. En hållbar minskning av fattigdomsrelaterade sjukdomar kräver tvärvetenskapliga synsätt. I Sverige finns stora möjligheter att utveckla den tvärvetenskapliga forskningen om infektionssjukdomar av global betydelse.

2.4. Kopplingarna mellan grundforskning och läkemedelsindustri

Sverige har en stark tradition när gäller tillverkning av läkemedel, däribland antimikrobiella läkemedel. Förutom de multilaterala jättarna på området som AstraZeneca, är medelstora företag som SBL Vaccin AB och en mängd mindre bioteknikföretag (varav >120 är registrerade hos Swedenbio) involverade i forskning och utveckling inom området infektionssjukdomar. Många av dessa företag arbetar med antimikrobiella läkemedel, diagnosverktyg eller vacciner. Bioteknikföretagen är ofta organiserade som offentliga-privata partnerskap och flera av dem har fört lovande kemiska föreningar från laboratoriet till marknaden till relativt låga kostnader men ofta i samarbete med större läkemedelsföretag. Detta visar att det finns ett ömsesidigt beroende mellan grundforskningen och industrin. De svenska bioteknikföretagen utgör en synnerligen kompetent och dynamisk resurs som redan fått fram intressanta verktyg och koncept med uppenbar betydelse för hälsobiståndet.

3. Förslaget till strategisk handlingsplan

3.1 Åtgärder för global utveckling inom ramen för det svenska bilaterala, EU- och multilaterala samarbetet:

En del av de nya svenska resurserna som nu tillförs kampen mot fattigdomsrelaterade infektionssjukdomar bör slussas via FN-systemet och de viktigaste globala hälsoinitiativen och frivilligorganisationerna. Avsevärda medel bör också investeras i svensk-baserad forskning, utveckling och utbildning på detta område. Såväl universitetsbaserad som småföretagsbaserad forskning och utveckling bör stödjas genom nya generösa finansieringsmekanismer, främst via Sida/Sarec och ett större tvärvetenskapligt offentligt finansierat forskningsprogram för "Hälsosam Utveckling". Detta program föreslås finansiera ett brett spektrum av forskning för utveckling och skall bl.a. inkludera miljöfrågor i sin övergripande hälso- och utvecklingsstrategi. Alla forskningsprojekt bör ha en aktiv medverkan av forskare från utvecklingsländer. Eventuellt kan samarbete med privata, nordiska och europeiska finansieringskällor sökas.

3.2 Stöd som bör ges 2006–2008

3.2.1 Global nivå:

- WHO: information mm i hälsosystem (Health Systems Action Network, HSAN) 2006–2008
- WHO/GPEI utrotning av polio med uppföljningsfas 2006–2008
- WHO/GAVI/UNICEF utrotning av mässling 2006–2008
- WHO: s program för luftvägsinfektioner 2006–2008
- WHO: s program för diarrésjukdomar 2006–2008
- GFATM, GAVI m.fl. : Stöd till arbetet mot hiv/aids, tb och malaria 2006–2008
- WHO: bemanning i hälsosystem (Joint learning initiative, HRH) 2007–2008
- WHO: data om hälsa och hälsosystem (Health Metrics Network HMN) 2007–2008

3.2.2 EU-nivå

- Europeiska programmet för klinisk prövning för utvecklingsländer (EDCTP) 2006–2008
- Europeiska malariavaccin initiativet (EMVI) 2006–2008

3.2.3 I Utvecklingsländer

- Epidemiologisk övervakning 2006–2008
- Förbättring av hälso- och sjukvårdssystem inklusive utbildning av vårdpersonal 2006–2008
- Tillföra fler viktiga vacciner under förutsättning att god täckning av grundimmunisering uppnåtts, vid behov 2006–2008
- Stödja immuniseringsdagar (polio/mässling) vid behov 2006–2008
- Behandling av tuberkulos (DOTS) och viktiga läkemedel 2006–2008
- Bedömningar av influensasjukdomsbörda 2006–2007
- Hälsoinformation i kampanjform för mödrar 2006–2008
- Antiretroviral behandling för gravida hiv-positiva kvinnor 2006–2008
- Övervakning av att läkemedel används på rätt sätt, och av läkemedelsresistens 2007–2008

- Medfinansiering av Gates Centres of Excellence i utvecklingsländer 2008

3.2.4 Stöd i Östeuropa till:

- Frivilligorganisationers hälsoinformationsinitiativ STD/hiv, tbc 2006–2008
- Tbc-referenslaboratorium i St. Petersburg 2006–2008
- TB-diagnoslaboratorium i Kaliningrad 2007–2008
- Samarbete om förebyggande av läkemedelsresistens inkl. tbc (SMI, REACT)
- Fastställa central administrativ enhet/distrikt/stad för långsiktigt, omfattande stöd (2007–2008)

3.2.5 Insatser i Sverige

- Etablera större program vid Vetenskapsrådet för finansiering av forskning och utveckling för hälsosam utveckling i utvecklingsländer 2006–2008
- Erbjud WHO ett nödlager av koleravaccin 2006–2008
- Bidra till WHO-administrerade bedömningar av influensabörda i utvecklingsländer 2006
- Etablera svensk anläggning för samarbete mellan Sverige, WHO, EG och internationella nätverket för arbete mot resistens utveckling (React)
- Etablera stipendieprogram för forskning om hälso- och sjukvårdssystem (3+3 år) för svenska forskare och forskare från utvecklingsländer (2007–2008)
- Initiera samarbetsprojekt med AstraZeneca: tbc-kurs i Indien 2006–2007
- Initiera internationell doktorandutbildning (internationella hälsoaspekter) i Sverige 2006–2008
- Etablera demonstrations- och utbildningsplats för vaccintillverkning i ett utvecklingsland år 2008
- Initiera/stöd årliga utställningar för bioteknikprodukter som är relevanta för hälsobiståndet 2007–2008

3.3. Riktlinjer för samarbete mellan Sverige och andra aktörer, särskilt utvecklingsländer

Fattigdomsrelaterade infektionssjukdomar behöver kartläggas bättre i utvecklingsländerna. De kan bara bekämpas genom tvärvetenskapliga/tvärsektoriella insatser. Utbildning, fungerande hälsosystem, tillgång till vaccin, hälsoupplýsning, sexualundervisning, sanitet, hygien och vattenfrågor, livsmedelsförsörjning och – säkerhet är alla avgörande för en effektiv bekämpning av smittsamma sjukdomar. Breda insatser är nödvändiga men mycket resurskrävande. De ger bäst effekt om de begränsas geografiskt och planeras och genomförs i ett långsiktigt perspektiv om minst en generation.

Av princip bör alla större forskningsprojekt som finansieras via det svenska hälsobiståndet innefatta forskare från utvecklingsländer. Forsknings- och utvecklingssamarbetets säkerhetsaspekter måste beaktas. Sammankopplingar mellan svenska institutioner och institutioner i utvecklingsländerna bör uppmuntras inom olika yrkesområden. Förbättrad utbildning av sjuksköterskor är av stor betydelse för att förbättra hälso- och sjukvården i utvecklingsländerna.

För att få fram den mängd välutbildade experter och administratörer som krävs för att få till stånd en hållbar socioekonomisk utveckling, bör långtidsavtal (>10 år) erbjudas svenska universitet eller universitetskonsortier för utveckling och genomförande av forsknings- och utbildningsprogram som har direkt betydelse för utvecklingen i samarbetsländerna.

Stöd bör övervägas för ett mer omfattande, långsiktigt samarbete med 1–2 av de fattigaste länderna i Afrika söder om Sahara. Utbildning, omfattande uppbyggnad av institutioner och tvärvetenskaplig forskning skulle vara viktiga delar av denna långsiktiga strategi.

Inledning

God hälsa är inte bara en mänsklig rättighet och en förutsättning för optimal mänsklig utveckling. Det är också en förutsättning för socioekonomisk utveckling på samhällsnivå. Uppgifter om sjukdomarnas omfattning och dödstal är osäkra. Denna lista är tyvärr långt ifrån fullständig:

- Diarré¹: 4 miljarder/år med 2 miljoner döda, flest barn
- Hiv/aids: 40 miljoner fall av hiv/aids, >3 miljoner döda/år, flest vuxna
- Malaria: 500 miljoner fall/år med > 1,1 miljon döda, flest barn
- Mässling²: 30 miljoner fall/år, >0.5 miljoner döda, flest barn
- Lunginflammation^{3 4}: 1 miljard fall/år med 4 miljoner döda, flest barn
- Tuberkulos⁵: 60 miljoner fall/år med 1,6 miljoner döda, flest vuxna

Till dessa ofantliga problem kommer att resistensen mot antibiotika ökar dramatiskt i hela världen med allvarliga följder särskilt i fattiga länder där det vanligtvis inte finns tillgång till andra och tredje generationens läkemedel.

Insikten om vilken skadlig inverkan de viktigaste infektionssjukdomarna medför för människor socialt och ekonomiskt har gjort att de traditionella givarländerna mer och mer har riktat in sig på hälsobistånd. Nya och innovativa finansiella redskap har skapats som Global Alliance for Vaccines and Immunization i partnerskap med Vaccinfonden, samt The Global Fund To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Dessa initiativ som har tagits genom ett världsomfattande samarbete har lösgjort avsevärda fonder och

¹ Dålig vaccin eller endast partiell täckning av involverade arter.

² Effektiv vaccin finns. För närmare uppgifter om sjukdomarnas omfattning se bilaga I (Sidas strategiska handlingsplan).

³ Effektiv vaccin finns. För närmare uppgifter om sjukdomarnas omfattning se bilaga I (Sidas strategiska handlingsplan).

⁴ Dålig vaccin eller endast partiell täckning av involverade arter.

⁵ Dålig vaccin eller endast partiell täckning av involverade arter.

samtidigt identifierat nya tillvägagångssätt för att skapa de mest kostnadseffektiva hälsofaciliteterna där de behövs som mest. Trots att det globala hälsobiståndet nu har nått en summa av omkring US\$ 8 miljarder beräknas det årliga behovet vara 3 till 4 gånger större (Macroeconomic and Health Commission, 2001). Behoven kan alltså endast tillgodogöras genom en dramatisk höjning av hjälpfönderna.

Mot bakgrund av detta har regeringens löfte att höja Sveriges årliga utvecklingsstöd från nuvarande 0,85 % till 1,00 % av BNP mottagits mycket väl i hela världen, särskilt som en betydande del av den ökade summan kommer att öronmärkas för kampen mot infektionssjukdomar.

Investeringar i hälsa har under årtionden varit en viktig del av Sveriges utvecklingsbistånd. Därför kan en del av de nya resurserna mycket väl komma att slussas in i pågående projekt med bevisad framgång för kontroll av infektionssjukdomar. Å andra sidan bör den avsevärda extra finansiering som utlovats även tillåta ett antal ytterligare satsningar.

Den 31 maj presenterade Sida sin omfattande handlingsplan för infektionssjukdomar. Sidas slutsatser grundar sig på etablerad svensk praxis på området, de är välunderbyggda och återspeglar en lång professionell erfarenhet på området. Där våra mandat är överlappande har man kommit överens om en viss fördelning av arbetet. Till exempel har Sida gjort en översikt över den globala epidemiologiska situationen, medan försök till kartläggning och analys av den internationella så väl som den nationella uppbyggnaden av hälsobistånd har utgjort en del av detta dokument.

Sidas mandat var noga avgränsat till hälsobistånd och omfattade till exempel inte industriella bidrag till kampen mot de viktigaste infektionssjukdomarna. Detta dokument ägnar också mer plats åt multidisciplinära aspekter, inverkan av ohälsosam miljö på människans hälsa, infektionssjukdomar i Östeuropa och nya finansieringsmekanismer för forskning och utveckling.

Jag instämmer fullständigt med de flesta av Sidas förslag till åtgärder. Sida är känt som en av de mest professionella organisationerna i världen för internationellt samarbete. Det kan emellertid även för professionella på området ofta vara svårt att hitta rationella argument för stöd till ett program snarare än till ett annat, när alla sjukdomar är lika katastrofala och alla problem hänger tätt ihop. Beslutsprocessen kompliceras vidare av att man vet relativt lite om de olika kanalernas komparativa kostnadseffektivitet.

Den svenska politiken för internationellt utvecklingsarbete inriktar sig på stöd åt fattiga och rättvisa i samhället. På en rad områden representerar överföring av teknologi ett viktigt bidrag till såväl utveckling som hållbar ekonomisk tillväxt. Överföring av teknologi i termer av moderna metoder för diagnostisk mikrobiologi och, när det är lämpligt, kunskap för produktion av vaccin är nödvändiga för utvecklingsländernas förmåga att kontrollera sina infektionssjukdomar.

Tyvär kan infektiösa agenser missbrukas både av stater och av andra aktörer. I princip kan biologiska vapen utnyttjas i alla konflikter, och avsiktlig spridning av farliga patogener kan lätt få som följd att de sprids okontrollerat även utanför målpopulationerna. I detta hänseende är det viktigt att få till stånd en medvetenhet och en global vaksamhet mot potentiell biologisk terrorism. Bilaga II ger en överblick över vissa grundfakta om det överförande landets åtaganden enligt Biological and toxin weapons convention (BTWC). En avlägsen misstanke om missbruk får emellertid inte hindra rika industriländer från att överföra teknologi som är livsavgörande för att minska sjukdom och fattigdom i världens fattigaste länder. De återstående härdarna av överförbara patogener i utvecklingsländerna är naturens biologiska vapen, och de kan sannolikt skada oss mer än de flesta av människan skapade kopior.

Den strategiska handlingsplan utredaren har fått i uppdrag att utarbeta avser perioden 2006–2008, och om den genomförs kommer de flesta av de föreslagna åtgärderna att förverkligas under denna tidsperiod. Fattigdomssjukdomar kommer emellertid att finnas kvar så länge som det finns fattigdom. Därför måste treårsperioden anses som en inledning till en kamp mot fattigdom som sträcker sig minst 30 år framåt i tiden.

Det behövs kraftiga internationella åtgärder för att nå upp till millenniemålen om minskning av de viktigaste infektionssjukdomarna i utvecklingsländerna. Avsikten med denna strategiska handlingsplan är att hjälpa svenska myndigheter med processen att planera, finansiera och genomföra bidrag till den globala kampen mot dessa sjukdomar och mot sjukdomarnas negativa inverkan på fattigdomsbekämpning. Detta kräver att man ser bakåt i tiden innan man vänder blicken framåt. Sverige har en stolt tradition på området utvecklingsstöd, inklusive hälsobistånd. Den föreliggande planen erkänner och tar med i beräkningen den solida erfaren-

hetsbas som representeras av ett stort antal svenska experter på detta område.

Huvudtexten i denna rapport har hållits så kort som möjligt, i stor utsträckning i form av sammanfattningar. Jag hoppas emellertid att tre viktiga budskap ska framgå tydligt:

För att få hållbar genomslagskraft bör Sveriges bidrag till den världsomfattande kampen mot infektionssjukdomar föras över mycket breda gränser, under mycket lång tid och i ett mycket litet antal geografiska områden.

1 Hälsobiståndets globala arkitektur

Utvärdering av effektiviteten i den globala hälsobiståndsarkitekturen

Både givare och mottagare blir allt mer angelägna om effektivitet i de mångfacetterade strukturer som utgör hälsobiståndet. Att angelägenhet och oro är befogade kan man utläsa de av rapporter som konstaterar att de flesta låginkomstländer, åtminstone på hälsoområdet, troligtvis inte kommer att uppnå millenniemålen för utveckling. Avsevärda extra insatser görs nu av många länder. Eftersom man siktar mot högsta möjliga kostnadseffektivitet finns det emellertid stor osäkerhet om vilka hjälpkanaler eller organisationer man ska använda, om man ska stödja horisontella eller vertikala program och vilken balans som bör finnas mellan finansiellt och tekniskt stöd.

Tidigt hösten 2005 gjorde Health Resource Centre vid Department for International Development (DFID) i London en omfattande översikt över de viktigaste internationella initiativen för kamp mot globala infektionssjukdomar. Översikten kom till genom samarbete mellan intresserade parter i Sverige, Storbritannien, Nederländerna och OECD, och den finansierades delvis av medel avsedda för denna strategiska plan. Översikten bedömde de relativa operationella fördelarna och nackdelarna med Världsbanken, EG, UNICEF, WHO, UNFPA, UNAIDS, GFATM, GAVI, Stop TB och Roll Back Malaria. Den viktigaste slutsatsen av denna undersökning kan sammanfattas på följande sätt:

Traditionellt sett har investeringar i hälsosektorn registrerats genom insats och utfall, med mycket mindre fokus på resultat och genomslagskraft. Det behövs en jämförande analys med fokus på kvalitetssäkringsmekanismer av i synnerhet effektiviteten i tekniskt bistånd när det gäller att bygga upp kapacitet. Det går tyvärr inte att göra någon jämförande mätning av de individuella organisationernas genomslagskraft på grund av att organisationerna arbetar

med olika hälsofaktorer, svårigheter att bestämma hur genomslagskraften är fördelad och olika mandat.

Det finns motstridigheter mellan organisationernas övergripande strategiska inriktning och praxis på fältet. Därför kan det hända att behoven hos de fattigaste sällan kommer i blickpunkten i arbetet med den berörda regeringen trots att organisationen förespråkar strategier för minskad fattigdom. Strategimål för landet kopplas dessutom sällan samman med resurstilldelning, och det finns inte mycket som tyder på kontroll av hur de olika insatserna har gynnat de fattiga. Detta är ett problem särskilt i medelinkomstländer där omkring 30 % av världens fattigaste bor.

Med ökande tilldelning genom direkt budgetstöd blir det allt svårare att hålla reda på givarnas åtaganden både för sponsrande regeringar och globala partnerskap för hälsa. Med direkt stöd kan det också bli mindre betoning på hälsosystem. Det finns till exempel en risk för att bidrag till ”systemförstärkning” som tillhandahållits av sjukdomsinriktade partnerskap inte riktas mot de underliggande hindren för effektiv leverans av tjänster.

Finansiering för humanitär hjälp och för utveckling tenderar att vara separata. Bistånd till bräckliga stater borde ges på ett mer sammanhängande sätt för att stödja staten och systemen tidigt i processen. För övrigt innebär ett förstärkande av statens förmåga inte nödvändigtvis att staten sörjer för hälsovård. Detta problem är lättare att komma åt i stater med bräcklig statsbildning eftersom lösningar är mindre självklara i stater där regering och elit är ovilliga eller likgiltiga. Strategier för kontraktering, franchising, social marknadsföring och nya former av samhällsengagemang är särskilt viktiga i bräckliga stater.

Det behövs ett tydligt samförstånd mellan alla parter om vilka processer, kanaler och investeringar som krävs för att stärka hälsosystemet. Detta samförstånd behövs inte bara på sektorsnivå utan även på en makropolitisk nivå. Dessutom behövs det en större tonvikt på global och nationell nivå för att uppmuntra utveckling av hälsostrategier som gynnar de fattigaste. På organisationsnivå måste man vara mer uppmärksam på hur mål för fattigdomsbekämpning och MDG-relaterad politik följs upp med strategier på nationell nivå, investeringar och kontroll. Det behövs också mer stöd för de pågående satsningarna för att uppnå en policy och strategier för nationernas hälsosektorer som grundar sig på samförstånd. All extern finansiering bör anpassas till den strategin och omfattas av den årliga granskningsprocessen.

Organisationerna gör påtagliga satsningar för att arbeta mer effektivt och att leva upp till OECD/DAC:s krav på bättre harmonisering och samordning. Med bättre samarbete och arbetsfördelning kan man få till stånd snabbare förändringar än med radikala reformer i den övergripande strukturen. Hellre än att skapa nya strukturer bör de existerande organisationerna ha en samordnande och mobiliserande roll både på global och nationell nivå. Detta kräver att övriga organisationer, bilaterala projekt och finansiärer inser behovet av en starkare samordnande roll från till exempel WHO.

Europeiska unionens hälsobiståndsarkitektur har utvecklats som en del av en mer av malaria och tuberkulos. En policy för bekämpning av hiv/aids i EG:s program för stöd på landsnivå har nyligen antagits för EG-biståndet. Under de senaste åren har EG:s bistånd med inriktning på dessa tre sjukdomar fyrdubblats (i genomsnitt ungefär 280 miljoner euro om året 2003–2006).

Under perioden 2002–2004 satsade EG:s *landprogram* i genomsnitt ungefär 300 miljoner euro (4 % av EG:s bilaterala stöd) per år. Största delen av stödet från landprogrammet är inriktat på att förstärka hälsosystem och på prioriterade områden som överförbara sjukdomar (56 miljoner euro per år).

Programmet *regionala initiativ för hälsa* har för närvarande anslagit 337 miljoner euro för perioden 2002–2007 (i genomsnitt 70 miljoner euro om året). Dessa regionala initiativ ska genomföras huvudsakligen i Afrika tillsammans med partnerorganisationer som Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), WHO, UNFPA, UNICEF och andra (AMANET, HDIC) och med anslag till fattigdomsrelaterade sjukdomar på mer än 55 miljoner euro om året i genomsnitt.

Stöd till innovativa initiativ rörande fattigdomsrelaterade sjukdomar och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (även med anknytning till förebyggande av hiv) ges via *tematiska budgetlinjer* och kommer att uppgå till 430 miljoner euro för perioden 2003–2006 (i genomsnitt 107,5 miljoner euro om året).

Budgetlinjen för *samfinansiering med enskilda organisationer* (NGO) innefattar fortfarande anslag som i genomsnitt uppgår till 12 miljoner euro till hälsorelaterade program för i olika ansökningstillfällen.

Andelen EG-bistånd till *humanitarian aid interventions* (humanitära insatser) fortsätter att utgöra ungefär 15 miljoner euro om året.

Bistånd till *Health research in partnership with developing countries* (forskningsbistånd) kommer sammanlagt att uppgå till ungefär 450 miljoner euro för det sjätte ramprogrammet för forskning och utveckling med ett årligt genomsnitt på 75 miljoner euro av vilka 67 miljoner euro är riktade mot fattigdomsrelaterade sjukdomar.

I oktober 2004 antog EG en ny policyram för bekämpningen av de tre sjukdomarna genom yttre åtgärder. Den nya policyn ger en bredare logisk grund för åtgärder utöver fattigdomsbekämpning till att omfatta humanitär säkerhet och mänskliga rättigheter. Den ger också EG ett större geografiskt handlingsutrymme.

EG siktar för närvarande på större flexibilitet i sitt bistånd på och snabbare utbetalningar.

2 Det svenska hälsobiståndets arkitektur

Policy, kanaler och volymer i svenskt samarbete för hälsa

För en sammanfattning av den övergripande policyn för reglering av svenskt hälsobistånd, se inledningskapitlet i bilaga I.

Detta kapitel lägger fram slutsatserna av en konsultstudie av det svenska hälsobiståndets arkitektur vad avser policy, kanaler och volymer för svenskt hälsosamarbete år 2004. Studien gjordes som en del av den aktuella utredningen.

Sveriges sammanlagda bidrag till hälsosamarbete har ökat från SEK 1 450 miljoner år 2000 till SEK 2 800 miljoner år 2004, vilket innebär en ökad andel av det totala svenska utvecklingsarbetet från 9 % år 2000 till 12,5 % år 2004. Detta innebär att balansen mellan multilateralt och bilateralt bistånd har förändrats drastiskt. Under samma period har den multilaterala andelen av de totala utbetalningarna för hälsosamarbete stigit från 20 % till 40 %.

Policyn för hälsosamarbete i organisationer som WHO, UNICEF och UNFPA överensstämmer i hög grad med Sveriges. Sverige arbetar nu för att också de viktigaste globala hälsoinitiativen (GHI) skall förstärka hälsosystemen på landnivå.

Sverige är på väg mot ett sektoromfattande bistånd och därefter mot budgetbistånd i alla sektorer i utvecklingsarbetet.

Kanaler för svenskt hälsobistånd

Det sammanlagda offentliga biståndet för kontroll av infektionssjukdomar är 1 650 miljoner kronor, vilket motsvarar omkring 60 % av Sveriges hälsobistånd som utgår från regeringskansliet, utrikesdepartementet, Sida och forskningsråd.

Därtill kommer bistånd från privat välgörenhet och från industri som samarbetar med utvecklingsländer.

Nyare trender i uppbyggnaden av svenskt hälsosamarbete

Finansiering för svenskt hälsosamarbete har stigit från SEK 1,45 miljarder år 2000 till SEK 2,8 miljarder år 2004. Den ökade summan har gått till såväl multilateralt som bilateralt bistånd. Under denna period har balansen mellan de multilaterala och de bilaterala andelarna förändrats markant på så sätt att den multilaterala andelen har ökat från 20 % till 40 % av den totala summan.

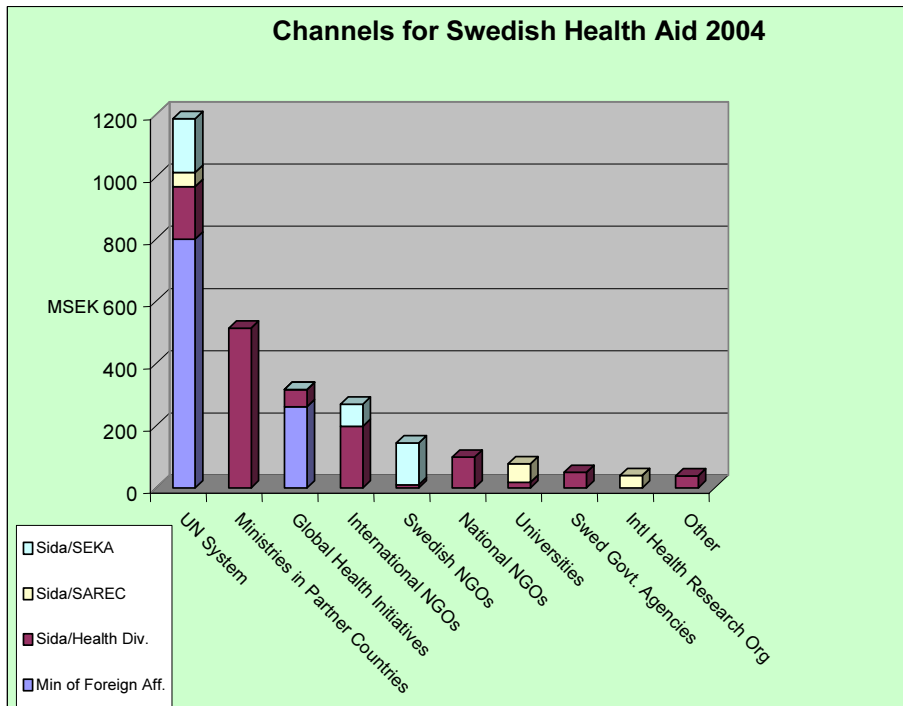
Huvudsakliga mottagare av det ökande multilaterala biståndet är FN-systemet och Global Health Initiatives (GHI). Det faktum att GAVI och GFATM lägger allt större vikt vid hälsosystem har underlättat en ökning av svenskt stöd.

Sektoromfattande stöd och, ett steg längre, budgetstöd är den inriktning som Sverige förespråkar i alla sektorer för utvecklings-samarbete. Harmonisering har blivit ett dominerande koncept i Sveriges attityd till hälsosamarbete.

Sidas hälsoenhet gör fortlöpande utvärderingar och uppföljningar av särskilda projekt i alla programområden. Utvärderingar av ett helt programområde sker då och då.

Programområden som Utveckling av hälsosystem, Mänskliga resurser för hälsa och Barnhälsa inklusive immunisering har inte utvärderats på en allmän nivå.

Allmän erfarenhet från samarbetet med WHO utvärderades i en studie i mars 2005. Styrkt hälsobistånd genom FN-systemet har utvärderats men inte systematiskt, t.ex. UNICEF:s program för barns rättigheter i Latinamerika, 1997, och utvärdering av Sverige/PAHO-samarbetet, 2005. Sverige deltog i MOPAN-studien som utvärderade FN-organisationernas arbete på nationell nivå avseende hälsa. Inget försök har gjorts att utvärdera allmänt bistånd till andra FN-organisationer som UNFPA, UNICEF eller Global Health Initiatives.



3 Bättre användning av befintliga redskap

Allmänna överväganden

Trots avsevärda insatser för hälsovård har de positiva effekterna på hälsan hos de fattigaste bland de fattiga varit obetydliga eller i vissa fall obefintliga. Därför är det föga troligt att de ädla men ganska realistiska millenniemålen för hälsoförbättringar i utvecklingsländer kommer att uppnås. Millenniemålen har ändå gjort världen uppmärksam på hur brådskande och omfattande problemen är. I detta kapitel identifieras några av de viktigaste områden som behöver uppmärksammas när man försöker intensifiera användningen av befintliga redskap och utforma nya konsekventa strategier för kampen mot infektionssjukdomar i låginkomstländer.

Fattigdomsrelaterade sjukdomar är inte bara en följd av fattigdom utan också en orsak därtill. Hiv/aids, malaria, tuberkulos och mässling är välkända sjukdomar i denna grupp, men lika viktiga är diarrésjukdomar, luftvägsinfektioner och infektioner hos barn och i samband med födsel. De flesta fattigdomsrelaterade sjukdomarna skulle kunna undvikas genom användning av befintliga och tillgängliga verktyg för förebyggande och behandling, och följderna för hälsotillståndet skulle bli så gott som ögonblickliga. Tyvärr används vacciner, läkemedel, kondomer, insektsdödande medel och hygienförbättringar alldeles för lite i fattiga länder. Begränsande faktorer är bristfälliga hälsosystem, dåligt vatten, dålig sanitär utrustning och brist på utbildning, särskilt för mödrar. Om man bara använde befintliga redskap korrekt skulle man uppnå särskilt positiva resultat hos de fattigaste befolkningsgrupperna med de sämsta programmen för kontroll av infektionssjukdomar. De länder det är fråga om finns huvudsakligen i Afrika söder om Sahara.

Det första logiska angreppet mot fattigdom skulle alltså vara att bekämpa infektionssjukdomar, och det verkar ligga i linje med den ädla nordiska traditionen att koncentrera insatserna på de allra fattigaste, de fattigaste bland de fattiga. Tyvärr utgör infektionssjuk-

domar endast en komponent i en ond cirkel. De komplexa orsakerna till fattigdom måste avlägsnas med hjälp av ett antal samverkande strategier under en lång tidsperiod. Vissa av utvecklingshindren är allmänna och gemensamma för de flesta utvecklingsländer. Andra kan vara förknippade endast med vissa kulturer eller befolkningar. Oavsett vilka problemen är måste insatserna göras med hänsyn till den lokala befolkningens uppfattning om sina viktigaste behov.

Trots de kraftfulla redskap som redan finns för vissa infektionssjukdomar som hiv/aids, tuberkulos och malaria är det ändå nödvändigt att utveckla nya metoder. Tyvärr är detta ett lågprioriterat område eftersom endast 4 % av de totala globala anslagen för hälsoforskning och utveckling ägnas åt infektionssjukdomar. Dessutom ägnades endast en bråkdel av forskningsanslagen för infektionssjukdomar åt hälsoproblem i utvecklingsländer.

Under den första treårsperioden, 2006–2008, ska det ytterligare svenska bistånd som nu är tillgängligt inriktas på tre skilda men interagerande kategorier. Den ena ska följa etablerade kanaler och stödja initiativ som behöver omedelbar uppmärksamhet. Den andra ska användas för åtgärder som behöver förberedas noga men ändå kan genomföras under perioden 2006–2008. Den tredje ska ägnas åt förberedelse av långsiktiga, allsidiga strategier i utvalda länder.

Krislägen och flaskhalsar

Svenska och internationella biståndsorganisationer inriktade på hälsa har ansevärda resurser och årtiondens erfarenhet av medicinska krissituationer. Behovet av ständig beredskap har visat sig vid nyligen inträffade katastrofer orsakade av naturen såväl som av människan. Tillräckliga mänskliga och materiella resurser med möjligheter att förebygga och behandla infektionssjukdomar måste finnas tillgängliga för omedelbara åtgärder. Om nordisk samordning av offentliga insatser i krislägen inte redan är välfungerande verkar det ändå som om en samlad nordisk insats vore av värde.

Mindre dramatiska, men lika viktiga i termer av förlorade liv, är det stora antal mindre katastrofer som inträffar så ofta i utvecklingsländer som plötsliga sammanbrott i systemen för lagring och utdelning av viktiga läkemedel och vacciner, uttorkning av traditionella vattenförråd, brott i kommunikationer, stängning av sjukhus och vårdcentraler på grund av brist på viktig personal eller förnöd-

enheter. Det borde finnas system för omedelbar hjälp åt offer för sådana mindre katastrofer. Dessa offer kommer allt för ofta i kläm på grund av motstridiga åsikter om vem som har det yttersta ekonomiska ansvaret.

Förstärkning av hälsosystemen

En förutsättning för att de stora hälsovårdsinsatser som krävs för att uppnå och upprätthålla de hälsorelaterade millenniemålen är starkare hälsosystem. Detta är särskilt fallet för situationen i Afrika. Hälsosystemen i låginkomstområden har många likheter trots att vissa problem är förknippade med särskilda områden. En överallt giltig erfarenhet är att förbättrad hälsa sällan beror på en enda insats. Exempel på vetenskapligt välgrundade Minimum Essential Health Interventions, livsviktiga minimiinsatser för hälsa, de flesta utvecklade av WHO, inkluderar "Integrated Management of Childhood Illnesses", "Malaria Case Management", "Intermittent Presumptive Therapy for Malaria Control in Pregnancy", "Insecticide Treated Nets", "Sexually Transmitted Disease/HIV Control", "Safe Motherhood Initiative", "Essential Drugs Programme", "Expanded Program on Immunization with vitamin-A Supplementation", "Tuberculosis Directly Observed Therapy", och "Injury Care".

Anledningar till utvecklade länders dåliga resultat för hälsa är bl.a.

- Brist på efterfrågan av tillgängliga insatser
- Policy som inte stöder användning av effektiva/överkomliga läkemedel
- Flera aktörer med olika prioriteringar i samma projekt
- Dålig förmåga att administrera service
- Konkurrens mellan program
- Ineffektivitet/orättvisa i finansiering och resurstilldelning
- Dålig övervakning, dålig statistik och dåliga hälsoinformationssystem
- Begränsad tillgänglighet och otillräckliga prestationer från nyckelpersoner

Utbildning av frontlinjens hälsoarbetare:

Det är viktigt att erbjuda grundutbildning såväl som fortbildning i riktig transport, förvaring och användning av EPI-vaccin, säkra injektioner och säker hantering av avfall, utdelning av livsviktiga läkemedel, omfattande läkemedel mot malaria, tuberkulos och hiv/aids, användning av myggnät, grundläggande hälsoinformation, inklusive näringslära och familjeplanering åt frontlinjens hälsoarbetare. Det är emellertid lika viktigt att hälsoarbetare får sina löner enligt kontrakt. Studier har visat att i genomsnitt 40 % av arbetsstyrkan för hälsoinrättningar i utvecklingsländer inte kommer till arbetet. Frånvaro från arbetet på den nivån minskar naturligtvis tillgången på hälsotjänster dramatiskt och problemet måste omedelbart angripas.

Utbyggnad av övervakningssystem

Vanligtvis är hälsostatistik i utvecklingsländer ytterst otillförlitlig. Representativa demografiska övervakningssäten som INDEPTH-nätverket bör upprättas i alla utvecklingsländer. Korrekt bedömning av sjukdomsfrekvens är nödvändig för rationell prioritering. Dessutom innebär en tillförlitlig epidemiologisk bevakning att man tidigare kan upptäcka utbrott av infektionssjukdomar, uppkomst av nya sjukdomar och resistens mot läkemedel.

Bättre rutiner för att nå ut med vaccin, bättre läkemedelsbehandling och hälsoundervisning

En viktig del i ett väl fungerande hälsosystem är ett effektivt genomförande av det nationella systemet för immunisering, vanligtvis enligt WHO:s Expanded Programme of Immunization (EPI). Flera utvecklingsländer har en täckning med vaccinering på omkring 70–80 %, vilket är världsgenomsnittet. Särskilt i Afrika söder om Sahara rapporterar emellertid ett antal av de fattigaste länderna en täckning med EPI-vaccinering med mycket under 50 % av antalet födda barn per år. Ofta utförs inte vaccinering mot allvarliga folkhälsosjukdomar som gula febern och hepatit B. Dessutom kan små grupper av svårnådda, isolerade folkgrupper i vissa av dessa länder sprida sjukdomar som polio och mässling och på så sätt hota världsomfattande försök att utrota dessa sjukdomar.

Andra sjukdomar som kan avlägsnas eller till och med utrotas genom användning av befintlig teknologi omfattar dracontiasis, lymfatisk filariasis, flodblindhet, Chagas sjukdom, neonatal tetanus och spetälska. En avsevärd minskning av höga sjuktal skulle även vara möjlig genom införande av nyligen utvecklade vacciner mot sådana agenser som rotavirus, haemophilus influenza typ b, pneumokocker, meningokocker och möjligen influensavirus. Att införa nya vacciner är emellertid inte att rekommendera om det nationella programmet inte har tillräckligt god täckning (70–80 % av en födelsekohort).

Ett annat område som är ytterst beroende av förstärkta hälsosystem är tillgång och korrekt användning av viktiga läkemedel. WHO:s Essential Drugs Programme måste bli känt och bättre tillgängligt på distriktsnivå. Korrekt användning omfattar ersättning av de antimikrobiala läkemedel som har blivit verkningslösa beroende på resistens och införande av nya viktiga läkemedel som artemisinbaserade stolpiller för behandling av malaria.

Otaliga fall av svår sjukdom och död skulle kunna undvikas genom omfattande bruk av impregnerade myggnät och korrekta behandlingsstrategier för malaria, Directly-Observed Treatment, Short course (DOTS) för tuberkulos och integrerad behandling av barnsjukdomar, särskilt luftvägsinfektioner och diarrésjukdomar. Listan omfattar även det enkla, men mycket underskattade, regelbundna avmaskningsprogrammet för skolbarn. Slutligen är en minskning av antalet fall av hiv-infektioner i hög grad beroende av kampanjer för kondomer, sexualundervisning och behandling av sexuellt överförbara sjukdomar. Hiv-behandling bör erbjudas utvalda grupper vilket inkluderar hiv-positiva havande kvinnor.

Arbete för förbättrade hälsosystems: Exemplet Tanzania

Nyare erfarenheter (TEHIP-studien) med 100 000 tanzanianer visar att en förstärkning av hälsosystemen kombinerat med införande av ovan nämnda nödvändiga hälsoförbättrande åtgärder inom 5 år har resulterat i 40 % minskning av både spädbarnsdöd och mortalitet hos barn yngre än fem år. Tillsammans riktade sig dessa åtgärder mot omkring 92 % av den totala sjukdomsördan i hela befolkningen. Eftersom överförbara sjukdomar som malaria, hiv/aids, tuberkulos, mässling, diarré och lunginflammation tillsammans med infektioner i samband med graviditet och

förlossning utgjorde omkring 70 % av den totala sjukdomsördan var dessa åtgärder livsviktiga för kontroll av infektionssjukdomar i befolkningen. Till följd av måttliga grundläggande investeringar i infrastruktur genomfördes TEHIP till en kostnad av mindre än 1 US\$ per invånare och år.

De erfarenheter som gjorts genom TEHIP anses direkt tillämpliga på angränsande kustområden. Brist på finansiering är tydligen den avgörande begränsande faktorn för en utvidgning. TEHIP visar att investeringar i hälsosystem fungerar, om man angriper systemet på bred front och tar hänsyn till de behov som finns på distriktsnivå.

En utvidgning av TEHIP eller liknande projekt borde högprioriteras i ett stort antal områden i Afrika söder om Sahara.

4 Forskningens roll

Som förespråkats i de två föregående kapitlen är en användning av befintliga verktyg det självklara valet för brådskande insatser och kortsiktiga hälsoinvesteringar så länge fungerande plattformar för hälsosystemen finns för genomförandet. Många överhängande problem med infektionssjukdomar kan emellertid inte lösas på ett bra sätt på grund av brist på mediciner eller, ännu värre, på grund av otillräckliga kunskaper om de underliggande patogena mekanismerna. Inom dessa områden är vidare forskning och utveckling av yttersta vikt. Forskning behövs på ett antal områden. Ibland är studier om grundläggande biologiska mekanismer mest påkallade, i andra fall bör tonvikten ligga på samhällsvetenskap. I princip är inget forskningsfält viktigare än det andra. Det är kvalitet som är det avgörande. Dålig forskning kan göra mer skada i utvecklingsländerna än någon annanstans.

Behovet av grundläggande biologisk forskning

Våra kunskaper om den exakta värd-patogeninteraktion som orsakar sjukdom hos människan är ofta fragmentarisk. Denna okunskap gör att man inte använder tillräckligt optimala strategier för kontroll av infektionssjukdomar. Än så länge finns det inga – eller ytterst ineffektiva – vacciner mot aids, malaria och tuberkulos och mot många andra viktiga infektionssjukdomar. Dessutom gör problemen med resistens mot mikrobiella läkemedel att behandling med antibiotika misslyckas allt oftare. Grundläggande forskning som huvudsakligen tjänar hälsointressen i utvecklingsländer har fått relativt lite uppmärksamhet både av forskare och sponsorer i den industrialiserade världen. Hiv/aids är ett anmärkningsvärt undantag.

Sverige har många framstående forskningsgrupper inom grundläggande vetenskaper. Trots stora intellektuella utmaningar behövs en rad stimulansåtgärder för att få framgångsrika forskare att ägna

sig åt infektionssjukdomar i utvecklingsländer, däribland generösa forskningsstöd. Ett annat incitament är möjlighet till vidare akademisk eller industriell karriär inom detta område.

Produktutveckling och prövning

Det finns inga skarpa gränser mellan grundläggande och tillämpad forskning. Båda är tätt sammanflätade och interagerande. Genom att utveckla verktyg som vacciner, läkemedel och diagnostiska övervakningssystem kan man också framgångsrikt bidra till kampen mot infektionssjukdomar. Omkring 120 Svenska bioteknikföretag är registrerade under paraplyorganisationen Swedenbio. Ett avsevärt antal av dessa har produkter eller koncept som är direkt eller indirekt relevanta för kontrollen av infektioner. En svag punkt i utvecklingen från forskning till färdig produkt är bra organisation och finansiering av kliniska prövningar eller prövning på fältet (se kapitlet om finansiering).

Flera av de forskare som besökte forskningsseminariet på Rosenbad den 21 september 2005 klagade över föga intresse för uppfinningar som upplevdes som primärt värdefulla för förhållanden i utvecklingsländer. För att stimulera vetenskapligt intresse och vidare utvecklingsinitiativ på detta område är ett förslag att bidra till organisation av en uppfinnarutställning, till exempel som en del av en stor teknisk eller medicinsk kongress. Vid en sådan utställning skulle svenska företag med produkter som är betydelsefulla för hälsoförbättringar i utvecklingsländer kunde träffa potentiella investerare och ha utbyte av möten med den vetenskapliga världen. Lovande produkter och koncept skulle kunna hedras med särskilda priser.

Forskning om hälsosystem

Fullgod leverans av hälsoinsatser till dem som bäst behöver dem är den vanligaste akilleshälen för investeringar i folkhälsa. Ett flertal studier har analyserat de faktorer som ligger under de illa fungerande leveranserna av hälsotjänster i olika miljöer. Sådana studier är mycket viktiga och borde vara ett krav inför planering av alla stora hälsoinsatser på fältet. Det finns emellertid få vetenskapliga analyser som har undersökt genomslagskraften av investeringar i hälso-

system på nationell nivå. Ett besläktat område som också är i stort behov av komparativ vetenskaplig granskning är genomslagskraften på nationell nivå av de olika strukturer som utgör uppbyggnaden av hälsobiståndet. För alla studier på detta område behövs det otvivelaktigt upprättas internationellt godtagna mått för genomslagskraften.

För att stärka svensk och internationell forskning om hälsosystem finns det förslag på att inrätta ett forskningsprogram för hälsosystem, Health Systems Research Programme, som varje år skulle ge doktorandstipendier till åtminstone 2 svenska forskare och ett lika stort antal medarbetande forskare från utvecklingsländer som helst skulle arbeta inom samma geografiska område. I enlighet med vedertagna urvalsförfaranden skulle framgångsrika sökanden få stöd under 2 x 3 år (under förutsättning av tillfredsställande rapporter om framåtskridande).

Beteendeforskning

Forskning om människans beteende är nödvändig för att man ska kunna göra framsteg i kampen mot de stora infektionssjukdomarna. Att förstå de erfarenheter, föreställningar och kulturella attityder som reglerar människors uppfattning om riskbeteende, attityder för att söka hjälp och deras följsamhet inför långtidsbehandling är mycket viktigt om man vill skapa optimala kontrollåtgärder för till exempel hiv/aids och tuberkulos. Vissa aspekter i mänskligt beteende är transkulturella, men slutsatser från studier i en kulturell miljö kan inte automatiskt tillämpas i en annan miljö. Av den orsaken bör samhällsvetare, helst lokalt rekryterade, delta i de vetenskapliga teamen redan från början i viktiga multidisciplinära studier.

Multidisciplinär forskning

Vi har otillräckliga kunskaper om patogen evolution, överföring och värdinteraktion för att optimera behandlingar med antibiotika och vacciner både vid sjukdomsutbrott och i preventiva situationer. Det är tydligt att antibiotika eller vacciner inte alltid är lämpligt vid behandling eller kontroll av infektionssjukdomar. Det faktum att 80 % av de nya sjukdomar som uppstår är zoonoser borde stimulera

till studier i ekologi och till samarbete över sektorer. Den ökande betydelsen av matematisk och spatial modellering för infektionssjukdomar bör utvecklas vidare.

Ekologiska studier integrerade med forskning om vacciner, behandlingsmetoder och miljöåtgärder kan ge upphov till kraftfulla redskap för hantering av sjukdomar. De nuvarande definitionerna av forskning om hälsosystem omfattar inte några perspektiv på ekologi och ekosystem. Infektionssjukdomarnas ekologi är i grunden en multi- eller transdisciplinär vetenskap, men det finns få team sammansatta av humanmedicinska, veterinärmedicinska, ekologiska och samhällsvetenskapliga forskare. Följaktligen är det nödvändigt att stimulera bildandet av multidisciplinära team och att stödja transdisciplinär vetenskap i "peer reviews" (sakkunnig kollegial granskning) och projektfinansiering. De komplexa problem som förknippas med kontroll av infektionssjukdomar i utvecklingsländer kräver multidisciplinära arbetssätt och bör självklart omfatta forskare från mållandet. De finansierande organisationernas utvärderingsteam bör vara lika multidisciplinärt sammansatta.

Sverige är ett litet och öppet land med en lång tradition av teamwork. Ett antal skickliga forskargrupper arbetar inom områden som är ytterst relevanta för kampen mot de stora infektionssjukdomarna i ett globalt perspektiv. Potentialen för framgångsrik interdisciplinär forskning mellan sådana grupper är utmärkt och borde uppföljas genom upprättande av motsvarande forskningsprogram.

Bidrag från svenska forskningsinstitutioner till kampen mot de stora infektionssjukdomarna i utvecklingsländer. Slutsatser från ett seminarium:

Den 21 september 2005 deltog 70–80 forskare, främst från akademiska institutioner och biotekföretag, i ett forskningsseminarium i Rosenbad, Stockholm. Alla forskarna var framstående representanter för forskning och utveckling av intresse för kontroll av infektionssjukdomar. Avsikten med seminariet var att diskutera viktiga problem och realistiska lösningar relaterade till sjukdomar och tillstånd som hiv/aids, tuberkulos, malaria, mässling, luftvägsinfektioner, diarrésjukdomar, zoonoser, resistens mot antibiotika samt otillräcklig tillgång till vatten och sanitära anordningar.

Seminariet bekräftade att ett imponerande antal (> 75) svenska vetenskapliga grupper är aktiva på dessa områden och att arbetet

omfattade parasitvärdinteraktion, vaccin/läkemedelsutveckling, studier om sjukdomsbörda, utvärdering av insatser, socioekonomiska och beteendemässiga aspekter, interaktion mellan människors och djurs hälsa, kvalitet i födoämneskedjan, hygien och miljöproblem inklusive vattenkvalitet och vattentillgång. Många av grupperna ligger internationellt sett i den vetenskapliga frontlinjen och arbetar i omfattande nätverk med ledande institutioner i utlandet. De flesta svenska grupperna samarbetar med forskare i utvecklingsländer. Samarbetet karakteriseras emellertid vanligen av kortsiktiga projekt utgående från svenska forskningsintressen snarare än av gemensamt långsiktigt institutionellt samarbete inom prioriterade forskningsområden definierade av samarbetspartners i utvecklingsländerna.

Centres of Excellence och Bill och Melinda Gates-stiftelsen

Gates-stiftelsen planerar att upprätta 10 Centres of Excellence i Afrika och söker nu finansiellt stöd för detta initiativ i de nordiska länderna, i synnerhet i Sverige och Norge. Fördelen med att stödja Centres of Excellence hellre än universitet är främst att man undviker den komplicerade och ofta politiskt drivna organisationen hos de senare och att Centres of Excellence av naturen är multinationella. Nackdelen med dessa center är deras svaga meriter vad gäller formell vetenskaplig och professionell erfarenhet. Av den anledningen kommer utbildningsprogram att ordnas i samarbete mellan centren och de närliggande universiteten, troligen på kontraktbasis.

Centres of Excellence kan betraktas som regionala högborgar för spetsteknologi. Vissa av dessa center kommer troligen att inrättas i länder som under många år har samarbetat med svenska forskare och akademiska institutioner. En kandidat till att få den prestigefyllda rangen Gates Centre of Excellence är Armauer Hansen Research Institute (AHRI) i Addis Abeba. AHRI stöttades under många år av svenska och norska Save the Children-organisationer och har haft flera svenska direktörer och äldre erfarna vetenskapsmän. AHRI som Gates Centre kan bli mycket intressant för framtida svensketiopiskt samarbete, särskilt för forskning om tuberkulos. Andra kandidater till rangen som Gates Centres of Excellence kan finnas i andra av Sveriges viktigaste samarbetsländer.

Utbildning av professionella

Ett avgörande hinder för socioekonomiska framsteg i låginkomstländer är bristen på välutbildade inhemska specialister inom hälsa, utbildning, ekonomi, administration och alla områden som behövs för utveckling. Den rationella vägen till att bygga upp en kärna av lokala experter går genom omfattande långsiktigt stöd till nationella universitet och andra institutioner för högre utbildning. Detta är en överväldigande uppgift som kräver avsevärda investeringar både i mänskliga och fysiska resurser. Låga och oregelbundna löner och brist på forskningsbidrag och stöd till forskarutbildning gör de flesta universiteten i fattiga länder ointressanta för högkvalificerade akademiker. Följaktligen lämnar de bästa vetenskapsmännen antingen landet eller också sysslar de heltid med relativt välbetald kortsiktig konsultverksamhet för externa organisationer. Om man inte kan hitta mekanismer för att betala anständiga löner och tillhandahålla forskningsresurser och akademiska karriärmöjligheter för lovande inhemska studenter finns det ingen lösning på problemet med den hotande begåvningsflykten från fattiga länder.

Ett omfattande professionellt utbyte mellan svenska institutioner och partnerinstitutioner i utvecklingsländer bör uppmuntras och omfatta läkare, farmaceuter sjukgymnaster, sjuksköterskor, laboratorietechniker o.s.v. Även om doktorandutbildning helst bör äga rum inom landet bör handledare få möjlighet till någon utbildning utomlands. Särskilt sjukvårdspersonal behöver professionell fortbildning med tanke på deras viktiga bidrag till hälsosystemet. På grund av att ytterst smittsamma sjukdomar är så vanliga på sjukhusen i låginkomstländerna skulle bättre kunskaper om principer och praxis i hanteringen av infektionssjukdomar enligt modellen från moderna svenska avdelningar kunna vara värdefulla inte bara för läkare men också för kliniska handledare och undervisande personal på sjuksköterskeskolor. Utmärkta internationella kurser i hantering av smittsamma sjukdomar är redan väl etablerade i Sverige. Liknande kurser borde ordnas för högre vårdpersonal vid svenska avdelningar för infektionssjukdomar. Dessutom erbjuder de flesta svenska universitet program på Master- och doktorandnivå som är direkt relevanta för djupstudier om problem med infektionssjukdomar i endemiska områden. Svenska utbildnings- och forskningsprogram är internationellt erkända för sin höga genomsnittskvalitet och borde användas mer systematiskt som en

del av de utbildningsprogram som har utformats för unga forskare från samarbetande institutioner i utvecklingsländer.

5 Industrins roll

Sverige har en stark tradition som tillverkare av läkemedel inklusive antimikrobiala läkemedel. Under senare år har de största svenska företagen gått in i multinationella läkemedelskoncerner. I gengäld har flera biotekföretag kommit fram, av vilka omkring 150 är medlemmar i Swedenbio. Flera av dessa företag arbetar med antibiotika, diagnostiseringsverktyg eller vacciner. Medan många av de svenska biotekföretagen består av ett litet antal personer som arbetar på ett enda koncept är andra relativt stora och har redan utvecklat flera koncept till framgångsrika produkter. Omkring 30 % av de listade biotekföretagen i Sverige arbetar inom områden av direkt relevans för kontroll av infektionssjukdomar i utvecklingsländer. De svenska biotekföretagen är representanter för en ytterst varierande och innovativ grupp som direkt eller indirekt har en avsevärd potential för kontroll av infektionssjukdomar i utvecklingsländer. De flesta av dessa företag är organiserade som private-public partnerships.

Private Public Partnerships

Produktutvecklande Private-Public-Partnerships (PPP) är en innovativ metod för att angripa det överhängande behovet av nya insatser och övervinna viktiga misslyckanden på marknaden som att utveckla mediciner för infektionssjukdomar i utvecklingsländer. Vissa PPP kan omfatta flera aspekter av upptäckten, utvecklingen och framtagningssprocessen av ett läkemedel, andra ägnar sig huvudsakligen åt finansiering. Flera PPP inriktar sig särskilt på fattigdomssjukdomar. Välkända internationella PPD omfattar Medicines for Malaria Venture (MMV), Global TB Vaccine Foundation (Aeras), International Aids Vaccine Initiative (IAVI) och Médecins Sans Frontières. Det senare partnerskapet har tillhandahållit ett 5-årigt anslag för inrättande och finansiering av den nya Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI).

Mycket tack vare dessa innovativa initiativ håller mer än 86 läkemedel (inklusive 15 vacciner) på att utvecklas mot hiv/aids (IFPMA 2004). Dessutom är åtminstone 30 nya läkemedel mot malaria och 22 läkemedel mot tuberkulos långt framskridna (Bio-Ventures for Global Health, 2004). Det behövs emellertid mycket tekniskt och finansiellt stöd för att föra ett koncept från forsknings- och utvecklingsstadiet till den kliniska prövningen. Det är en stor utmaning som kräver nya finansieringsstrukturer både internationellt och i Sverige.

Särskilda fall för stöd i industrin:

SBL Vaccines

SBL Vaccine producerar ”Dukoral”, det enda internationellt tillgängliga orala vacciner som är högeffektivt mot kolera. Dessutom ger vaccinet visst skydd mot ETEC, ytterligare en över hela världen spridd orsak till diarrésjukdomar. Både kolera och ETEC sprids huvudsakligen genom smittad mat och smittat dricksvatten och finns särskilt i tätbefolkade, fattiga områden i världen. Koleraepidemier med mycket hög dödlighet uppträder ofta som en följd av katastrofer orsakade av naturen eller människan.

Som ett bidrag till koleraberedskapen efter tsunamin 2005 distribuerade den svenska regeringen 400 000 doser Dukoral till WHO. Denna typ av katastrofberedskap är mycket viktig och gäller åtskilliga slags vacciner, som till exempel vaccin mot meningokockmeningit typ A i Afrika söder om Sahara. Man har föreslagit att Sverige ska bidra till ett av WHO administrerat nödlager av livsviktiga läkemedel och vacciner som en beredskap inför utbrott av särskilt smittsamma sjukdomar i utvecklingsländer. Sverige ska även i fortsättningen ansvara för lagerhållning av minst 100 000–200 000 doser Dukoral för akut användning i utvecklingsländer (lageringstiden för Dukoral är 3 år). Om WHO accepterar detta har man föreslagit att SBL ska få ansvar för fortlöpande underhåll och förnyande av detta nödlager. Partier som närmar sig bästföredatum kan med WHO:s medgivande erbjudas hälsoministerier i koleraendemiska länder eller användas i kliniska prövningar.

AstraZeneca

Under många år har AstraZeneca drivit en institution i Bangalore i Indien som är specialiserad på utveckling av läkemedel, särskilt medel mot tuberkulos. Det är en extremt modern forskningsinrättning som arbetar nära tillsammans med statliga indiska akademiska institutioner såväl som med svenska forskare, särskilt vid Uppsala universitet. AstraZeneca har planer på att utvidga sitt samarbete med akademiska institutioner i Indien och Sverige, antingen direkt eller med EG-bidrag. Eftersom de är världsledande på utveckling av TB-läkemedel borde ett samarbete med svenska forskare på området tuberkulos, både för forskning och undervisning, vara av stort intresse.

I samarbete med professor Mashelkar, chef för Indiens vetenskapsministerium, håller AstraZeneca för närvarande på att planera ett utbildningsprogram där föreslagna partner är Svenska vetenskapsakademien tillsammans med the Indian Institute of Sciences. Programmet kommer att omfatta en serie föreläsningar om ska hållas vid alla viktiga center i Indien och det kommer kanske senare att utvidgas till Kina och Sydafrika. Utbildningsprogrammet ska innehålla såväl prekliniska som kliniska och epidemiologiska aspekter på tuberkulos och presenteras av framstående specialister på respektive område både från svenska och indiska universitet och institut.

AstraZeneca planerar att vända sig till Sverige för att få bidrag till denna satsning. Detta är ett intressant exempel på möjligt samarbete mellan stat och privat näringsliv när det gäller utbildning på universitetsnivå på ett fält som är ytterst relevant i kampen mot en av världens allvarligaste infektionssjukdomar.

Det särskilda fallet influensavaccin

Utvecklingshjälp och det svenska initiativet för influensavaccin

Varje år drabbas omkring 5–10 % vuxna och 20–30 % barn i världen av influensa. Med i genomsnitt 30 års intervall orsakar världsomfattande influensapandemier miljontals döda. I industriländerna är influensa ett stort hälsoproblem. Man tror att influensa är ett ännu större problem i utvecklingsländerna, men pålitliga epidemiologiska uppgifter saknas i stor utsträckning. Vaccin-

prövningar och andra studier för att värdera influensans verkliga påverkan har inte gjorts i utvecklingsländer.

Det finns bara ett fåtal större tillverkare av influensavaccin i världen, och produktionskapaciteten ligger långt under den förväntade efterfrågan i industriländerna om det skulle utbryta en pandemi. Man tror att knappt någon pandemivaccin kommer att finnas tillgänglig i utvecklingsländerna trots att fattiga befolkningar förmodas lida mest av sådana plötsliga sjukdomar. Det tillverkas för närvarande inte något influensavaccin i Sverige eller i något annat land i Norden.

Det är självklart att Sverige måste se till att ha tillräckliga lager av influensavaccin före nästa pandemi, men det finns också ett akut behov att genom epidemiologiska studier och stora vaccinationsprövningar bedöma vilken verkan endemisk influensa skulle få på folkhälsan i utvecklingsländerna. Den illa definierade, men troligen allvarliga situationen för endemisk influensa i utvecklingsländerna har betonats i den senaste (2005) WHO Position Paper on Influenza Vaccines.

Vissa låginkomstländer i Asien, inklusive Thailand och Vietnam, håller på att utveckla en produktion av influensavaccin. Dessa länder behöver emellertid omfattande externt stöd både i form av teknologi och finansiering. Dessutom är länder som Ryssland och Korea förmögna att tillverka moderna vacciner mot säsonginfluensa, och de håller på att förbereda en produktion av pandemivacciner. Alla dessa länder lider av brist på finansiering, särskilt för att utföra kliniska prövningar, men de behöver i vissa fall även tekniskt bistånd.

Man har föreslagit att Sverige (ensamt eller i samarbete med andra nordiska länder) ska skapa möjligheter för tillverkning av ett modernt P3- eller snarare BSL-3 vaccin, i första hand för regelbundet återkommande influensa, med en produktionskapacitet på mycket över inhemsk/nordisk efterfrågan. Om en fågelinfluensapandemi skulle uppstå skulle produktionen anpassas därefter. En avtalad procent av den svenska/nordiska produktionen skulle kontraktse enligt doneras till WHO för kliniska vaccinprövningar och/eller för vaccinering av högriskgrupper i utvalda utvecklingsländer.

Ett säte för forskning om och demonstration av vaccinutveckling skulle knytas till det svenska/nordiska initiativet. Platsen skulle med anknytning till WHO tillåta småskalig produktion av möjliga nya vacciner och tjäna som en undervisningsmöjlighet och ett centrum för överföring av teknologi till låginkomstländer inför en inhemsk produktion av vacciner. Centret skulle också fungera som

ett oberoende laboratorium för kvalitetskontroll av vacciner för låginkomstmarknader i samarbete med WHO. Forskare från Sverige och utvecklingsländer skulle samarbeta med Ryssland och andra tillverkare av influensavacciner för att främja prövningar av potentiellt lovande vacciner som kunde licensieras för storskalig tillverkning för marknader i utvecklingsländer, om de visade sig framgångsrika.

Offentligt – privat samarbete och förbisedda sjukdomar

Ett stort antal svåra infektionssjukdomar får relativt lite uppmärksamhet eftersom de vanligtvis inte berör industriländer och för att morbiditets- och mortalitetssiffrorna för dessa sjukdomar inte kan mäta sig med de viktigaste dödliga mikroorganismerna. I fattiga områden kan ändå miljontals människor drabbas av sjukdomar som Afrikansk sömnsjuka, brucellos eller tyfus. I sådana ytterst endemiska områden kan dessa förbisedda sjukdomar vara en större börda för folkhälsa än malaria eller tuberkulos. Det finns ingenting på marknaden som sporrar de större läkemedelsföretagen att ge sig in i en dyr och riskfull process för tillverkning av vacciner eller läkemedel för övergivna sjukdomar (orphan diseases). Tyvärr kan det vara svårt även för forskare i akademiska omgivningar att få finansiering för sjukdomar som sällan tilldrar sig allmänt intresse i den industrialiserade världen.

Under de senare åren har emellertid bioteknikföretag som drivs av mycket fokuserade offentligt-privat samarbete gett sig in på området förbisedda sjukdomar. Till relativt låga kostnader har flera möjliga vacciner och läkemedel kommit så långt som till klinisk prövning och några har sedan antagits för vidare utveckling av stora läkemedelsbolag.

För det mesta är det emellertid mycket svårt att få finansiering till småskalig tillverkning och kliniska prövningar av produkter avsedda för låginkomstländer även om en lyckad produkt skulle ha stor betydelse för det allmänna hälsotillståndet.

Det måste skapas mekanismer för att finansiera både vetenskapliga studier av orphanagenser och värdinteraktion hos dessa men också för att stödja utveckling av vacciner och läkemedel för att locka in innovativa bioteknikföretag på detta viktiga fält.

6 Människors hälsa, djurhälsa och en hälsosam miljö

Sjukdomar hos husdjur är mycket viktiga i infektionssjukdomarnas allmänna fattigdomsperspektiv. Det gäller inte bara zoonoser som anthrax och tuberkulos som kan drabba människor och djur lika, utan också ett antal sjukdomar som är begränsade till vissa arter av husdjur och fjäderfä. En sida av saken är att sjukdomar hos djur minskar livsmedelsproduktionen och därmed överlevnaden på landsbygden. En annan sida är att internationella handelsregler förbjuder export av kött och andra livsmedel som inte är garanterat fria från patogener. Därför är djursjukdomar liksom människosjukdomar viktiga komponenter i fattigdomens onda cirkel. Den nya utvecklingen inom fältet zoonoser, som SARS och fågelinfluensa är dramatiska påminnelser om den täta interaktionen mellan människans och djurens ekosystem. Liknande faktorer kan gälla för infekterade grödor.

Flera forsknings- och undervisningsinitiativ vid Sveriges lantbruksuniversitet och Statens Veterinärmedicinska Anstalt i Uppsala har direkt relevans för människans hälsa och överlevnad. Under flera decennier har dessa institutioner drivit stora internationella utbildningsprogram omfattande forskarutbildning, master- och diplomprogram om djurpatologi och djurreproduktion avsedda för deltagare från utvecklingsländer. Livsmedelssäkerhet är en viktig sida i denna utbildning som syftar till att förbättra produktion och tillgänglighet högkvalitativa livsmedel i utvecklingsländer. Flera forskare vid dessa institut ligger i frontlinjen på sina respektive fält. Det gäller såväl utveckling av avancerade diagnostiska metoder som av kraftfulla diagnosredskap att användas på fältet. Många forskningsprojekt handlar om djurinfektioner i Afrika och Asien.

Hygien och hälsosam miljö

Miljöskydd är en integrerad del av Sveriges allmänna mål för utvecklingsarbete. År 2004 avsattes en miljard av Sveriges ökade utvecklingsstöd till att främja miljöaspekter i utvecklingsländer. Den negativa verkan på miljön som orsakas av över 6 miljarder människor i termer av överexploatering, störd ekologisk balans och nersmutsning är signifikant och får flera direkta och indirekta följder för människors hälsa. Direkta konsekvenser är underlättad spridning av överförbara sjukdomar i allmänhet genom ett ökande antal överbefolkade förortsområden, omfattande spridning av gastrointestinala sjukdomar genom smittad föda och smittat vatten, sämre personlig hygien beroende på begränsad vattentillgång, ökning av luftvägssjukdomar på grund av förorenad luft samt begränsad tillgång till föda på grund av överexploatering, kemisk förorening eller spridning av farliga patogener till odlingsbar jord, fiskevatten och källor till föda och vatten för djur.

Bland de sex områdena för koncentrerade miljöinvesteringar som föreslås nyligen i Sidas dokument, "Miljö för hållbar utveckling – förslag om en ökad satsning på miljö inom ramen för Sveriges internationella utvecklingsarbete" (Sida 24 aug 2005), har såväl Sida som samarbetande länder gett högsta prioritet till förbättring av vatten och sanitära förhållanden. Det beror på att problemen blir allt allvarligare, att de har en direkt inverkan på hälsan, att de är potentiellt reversibla och att förbättringar inte konkurrerar med åtgärder för ekonomisk tillväxt. Afrikanska länder har ett särskilt hjälpbehov och det är där miljöförstörelsen har störst direkt inflytande på fattiga människors överlevnad. Kunskap och överföring av teknologi anses som nyckelfrågor.

Man uppskattar att nästan 4 000 barn dör varje dag på grund av dåligt vatten och dålig hygien, och sambanden mellan bättre vatten och bättre sanitära förhållanden och bättre hälsa är därför uppenbara. På andra områden finns det emellertid också starka samband mellan miljöfaktorer och hälsa. Faktabladet "Health and Environment" (Sidas Health Division Document 2001:2) räknar upp ett antal miljöhot och visar att de tre faktorer som skulle kunna kontrolleras mest effektivt med lämpliga insatser för miljön är diarré-sjukdomar, luftvägssjukdomar och malaria som alla är fattigdomens största gissel.

Vattentillgång

I flera låginkomstländer har upprepade perioder av torra gjort befolkningen extremt sårbar för undernäring, infektionssjukdomar och död. Små barn drabbas särskilt av naturkatastroferna. Tillgång till ofarligt dricksvatten är ett absolut villkor för att bekämpa diarré-sjukdomar, en minimal daglig tillgång till vatten är också nödvändig för hygien och överlevnad. Den dagliga mängd vatten som finns tillgänglig per person i Mellanöstern motsvarar ungefär 1 % av genomsnittet för Sverige. Det är dock viktigt att inse att dricksvatten bara är en bråkdel av det totala behovet vatten per person. För att producera tillräckligt med livsmedel för att minska undernäringen med 50 % fram till år 2015, skulle varje person som sätts på förbättrad diet behöva 50 gånger mer vatten än nu. Alltså skulle vi för att uppnå millenniemålen behöva två gånger så stor tillgång till vatten jämfört med nuvarande globala vattentillgång. I många områden sjunker grundvattennivån dramatiskt varje år. En mer rationell användning av det livsviktiga vattnet och nya teknologier för bevarande av vatten är ett absolut krav. Enligt WHO kommer varje dollar som betalas för bättre vattentillgång ge 3 till 30 gånger tillbaka.

Som framförts ovan måste multidisciplinära tillvägagångssätt för att minska fattigdomsrelaterade sjukdomar engagera olika slags experter. Med sina omkring 40 institutioner engagerade i frågor om nationella och internationella vattentillgångar är Sverige världsledande på fältet. Landet har också en stark tradition i sanitär teknologi och ett gott rykte världen över inom områdena mikrobiologi och infektionssjukdomar. Dessutom ligger svensk forskning i frontlinjen inom flera områden avseende veterinär patologi. De ökade svenska bidragen till utvecklingsstöd som särskilt har öronmärkts för miljöskydd och för kontroll av infektionssjukdomar bör samordnas för maximal ömsesidig nytta. Som framförs nedan uppnås synergi mest effektivt genom att man koncentrerar sig på 1–2 utvalda områden/länder.

7 Frivilligorganisationernas roll (NGO)

Ett mångfald frivilligorganisationer är engagerade i humanitärt bistånd till utvecklingsländer och andra fattiga områden som är svårt drabbade av infektionssjukdomar. Som representanter för alla slags religiösa, politiska och humanitära sammanslutningar utgör dessa organisationer en fantastisk styrka av praktisk solidaritet. Genom en översikt av de senaste tio åren drog en nyligen utförd utvärdering (Masud N and Yontcheva B, WP/05/100), som utfördes på beställning av Internationella valutafonden, slutsatsen att frivilligorganisationernas hälsoprogram hade stor betydelse för minskad barndödlighet medan bilateralt stöd inte hade någon betydelse. Man drog slutsatsen att organisationerna hade varit mer effektiva när det gällde att nå fram till de fattiga och det fanns spekulationer om att de förväntade positiva följderna av bilateralt stöd hade neutraliserats av minskade ansträngningar från staternas sida.

Detta är den första empiriska studien av hur effektiva icke statliga organisationer är på makronivå och den bekräftar den allmänna uppfattningen att det är berättigat att bistå välfungerande NGO. Dessutom är den ett tydligt bevis för den allmänna erfarenheten att tjänster utförda av personer med ett starkt engagemang för sin sak i genomsnitt åstadkommer mer till lägre kostnad än tjänster utförda genom offentliganställda. Närhet till målbefolkningen och ingående kunskaper om lokala nätverk och attityder är karakteristiska drag i NGO-strategier. Det är en källa av resurser som kanske inte utnyttjas tillräckligt i offentlig strategiplanering på lands- och distriktsnivå.

Sida stöder svenska NGO som är aktiva för hälsa i utvecklingsländer genom Avdelningen för Samverkan med Enskilda Organisationer, Humanitärt bistånd & Konflikthantering (SEKA). Biståndet ges på årsbasis till ett antal stora organisationer, så kallade *nätverk av organisationer*. Stödet har getts med en 20/80-princip (från 2005 är förhållandet mellan självfinansiering och Sidastöd 10/90).

Tillsammans utgör Sidas årliga stöd till hälsoåtgärder utförda av enskilda organisationer till omkring 200 MSEK.

I allmänhet verkar det som om användandet av NGO vore ett effektivt sätt att investera offentliga medel. Man borde hitta mekanismer för att förlänga projektperioderna till ett mer rationellt genomsnitt på 5 år och för att underlätta övergången av framgångsrika projekt från en period till en annan. Långsamma utvärderings- och beslutsprocesser och fördröjd utbetalning av den statliga medfinansieringen har ibland resulterat i avbrott av viktigt arbete och förlust av erfarna medarbetare både i Sverige och i mälländerna.

8 Infektionssjukdomar i länderna i Östeuropa

Hiv/aids, tuberkulos, sexuellt överförbara sjukdomar och ökad förekomst av läkemedelsresistenta bakterier utgör stora folkhälso-problem i Östeuropa, inklusive nordvästra Ryssland. Fattigdomen är utbredd och arbetslöshet, dåliga bostäder, kriminalitet, prostitution, överbefolkade fängelser och otillräckliga medicinska och sociala resurser är nyckelproblem. Överföring av tuberkulos och hiv-infektioner på usla fångvårdsanstalter är en viktig källa för spridning till samhället utanför. Det finns också ett akut behov av att stödja ryska system för hälsoupplýsning, särskilt med information till unga människor om risken att bli smittade av sexuellt överförbara sjukdomar som hiv i samband med droger och sexuellt riskbeteende.

Trots omfattningen av problemet finns det inte många mikrobiologiska laboratorier i området och, anmärkningsvärt nog, inget referenslaboratorium för diagnos av tuberkulos i större städer som St. Petersburg och Kaliningrad. Det är av avgörande betydelse för kampen mot tuberkulos och andra stora infektiösa agens att etiologiska agens identifieras och att deras respektive känslighet för antibiotika fastställs snabbt. Därför är det mycket angeläget att genomföra lämplig utbildning av personal och att inrätta moderna och säkra laboratorier för diagnostisering i regionens stora städer så snabbt som möjligt. Det finns också ett behov av att bidra till de löpande kostnaderna för dessa laboratorier flera år framåt i tiden.

I samarbete med ryska experter bör reguljär forskarutbildning i diagnos, behandling och kontroll av infektionssjukdomar som tuberkulos och hiv/aids erbjudas läkare som arbetar inom de relevanta områdena, inklusive dem som arbetar med fängelseinterner. Dessutom bör åtgärder för fysisk och social rehabilitering vidtas.

Flera svenska frivilligorganisationer har erbjudit fattiga fångar, drogmissbrukare och hemlösa enastående hjälpinsatser. Enskilda

organisationer har också verkat för utveckling av informationsmaterial om sexuellt överförbara sjukdomar och andra beteenden som kan riskera att överföra sjukdomar och för utbildning av hälsopersonal på detta område. Stöd för viktiga diagnostiska laboratorietjänster i St. Petersburg har också förekommit.

NGO-nätverken mellan statliga och humanitära organisationer i angränsande ryska regioner bör användas fullt ut, och ytterligare finansiering bör tillkomma för fortsättning och utvidgning av deras värdefulla tjänster, särskilt bland de unga människor som löper höga risker. Möjligheten att välja en rysk oblast (provins, administrativt område) för långsiktigt, utvidgat stöd och samarbete kan övervägas i diskussioner med potentiellt intresserade parter i Ryssland.

9 Finansieringsmekanismer

Rent allmänt går bara 4 % av alla bidrag till hälsoforskning till området infektionssjukdomar. Av dessa 4 % går bara 10 % till forskning om infektionssjukdomar i utvecklingsländer. Huvudanledningen till denna oproportionerliga situation är den inneboende egoismen hos de dominerande spelarna på fältet, nämligen västerländska forskare och bidragande institutioner. Andra begränsande faktorer är de välkända problem som förknippas med vetenskaplig aktivitet i utvecklingsländer och, åtminstone förr, en något nedsättande attityd från västerländska forskargrupper mot forskning om obekanta ämnesområden under dåliga förhållanden.

Andra hinder för forskningsfinansiering om problem relaterade till utveckling i utvecklingsländer är den traditionella strukturen för bidragspolicy hos åtminstone nordiska forskningsråd. När det är konkurrens om begränsade resurser anses forskning om nationella eller västerländska hälsoproblem vanligen mer angelägna än forskning om problem som gäller människor i mer avlägsna områden. Trots att vetenskaplig kvalitet måste vara det yttersta rättesnöret för forskningsrådets policy har den ofta multidisciplinära naturen i det vetenskapliga angreppssättet på till exempel fattigdomsrelaterade infektionssjukdomar och ovanan hos de flesta vetenskapliga styrelser att värdera sådana forskningsförslag antagligen varit ytterligare en nackdel. Inte ens idag finns det något allsidigt program för fattigdomsrelaterade frågor i utvecklingsländer vid Vetenskapsrådet i Sverige.

Grundläggande och tillämpad forskning är delvis olika, delvis överlappande, men starkt inbördes beroende av varandra. Det samma gäller för områdena tillämpad forskning och produktutveckling. Traditionellt har forskningsresurserna för dessa aktiviteter skilt sig åt. Detta är logiskt i många fall, men gynnar sällan forskning på de överlappande områdena eller multidisciplinära arbetssätt. På samma sätt befrämjar traditionella finansieringssystem inte utveckling av

läkemedel, vacciner eller diagnostik som för det mesta utgår från grundläggande forskning och slutar med icke vetenskaplig produktutveckling. Fragmenterad finansiering för denna typ av vetenskaplig produktutveckling försenar processen och kan i själva verket hindra vissa mycket intressanta och relevanta koncept från att komma vidare.

Sida har, särskilt genom Sarec, betydande möjligheter att ge anslag för forskning. Faktum är att Sida/Sarec ligger i täten bland internationella utvecklingsorganisationer när det gäller att bistå forskning och forskarutbildning. Detta är mycket berömvärt. En fråga av väsentligt intresse är om utvecklingsbistånd kan användas för grundläggande forskning under förvärandning att sådan forskning i slutändan avser förbättring av levnadsförhållanden i utvecklingsländer. Projektassocierad forskning omfattande studier om insats i förhållande till verkan, socioekonomiska studier och beteendeundersökningar såväl som utvärdering av vetenskapliga program är uppenbara kandidater för utvecklingsstöd. Problemet är finansiering av grundläggande biologisk forskning.

Trots det faktum att till exempel grundläggande hiv-forskning som på sista tiden siktat mot utveckling av vaccin kan anses som en global angelägenhet är det inte troligt att detta arbete direkt gynnar individer eller utvecklingsprocessen i fattiga länder, åtminstone inte inom de kommande decennierna. Därför verkar det orättvist att grundforskning i väst bedriven av enbart västerländska forskare skulle finansieras av utvecklingsbistånd. Å andra sidan skulle användning av utvecklingsresurser mycket väl kunna vara lämpligt om grundforskningen utfördes gemensamt med forskare från ett utvecklingsland som en del av vetenskapligt kompetensbyggande. I beaktande av de skärpta kriterierna för definition av utvecklingsbistånd är det viktigt att upprätta praktiska principer för dessa frågor. De relativt subjektiva definitionerna av termerna grundläggande och tillämpad forskning kan naturligtvis ge upphov till förnuftsbeslut angående den praktiska tillämpningen av dessa principer.

Trots Sida/Sarecs stora intresse för forskning anser ett antal forskare inom fältet globala infektionssjukdomar att Sidans stöd på området är uppenbart otillräckligt. Skapandet av Världsinfektionsfonden (VIF) är symptomatiskt i detta hänseende. VIF har inrättats som en oberoende enhet för att stimulera forskning och andra aktiviteter som kan bidra till kontroll av infektionssjukdomar i låginkomstländer. Betoningen ligger främst på klinisk och tillämpad forskning och omfattar stöd för kliniska prövningar. VIF fun-

gerar som ett forskningsråd och avser att skapa fonder genom donationer från enskilda personer, industrin och offentliga medel. Enligt min åsikt är VIF ett intressant och nyskapande koncept, och de ytterligare medel för sådana aktiviteter som dess styrelse har i åtanke behövs uppenbarligen. Möjligheten finns emellertid att berömvärda bidrag från framstående forskare för skapandet av institutionen kan uppfattas som en potentiell risk för VIF:s vetenskapliga och politiska integritet. VIF:s styrelse kan också överväga med vilka mekanismer synergieffekter skulle kunna uppnås genom tekniskt samarbete med Vetenskapsrådet och/eller Sida/Sarec. Trots att VIF arbetar som en privat enhet verkar det vara i alla parter intresse att harmonisera ansträngningarna för att undvika fragmentering av knappa resurser.

Den höga kostnaden för kliniska prövningar är ett stort problem. Flera potentiella svenska vacciner som är färdiga för begränsad GMP-produktion och första fasens prövningar ligger kvar i fryssarna på grund av brist på finansiering. Eftersom fas-1-studier vanligtvis görs i läkemedlets/vaccinets ursprungsland borde studierna finansieras genom svenska forskningsbidrag. Fas-1-studier kostar vanligen flera miljoner kronor, men kliniska studier för fas II–III kan kräva flera hundra miljoner kronor. För bidrag av denna storlek krävs internationellt samarbete. Svenskt stöd till det omorganiserade European Developing Countries Clinical Trial Programme (EDCTP), African Malaria Network Trust (AMANET) och European Malaria Vaccine Initiative (EMVI) rekommenderas varmt.

För att förbättra den finansiella plattformen för forskning om fattigdom och hållbar utveckling i ett bredare perspektiv har man föreslagit att överföra ansevärd resurser till ett Programme for Healthy Development (Program för hälsosam utveckling) vid Vetenskapsrådet. Programmet skulle ha finansiellt bemyndigande att stödja studier inom en rad områden som är relevanta för utveckling, inte bara inom området människo- och djurhälsa utan också inom vår miljöns hälsa. Ingen finansiering från fonder för utvecklingsbistånd kommer emellertid att beviljas om man inte kan garantera aktivt deltagande från forskare och institutioner i utvecklingsländer.

Programme for Healthy Development skulle kunna stödja smala djupanalyser såväl som större multidisciplinära projekt med möjliga tidsramar på 5–10 år. Dessutom skulle man uppmuntra ansökningar om bidrag till produktutveckling, till exempel fas-I-prövningar av läkemedel och vacciner.

Den grundläggande idén i Programme for Healthy Development är att ett program för forskning om globalt betydelsefulla infektionssjukdomar som inte ser sjukdomsproblemen i ett vidare perspektiv upprepar gårdagens misstag. Inom ramen för detta nya program skulle kvalitetsaspekterna vara Vetenskapsrådets ansvar medan högt kvalificerade ansökningar kan värderas beträffande relevans av experter från Sida/Sarec. Stöd för vidare utveckling/ prövningar av nya tekniska redskap skulle bero på hur nyskapande och tillämpliga de är i utvecklingsländerna.

Möjligheten att dra till sig nordiskt samarbete för ett sådant program borde undersökas.

10 Handlingsplan 2006–2008

Trots att handlingsplanen för 2006–2008 är en del i en långtidsstrategi kräver många av de föreslagna insatserna mot fattigdomsrelaterade sjukdomar brådskande initiativ. Medan vissa nödsituationer kräver stöd under en relativt kort tidsperiod kräver de flesta av de insatser som uppräknas i fortsättningen stöd under flera år, till och med årtionden. Åtgärder på olika nivåer anges enligt förelagda prioritering.

Planerat stöd för 2006–2008

Global nivå

1. WHO:s Health Systems Action Network (HSAN),
2. WHO:s program för utrotning/minskning av polio
3. WHO:s mässlingprogram som syftar till global eliminering
4. WHO:s program för luftvägsinfektioner
5. WHO:s program för diarrésjukdomar
6. GFATM, GAVI m.fl. program mot hiv/aids, tuberkulos, och malaria
7. The Joint Learning Initiative on Human Resources for Health (HRH)
8. The Health Metrics Network (HMN)

Regional nivå (Europeiska unionen)

1. European Developing Countries Clinical Trial Programme (EDCTP)
2. European Malaria Vaccine Initiative (EMVI) is strongly recommended.

Nivån för utvecklingsländer

9. Epidemiologiska övervakningssystem
10. Hälsosystem omfattande utbildning av hälsoarbetare
11. Förbättrad täckning för vaccinering och därefter tillgänglighet av viktiga vacciner
12. Vaccineringsdagar (särskilt polio och mässling)
13. Läkemedel mot malaria (inkl. sängnät) och tuberkulos (DOTS)
14. Fastställa sjukdomsbördan/omfattningen av influensa
15. Hälsoinformationskampanjer riktade mot kvinnor
16. Antiretroviral behandling av gravida hiv-positiva kvinnor
17. Korrekt användning av läkemedel och övervakning av resistens mot antibiotika
18. Medsponsring av Gate's centres of excellence i utvecklingsländer

Nivån för Östeuropa

1. NGO:s hälsoinformation (hiv/STD, TB)
2. Bakteriologiskt referenslaboratorium för TB, St Petersburg
3. Bakteriologiskt laboratorium (TB) in Kaliningrad
4. Samarbete för förebyggande av läkemedelsresistens (inkl. TB)
5. Upprättande av ett säte för mångsidigt, långsiktigt samarbete

Svensk nivå

1. ”Programme for Healthy Development” vid Vetenskapsrådet
2. WHO:s reservlager för akut koleravaccin
3. WHO-samordnad värdering av influensaomfattning i utvecklingsländer
4. Svenskt samarbetscentrum för läkemedelsresistens knutet till EC/WHO/REACT
5. Postdoktoral forskning om hälsosystem för forskare från Sverige och utvecklingsländer
6. Samarbete Sverige-AstraZeneca om tuberkulosutbildning i Indien
7. Doktorandkurser i internationell hälsa för studenter från utvecklingsländer
8. Utbildningsställe för tillverkning av vaccin (influensa) för utvecklingsländer
9. Årlig utställning av biotekprodukter av relevans för hälso-bistånd

11 Det långsiktiga perspektivet

Samarbete mellan Sverige och utvalda ”kärnländer” (“core countries”)

För att uppmuntra hållbara hälsoinvesteringar i fattiga länder är det nödvändigt med långsamt upptrappade, multidisciplinära och långsiktiga åtgärder för minskad fattigdom. Stegen måste tas i logisk följd och styras av kontinuerliga utvärderingar. För att omfatta dessa mångfacetterade aspekter på utveckling är det nödvändigt att koncentrera resurserna.

I det följande skissar jag en långsiktig strategi för användning av ytterligare resurser till hälsobistånd. Min utgångspunkt är att Sverige koncentrerar dessa resurser till 1–2 länder i Afrika söder om Sahara, och att man i samarbete med berörda nationella och lokala myndigheter bistår med en mångsidig förbättring av befintliga infrastrukturer, till en början med att försöka kontrollera de allvarligaste problemen med infektionssjukdomar. Trots att det praktiska genomförandet naturligtvis i högsta grad måste ligga hos lokala hälsoarbetare utgör deras låga antal och ofta bristande utbildning stora hinder. I detta sammanhang ser jag att den akademiska världen i Sverige har ett särskilt ansvar och en utökad roll.

I princip kan man överväga en koncentration av svenskt samarbete även till Ryssland. Omfattningen och längden på samarbetet skulle skilja sig avsevärt från det afrikanska konceptet med kärnländer, men också här skulle gemensamma, långsiktiga åtgärder för kontroll av infektionssjukdomar och läkemedelresistens kunna vara mer kostnadseffektivt än utspridd finansiering.

För att få till stånd det nödvändiga antal välutbildade experter och administratörer som krävs för hållbara socioekonomiska framsteg bör långsiktiga (20–30 år) avtal för utveckling och drivande av forsknings- och utbildningsprogram av direkt relevans för utvecklingen i det samarbetande landet efter tävling erbjudas svenska universitet eller universitetskonsortier. Institutioner i det involverade

kärnlandet måste vara ledande i utformningen av programmen, som vanligtvis bör omfatta uppbyggnad/förstärkning av institutioner, utbildning och gemensamma forskningsprojekt. Yrkesutvecklingsplaner och system för reguljär fortbildning av nyckelpersonal måste utvecklas. Löner till nyckelpersoner i kärnländerna måste omfattas av kontrakten för att undvika begåvningsflykt av högt kvalificerade praktikanter. Sådana program skulle tjäna det dubbla syftet att utbilda akademisk personal (på båda sidorna) för en universitetskarriär och samtidigt förse experter med relevant lokal erfarenhet för de nationella utvecklingsprogrammen.

Med de specificerade forsknings- och utbildningsprogrammen som grund, och inom ramarna för tillgänglig finansiering, inbjuds svenska universitet och högsolor att konkurrera om långsiktigt institutionellt samarbete med sina respektive kollegor i utvecklingsländerna. Varje avtalsperiod skulle vara på 10 år med regelbundna utvärderingar, och samarbetet skulle kunna pågå i ungefär 30 år (en generation). Samarbetet inom forskning och utbildning skulle gradvis utvidgas till att omfatta hygien, säker vattentillgång, djurhälsa, o.s.v. till att slutligen omfatta de flesta aspekterna av socioekonomisk utveckling.

Början på initiativet med kärnländer perioden 2006–2008

I praktiken kan processen påbörjas genom att man inbjuder några länder från Afrika söder om Sahara att lägga fram sina mål och strategier för att stärka de nationella folkhälsosystemen i allmänhet kontrollåtgärderna för infektionssjukdomar i synnerhet. Områden där det finns allvarlig brist på kvalificerade lokala experter bör identifieras. Med dessa presentationer och andra relevanta överväganden som grund kunde två länder (eller regioner inom länder) erbjudas status som kärnländer, vilket kunde medföra långsiktigt, mångsidigt utvecklingsbistånd med forskning och utbildning som de viktigaste utvecklingsverktygen och kontroll av infektionssjukdomar som en inkörsport.

I de två afrikanska kärnländerna skulle bistånd erbjudas både på statlig nivå och till utvalda, representativa platser (demonstrationsplatser), vanligtvis en stad eller ett landsbygdsområde.

Stöd på statlig nivå.

- a. Institutionell förstärkning på universitetsnivå:
Stöd bör erbjudas universitet/högskolor för utbildning av framtida handledare och ledare på olika områden som administratörer, ekonomer, statistiker, lärare, läkare o.s.v. Dessutom skulle Sverige hjälpa till att bygga upp forskningskapacitet inom berörda institutioner genom omfattande systemsamarbete med svenska institutioner eftersom forskning är avgörande för rationell utveckling.
- b. Förstärkning av viktiga folkhälsoverksamheter
Som ett första steg borde kompetensen inom områdena epidemiologi och biostatistik liksom i administration av hälsosystem stärkas vid de respektive statliga instituten för folkhälsa. Samtidigt bör ett nationellt nätverk för epidemiologisk övervakning och rapportering inrättas. Dessa områden är avgörande för rationell planering av nationella folkhälsoåtgärder mot de största infektionssjukdomarna.
- c. Förstärkning av kapaciteten för diagnostisk mikrobiologi
Uppgradering av statliga diagnostiska laboratorier är avgörande för kontroll av infektionssjukdomar.
- d. Förstärkning av det statliga vaccinationsprogrammet
Detta omfattar bättre administration, bättre upphandling av vaccin, kylkedja, skötsel, utbildningsprogram o.s.v.

Demonstrationsplatser

I kärnländerna bör två demonstrationsställen väljas ut. Genom att starta med åtgärder för kontroll av infektionssjukdomar ska dessa demonstrationsplatser inrymma systematiska insatser för minskad fattigdom. Deltagande inom distriktet är obligatoriskt på alla nivåer för att uppnå lokal acceptans och lokalt ägande. Man tror att sådana demonstrationsplatser kan erbjuda unika möjligheter för grundläggande såväl som för tillämpad forskning i många olika discipliner och att sådan forskning kan vara av betydande intresse nationellt och internationellt.

Kontroll av viktiga infektionssjukdomar är den första angreppspunkten på det mångfacetterade problemet med fattigdom. Därför är det första steget efter lokala förhandlingar och informationskampanjer att utbilda den berörda personalen på olika nivåer och att göra en preliminär epidemiologisk, demografisk och socioeko-

nomisk kartläggning för att komma fram till ett samförstånd om vilka infektionssjukdomar som är de största hoten mot folkhälsan. Att förbättra infrastrukturen för primärhälsa, inklusive vaccinationstäckning, får troligtvis hög prioritet. Beroende på resultatet från den epidemiologiska kontrollen och acceptabelt utförande av vaccinationsprogrammet bör ytterligare vacciner införas i de nationella vaccineringsprogrammen. Andra tidiga åtgärder på detta område omfattar lämpliga vaccineringar och intensifierade informationskampanjer för mödrar som besöker antenatala kliniker, tillräcklig tillgång till viktiga läkemedel vid primärvårdscentralerna, utdelning av myggnät för att förhindra vektorburna sjukdomar som malaria och förbättringar av sanitetsanläggningar och vattentillförsel.

12 Kommentarer till kanaler för hälsobistånd och Sidas handlingsplan

De konsultstudier av det nuvarande hälsobiståndets arkitektur som sammanfattas i detta dokument ger bristfällig information då det saknas jämförande uppgifter mellan givare. Detta kan emellertid inte dölja några övergripande tendenser. Under senare år har det sålunda funnits en tendens bland givarländer att öka insatser för hälsobistånd. En större del av denna ökning går genom multilaterala hellre än bilaterala kanaler med GHIs som de mest gynnade mottagarna. Bilateralt bistånd tenderar att inrikta sig på färre länder, färre sektorer i varje land och mot sektoromspännande stöd eller direkt budgetstöd.

Dessa tendenser är tydliga också i Sverige. Under perioden 2000–2004 växte svenskt hälsobistånd från 1,4 till 2,8 miljarder SEK. Under perioden har balansen mellan de multilaterala och de bilaterala andelarna förändrats betydligt så att den multilaterala andelen har ökat från 20 % till 40 % av den totala utbetalade summan. Huvudmottagarna av det ökade biståndet var FN-systemet och GHI. Dessutom införs sektoromspännande stöd och på senare tid budgetstöd mer och mer i svenskt utvecklings-samarbete.

I termer av kostnadseffektivitet är de stora volymer som GHI möjliggör, och som gör dem attraktiva, en fördel från ett givarperspektiv, särskilt som de nu håller på att förbättra sina traditionellt svaga resultat avseende stöd till hälsosystem. På den bilaterala sidan verkar frivilligorganisationerna vara mycket kostnadseffektiva. Om man utgår från kostnadseffektivitet verkar alltså de största och de minsta kanalerna vara de mest attraktiva mottagarna av hälsobidrag.

I regel anses svenska program för stöd till utvecklingsländer som modeller för resten av världen. Det gäller också för svenskt främjande av världshälsa antingen genom stöd till relevanta internationella organisationer, genom direktstöd till landet, eller genom stöd till privata humanitära organisationer. Ytterligare svensk finansie-

ring för kampen mot globalt viktiga infektionssjukdomar kommer att möjliggöra ökade bidrag till befintliga program och/eller nya initiativ på detta område. Eftersom summan för det ökade biståndet ännu inte är avgjord erbjuder Sida tre alternativa aktivitetsplaner, nämligen för 200 miljoner kronor, 600 miljoner kronor och 1000 miljoner kronor. I alla tre budgetalternativen står Sida fast vid den väletablerade och balanserade filosofin för svenskt bistånd, men med ökad betoning på hälsosystem samt forskning och kontroll av de fem faktorer som nämns under deras ansvarsområde, nämligen hiv/aids, malaria, tuberkulos, mässling och resistens mot antibiotika.

Det nuvarande mandatet har varit något mer omfattande med icke-hjälptåtgärder och industrins roll. Dessutom omfattar denna rapport områden som diskuteras relativt kort i Sidas dokument som följderna av dålig hygien, djursjukdomar, miljöförstöring och otillräcklig vattentillgång för människans hälsa.

Sidas förslag innebär fortsatt stöd till ett stort antal länder (för forskningens del nämns 12 länder) medan mitt förslag är att lägga en avsevärd del av det extra stödet på 1–2 av de fattigaste länderna i Afrika söder om Sahara.

Medan Sida, i enlighet med sitt mandat, begränsar sin plan till att spänna över 3-årsperioden 2006–2008, har jag tagit mig friheten att utsträcka det strategiska tänkandet till trettio år med förevändningen att hållbara hälsoförbättringar endast kan uppnås om andra nyckelelement i fattigdomsproblemet angrips samtidigt, och när angreppet är brett, långsiktigt och geografiskt fokuserat. (Se nedan beträffande forskningsfinansiering)

Några mer specifika kommentarer till Sidas handlingsplan görs här nedan:

Om hälsosystem

Som pilotprojekt föreslår Sida en förstärkning av hälsosystemen i Zambia, Tanzania, Nicaragua och Bangladesh, och därefter i ytterligare 4 länder.

Det föreslagna stödet till forskning om och utveckling av hälsosystem på global såväl som på regional nivå bör ha mycket hög prioritet. Jag skulle emellertid så småningom vilja minska, snarare än att öka antalet länder, helst till två afrikanska länder. Med förbättrad mottagarkapacitet i dessa två ”kärnländer” skulle investering-

arna där så småningom öka och utvidgas. Det är också viktigt att utveckling av hälsosystem ses i samband med andra investeringar i hälsa, och hälsoinvesteringar i sin tur måste ses som endast en del av ett mångfaldigt, nationellt utvecklingsprogram.

Om forskning och forskningsfinansiering

Sida/Sarec har ett mycket gott rykte när det gäller stöd för uppbyggnad av forskningskapaciteten i utvecklingsländer och för stöd till forskning på initiativ av internationella organisationer som WHO. Sidas lista med förslag till finansiering verkar välgrundad och väl sammansatt.

Jag vill betona vikten av att stödja kliniska studier. Finansiering av kliniska studier har utpekats som den huvudsakliga flaskhalsen för svenska forskare som utvecklar potentiella läkemedel och vacciner avsedda för utvecklingsländer. Beroende på den höga kostnaden för fas-II- och fas-III-studier kan intressanta framtida vacciner och läkemedel få ligga kvar i frysarna. Endast stora läkemedelsbolag eller EG kan möjliggöra studier som kostar upp till flera hundra miljoner kronor. För att underlätta fas-II- och fas-III-studier av intressanta koncept rekommenderas därför generöst stöd till den omorganiserade European Developing Countries Clinical Trial Programme (EDCTP), European Malaria Vaccine Initiative (EMVI) samt till den EG-stödda African Malaria Network Trust (AMANET). Kliniska studier för fas I utförs vanligen i det potentiella läkemedlets/vaccinets ursprungsland, i detta fall Sverige, och bör finansieras av det ovan föreslagna "Programme for Healthy Development".

Forskningsfinansiering till studier om mikrobiocider verkar mycket viktiga på grund av behovet av kvinnlig kontroll över skydd mot hiv, de dåliga kortsiktiga framtidsutsikterna för ett hiv-vaccin, de viktiga och fortfarande otillräckligt kända problemen associerade till livslång behandling mot hiv och utsikten att hiv-pandemin fortsätter att sprida sig under kommande årtionden.

Beträffande "virtuell läkemedelsindustri" borde det föreslagna "Programme for Healthy Development" vid Vetenskapsrådet kunna tillhandahålla kompetens och medel för att även handlägga ansökningar om produktutveckling (läkemedel, vacciner, diagnostika o.s.v.).

WHO:s vaccineringsprogram spelar en unik världsomfattande roll, men lider av stora budgetneddragningar på grund av den pågående omorganisationen inom WHO. Generöst stöd ("mjuk öronmärkning") för denna del av WHO är motiverad. Aktiviteterna vid International Vaccine Institute (IVI) bör också fortsätta.

Epidemiologisk forskning är en hörnsten för folkhälsan och har första prioritet i kampen mot infektionssjukdomar. Stöd till demografiska övervakningsäten (DSS) och deras internationella nätverk (INDEPTH) är avgörande.

Huvudsakliga kommentarer om forskning och forskningsfinansiering:

Det första är problemet med koncentration. Avsikten är inte att föreslå förändringar i den etablerade huvudinriktningen för Sida/Sarecs forskningsfinansiering. Det vore emellertid synd att inte ta detta tillfälle med extra bidrag i akt för att försöka sig på något mer mångsidigt och mer geografiskt inriktat. Överläggningar med förmodat intresserade afrikanska "kärnländer" och senare gemensamma planeringsetapper mot ett mångsidigt långsiktigt samarbete kunde påbörjas redan under perioden 2006–2008.

Det andra är, enligt vad även Sida förespråkar, att nya finansieringsstrategier måste upprättas för forskning på detta område. Samarbete med Vetenskapsrådet är en bra idé, och mekanismer för ett utvidgat samarbete som även kanske kunde omfatta privata sponsorer som VIF eller Nordic sources (t.ex. Norforsk) kan undersökas.

Om Sida förutom sitt hiv/aids-program även skulle sätta igång ett liknande program för malaria, skulle det bli svårt att inte dessutom stödja forskning om tuberkulos, en lika viktig sjukdom. Som tidigare har framförts bör grundforskning emellertid finansieras av pengar avsedda för utlandsbistånd endast om den bedrivs i utvecklingsländer eller om forskare från utvecklingsländer är aktivt engagerade i projektet som en del av sin forskarutbildning. Enligt min åsikt, och trots Sida/Sarecs fläckfria rykte som organisatörer av detta forskningsprogram, bör grundforskning vanligtvis vara Vetenskapsrådets ansvar. Till dess att det nya Programme for Healthy Development har inrättats där kan aktivt deltagande av forskare från utvecklingsländer i all grundforskning finansierad av Sida/Sarec mildra grunden för denna huvudsakliga invändning.

Kommittédirektiv



Strategisk handlingsplan för Sveriges bidrag till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar

**Dir.
2005:30**

Beslut vid regeringssammanträde den 14 april 2005.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare skall ta fram ett förslag till en samlad strategisk handlingsplan för åren 2006–2008 för Sveriges bidrag till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar inklusive antimikrobiell resistensutveckling. Handlingsplanen skall innefatta sådana satsningar för att bekämpa smittsamma sjukdomar som är av betydelse för den globala utvecklingen. Handlingsplanen skall särskilt inriktas på biståndssatsningar som rör forskning, prevention och behandling vad gäller sjukdomar som hiv/aids, malaria, tuberkulos och mässling samt vad gäller antimikrobiell resistens.

Utredaren skall översiktligt redovisa den aktuella globala epidemiologiska situationen, belysa globala, regionala och nationella processer som syftar till att förebygga och bekämpa smittsamma sjukdomars spridning och effekter, svenska och internationella aktörers kapacitet, engagemang och potential i dessa processer, läkemedelsindustrins roll samt länken mellan grundforskning och industri.

Utredaren skall lämna förslag till insatser för global utveckling inom ramen för svenskt bilateralt och multilateralt samarbete, inklusive genom EU, samt belysa hur partnerskapet mellan Sverige och länder där sjukdomarna slår hårt och med andra aktörer kan vidgas.

Bakgrund

Smittsamma sjukdomar är en global utmaning

Smittsamma sjukdomar förorsakar fler än en fjärdedel av dödsfallen i världen. De utgör ett hot mot individen, samhället samt global utveckling och säkerhet. De är i hög grad fattigdomssjukdomar orsakade av luft-, vatten- och livsmedelsburna mikroorganismer eller överförda genom sexuella kontakter eller blodsmitta. Ett ökat och bättre förebyggande arbete och behandling krävs.

Under de senaste tjugo åren har nya allvarliga smittsamma sjukdomar uppträtt eller kunnat identifieras, t.ex. hiv-infektion, legionella och blödarfeber orsakad av ebolavirus. Andra sjukdomar har återuppstått, uppträtt i nya regioner eller uppträtt på ett förändrat sätt. Uppkomsten av bakterier som är resistenta mot antibiotika och andra läkemedel har medfört betydande folkhälsoproblem i hela världen. Resistenta smittämnen har uppträtt bl.a. när det gäller tuberkulos, malaria, tyfoidfieber och pneumokocker. I exempelvis våra grannländer Estland och Lettland beräknas en femtedel av de nyupptäckta fallen av tuberkulos uppvisa resistens. Med hänsyn till bl.a. resistensproblemen har enligt Världshälsoorganisationen (WHO) även infektioner som erhålls vid vård på sjukhus blivit ett stort och allvarligt problem.

Bland smittsamma sjukdomar svarar aids, malaria och tuberkulos för nästan 40 procent av dödsfallen. Vanliga luftvägsinfektioner och diarrésjukdomar svarar för en lika stor andel. Mässling svarar för över hälften av dödsfallen i de barnsjukdomar som kan förebyggas genom immunisering. I utvecklingsländerna förorsakar också smittsamma sjukdomar olika former av cancer, inklusive nästan en halv miljon fall av livmoderhalscancer.

Nästan 40 miljoner människor lever idag med hiv-infektion och varje år smittas omkring 5 miljoner människor varav över hälften är barn under 15 år eller kvinnor. Tecken finns på en snabb ökning av antalet fall såväl i vissa länder i Asien som i vissa delar av Östeuropa. Spridningen av infektionen har minskat i hårt drabbade länder och stabiliserats i rikare länder, där man aktivt satsat på förebyggande insatser.

De behandlingsbara sexuellt överförbara sjukdomarna utgör också ett stort problem världen över med ungefär 340 miljoner nya fall årligen bland vuxna.

Även hepatit B och hepatit C är globalt förekommande i stor omfattning. Enligt beräkningar lever t.ex. fler än 350 miljoner människor med kronisk hepatit B.

Samtidigt kan konstateras att utbredningen av några av de sjukdomar som sedan lång tid utgjort ett hot mot många människors hälsa minskat. Smittkoppor förklarades vara utrotade år 1980. Målet är att den pågående kampanjen mot polio skall kunna slutföras i år med avsett resultat, varefter ett övervaknings- och beredskapsläge måste kunna intas. Difteri har kunnat hejdas i många länder genom vaccination och är nu mycket ovanlig i industriländerna.

Insatser för att förebygga och behandla smittsamma sjukdomar genom utbildning, uppbyggnad av hälso- och sjukvårdssystem samt forskning och utveckling

Allt förebyggande arbete börjar med kunskap. God tillgång till mat, vatten och hygien kan förhindra miljontals både handikappande följdverkningar och dödsfall p.g.a. smittsamma sjukdomar. Tillgång till adekvata och rätt använda vacciner, läkemedel och andra produkter som förhindrar smitta och lindrar dess effekter kan rädda ytterligare miljoner människor till hälsa och liv. Effektivt arbete på hälsans område förutsätter fungerande hälsosystem med tillgång till och förmåga att tillägna sig forskningsresultat och metodutveckling.

Verksamheten inom olika politikområden måste samordnas för att förebyggande insatser effektivt skall hindra att den enskilde får eller överför en smittsam sjukdom.

Hälsosektorn och hälsosystemen, inklusive utbildning, rekrytering och bemanning, måste stärkas. Utbildad hälsovårdspersonal dras alltmer till städerna i alla länder. Landsbygdens offentliga vård utarmas. I de fattiga länderna förvärras personalsituationen dramatiskt av hiv-epidemin. Dessutom rekryteras allt flera utbildade hälso- och sjukvårdsarbetare i fattiga länder till den privata sektorn och/eller till vården av rikare länders åldrande befolkningar.

För fortsatt forskning, metod- och produktutveckling måste forskare och producenter ges förutsättningar att skapa och verka i vitala forsknings- och utvecklingsmiljöer. Det är en styrka att forskningsresultaten kan kvalitetssäkras och att forsknings- och utvecklingsresultat kan tas tillvara på ett effektivt sätt som ett viktigt led i den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar.

Investeringar i fattiga länders egen forsknings-kapacitet är en värdefull del av den kapacitetsuppbyggnad som behövs inom det förebyggande och hälsovårdande arbetet.

Samhället kan ha ett stort intresse av att vidareutveckla grundforskningsresultat till produkter också när det gäller kommersiellt ointressanta läkemedel och produkter, t.ex. vissa vacciner, antibiotika och hälsosystem. För produktion och vidare utveckling av sådana produkter är det viktigt att hitta olika sätt att stimulera politiska beslutsfattare och övriga berörda aktörer att gemensamt engagera sig i detta arbete. Nya former av finansiering och partnerskap mellan den privata och den offentliga sektorn är angelägna.

För att minska utvecklingen av resistens krävs en rationell användning av antibiotika och andra antimikrobiella läkemedel. Prioritet måste därför ges åt att bygga hållbara hälsosystem och se till att berörda hälsoarbetare tillförsäkras grund- och vidareutbildning om användningen och utvecklingen av läkemedel inom det antimikrobiella området. Bristande tillgång på rätt läkemedel riskerar också att öka resistensutvecklingen då obehandlade infektioner smittar och sprider resistenta mikrober. En satsning på kunskaps- och produktutveckling kring snabba diagnostiska metoder, som är enkla och billiga att använda, skulle kunna leda till en markant förbättring för ett rationellt användande av antibiotika och andra antimikrobiella läkemedel.

Pågående internationellt samarbete

I FN:s millenniedeklaration år 2000 har tidsbestämda mål satts upp för bekämpning av fattigdom, mödra- och barnadödlighet, hiv/aids, malaria och andra sjukdomar, brist på mat och brist på rent vatten.

Det globala samarbetet bedrivs i olika former: FN:s samordnande program på hiv/aids-området (UNAIDS), globala fonden för arbete mot hiv/aids, malaria och tuberkulos, (GFATM), globala alliansen för vacciner och immunisering, (GAVI), och *Multilateral Initiative on Malaria*, (MIM). MIM:s sekretariat ligger f.n. i Stockholm. Ett viktigt globalt nätverks-arbete har initierats av Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (STRAMA) bl.a. med stöd av Dag Hammarskjölds Minnesfond. Initiativet för utrotning av polio (WHO, UNICEF och Rotary) har mobiliserat över 3 miljarder dollar sedan initiativet togs i slutet av 1980-talet och visst hopp finns om att sjukdomen så

gott som ska ha utrotats inom ytterligare något år. Dock behövs beredskap för att omhänderta det latent hotet från det vilda polioviruset.

Den globala spridningen av hiv/aids har under senare år kommit att uppmärksammas på högsta politiska nivå såväl inom FN-systemet som i andra internationella organ. Insatser för att förebygga smittspridning är det enda sätt på vilket epidemin för närvarande kan stoppas. Samtidigt måste de smittade ges vård, stöd och behandling och deras mänskliga rättigheter säkerställas. Särskilt viktigt är att minska utsatta människors sårbarhet. Nationella sektorsövergripande handlingsplaner mot hiv/aids behövs för att kunna möta dessa utmaningar. GFATM med sekretariat i Genève konstituerades i syfte att förhindra den globala spridningen av hiv/aids men även spridning av tuberkulos och malaria.

I flera olika fora har det internationella samfundet slagit fast att smittsamma sjukdomar utgör en global utmaning och hot mot utveckling (bl a i arbetsgruppen för globala gemensamma nyttigheter, GPG Task Force). Behoven av en stark internationell organisation för att hålla samman arbetet och av en stark världshälsoorganisation lyfts också fram i diskussionerna om formerna för stärkta insatser på området i FN:s regi. Den högnivåpanel (HLP) som tillsatts av FN:s generalsekreterare lyfter fram fattigdomssjukdomarna som ett hot mot global säkerhet. I sina rekommendationer betonar såväl GPG-expertisen som HLP vikten av finansiering, ökade biståndsinsatser och WHO:s roll, särskilt vad gäller övervakning, tidig varning/rapportering och forskning. Utbrotten av sars och fågelinfluensa har även lett till ökad uppmärksamhet kring insatser för att snabbt kunna upptäcka och begränsa utbrott av smittsamma sjukdomar. I syfte att bättre täcka in allvarliga hälsohot och skapa ett mer effektivt rapporteringssystem har förhandlingar om en revidering av det internationella hälsoreglementet (IHR) inletts inom WHO. Sverige deltar aktivt i detta arbete. WHO har även skapat ett Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) med uppgift att koordinera internationella aktioner vid stora utbrott.

EU har nyligen antagit en ny policy för bekämpning av fattigdomssjukdomarna hiv/aids, malaria och tuberkulos. Kommissionen arbetar f.n. med ett handlingsprogram för genomförandet av policyn.

Svenska bidrag till bekämpningen av smittsamma sjukdomar

Svenskt bistånd gör sedan länge stora, ofta innovativa, insatser på delar av hälsoområdet vilka är särskilt angelägna för fattiga länder. Sidas hälsopolicy har träffande döpts till "*Health is Wealth*" och drivs med kraft av såväl Sida:s hälsoenhet som forskningsavdelning (SAREC). SAREC har i sin årsredovisning 2003 listat ett 30-tal internationella organisationer och forskningsinstitut som man samarbetar med på olika relevanta områden.

Sverige är en av de största givarna till WHO, med bidrag om sammanlagt ca 140 miljoner kronor per år, varav ca 100 miljoner i frivilliga bidrag. Dessa bidrag går till olika av WHO stödda forskningsprogram, inklusive forskningsprogrammet för tropiska sjukdomar.

I samarbetet med WHO tillhandahåller Apoteket AB viktigt referensmaterial för fattiga länders läkemedelsförsörjning.

Sverige bidrar också till WHO:s särskilda initiativ för att 3 miljoner fattiga människor senast år 2005 ska ha tillgång till hiv/aidsbromsmediciner (3by5).

Det svenska bidraget till och engagemanget i GFATM är omfattande. Sverige har som ett av de första länderna i världen en ambasadör med ett hiv/aids-uppdrag. Svenskt bistånd bidrar också till forskningsinsatser om vacciner inom pågående särskilda satsningar i kampen mot hiv/aids och på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), t.ex. stöd till internationella initiativet för aidsvaccinforskning (IAVI), internationella partnerskapet för mikrobicidforskning (IPM) och rådet om befolkningsfrågor (Population Council). Sverige bidrar till UNICEF (sammanlagt 300 miljoner kronor i basbudgetstöd och drygt 400 miljoner kronor genom Sida år 2004). UNICEF avsätter 22 procent av sin totala budget till immuniseringsverksamhet.

Bilateralt bidrog Sida år 2003 till hälsosektorn med ca 800 miljoner kronor. Genom EU, som är en av de största givarna på hälsoområdet, bidrog Sverige år 2004 med 55 miljoner euro till det globala polioutrottningsinitiativet samt med ytterligare 210 miljoner kronor som ett svenskt engångsbidrag till initiativet.

Det svenska bidraget till GAVI ökade med 35 miljoner kronor år 2004 jämfört med år 2003. År 2005 är det svenska bidraget till GAVI minst 100 miljoner kronor. Sverige har i januari 2005 även utlovat finansiellt stöd till den nya internationella finansieringsfaciliteten för immuniseringsverksamhet (IFFIm), utan att ännu när-

mare ange belopp eller tidpunkt för utbetalning av stödet. Sverige bidrar också till vaccinforskningsinstitutet IVI.

GAVI:s styrelse godkände i juli 2004 en särskild satsning på mässling i Afrika, en kampanj som de afrikanska ländernas samarbetsprogram (NEPAD) särskilt engagerat sig i. Det ökade svenska bidraget till GAVI signalerar både en uppskattning av GAVI:s arbete på forskningssidan och behovet av att stärka GAVI:s arbete för integrering av immuniseringsverksamheten i mera robusta hälsosystem. Tillsammans med WHO har UNICEF initierat arbetet med en global gemensam vision och strategi för immuniseringsverksamheten.

Behov av en samlad strategisk handlingsplan

I regeringsförklaringen i september 2004 uttalade regeringen att bristande tillgång till läkemedel och behandling leder till förlust av miljoner människoliv i världens fattiga länder. Vidare aviserar regeringen en kraftfull biståndssatsning på forskning, behandling och prevention av sjukdomar som hiv/aids, malaria, mässling och tuberkulos. Partnerskapet mellan Sverige och länder där sjukdomarna slår hårt och med andra aktörer skall vidgas. Universitet och läkemedelsindustrin skall inbjudas att medverka.

Arbete i den andan pågår på många olika håll men behöver systematiseras och påskyndas. Regeringen har i regleringsbrevet för budgetåret 2005 gett Sida i uppdrag att medverka till utarbetandet av en strategisk handlingsplan för sådana biståndsinsatser för perioden 2006–2008. Senast den 31 maj 2005 skall Sida till Utrikesdepartementet överlämna sitt underlag inklusive en preliminär kostnadsberäkning av relevanta biståndsinsatser 2006 för genomförandet av handlingsplanen.

Uppdraget

En särskild utredare skall ta fram ett förslag till en samlad strategisk handlingsplan för Sveriges bidrag till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar inklusive antimikrobiell resistensutveckling. Handlingsplanen skall innefatta sådana satsningar för att bekämpa smittsamma sjukdomar som är av betydelse för den globala utvecklingen. Handlingsplanen skall särskilt inriktas på

biståndssatsningar som rör forskning, prevention och behandling av sjukdomar som hiv/aids, malaria, tuberkulos och mässling. Handlingsplanen skall omfatta perioden 2006–2008.

Utredaren skall redovisa den globala epidemiologiska situationen, särskilt avseende hiv/aids, malaria, mässling, tuberkulos och antimikrobiell resistens. Vidare skall utredaren belysa globala och regionala processer som syftar till att förebygga och bekämpa smittsamma sjukdomars spridning och effekter. Utredaren skall belysa Sveriges nuvarande kapacitet och engagemang i dessa processer, inklusive i policyutveckling, med stor betydelse för den sammantagna globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar.

Utredaren skall lämna förslag till svenskt engagemang i bilateralt och multilateralt bistånd inklusive genom EU. Möjligheterna för ett vidgat partnerskap mellan Sverige och länder där sjukdomarna slår hårt och med olika aktörer skall belysas. Utredaren skall i sitt arbete särskilt beakta Sidas förslag att genom ett växande bistånd ge nya möjligheter för ökad forskning och utnyttjande av forskningsresultat för bättre prevention och behandling (inklusive tillgång till adekvata läkemedel) av smittsamma sjukdomar i fattiga länder.

I uppdraget ingår att beakta vikten av robusta hälsosystem och relevant forskning samt belysa forskningens betydelse för prevention och behandling, t.ex. när det gäller hälsosystem.

Särskild fokus skall fästas vid biståndsinsatser vars syfte är att bidra till minskad utbredning av hiv/aids, malaria, mässling och tuberkulos i fattiga länder. Utredaren skall även uppmärksamma utvecklingen av resistens mot läkemedel. Utredaren skall belysa hur utnyttjande av forskningsresultat avseende nya och förbättrade vacciner samt antibiotika och andra antimikrobiella läkemedel mot vilka resistens utvecklas bättre kan utnyttjas.

Utredaren skall också belysa relevanta frågeställningar utanför hälsosektorn, t.ex. frågan om gratis försörjning med myggnät samt hur fattiga länders forskningskapacitet kan stöttas som ett led i det förebyggande arbetet. Vidare skall utredaren göra en kartläggning av kompetens och aktörer, pågående processer, läkemedelsindustrins roll och potential samt länken mellan grundforskning och industri i Sverige och internationellt.

I förslaget till handlingsplan skall det ingå tydliga mål för det svenska bidraget till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar, vilka kanaler som skall användas för genomförandet av insatserna samt hur vidtagna åtgärder skall följas upp och utvärde-

ras, både inom biståndspolitiken och andra berörda politikområden.

Utredaren skall i sitt förslag inkludera och bygga på Sidas bidrag till handlingsplanen, som Sida skall redovisa senast den 31 maj 2005.

Utredaren skall inhämta underlag för specifika delar av förslaget från andra berörda myndigheter, aktörer och konsulter samt ordna minst två bredare utfrågningar i ämnet.

Utredaren skall till sitt stöd ha en interdepartemental kontaktgrupp samt en referensgrupp i vilken företrädare för berörda myndigheter, universitet och samhällets organisationer, läkemedelsindustrin m.fl. intressenter ingår. Grupperna sammankallas av Utrikesdepartementet.

Utredarens uppdrag avslutas med en redovisning av förslaget till strategisk handlingsplan (2006–2008) till Regeringen senast den 15 oktober 2005. En delrapportering vad beträffar föreslagna biståndsinsatser skall göras senast den 15 juli 2005.

(Utrikesdepartementet)

Handlingsplan för bekämpningen av smittsamma sjukdomar

**Sidas bidrag till regeringens arbete med en strategisk
handlingsplan för att förebygga och mildra följderna av
smittsamma sjukdomar 2006–2008**

Sida 31 maj 2005

**SAREC
DESO/Hälsoenheten**

1 BAKGRUND

1.1 EN SVENSK STRATEGISK HANDLINGSPLAN FÖR DEN GLOBALA BEKÄMPNINGEN AV SMITTSAMMA SJUKDOMAR

Sidas uppdrag

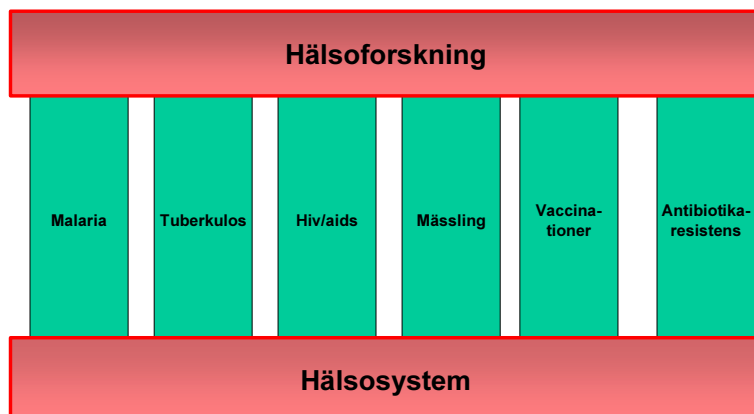
I regeringsförklaringen vid riksdagens öppnande 2004 tillkännagav den svenska regeringen en satsning på bekämpning av smittsamma sjukdomar. I anslagsbeslutet för 2005 fick Sida till uppdrag att:

... aktivt bidra till regeringens arbete genom att utveckla en svensk, strategisk handlingsplan för att förhindra och minska följderna av smittsamma sjukdomar 2006–2008. Sidas uppgift blir att, i tätt samarbete med andra myndigheter ..., utarbeta ett grunddokument för en sådan handlingsplan för bilateralt och multilateralt bistånd, inklusive bistånd via EU. ... Sida ska i synnerhet undersöka behovet av och möjligheterna till ökade utvecklingsaktiviteter inom forskning, förebyggande och behandling av hiv/aids, malaria, mässling och tuberkulos. Grunddokumentet ska också specifikt behandla vikten av stabila hälsosystem, relevant forskning och användning av forskningsresultat för nya och förbättrade vacciner och antibiotika och andra läkemedel med risk för resistensutveckling. Sida ska senast 31 maj lägga fram grunddokumentet, inklusive en preliminär kostnadsberäkning för 2006 för genomförande av relevanta åtgärder under 2006.

Regeringen utnämnde den 14 april 2005 Bjarne Bjorvatn till ansvarig för att utarbeta ett förslag till en omfattande strategisk handlingsplan för 2006–2008 för Sveriges bidrag till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Utredaren skall integrera och utgå från Sidas bidrag och även samla in information för specifika delar av förslaget från andra myndigheter, aktörer och konsulter, samt anordna minst två breda hearings. Förslaget ska läggas fram för regeringen i utkastform den 15 juli och som slutgiltigt förslag den 15 oktober 2005.

Detta bidrag från Sida är skrivet av SAREC och DESO/Hälsoenheten. Avsikten är att lägga fram ett förslag till ökade åtgärder mot smittsamma sjukdomar, med ett tydligt samband med målen för det svenska utvecklingssamarbetet och en fast förankring i Sidas policy och strategiska prioriteringar liksom i pågående arbete och aktiviteter.

Bidraget från Sida innehåller förslag till hur hälsosystemen kan stärkas och forskningssamarbetsprogrammen utökas för att ländernas respons på smittsamma sjukdomar ska kunna effektiviseras, liksom ett ökat stöd till forskning, förebyggande och behandling av specifika smittsamma sjukdomar.



Handlingsplanen föreslås huvudsakligen fokusera på de två tvärgående skärningsområdena i figuren ovan: hälsosystem och hälsorforskning. Vissa fokusområden har föreslagits för riktade sjukdomsinsatser mot tuberkulos, hiv/aids, mässling och antibiotikaresistens.

Det första kapitlet ger en bakgrund till det allmänna sambandet mellan hälsa och utveckling och till den roll som investeringar i hälsa spelar i övergripande utvecklingsstrategier. Det innehåller också grundläggande information om de viktigaste smittsamma sjukdomarna, vacciner och antibiotikaresistens. I kapitel två föreslås att det svenska biståndet inom ramen för utvecklingsamarbete ska inriktas mot: a) stärkning av hälsosystem, b) forskning och kunskapsluckor samt c) riktade sjukdomsinsatser. Dessutom innehåller kapitlet en kort bakgrund om tankegången bakom denna analys och en diskussion av vilken typ av åtgärder som kan stödjas. Kapitel tre innehåller ett utkast till en handlingsplan med specifika åtgärder för de tre ovannämnda områdena. I kapitel fyra diskuteras vilka personalresurser som krävs för att planera, genomföra och följa upp handlingsplanen. En sammanfattning finns i kapitel fem, och i kapitel sex presenteras tabeller med föreslagna åtgärder och

kostnader vid olika anslagsnivåer. Den sista tabellen visar de beräknade kostnaderna för 2006.

1.2 HÄLSA OCH UTVECKLING

Över 60 % av barnadödligheten i utvecklingsländerna orsakas av smittsamma sjukdomar¹. De sjukdomar som skördar flest offer är infektioner i andningsorganen, diarrésjukdomar, malaria, mässling, hiv/aids och kikhosta. Diarrésjukdomar orsakar lika stor andel av barnadödligheten som alla perinatale komplikationer tillsammans. I de afrikanska länderna söder om Sahara uppnår bara 80 % av barnen femton års ålder². Av dem som upplever sin femtonårsdag dör hälften före 60 års ålder. Två tredjedelar av denna dödlighet orsakas av hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar. I Sydostasien orsakas en tredjedel av dödligheten mellan 15 och 60 års ålder av dessa sjukdomar. I Latinamerika och Europa står de smittsamma sjukdomarna för 10–15 % av dödsfallen – en mindre, men ändå betydande, andel av vuxendödligheten.

Smittsamma sjukdomar kallas ofta *fattigdomssjukdomar*, eftersom de är vanligast i låg- och medelinkomstländer och bland fattiga människor. De orsakar fattigdom genom att minska människornas möjlighet att arbeta och försörja sig själva och sina familjer. Kostnaderna för vård och inköp av läkemedel kan få katastrofala följder: de redan fattiga förhindras att ta sig ur fattigdomen, och för andra leder det till fattigdom.

Förbättring av de fattigas hälsa och livslängd är ett mål i sig – en grundläggande målsättning för ekonomisk utveckling. Men det är också ett medel för att uppnå de övriga utvecklingsmålen som sammanhänger med minskning av fattigdomen. Sambandet mellan å ena sidan hälsa och å andra sidan minskning av fattigdomen och långsiktig ekonomisk tillväxt är starkt – mycket entydigare än den gängse uppfattningen. Sjukdomsördan i vissa låginkomstregioner, särskilt i Afrika söder om Sahara, fungerar som ett svårforcerat hinder för ekonomisk tillväxt och måste därför angripas frontalt och centralt i varje långtgående utvecklingsstrategi.

Rapporten från Kommissionen för makroekonomi och hälsa³ fastslår tydligt det positiva sambandet mellan hälsa och ekonomisk

¹ Världshälsorapporten 2003.

² INDEPTH, Model Life Tables for Sub Saharan Africa, 2004.

³ Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, WHO dec 2001.

utveckling. De ekonomiska kostnaderna för sjukdomar som hade kunnat undvikas är sammantagna svindlande höga. Sjukdomar minskar samhällets årliga inkomster, individernas livstidsinkomster och möjligheterna till ekonomisk tillväxt. Förlusterna kan årligen räknas i dussintals procent av de fattigaste ländernas BNP, vilket motsvarar flera hundra miljarder USA-dollar. Kommissionen kom fram till att smittsamma sjukdomar, mödradödlighet och undernäring drabbar de fattiga mycket hårdare än de rika i utvecklingsländerna, även om alla inkomstklasser påverkas. I en omfattande forskning vid Världsbanken⁴ dokumenteras de väldiga skillnaderna i hälsostatus mellan grupper med förhållandevis höga respektive låga inkomster i ett samhälle. Bland barn som tillhör den fattigaste femtedelen i Bolivia och Turkiet befanns t.ex. dödlighetsfrekvensen vara hela fyra gånger högre än bland barnen i den rikaste femtedelen. Liknande klyftor påträffades runt om i världen för många andra indikatorer på hälsosituation och tillgång till hälso- och sjukvård. Ett sjukdomsfall kan dessutom driva ett fattigt hushåll till utblottning, särskilt om de måste sälja sina produktionstillgångar för att kunna betala utgifter för sjukvård. En välplanerad offensiv mot dessa sjukdomar utgör därför i sig en fattigdomsminskande åtgärd, och fördelarna kommer i särskilt i hög grad de fattiga till del.

Investeringar i hälsa intar därför en särskild ställning bland de strategier för minskning av fattigdom som har kommit igång i många låginkomstländer.

Det finns många orsaker till att sjukdomar drabbar de fattiga hårdare. För det första är de fattiga mycket mer mottagliga för sjukdomar på grund av bristande tillgång till rent vatten, sanitära förnödenheter, säkra bostäder, medicinsk vård, information om förebyggande åtgärder och tillräcklig näring. För det andra är det mycket mindre troligt att de fattiga söker sjukvård ens vid akuta behov, eftersom de ofta har längre avstånd till vårdgivarna, saknar kontanta medel för betalning av vårdutgifter och har bristande kunskap om hur man bäst agerar vid sjukdomsfall. För det tredje kan – som tidigare nämnts – de direkta utgifterna för allvarliga sjukdomar leda dem i en fattigdomsfälla som de inte kan ta sig ur genom att de tvingas till skuldsättning eller till försäljning eller belåning av sina produktiva tillgångar (t.ex. jord). En allvarlig sjukdom kan göra ett hushåll helt utblottat under lång tid, ända in i

⁴ Gwatkin 2000; Gwatkin et al. 2001.

nästa generation, eftersom barnen tvingas lämna skolan och börja arbeta.

En slutsats är att investeringar i hälsa troligen ger bäst valuta för de investerade pengarna. Det gäller för höginkomstländer men i ännu högre grad för länder med begränsade resurser. Det har många gånger påvisats att förbättringar av hälsan inte bara besparar människor mycket lidande, utan också i hög grad bidrar till socioekonomisk utveckling. Denna insikt har föranlett bidrag till insatser för hälsa från flera källor. Bland dessa finns flera större biståndsgivare, t.ex. GFATM⁵, Clintonstiftelsen (Clinton Foundation), PEP-FAR⁶, 3-by-5-initiativet o.s.v. Man har inriktat sig på tre sjukdomar: hiv/aids, malaria och tuberkulos. Detta visar att den internationella omsorgen om hälsan är en viktig faktor för utveckling och minskning av fattigdomen. Samtidigt finns det emellertid en bristande överensstämmelse mellan externt drivna hjälpinsatser och låginkomstländernas förmåga att organisera och administrera sina hälso- och sjukvårdssystem så att de kan dra nytta av hjälpinsatserna.

En betydande del av det svenska utvecklingsbiståndet för hälsa, omkring 60 %, används för bekämpning av smittsamma sjukdomar. Under 2004 bidrog Sverige med sammanlagt omkring 950 000 000 kronor till Globala fonden mot hiv/aids, tuberkulos och malaria, GAVI (Globala alliansen för vaccin och immunisering), UNICEF, WHO-program mot polio och hiv/aids och forskningsprojekt om smittsamma sjukdomar genom WHO och andra internationella organisationer. Uppskattningsvis har ytterligare 700 000 000 kronor av landallokeringar gått till nationella satsningar mot smittsamma sjukdomar i länder där Sverige har bilaterala hälsosamarbetsprojekt (se tabell i 2.1).

Den föreslagna strategiska handlingsplanen kommer att stärka Sveriges engagemang mot smittsamma sjukdomar ytterligare och bidra till minskning av fattigdomen, till det fjärde millenniemålet om att minska barnadödligheten och till det sjätte målet, att hindra spridningen av hiv/aids.

⁵ Globala fonden mot hiv/aids, tbc och malaria.

⁶ The President's (USA) Emergency Plan for AIDS Relief, dvs. Presidentens krisplan för aidshjälp.

1.3 HÄLSA OCH HÄLSOSYSTEM

Begränsningar i hälso- och sjukvårdssystemen utgör ett hinder för genomförandet av stora globala hälsoinitiativ för hälsa och uppnående av millenniemålen. Det finns ett växande samförstånd om att en av de främsta flaskhalsarna i arbetet för att uppnå millenniemålen i låginkomstländer är hälso- och sjukvårdssystem som är alltför bräckliga och splittrade för att kunna tillhandahålla sjukvård av den volym och kvalitet som krävs. Om dessa hälsosystem inte stärks kommer millenniemålen inte att uppnås.

Hälso- och sjukvårdssystemen spelar en central roll för demokratisk utveckling, minskning av fattigdomen och mänskliga rättigheter. Detta slås fast av FN:s arbetsgrupp för barns och mödrars hälsa⁷. För att millenniemålen ska kunna uppfyllas måste man ta hänsyn till själva strukturen och funktionssättet i sjukvårdssystemen. Ett mål för hälso- och sjukvårdssystemen är att säkerställa likvärdig tillgång till de tekniska resurser som krävs för att främja hälsa och behandla sjukdomar. Utvecklingsplanerare och myndigheter har emellertid sällan insett i vilken omfattning oegentlig, marginaliserande eller utestängande behandling från sjukvårdssystemets sida har kommit att definiera själva upplevelsen av fattigdom. De har dessutom oftast inte förstått att även det omvända gäller: hälso- och sjukvårdssystemet som en central samhällsinstitution, en del av själva stommen i samhällslivet och medborgarrätten, har enorma möjligheter att bidra till en demokratisk utveckling.

Hälso- och sjukvårdssystemen står inför aldrig tidigare upplevda utmaningar. Den utbredda ekonomiska krisen i låginkomstländerna under 1980-talet bidrog till deras förfall, men läget förvärrades inte bara av de krympande hälsobudgetarna utan också av en rad andra växande problem. Globaliseringen har ökat arbetskraftsmigrationen från söder till norr, vilket försvårar för länderna att behålla kompetent sjukvårdspersonal. Reformen av den offentliga sektorn, t.ex. decentralisering och privatisering, har ofta varit avsedda att förbättra ansvarstagande och anpassningsbarhet, men ibland har de genomförts på ett sätt som ytterligare har undergrävt hälsosystemen. Gränserna mellan den offentliga och den privata sektorn har suddats ut: sjukvårdspersonal har extraknäckt inom den privata sektorn eller tagit extra betalt av patienter på offentliga sjukvårdsinrättningar för att få ett tillskott till sina knappa löner.

⁷ UN Millennium Project, Task Force on Child Health and Maternal Health, 2005.

Utöver allt detta står sjukvårdssystemen inför allt större utmaningar, i synnerhet från hiv/aids, men också från ökningen av smittsamma följsjukdomar av hiv/aids (t.ex. tuberkulos) och den snabba utvecklingen av icke-överförbara sjukdomar. Problemen är påtagliga på den nationella nivån, men samtidigt blir de allt mer komplexa och globala. Det innebär att de enskilda länderna inte ensamma kan lösa dem.

Många av de problem inom hälsosystemen som beskrivs ovan är gamla men har hamnat i blickpunkten på senaste tiden. Det beror på att en allt större medvetenhet om att svaga sjukvårdssystem utgör ett hinder för att uppnå millenniemålen för hälsa och andra globala hälsomål för hiv/aids, malaria och tuberkulos.

1.4 HÄLSA OCH SMITTSAMMA SJUKDOMAR

Hiv/aids, tuberkulos och malaria hör till de faktorer som skördar flest liv i världen, och de har störst konsekvenser för fattiga länder och fattiga människor. Dessa sjukdomar samverkar på ett sätt som förvärrar deras sammantagna följder. Effektiva program för förebyggande och behandling kommer att rädda liv, minska fattigdomen och bidra till ekonomisk utveckling. Epidemier som tuberkulos, malaria och hiv/aids medför en oerhörd ekonomisk belastning för familjer och samhälle. Det har uppskattats att tuberkulos medför en kostnad motsvarande tre till fyra månaders förlorade inkomster för den genomsnittliga patienten. Det kan utgöra 30 procent av hushållets årsinkomst. Man beräknar också att den ekonomiska tillväxten i Afrika försenas med omkring 1,3 % årligen på grund av malaria, och när utbredningen av hiv/aids når 8 % bedöms tillväxtförlusten bli cirka 1 % årligen. I Afrika står de smittsamma sjukdomarna för nästan 70 % av sjukdomsbyrån, medan motsvarande siffra i Europa är under 20 %.⁸

De främsta dödsorsakerna för barn i utvecklingsländerna är smittsamma sjukdomar, t.ex. malaria, mässling och hiv/aids, och sjukdomar som orsakar lunginflammation och diarré i kombination med undernäring. De här barnen dör för att de är fattiga. De har inte tillgång till rutinmässig immunisering eller hälso- och sjukvård, deras kost innehåller otillräckligt med A-vitamin och andra livsvik-

⁸ Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, WHO dec 2001.

tiga vitaminer och mineraler och de lever i en miljö där smittämnen (sjukdomsframkallande organismer) frodas.

Följande tabell från Världshälsorapporten (World Health Report) 2003 visar att de smittsamma sjukdomarna, dvs. infektioner i de nedre andningsorganen, diarrésjukdomar, malaria, mässling, hiv/aids, kikhosta och stelkramp, tillsammans orsakar nästan 60 % av alla dödsfall bland barn i utvecklingsländerna. Merparten av alla dödsfall bland spädbarn orsakas också direkt eller indirekt av smittsamma sjukdomar, vilket gör andelen ännu högre.

Table 1.1 Leading causes of death in children in developing countries, 2002

Rank	Cause	Numbers (000)	% of all deaths
1	Perinatal conditions	2 375	23.1
2	Lower respiratory infections	1 856	18.1
3	Diarrhoeal diseases	1 566	15.2
4	Malaria	1 098	10.7
5	Measles	551	5.4
6	Congenital anomalies	386	3.8
7	HIV/AIDS	370	3.6
8	Pertussis	301	2.9
9	Tetanus	185	1.8
10	Protein-energy malnutrition	138	1.3
	Other causes	1 437	14.0
Total		10 263	100

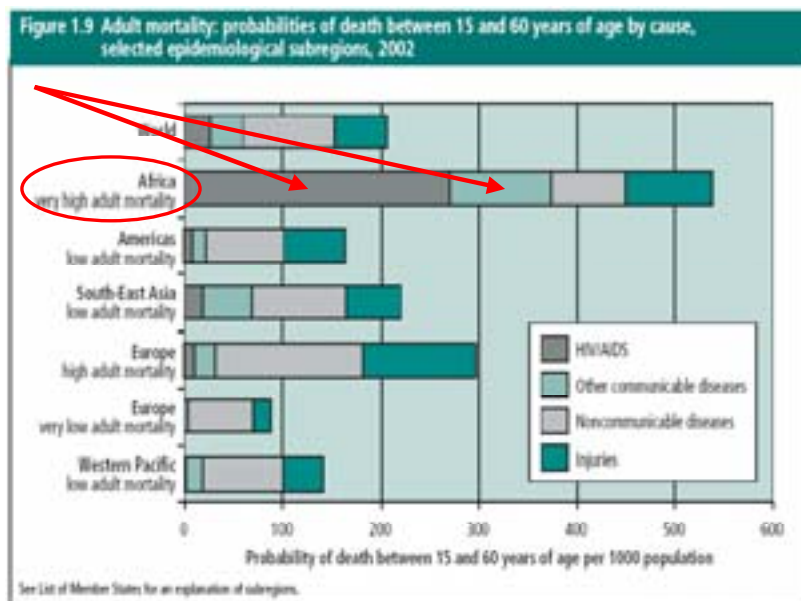
Tabell 1.1 De viktigaste dödsorsakerna bland barn i utvecklingsländerna, 2002

Plats	Orsak	Antal (tusental)	% av alla dödsfall
1	Perinatale komplikationer	2 375	23,1
2	Infektioner i de nedre andningsorganen	1 856	18,1
3	Diarrésjukdomar	1 566	15,2
4	Malaria	1 098	10,7
5	Mässling	551	5,4
6	Medfödda missbildningar	386	3,8
7	Hiv/aids	370	3,6
8	Kikhosta	301	2,9
9	Stelkramp	185	1,8
10	Protein- och energiundernäring	138	1,3
	Andra orsaker	1 437	14,0
	Totalt	10 263	100

Bilden ser likadan ut för vuxna. Detta framgår tydligt då sjukdoms-bördan uttrycks i DALY (Disability Adjusted Life Years, dvs. funktionsjusterade levnadsår), som är ett mått på antalet förlorade

år på grund av för tidig död eller funktionshinder på grund av sjukdom. I länder med hög barna- och vuxendödlighet – praktiskt taget alla afrikanska länder söder om Sahara utom Sydafrika – står de överförbara sjukdomarna för nästan hälften av de förlorade åren⁹.

TVå tredjedelar av dödsfallen bland vuxna i Afrika anses bero på antingen hiv/aids eller överförbara sjukdomar enligt följande tabell, även den från Världshälsorapporten 2003. I sydöstra Afrika orsakas en tredjedel av dödsfallen bland vuxna av hiv/aids och andra överförbara sjukdomar. I Östeuropa och Nord- och Sydamerika är andelen omkring 10 % – redan det en hög siffra.



⁹ Figur 1.8, Världshälsorapporten 2003.

Figur 1.9 Vuxendödlighet: sannolikhet för dödsfall mellan 15 och 60 års ålder per orsak, ett urval epidemiologiska subregioner, 2002

Världen

Afrika

mycket hög vuxendödlighet

Nord- och Sydamerika

låg vuxendödlighet

Sydostasien

låg vuxendödlighet

Europa

hög vuxendödlighet

Europa

mycket låg vuxendödlighet

Västra Oceanien

låg vuxendödlighet

Hiv/aids Andra överförbara sjukdomar Ej överförbara sjukdomar Olyckshändelser
--

Sannolikhet för dödsfall mellan 15 och 60 års ålder per 1 000 invånare

Förklaring av subregionerna finns i listan över medlemsstater

1.4.1 Malaria

”Malariaepidemin är som att fylla sju Boeing 747-flygplan om dagen med passagerare och sedan avsiktligt flyga rakt in i Kilimanjaro och krascha dem.” ¹⁰

Malaria är en parasitsjukdom som överförs genom bitt av smittade myggor. När de första symtomen väl visar sig kan malaria mycket snabbt leda till döden – och gör ofta det. Myggorna utvecklar snabbt resistens mot de viktigaste typerna av insektsmedel som traditionellt har använts för att bekämpa malaria. Själva malariaparasiten utvecklar samtidigt resistens mot malariamediciner, i synnerhet klorokin, som är det billigaste och säkraste läkemedlet mot malaria. Forskarna använder framstegen inom genomiken för att skaffa sig bättre kännedom om malaria och utveckla verktyg för att kontrollera sjukdomen. Verktygen kan t.ex. bestå av nya läkemedel och insektsmedel, vaccin eller till och med genetisk modifiering av

¹⁰ Dr Wenceslaus Kilama, ordförande i Malaria Foundation International.

myggor som gör att de inte kan bära på malariaparasiten eller fortplanta sig.

Över en miljon människor dör av malaria varje år, varav merparten barn under fem år. I Afrika dör ett barn av malaria var trettionde sekund, vilket gör sjukdomen till den främsta orsaken till dödsfall bland små barn. Malaria kan påverka alla delar av befolkningen, men de grupper som är särskilt sårbara för denna förödande sjukdom är barn, gravida kvinnor, människor i nöd och personer som lever med hiv/aids.

Vid konflikter och naturkatastrofer drivs ofta stora grupper av människor på flykt, ofta till områden med snabb spridning av malaria. De som inte har utvecklat någon eller bara liten immunitet mot malaria – dvs. personer som normalt inte exponeras för sjukdomen eller som bara exponeras under en liten del av året – löper särskilt hög risk för att smittas av och dö av malaria.

1.4.2 Tuberkulos

- Varje sekund smittas någon i världen av tuberkelbaciller.
- En tredjedel av världens befolkning som helhet är för närvarande smittad av tuberkelbacillen.
- 5–10 % av alla människor som är smittade av tuberkelbacillen (men inte hivsmittade) insjuknar eller blir smittsamma någon gång under sin livstid.

Tuberkulos (tbc) är en smittsam sjukdom. Den sprids genom luften, precis som vanlig förkylning. Det är bara personer med lungtuberkulos som smittar. När de hostar, nyser, talar eller spottar sprider de tuberkelmikrober, så kallade baciller, i luften. Man behöver bara inandas ett litet antal sådana baciller för att bli smittad.

Varje person med obehandlad tuberkulos smittar i genomsnitt 10 till 15 personer om året. Människor som är smittade med tuberkelbaciller blir dock inte nödvändigtvis sjuka. Immunsystemet ”kapslar in” tuberkelbacillen, som kan ligga latent i årtal, täckt av ett tjockt, vaxartat skikt. Personer med försvagat immunsystem löper större risk att insjukna.

En tredjedel av världens befolkning (omkring 2 miljarder människor) uppskattas vara smittad med tuberkulos. Bland dem som bär på den sjukdomsalstrande mikroben drabbas 8 miljoner av klinisk sjukdom varje år. Av dem dör omkring 1,64 miljoner. Siffran inne-

fattar inte tuberkulosrelaterade dödsfall bland individer som är smittade med både tuberkulos och hiv (WHO, 2002). I Afrika söder om Sahara inträffar över 1,5 miljoner fall av tuberkulos årligen och i Sydostasien nästan 3 miljoner. Över en kvarts miljon fall av tuberkulos inträffar varje år i Östeuropa, där antalet dödsfall i tuberkulos nu ökar efter nästan 40 års stabil nedgång.

Det största antalet fall inträffar i Sydostasien, som svarar för 33 % av sjukdomsfallen globalt. Det uppskattade antalet fall per invånare i Afrika söder om Sahara – 350 fall per 100 000 invånare – är emellertid dubbelt så högt som i Sydostasien.

År 2002 beräknas två miljoner dödsfall ha orsakats av tuberkulos. Precis som när det gäller antalet sjukdomsfall har Sydostasien det högsta antalet dödsfall. Även den högsta dödligheten per invånare finns emellertid i Afrika, där hiv har lett till en snabb ökning av förekomsten av tuberkulos och ökar sannolikheten för att människor ska dö av tuberkulos.

Hiv och tuberkulos bildar en dödlig kombination, där var och en av sjukdomarna påskyndar den andra sjukdomens förlopp. Hiv försvagar immunsystemet. För hivpositiva personer som smittas med tuberkulos är sannolikheten att insjukna i tuberkulos många gånger högre än för hivnegativa personer som smittas med tuberkulos. Tuberkulos är en av de främsta dödsorsakerna bland hivpositiva personer och svarar för omkring 13 % av dödsfallen i aids runt om i världen. I Afrika är hiv den viktigaste enskilda orsaken till den ökade utbredningen av tuberkulos under de senaste 10 åren.

1.4.3 Hiv/aids

Aidskatastrofens omfattning överträffar nu till och med de mest pessimistiska scenarier som uppmålades för ett tiotal år sedan. Hiv/aids epidemier har redan dussintals länder i ett fast grepp, och många fler hotas av samma situation.

Under 2003 beräknas 5 miljoner människor runt om i världen ha smittats. Av dem var 630 000 barn. Utan effektiv behandling och vård kommer dessa människor att gå samma öde till mötes som de över 25 miljoner personer som har dött av aids sedan det första kliniska beviset för hiv/aids rapporterades 1981. Det är lika tydligt att det stora flertalet av jordens befolkning (inklusive invånare i länder

med hög inhemsk förekomst av hiv) ännu inte bär på viruset. Två av de största utmaningarna för mänskligheten i dag är att hjälpa dessa människor att skydda sig mot hiv och att erbjuda människor som lever med viruset fullgod behandling och vård till en överkomlig kostnad.

Hiv/aids är kännetecknande för en allvarlig utvecklingskris i Afrika söder om Sahara, som är den ojämförligt värst drabbade regionen i världen. Spridningen av hiv har emellertid inte varit enhetlig. Epidemin i Afrika är i själva verket flera epidemier på flera platser: i vissa delar av kontinenten är epidemin fortfarande i ett tidigt stadium. Södra Afrika är värst drabbat – över 16 % av den vuxna befolkningen är hivpositiv (2003). De genomsnittliga utbredningsnivåerna är lägre i Östafrika (6 %) och Väst- och Centralafrika (4,5 %) och betydligt lägre i Nordafrika (under 1 %). Beroende på sammanhanget ger dessa variationer olika ekonomiska effekter på försörjningsmöjligheter, familjer med föräldralösa barn, tjänster i den offentliga sektorn, hälso- och sjukvård samt jordbruk och arbetskraft. Det har funnits förhoppningar om att epidemin kan ha nått sin ”naturliga gräns”, då den skulle sluta att växa. Man har således antagit att den mycket höga förekomsten av hiv i vissa länder (t.ex. 44,9 % i Botswana 2001, 29,6 % i Namibia 2000 och 26,5 % i Sydafrika 2003) skulle ha nått en konstant nivå. Tyvärr verkar det inte stämma, även om nivån har stagnerat eller till och med minskat något i vissa begränsade områden av t.ex. Zambia, Tanzania, Uganda och Etiopien. I Afrika söder om Sahara är heterosexuella kontakter den helt dominerande överföringsvägen för hiv. Det har blivit uppenbart att befolkningen i allmänhet utgör en riskgrupp i lika hög grad som de mer traditionella grupperna, t.ex. prostituerade och sexköpare, lastbilschaufförer och andra rörliga grupper. Kvinnor utgör över 60 % av de smittade, och av de unga smittade (15–24 år) är 76 % unga kvinnor och flickor.

Under de två senaste åren har situationen snabbt förändrats i flera delar av Asien och Oceanien. Det är en tankeställare – inget land är immunt mot en allvarlig hivepidemi. Låga nationella förekomstnivåer kan dölja allvarliga lokala epidemier, t.ex. i flera områden i Kina och Indien. Regionen som helhet hyser i själva verket fler människor som lever med hiv/aids än något annat område utom Afrika söder om Sahara: i slutet av 2001 uppskattades antalet till 6,6 miljoner människor. I slutet av 2001 var frekvensen av hivsmittade bland Indiens vuxna befolkning under 1 %, men det innebär ändå att omkring 3,97 miljoner indier levde med hiv/aids. Epi-

demin sprids i den vanliga befolkningen och utanför grupper med riskbeteende.

En rad olika hivepidemier pågår i Östeuropa och Centralasien, där omkring 1,3 miljoner personer är smittade. Estland, Lettland, Ryska federationen och Ukraina är de svårast drabbade länderna i regionen. Här orsakas epidemin i första hand av delade nålar bland narkotikamissbrukare.

I Latinamerika är hivsmittan överlag inte allmänt spridd utan koncentrerad till riskgrupper i befolkningen. Honduras hade över 2 % smittade 2003, och allvarliga epidemier finns också i Västindien, Haiti och Dominikanska republiken.

Trots allt arbete för att bromsa epidemins spridningstakt finns det fortfarande många hinder att forcera för att kampen mot hiv/aids ska kunna trappas upp. I de flesta av de svårast drabbade länderna har regeringarna avsatt medel och etablerat nationella handlingsprogram och strukturer för hiv/aids. I andra länder går arbetet emellertid långsamt framåt.

1.4.4 Mässling

Mässling är en virusinfektion i andningsorganen, som år 2003 berövade 500 000 barn livet – mer än någon annan sjukdom som kan förhindras med vaccin.

Mässling skördar så många liv i Afrika – varje minut dör ett barn – att många mödrar inte ger sina barn riktiga namn förrän de har genomgått sjukdomen med livet i behåll.

Varje år smittas 30 till 40 miljoner barn av mässling. Över 500 000 av dem dör, ofta av komplikationer som sammanhänger med lunginflammation, diarré och undernäring. Många av dem som överlever får livslånga funktionshinder: blindhet, dövhet eller hjärnskadorna. Mässling är en virusinfektion i andningsorganen som angriper immunsystemet och så smittsam att alla icke-immuniserade barn som exponeras för smittan insjuknar. Riskerna är högst för barn under fem år.

Huvuddelen av dödsfallen i mässling inträffar i de 14 länder där immuniseringen 1999 rapporterades nå mindre än 50 % av barnen: Afghanistan, Angola, Centralafrikanska republiken, Tchad, Kongo,

Nordkorea, Demokratiska republiken Kongo, Djibouti, Ekvatorialguinea, Etiopien, Niger, Nigeria, Somalia och Togo.

1.4.5 Vacciner och vaccination

Över 30 miljoner barn är oimmuniserade, antingen för att vacciner inte är tillgängliga, för att hälso- och sjukvården är otillräcklig eller svåråtkomlig eller för att familjerna är felinformerade eller inte alls informerade om när och varför deras barn ska immuniseras.

Det som avgör om ett barn ska bli allvarligt sjukt eller dö är i första hand om dess immunsystem kan slå tillbaka infektioner. Undernäring i kombination med dåliga sanitära förhållanden och trångboddhet gör dem oerhört sårbara. Mässling är t.ex. sällan en dödlig sjukdom i industriländerna. Den kan däremot ha dödlig utgång i 40 procent av fallen bland smittade barn som lever i misär och överbefolkning efter t.ex. jordbävningar, översvämningar eller flykt på grund av konflikter. De viktigaste barnsjukdomarna orsakas av en rad olika smittämnen – bakterier, virus och parasiter. Stelkramp, difteri, kikhosta och tuberkulos orsakas av bakterier. Polio och mässling orsakas av virus, och malaria orsakas av en encellig parasit.

Stelkramp, som i Gamla Testamentet omnämns som ”sjundedagsdöden”, berövade 200 000 nyfödda barn och 30 000 mödrar livet under 2001. Stelkrampsbakterierna finns nästan överallt – de lever i jord, djurgödsel och avföring. Nyfödda kan smittas av stelkramp om navelsträngen skärs av med icke-sterila instrument eller behandlas med smittade salvor.

I akuta infektioner i andningsorganen, t.ex. *difteri* eller *kikhosta*, kan bakterier angripa lungorna eller luftrören och orsaka kronisk hosta, lunginflammation och andningsproblem. Omkring 300 000 barn dör varje år av kikhosta.

Polio är en virusinfektion i nervsystemet, som kan leda till förlamning inom loppet av några timmar. Kampen för att utrota sjukdomen har gjort stora framsteg, men den är fortfarande ett allvarligt hot mot barn i områden där det vilda polioviruset ännu är i omlopp. Antalet fall sjönk från 350 000 i hela världen 1988 till under 1 300 år 2004.

Luftvägsbakterien *Haemophilus influenzae typ b* (Hib), som förekommer allmänt framför allt i utvecklingsländer, beräknas leda

till omkring 3 miljoner allvarliga sjukdomsfall och 450 000 barns död varje år. De flesta barnen dör av lunginflammation och en liten del av hjärnhinneinflammation. I utvecklingsländerna är Hib-orsakad hjärnhinneinflammation dödlig i cirka 40 % av fallen, och 15–35 % av de barn som överlever får bestående funktionshinder. Trots en successiv ökning av Hib-vaccinet i utvecklingsländerna blev år 2001 bara ett barn av fem i världen immuniserat mot Hib under det första levnadsåret.

Pneumokocksjukdomar är ett stort hälsoproblem i hela världen. Etiologisk agens är *Streptococcus pneumoniae* (pneumokocker), som omges av en kapsel av polysackarider. Skillnader i kapselns sammansättning möjliggör serologisk differentiering mellan omkring 90 kapseltyper, varav några ofta är förknippade med pneumokocksjukdomar, medan andra sällan är det. Lunginflammation, hjärnhinneinflammation och bakteriemi (bakterier i blodet) är exempel på invasiva pneumokockinfektioner (dvs. bakterierna når blodbanan), medan några vanliga icke-invasiva yttringar är mellanöreinflammation, bihåleinflammation och bronkit (inflammation i luftrören).

Minst en miljon barn dör varje år av sjukdomar orsakade av pneumokocker. De flesta är små barn i utvecklingsländer. I de utvecklade länderna är det främst äldre som drabbas av sjukdomarna. Ökad risk för allvarliga pneumokocksjukdomar föreligger vid hivinfektion, sickle-cell-anemi och en rad kroniska organskador. Vaccination är den enda tillgängliga metoden för att förhindra pneumokocksjukdomar. Den senaste utvecklingen av omfattande mikrobiell resistens mot viktiga antibiotika understryker det akuta behovet av mer effektiva pneumokockvacciner.

Rotavirus, ett offensivt hjulformat virus, är en av de viktigaste orsakerna till allvarlig diarré hos spädbarn och småbarn, särskilt i utvecklingsländerna. För närvarande finns det inget godkänt vaccin mot sjukdomen, som varje år leder till döden för 600 000 barn under fem år.

Hepatit B-virus smittar många barn och spädbarn. Över 2 miljarder människor har vid något tillfälle varit smittade av viruset, och 350 miljoner beräknas bära på viruset livet ut. De flesta bärare av viruset utvecklar emellertid inte klinisk sjukdom förrän flera årtionden senare, då viruset kan orsaka inflammation i levern och leda till levercirros eller levercancer.

Gula febern är en virussjukdom som främst förekommer i de tropiska och subtropiska delarna av Afrika och Sydamerika och

som skördar 30 000 liv årligen. Virusets överföring oftast genom stick av honmygga av arten *Aedes aegypti*. Sjukdomen hölls tidigare ganska väl under kontroll genom allmän vaccination och myggbekämpning, men den är nu på väg tillbaka och epidemier blir allt vanligare.

1.4.6 Antibiotikaresistens

Varje år dör omkring 4 miljoner människor av akuta infektioner i andningsorganen. Av dessa kommer 3 miljoner från låginkomstländer. Många av dessa liv skulle kunnat räddas med effektiv antibiotikabehandling.

Ett av de många internationella hoten mot folkhälsan är den snabbt växande antibiotikaresistensen hos många av de bakterier som orsakar våra vanligaste sjukdomar. Tillgången till effektiva antibiotika är avgörande för behandling av vanliga sjukdomar som orsakas av bakterier, t.ex. lunginflammation. Antibiotika har varit tillgängliga för användning i omkring 60 år. Bruk och missbruk av antibiotika runt om i världen under den här tiden har lett till att bakterierna så småningom har utvecklat resistens mot de tillgängliga läkemedlen. En hög användningsnivå av antibiotika leder i allmänhet till en hög resistensnivå hos bakterierna. Den viktigaste anledningen till den höga resistensnivån är felaktig användning av antibiotika (behandling när det inte behövs eller med fel typ av läkemedel). Andra faktorer som orsakar höga resistensnivåer är fattigdom, bristande hygien på institutioner och hög förekomst av samtidig infektion med malaria, mässling, hiv och tuberkulos. Den ökade globaliseringen med resande ökar också spridningen av resistensen mellan länder och kontinenter på ett pandemiartat sätt. Resistensproblemen är troligen störst i låginkomstländerna. Det beror på att det bara finns tillgång till ett mycket begränsat utbud av antibiotika i dessa länder, samtidigt som hälsosystemen är bräckliga och infektionssjukdomar står för den huvudsakliga sjukdomsördan. Den här frågan handlar i hög grad om rättvisa, mänskliga rättigheter och kön, eftersom de flesta av dessa allvarliga infektioner drabbar de fattiga samt mödrar och barn under fem år.

I Världshälsorapporten 2005 drar WHO (Världshälsoorganisationen) slutsatsen att millenniemålen för mödrars och barns hälsa

inte kan uppnås till 2015 utan ökade resurser och insatser. Globalt är lunginflammation orsaken till 19 % av alla dödsfall bland barn under 5 år, och diarré svarar för ytterligare 18 % av samma grupp. Septikemi (bakterier i blodet) är en av de främsta orsakerna till dödsfall vid förlossningen bland kvinnor. För dessa patientgrupper är det livsviktigt med en lämplig antibiotikabehandling med hänsyn till antibiotikaresistensen.

Vi har bara fragmentariska kunskaper om antibiotikaresistens i låginkomstländerna. Den tillgängliga informationen tyder på en utbredd och ökande antibiotikaresistens mot många viktiga grupper av antibiotika i alla delar av världen.

Multiresistens (resistens mot mer än en typ av antibiotika) ökar också i hela världen, vilket i hög grad begränsar möjligheterna till behandling.

Majoriteten av befolkningen i många länder i Afrika har bara tillgång till ett mycket begränsat antal antibiotika. Den ökande resistensen och multiresistensen gör dessa antibiotika ineffektiva. I andra delar av världen – t.ex. i Sydostasien – ser situationen helt annorlunda ut. Här är användningen av antibiotika helt okontrollerad. Över hälften av all antibiotika i världen köps receptfritt över disk på apotek utan utbildad personal eller till och med på gatu- marknader. De högsta siffrorna för antibiotikaresistens rapporteras från Sydostasien.

2 PRIORITERINGAR FÖR DEN SVENSKA HANDLINGSPLANEN

2.1 NUVARANDE STÖD OCH HANDLINGSPLAN

Handlingsplanen kommer att föreslå svenskt stöd till:

- stärkning av hälsosystemen (del 2.2, 3.1, 5.1)
- forsknings- och kunskapsluckor (del 2.3, 3.2, 5.2)
- riktade insatser mot sjukdomar (del 2.4, 3.3, 5.3)

Sveriges nuvarande (2004) stöd till bekämpning av hiv/aids och andra överförbara sjukdomar uppgår totalt till nästan två miljarder kronor. Denna summa delas nästan lika mellan globalt/regionalt stöd och bilateralt stöd. Sverige bidrar till flera globala initiativ och organisationer för sjukdomsspecifika insatser. Via nationella hälso- program och sektorsstrategier (SWAP) stöder Sverige inhemska

program för bekämpning av smittsamma sjukdomar. Forskningsstödet har huvudsakligen formen av bilateralt stöd till våra mälländer.

Svenskt stöd till bekämpning av smittsamma sjukdomar

• Bilateralt, miljoner kronor		
- Ingående i sektorsstrategier (Uganda, Zambia, Bangladesh)	120	
- Ingående i stöd till hälsosystem (Kenya, Zambia, Vietnam, Honduras)	80	
- Ingående i annat hälsostöd (ideella organisationers landsstöd o.s.v.)	350	
- Landsprogram (Tanzania, Kenya, Etiopien, Indien, Burma, Ryssland, Balkan)	70	
- Forskning (Bolivia, Etiopien, Moçambique, Tanzania, Uganda, Vietnam, Honduras)	100	
- Hiv/aids	300	1 020 milj kr
• Globalt och regionalt, miljoner kronor		
- Globala fonden för aids, tuberkulos och malaria	260	
- WHO (210 milj kr till utrotning av polio)	260	
- Unicef, vaccination	50	
- GAVI, vaccination	50	
- UNAIDS	100	
- Andra globala och regionala program	150	
- Hiv/aids	100	
- Forskning	50	920 milj kr
• Totalt		1 940 milj kr

En stor del av Sveriges nuvarande stöd till riktade insatser mot sjukdomar går via de globala hälsoprogrammen (Global Health Programs, GHP). De flesta studier visar att globala hälsoprogram både ger nyfinansiering i stor skala och mobiliserar ny global kompetens och kunskap för problemlösning på många olika områden¹¹. De har medfört en ökad global och nationell medvetenhet om hälsofrågor på de högsta politiska nivåerna.

2.2 STÄRKNING AV HÄLSOSYSTEM

Många biståndsgivare stödde insatser som följde ett traditionellt, projektbaserat arbetssätt med vertikala ansvarshierarkier i situationer där hälso- och sjukvårdssystemen i allmänhet saknade heltäck-

¹¹ Key evidence from major studies of selected Global Health Partnerships. A background paper for a meeting of the High-Level Forum on the Health MDGs' Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships, 25–26 April 2005.

ande system för övervakning och utvärdering. En reaktion på detta är framväxten av sektorstrategier (Sector-Wide Approaches, SWAP) och mer allmänt statsfinansiellt stöd i mitten av 1990-talet. I dessa stödformer läggs tonvikten på ett varaktigt samarbete och lokal ledning. Det är emellertid ännu för tidigt att bedöma hur framgångsrika sektorstrategierna har varit. Internationellt bistånd kanaliseras också via globala hälsoinitiativ (GHI), t.ex. Globala fonden, som arbetar med de tre viktigaste överförbara sjukdomarna, PEPFAR och WHO:s ”3 by 5”, vars syfte är att tillhandahålla läkemedel mot hiv/aids. Dessa initiativ har kritiserats för att inte stödja det offentliga hälsosystemet och därigenom inte bygga upp den allmänna kapaciteten.

De globala hälsoprogrammen har medfört många positiva effekter, men de har också skapat eller förvärrat en rad problem på nationell nivå. Det gäller bland annat överlappning och bristande samordning mellan olika samarbetspartner, höga transaktionskostnader från myndigheter och biståndsgivare på grund av hanteringen av flera parallella initiativ, varierande grad av nationell styrning samt brist på harmonisering mellan olika globala hälsoprogram och anpassning till ländernas system, som i stället undergrävs. De globala hälsoprogrammen har inget helhetsperspektiv på hela hälso- och sjukvårdssektorn och kan inte heller ha det. Därför finns det risk för att de undergräver de nationella utvecklingsplanernas hållbarhet, snedvrider landets egna prioriteringar, splittrar de redan otillräckliga personalresurserna eller skapar dåligt samordnade strukturer för tillhandahållande av tjänster.

De globala hälsoprogrammen har i allmänhet försummat centrala faktorer som förebyggande, uppbyggnad av systemkapacitet (vilket tydligast visar sig i brist på professionell sjukvårdspersonal), kontroll, forskning, övervakning och utvärdering samt rollen för andra sektorer än hälsosektorn. Aktuella studier ger knapphändig information om vilken effekt de globala hälsoprogrammen har fått på bemanningen. Det finns ett tryck på de globala hälsoprogrammen att uppvisa snabba resultat, och vissa ideella organisationer har förmåga att leverera dem. Det är därför troligt att det kommer att ske en personalflykt från den offentliga sektorn.

I vissa studier noteras en allvarlig risk för att personalbristen och den låga systemkapaciteten på central och lokal nivå kan förstärkas av alla globala hälsoprogram och andra hiv/aidsinitiativ som arbetar oberoende av varandra på nationell nivå, vart och ett med sina behov. Problemen är särskilt allvarliga i små låginkomstländer som är

mycket beroende av bistånd. Vid toppmötet om millenniemålen för hälsa i december 2004 konstaterade man dock en förbättring i fråga om de globala hälsoprogrammens anpassning till nationella system. Bland annat hade GFATM träffat ett avtal om att kanalisera medel via statsfinanserna. GFATM i synnerhet måste minska sina administrationskostnader på ett ansvarsfullt sätt.

Utan ökat stöd till uppbyggnad av hälsosystemens kapacitet i så gott som alla utvecklingsländer kommer de resurser som mobiliseras av de globala partnerskapen troligen inte att kunna utnyttjas fullt ut.

En reaktion på utmaningarna för sjukvårdssystemen håller nu på att framträda. Globala partnerskap för hälsa, t.ex. GAVI och Globala fonden, är nu i färd med att öka de investeringar som ska stärka sjukvårdssystemen. Dessutom startas nya initiativ för att stärka specifika aspekter av hälsosystemen, t.ex. Health Metrics Network (för hälsoinformationssystem) och den framväxande plattformen för sjukvårdspersonal, som är gemensam för flera organ. Ett särskilt partnerskapsprogram för forskning om sjukvårdssystem, som ska ge ett bättre faktaunderlag för principiella överväganden, är under utveckling.

Responser har emellertid hittills varit ojämna: vissa viktiga element i hälsosystemen har försummats, och responserna har inte alltid varit av en sådan art att de har bidragit till utveckling av enhetliga och samordnade strategier för att stärka ett nationellt styrt hälso- och sjukvårdssystem.

I takt med att större resurser avsätts och mobiliseras för globala hälsoinitiativ och kraven på förstärkning av hälsosystemen blir allt tydligare, kan en välavvägd användning av resurser från både globala initiativ och hälsosystem medföra förbättringar av både hälsosystem och hälsostatus. Det är helt avgörande att dessa båda resursflöden tillvaratas och är välunderrättade: om resurserna används på ett lämpligt sätt kan de medföra väsentliga förbättringar av hälsosystemen och bättre utnyttjande av de globala initiativen. Utan en sådan organisationsstruktur kan stora investeringar i globala initiativ – även de som strävar efter att stödja hälsosystemens delar – i stället skada hälsosystemen.

WHO har tagit initiativ till att ena de olika aktörerna kring ett samarbete för att stärka de nationella hälso- och sjukvårdssystemen. Åtgärder kommer att vidtas för att angripa en rad aspekter som många gånger har pekats ut som hinder som står i vägen för en förbättring av hälsa och hälso- och sjukvård. Det gäller hälsoinfor-

mationssystem, sjukvårdspersonal, finansiering, läkemedel, lokal ledningskompetens samt samverkan med den privata sektorn.

För de globala hälsoinitiativen innebär ett starkare system fördelar som bland annat rör uppnående av hälsomålen, resursutnyttjande och potentiella politiska fördelar, t.ex.:

- **Snabbare utbetalning** av medel och **mindre slöseri med partnerresurser** tack vare bättre ledning och administrationssystem.
- Minskat behov av parallella system, t.ex. för utbildning, inköp, diagnoser (laboratorier), bokföring och resultatövervakning. Detta kan spara tid och arbete och minska risken för att befintliga system försvagas ytterligare.
- Snabbare utökad tillgång till adekvat vård av hög kvalitet tack vare större offentlig möjlighet att övervaka och reglera hela utbudet av **offentliga och privata** vårdgivare, inklusive samhällsbaserade vårdgivare.
- En mer rättvis fördelning, där marginaliserade grupper har större möjlighet att få vård, eftersom **sjukvårdsfinansieringssystemet** skyddar dem från risken för ekonomisk katastrof och utblottning till följd av sjukvård. Globala partnerskap bidrar alltså i högre grad till en mer rättvis sjukvård.
- På medellång sikt: snabbare resultat tack vare **förbättringar i personalstyrkan** som skapar högre kapacitet och motivation för att anamma nya åtgärder och ny teknik.
- Större möjlighet till **nationella** – inte bara lokala – förbättringar och **varaktiga** resultat, eftersom hinder på ”högre nivå” har angripits. Det gäller t.ex. rekrytering, finansieringsreformer o.s.v., som inte kan åtgärdas med insatser för enstaka sjukdomar eller tjänster.
- Det innebär också att partnerskapsresurserna får mer långtgående effekter och kan ge partnerskapen ett politiskt kapital med färre anklagelser om snedfördelning och splittring.

Sidas stöd till förstärkning av hälsosystemen i fattiga länder ska utformas så att det i synnerhet bidrar till att förbättra de fattiga människornas liv. Stöd till aktiviteter på global och regional nivå bidrar till resultat på nationell nivå. Huvuddelen av Sidas stöd till stärkning av hälsosystem riktas till länder där det finns ett bilateralt samarbete inom hälsosektorn. I de flesta programländer koordinerar Sida sitt stöd med andra biståndsgivare i sektorsstrategier (Sector Wide Approaches, SWAP). Alla framställningar från Sidas sida om förstärkning av hälsosystemen i dessa länder måste utarbetas

och genomförs inom ramen för sektorsstrategin och bygga på önskemål från de inhemska myndigheterna. SWAP-partnerna måste kunna ge hjälp och stöd vid utveckling och genomförande av inhemska handlingsplaner för att stärka de nationella hälso- och sjukvårdssystemen.

Ett övergripande stöd till hälsosystem globalt, regionalt och i Sidas programländer kommer att vara viktiga delar av den svenska handlingsplanen.

2.3 FORSKNINGS- OCH KUNSKAPSLUCKOR

Hälso- och sjukvården består i huvudsak av verktyg för förebyggande, behandling och det system som använder verktygen. Ett grundläggande problem i länder med begränsade resurser är bristande tillgång till internationellt tillgängliga kunskaper och avsaknad av möjligheter att hitta, välja ut och tillämpa fakta som har tagits fram med tillförlitliga metoder.

Problemet har två sidor: bristen på inhemska analysmöjligheter i länderna samt avsaknaden av internationell forskning som analyserar låginkomstländernas behov. Dessutom bedrivs det alldeles för lite forskning kring utveckling av lämpliga verktyg för ett begränsat system och om sjukdomar som i första hand drabbar fattiga.

2.3.1 Dubbla kunskapsluckor

Det finns ofta *kunskapsluckor* i låginkomstländer när det gäller hur sjukvårdsförsörjningen ska kunna tillgodoses. Dessa luckor är mångskiftande och kan bland annat bestå av följande situationer:

- Kunskapen finns, men luckor i den lokala analyskapaciteten förhindrar att den tillvaratas.
- Det finns omfattande information om vilka insatser som behövs, och det finns också tillgänglig lokal kunskap. Begränsningarna ligger emellertid i otillräckliga ekonomiska resurser och bristande kunskaper om hur insatserna ska kunna genomföras under de aktuella omständigheterna.
- Den tillgängliga kunskapen används på fel sätt. Exempel på detta kan vara bristfällig distribution och felaktig användning av läkemedel, vilket leder till ökad resistens.

Dessa kunskapsluckor måste åtgärdas på lokal nivå genom bland annat forskning om hälsosystem och hjälpinsatser, och det kräver forskningsresurser på det här området.

Det finns metoder för att förebygga vissa smittsamma sjukdomar som inte bygger på läkemedel eller vaccin utan på ökad medvetenhet om hur sjukdomarna sprids. Detta tillvägagångssätt har använts särskilt när det gäller hiv/aids. Däremot vet man mindre om vilka insatser och upplysningskampanjer som verkligen fungerar för att förhindra eller begränsa spridningen av smittsamma sjukdomar. En väl genomförd sociologisk forskning kan ge svar på detta. Sådan forskning måste utgå från den lokala situationen och därför genomföras under ledning av lokala forskare.

En annan kunskapslucka är bristen på kunskap internationellt. Ett exempel på detta är kunskapsluckan om effektiva förebyggande verktyg mot sjukdomar som hiv/aids och malaria. Man vet att vacciner skulle kunna fungera som viktiga redskap för att hålla sjukdomarna under kontroll, men utveckling och testning av dessa är en internationell uppgift som kräver stora ekonomiska investeringar. Dessutom är det en internationell utmaning att hålla jämna steg med den ständiga utvecklingen av resistens mot befintliga läkemedel i de fall där sådana är tillgängliga.

2.3.2 "Felande länk" mellan forskningsrön och produktutveckling

Utveckling, testning och registrering av vacciner och läkemedel är en långdragen och invecklad process med många "felande länkar" som inte kan överbryggas med de nuvarande finansieringssätten. Dessa felande länkar är i allmänhet inte så välkända. Vi väljer därför att gå in närmare på dem här.

Den långa och kostsamma vägen från identifiering av en molekyl till produktion av läkemedel eller vacciner med efterföljande prövning och tillämpning kräver forskning. Utvecklingen av ett vaccin eller läkemedel mot sjukdomar som huvudsakligen drabbar fattiga människor hämmas av det faktum att det är osannolikt att stora läkemedelsföretag investerar i utveckling och testning av vaccinkandidater för att ta fram färdiga produkter. Det är lika uppenbart att laboratorieforskare inte har de förutsättningar som krävs för att ta sina intressanta produkter från labbet och tillhandahålla dem som en produkt för användning på människor. Per-

soner som har gett sig i kast med den uppgiften har stött på överstigitliga problem. I vilket fall som helst är det inte troligt att ett tillvägagångssätt som kanske fungerade för tio år sedan fungerar i dagens forskningsmiljö. Kraven för framställning av vacciner och läkemedel för människor har blivit striktare, och produktionen måste ske på ett professionellt sätt. Produkter som har framställts i laboratoriemiljö får inte användas direkt på människor. För produktion av material av så kallad GMP-kvalitet (Good Manufacture Practice) krävs en betydande utvecklingsinvestering efter forskningsfasen. Det här skedet av arbetet innehåller fortfarande vissa forskningsmoment, eftersom produkten måste anpassas till en mer omfattande användning i kliniska prövningar. Ofta är dock den typen av arbete inte gynnsamt för forskarens akademiska karriär, och han eller hon tvingas alltså att fatta ett avgörande beslut om sin fortsatta yrkesbana.

När beslutet om fortsatt utveckling av den potentiella produkten har fattats måste en produktutvecklingsgrupp bildas. Behovet av tydliga kriterier för klartecken för grupper som inte bara består av forskaren själv kräver samarbete med andra forskare, branschspecialister och investerare. Det är nödvändigt för nästa etapp av kliniska prövningar. Kliniska prövningar brukar av tradition delas in i tre faser, som blir allt dyrare i takt med att antalet deltagare blir allt högre. Efter GMP-produktion måste produkterna testas med avseende på toxicitet – först i odling och därefter på djur. I vissa situationer är det nödvändigt att utföra tester på primater, eftersom de är närmare besläktade med människan. Det är en oerhört kostsam uppgift.

När det är fastställt att produkten är icke-toxisk, planeras en fas 1-studie med ett fåtal frivilliga för att testa toxicitet och immunogenicitet (när det gäller vacciner) på människor. Det senare innebär att produkten framkallar rätt immunrespons enligt fördefinierade villkor. För malaria, hiv/aids och tuberkulos samt många parasit-sjukdomar finns det fortfarande ingen konsensus om vad som är de bästa markörerna för god immunitet, utan det krävs mer forskning på det området. Alla dessa studier måste utföras i en mycket kontrollerad miljö, och noggrann övervakning och dokumentation är avgörande. Fas 1 genomförs ofta först i icke-endemiska områden och upprepas sedan i endemiska områden. Sådana studier är kostsamma och kräver välutbildad lokal personal. En klinisk prövning är ett tvärdisciplinärt arbete med medverkan av bland annat kliniska

granskare, biostatistiker samt biomedicinsk och sociologisk personal.

Om det inte finns några belägg för toxicitet och immunrespon- sen anses fullgod kan produkten gå vidare till fas 2. I denna fas testas produktens verkan på ett begränsat antal personer genom studier på sjuka personer (där infektionen framkallas på artificiell väg) eller i endemiska områden. En fas 2-studie med en viss epi- demiologisk inriktning på en enda endemicitetsnivå kanske inte räcker för att man ska kunna gå vidare med en fas 3-studie. I den senare testas verkan på hundratals eller tusentals personer. För att produktens verkan under olika omständigheter ska kunna bedömas måste tillförlitliga och aktuella epidemiologiska data vara tillgäng- liga för landet eller regionen i fråga.

När den kliniska prövningen är klar och ett företag beslutar att tillverka produkten kvarstår ändå frågan om hur produkten på bästa sätt ska kunna distribueras till människorna som behöver den. Detta kräver dels en viss uppmärksamhet hos beslutsfattarna, dels undersökningar – bland annat sociologiska studier – för att utvär- dera hur produkten uppfattas och tas emot av den befolkning som den är avsedd för. Dessutom måste man studera sjukvårdssystemet där produkten ska användas.

Som om detta inte var tillräckligt finns det ytterligare en ”felande länk” när en produkt tillverkas men ändå inte är tillgänglig för per- soner i låginkomstländer som behöver den. Följande exempel illu- strerar den situationen: Anemi är ett av de stora folkhälsoproble- men i regioner med hög förekomst av malaria, hiv/aids, masksjuk- domar, undernäring o.s.v. Denna sjukdom uppträder emellertid på ett så försåtligt sätt att en mild till måttlig grad av anemi ofta inte upptäcks av vårdpersonal och därför förblir obehandlad. Samtidigt kan blodtransfusioner för allvarlig anemi ordinerats på grundval av felaktigt uppmätta hemoglobinvärden, vilket innebär att patienten i onödan utsätts för risken att smittas med hiv och andra blodburna smittämnen. En utvärdering av hemoglobinmätmetoder för lågin- komstländer¹² visade tydligt att diagnostekniken HemoCue för he- moglobin är den överlägset bästa metoden men också den dyraste. HemoCue AB är ett litet, svenskt företag i Ängelholm som har ut- vecklat produkten genom grundforskning. Trots dess dokumente- rade fördelar och allmänna spridning i industrialiserade länder an-

¹² American Journal of Tropical Medicine & Hygiene 2004: Reducing the burden of anemia in infants and young children in malaria endemic countries of Africa: From evidence to action.

vänds den inte i låginkomstländer, där den behövs bäst. Problemet beror till en del på ekonomiska faktorer och till en del på bristande kontakt med beslutsfattarna.

Den komplexa biologin i hivsmittans patogenes och den knapphändig kunskapen om den innebär stora utmaningar för utveckling av hivvacciner. Världen har tvingats inse hur svårt det kommer att bli att framställa ett säkert vaccin som stoppar hiv och förhindrar att viruset smittar personer som utsätts för det. Det är förmodligen inte ens möjligt att nå det målet. Vi måste ändå investera i studier som omfattar både grundforskning och klinisk forskning med målet att utveckla ett vaccin som kanske har en 50-procentig effektivitet. Detta vaccin kan då bli ett komplement till andra metoder för att förhindra att människor smittas av viruset. Under de senaste två åren har man genomfört prövningar av vaccinet verkan på människor. Flera tusen personer har vaccinerats med en typ av vaccin som gör att kroppen framställer ”neutraliserande antikroppar” mot hiv. Vaccinet var säkert men kunde inte hindra att människor smittades med hiv. För närvarande testas flera nya vacciner, både på små grupper av människor och i större fas III- eller verkansprövningar. Tester pågår just nu av sammanlagt 22 nya vacciner i sex länder, bland annat i Afrika (Uganda, Kenya och Sydafrika). Svenska forskare planerar att med stöd av Sida påbörja en vaccinprövning i Tanzania inom två år.

2.4 RIKTADE INSATSER MOT SJUKDOMAR

En stor del av Sveriges nuvarande stöd till sjukdomsspecifika insatser går via de globala hälsoprogrammen (Global Health Programs, GHP). De flesta studier visar att globala hälsoprogram både ger nyfinansiering i stor skala och mobiliserar ny global kompetens och kunskap för problemlösning på många olika områden¹³. De har medfört en ökad global och nationell medvetenhet om hälsofrågor på de högsta politiska nivåerna.

Bedömningar har antytt att de viktigaste framgångarna har lett till att sjukdomarna har fått en mer framskjuten profil. Detta har medfört ett ökat engagemang och ett ekonomiskt tillskott, vilket i sin tur påskyndar framstegen (även om det fortfarande är osäkert

¹³ Key evidence from major studies of selected Global Health Partnerships. A background paper for a meeting of the High-Level Forum on the Health MDGs' Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships, 25–26 April 2005.

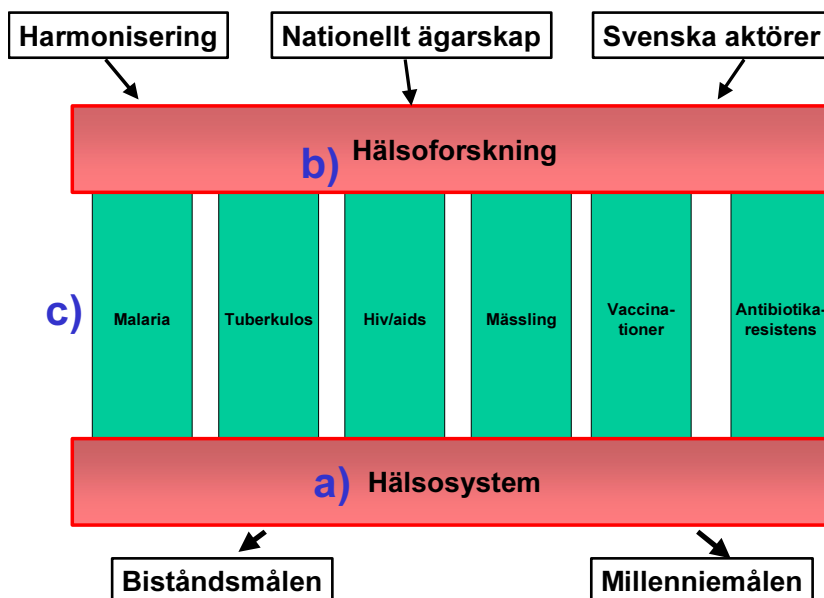
om vissa GHP-mål kommer att uppnås i tid, t.ex. målen för Stop TB Partnership och Roll Back Malaria) och i vissa fall ger upphov till innovationer. Att utveckla en tydlig strategi, bygga upp ett samförstånd kring den och samordna samarbetspartnernas uppgifter är grundläggande och väsentliga mål för de globala hälsoprogrammen. Det finns en viss oro för att fokusering på sjukdomsbehandling kan avleda uppmärksamheten från förebyggande arbete, särskilt för hiv/aids.

Aktuella studier antyder att det finns mer som talar för ett positivt resultat (eller möjlighet till ett sådant) för Stop TB Partnership, GAVI och GFATM än för Roll Back Malaria. **Stop TB Partnership** betraktas ofta som ett av de mest framgångsrika globala partnerskapen för hälsa. Det ger viktiga lärdomar om global tuberkuloskontroll – som kan tillämpas på andra överförbara sjukdomar – och om hur opinionsbildning kan kopplas till finansieringssystem på ett effektivt sätt. **RBM** har arbetat med att uppbåda stöd och finansiering, framför allt från Globala fonden, men har hittills haft mycket liten inverkan på malariasituationen i malariaendemiska länder. **GAVI:s** projekt har satt fart på arbetet med immunisering, minskat sjukligheten och dödligheten bland barn, höjt den praktiska kapaciteten och tagit upp nya vacciner och tekniker. **GFATM** har avsevärt ökat resursernas tillgänglighet, men det är ännu alltför tidigt att bedöma resultatet. Detta hälsoprogram är nu en mycket större aktör än Världsbanken när det gäller finansiering av kontroll av alla tre sjukdomarna.

Hiv/aids är den enda enskilda sjukdom där Sverige har ett antal riktade insatser. Sidas direkta stöd till insatser under rubriken hiv/aids ökade med 30 % under 2004, från årliga utgifter om 309 miljoner kronor 2003 till 403 miljoner kronor 2004. Det är 3,2 % av Sidas totala utgifter för utvecklingssamarbete under 2004. Svårigheterna att beräkna vilka resurser som går till hiv/aids när de smälter samman eller integreras med andra samsamarbetsområden innebär att statistiken över årliga utgifter för hiv/aids i tabellen ovan visar betydligt lägre siffror än de faktiska. Den största ökningen gällde Afrika, där utgifterna ökade från 61 miljoner kronor 2003 till nästan 102 miljoner kronor 2004.

3 HANDLINGSPLAN

Handlingsplanen måste vara fast rotad i de svenska målrामarna och prioriteringarna för utvecklingssamarbete, som illustreras i följande figur.



Handlingsplanen föreslås huvudsakligen fokusera på de två tvärgående skärningsområdena i figuren ovan: hälsorforskning och hälsosystem. Vissa fokusområden har föreslagits för riktade sjukdomsinsatser när det gäller tuberkulos, hiv/aids, mässling och antibiotikaresistens.

3.1 HÄLSOSYSTEM

Det finns en växande medvetenhet om att svaga hälsosystem utgör ett hinder för att uppnå millenniemålen för hälsa och andra globala hälsomål. Den drivkraft som har vunnits genom de globala hälsoinitiativen för hiv/aids, tuberkulos, malaria och andra sjukdomar har motverkats av svaga sjukvårdssystem. Detta har omöjliggjort en snabb upptrappning av de insatser som man vet är effektiva. Bland

de globala hälsoinitiativen verkar det finnas en allt större enighet om att de nämnda omständigheterna är de främsta hindren för en upptrappning. Några av faktorerna är ofta svaga anskaffningssystem, undermåliga system för ekonomisk styrning och begränsade möjligheter till långsiktighet, begränsade personalresurser, ingen eller otillräcklig hälsoinformation samt bristande samordning av initiativen från myndigheternas sida.

På internationell nivå har sjukdoms- eller vårdtjänstspecifika globala hälsoinitiativ börjat utveckla strategier för att överbrygga hindren i sjukvårdssystemen. GAVI lanserade t.ex. år 2001 ett särskilt finansieringspaket med avsikten att angripa systemhindren. Nyligen har man också startat ett projekt som ska hjälpa länderna själva att identifiera och eliminera systemhinder som påverkar immuniseringsprogrammen. I Globala fondens femte utlysning välkomnar man uttryckligen ansökningar om projekt med syfte att stärka hälsosystemen utöver ansökningar om de tre viktigaste sjukdomarna. Den andra ad hoc-kommittén för tuberkulosepidemin rekommenderade att Stop TB Partnership ska främja samarbete mellan programmets egen personal och sjukvårdens beslutsfattare ”för att säkerställa att tuberkuloskontrollprogrammen bidrar till och bygger på ett bredare perspektiv på förstärkning av hälsosystemen och att de samverkar med övrigt offentligt hälsoarbete”.

Flera projekt för att stärka vissa komponenter i hälso- och sjukvårdssystemen har också startats nyligen. Joint Learning Initiative on Human Resources for Health (HRH) är uttryckligen inriktat på den akuta bemanningskrisen inom hälso- och sjukvården och har som syfte att skapa en bättre insikt i personalens roll i sjukvårdssystemen och att hitta nya strategier för att förbättra deras prestationer. Health Metrics Network (HMN) enar samarbetspartner runt det gemensamma målet att stärka de nationella hälsoinformationsystemen för att få fram bättre beslutsunderlag på nationell och global nivå. Det finns emellertid många komponenter i sjukvårdssystemen – t.ex. finansieringssystemen och förhållandet mellan offentlig och privat sektor – som kan vara lika avgörande för att de globala hälsomålen ska kunna uppnås men som för närvarande inte är föremål för ett sådant samordnat och omfattande arbete.

Utöver de globala initiativens arbete med att stärka hälsosystemen har WHO tagit initiativ till ett handlingsnätverk för hälso- och sjukvårdssystem (Health Systems Action Network, HSAN) som ska ge stöd till länder som har förbundit sig att uppnå eller överskrida millenniemålen för hälsa senast 2015. Uppdraget är att

driva på en samordning av de viktigaste samarbetsparterna åtgärder med syfte att skapa utökade, omfattande och långtgående reformer inom hälsosystemen under 2005–2015. De viktigaste intressenterna och samarbetsparterna bjöds in för att grunda HSAN, bland annat regeringar i de biståndsmottagande länderna, bilaterala biståndsgivare, regionala banker, Världsbanken, organisationer inom FN, stiftelser, den privata sektorn, ideella organisationer, globala initiativ och akademiska institutioner.

På grund av en pendelsvängning i den globala hälsan har uppbyggandet av miljardtals dollar lett till att det har uppstått starka, sjukdomsspecifika intressegrupper, som alla är motiverade att utrota specifika sjukdomar i fattiga länder. De fattiga länderna har emellertid svaga hälso- och sjukvårdssystem och kan inte ge det stöd som krävs för att omvandla denna välvilliga frikostighet till det som förväntas i vår resultatriktade tid. Sjukdomsgrupperna har insett detta och planerar nu att bygga upp system runt sina sjukdomar för att förbättra sjukdoms- eller insatssystemens resultat. Problemet är att vissa sjukdoms- eller instatsspecifika investeringar visserligen ensamma kan överbrygga vissa av begränsningarna i systemen, men att de ändå inte är tillräckliga. I stället kan de antingen leda till slöseri med resurser eller oroande snedvridningar i resultatet. Frånvaron av alternativa mellanhänder för systeminvesteringar på nationell nivå gör det emellertid svårt att se hur investeringar bortom de sjukdoms- eller behandlingsspecifika insatserna ska kunna göras. En viktig prioritering för att göra det möjligt att stärka resultatet för alla sjukdomsprioritetsområdena på nationell nivå skulle därför vara att skyndsamt utveckla ett antal fristående mellanhänder för systeminvesteringar: ”ett nationellt program för rättvis finansiering”, ”ett nationellt program för en bärkraftig ökning av hälso- och sjukvårdspersonalen” eller ”ett nationellt program för samordning och förstärkning av hälsoinformationssystem”. Om dessa typer av nationella enheter utvecklas och understöds på ett lämpligt sätt skulle de stora bidragsgivarna tydligare se hur de kan bidra till att stödja arbetet för att stärka systemet, som helst bör ske inom systemet, inte genom de sjukdoms- eller behandlingsspecifika programmen.

Health Metrics Network är en föregångare som kan utnyttjas i form av nationella investeringar (och inte bara i globala sammanhang). Det är nödvändigt med alternativa mekanismer inom andra viktiga systemområden, eftersom det trängande behovet att göra något åt de här problemen annars kommer att leda till flera paral-

lleva, icke samordnade insatser av tvivelaktig kvalitet. Det finns just nu sådana tendenser när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal. Man konkurrerar om utvandrad personal, som anlitas som ”expert-rådgivare” på nationell nivå om bemanningen inom hälso- och sjukvården.

Det finns också behov av utbildning och forskning om hälsosystem som ser längre än till de systemspecifika funktionerna. Okunskapen kring praktiska tillvägagångssätt för systemspecifika frågor är stor – vid strävan efter högre systemeffektivitet är både större kunskapsinhämtning genom formell forskning och effektivare inlärning genom erfarenhet viktiga biinvesteringar (vilket framhölls under toppmötet i Mexiko). Investeringarna kan vara till gagn för specifika sjukdomar, men även dessa måste utvidgas till specifika utmaningar som gäller hela systemet. Som en del av ett forskningspaket om strategier för att minimera sjukdomarnas fattigdomsskapande effekter kan man t.ex. söka efter effektiva samhällsbaserade strategier för att sänka de indirekta kostnaderna för sjukdom. Sådan forskning kan ge ett viktigt bidrag till alla sjukdomsprogram som måste samverka med hälso- och sjukvårdsinrättningar. Även i det här fallet måste hög prioritet ges åt utveckling av olika sätt att finansiera forskningen.

Främja samverkan och harmonisering mellan hiv/aids-, tuberkulos- och malariaprogram och – i de fall där det är möjligt – integrering av dem på leveransnivå. Det är särskilt viktigt att harmonisera sjukdomskontrollprogrammen i resursfattiga miljöer, där man inte har råd att låta separata program arbeta isolerat från varandra. I länder där hiv/aids, tuberkulos och malaria är allmänt spridda måste ett effektivt gensvar angripa de hinder som ofta uppstår i kontrollprogram för de tre sjukdomarna, t.ex. många oupp-
täckta fall av sjukdomen eller dålig efterlevnad av förebyggande och behandling. Arbetet med att hitta vanliga problem för olika insatser bygger på samverkan mellan flera program.

Öka tillgången till sjukdomskontrollprogram, särskilt för fattiga och andra utsatta grupper. I många länder finns det svagheter i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet som lägger hinder i vägen för en ökad tillgång till hiv/aids-, tuberkulos- och malariaprogram. Allmän tillgång till sjukdomsspecifika tjänster kan t.ex. ofta inte förverkligas om inte problem som gäller hela sjukvårdssystemet åtgärdas först. Det gäller t.ex. brist på hälso- och sjukvårdspersonal, problem med ledningskapaciteten och ett otillräckligt antal, ojämnt fördelade sjukvårdsinrättningar. Reformen inom häl-

sosektorn med syftet att förbättra hälso- och sjukvårdståtheten i allmänhet kan dessutom ha en positiv effekt för tillgången till sjukdomskontrolltjänster och deras täckningsgrad.

Öka efterfrågan på hiv/aids-, tuberkulos- och malariatjänster, i synnerhet bland de fattiga. För att öka andelen upptäckta sjukdoms- och smittofall och förbättra efterlevnaden av åtgärder för förebyggande och behandling av de tre sjukdomarna krävs det insatser för att öka efterfrågan på tjänster. Insatserna kan bland annat bestå av stimulansåtgärder som är situationsspecifika, kulturanpassade och eventuellt relevanta för alla hälso- och sjukvårdstjänster. Om resekostnaderna t.ex. utgör ett tillgänglighetshinder kan strategier som riktas mot hela sjukvårdssystemet bestå av subventionerade transporter som underlättar tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster i allmänhet. Dessa strategier ökar då också efterfrågan på sjukdomsspecifika tjänster.

Verka för samhällsengagemang i utformning och genomförande av lokala hälsoprogram. I ett jämlikt och välfungerande hälso- och sjukvårdssystem samarbetar samhällsrepresentanter med vårdgivare i beslutsprocessen. Det är därför mycket betydelsefullt att undersöka lämpliga metoder för medborgarnas delaktighet i utformning av principer, program och gransknings- och utvärderingssystem för de tre sjukdomarna.

3.1.1 Stöd till hälsosystem

Global nivå

WHO har tagit initiativ till ett handlingsnätverk för hälsosystem (**Health Systems Action Network, HSAN**) som ska hjälpa intresserade länder att uppnå eller överskrida millenniemålen för hälsa senast 2015. Uppdraget är att driva på en samordning av de viktigaste samarbetspartnernas åtgärder med syfte att genomföra utökade, omfattande och långtgående reformer inom hälsosystemen under 2005–2015. De viktigaste intressenterna och samarbetspartnerna bjöds in för att grunda HSAN, bland annat regeringar i de biståndsmottagande länderna, bilaterala biståndsgivare, regionala banker, Världsbanken, organisationer inom FN, stiftelser, den privata sektorn, ideella organisationer, globala initiativ och akademiska institutioner.

HSAN ska arbeta i riktning mot en vision för hälsosystem som garanterar långsiktiga hälso- och sjukvårdstjänster av hög kvalitet som är tillgängliga och åtkomliga för alla utan ekonomiska hinder samt varje medborgares rätt att skydda sin egen hälsa och information som gör det möjligt. Genom trovärdig information ska nätverket i synnerhet arbeta genom påverkan, kommunikation och rekommendationer för följande ändamål:

- **Ekonomi:** minsta möjliga ekonomiska hinder för tillgång till livsviktiga hälso- och sjukvårdstjänster.
- **Hälso- och sjukvårdspersonal:** tillräcklig, utbildad och motiverad hälso- och sjukvårdspersonal, stationerade där behovet finns och med adekvat ersättning.
- **Läkemedel och sjukvårdsartiklar:** tillgång för alla till säkra, livsviktiga läkemedel och sjukvårdsartiklar till ett överkomligt pris vid behov.
- **Kunskap för handling:** inhämtning och utbyte av kunskaper som möjliggör för alla intressenter i sjukvårdssystemen att vidta initierade åtgärder. Det omfattar bland annat utveckling av välfungerande hälsoinformationssystem som gör det möjligt för medborgare, ideella organisationer, hälso- och sjukvårdspersonal på alla nivåer samt beslutsfattare att mäta framstegen i förhållande till dessa och andra hälsomål.
- **Effektivare förvaltning av hälsosystem,** från myndigheternas och andra parters sida, med resultatet att alla medborgares hälsa och deras säkerhet när de söker vård skyddas på ett tillfredsställande sätt.

Om denna vision förverkligas skulle det avsevärt förbättra möjligheten att uppnå de mål som har ställts upp av de globala hälsoinitiativen och partnerskapen. Det skulle kunna leda till att de stora biståndsgivarnas bidrag ökar och förbättra ländernas möjlighet att tillhandahålla de vårdtjänster som behövs för aids, tuberkulos, malaria, reproduktiv hälsa och barnhälsa.

HSAN:s uppdrag – som en del av ett bredare arbete för att hjälpa utvecklingsländer att uppnå eller överskrida millenniemålen för hälsa senast 2015 – skulle vara att påskynda bättre underbyggda och samordnade åtgärder från de viktigaste samarbetspartnernas sida och att ge stöd till uppbyggnad av utvidgade, mångsidiga och effektiva hälsosystem i länderna.

Flera projekt för att stärka vissa komponenter i sjukvårdssystemen har också startats nyligen. Sverige är för närvarande aktivt i frågor om bemanning inom hälso- och sjukvården och hälsoinformationssystem. **Joint Learning Initiative on Human Resources for Health (HRH)** är uttryckligen inriktat på den akuta bemanningskrisen inom hälso- och sjukvården och har som syfte att skapa en bättre insikt i personalens roll i sjukvårdssystemen och att hitta nya strategier för att förbättra deras prestationer. En bemanningsplattform kommer att inrättas, troligen inom ramen för HSAN.

Health Metrics Network (HMN) enar samarbetspartner runt det gemensamma målet att stärka de nationella hälsoinformationssystemen för att få fram bättre beslutsunderlag på nationell och global nivå.

Regional nivå

De svagaste hälso- och sjukvårdssystemen finns i Afrika söder om Sahara. Sida kommer att inleda dialoger med de regionala afrikanska organisationerna **SADC, NEPAD, AU** med flera för att pejla deras intresse för arbetet med att stärka hälsosystemen och deras vilja att ta på sig en samordnande roll i detta arbete. Bättre hälsa står på dagordningen för alla organisationerna och ingår i deras handlingsprogram och strategier, men de har hittills inte spelat någon framträdande roll. WHO/AFRO är också en viktig samarbetspartner för att knyta det globala WHO-arbetet till dessa länder. Det finns också ideella organisationer och nätverk, t.ex. **EQUINET (Network for Equity in Health)** och **HEPNET (Network for Health Economics)**, som kan få hjälp med att öka sitt stöd till länderna.

Nationell nivå

Det svenska utvecklingsarbetet för att stärka hälsosystemen har som slutligt mål att detta ska ge effekt på nationell nivå, med starkare hälso- och sjukvårdssystem som bidrar till bättre hälsa och bättre hälso- och sjukvård för de fattiga. Stöd till global och regional nivå samverkar med och bidrar till resultat på nationell nivå. Fokus bör ligga på länder där Sida redan deltar i hälsosamarbets-

program. Utformningen kommer att bestämmas med hänsyn till det nationella ägarskapet och harmonisering bland biståndsgivarna.

En viktig prioritering för att göra det möjligt att stärka resultatet för alla sjukdomsprioritetsområdena på nationell nivå är att utveckla ett antal fristående mellanhänder för systeminvesteringar: ”ett nationellt program för rättvis finansiering”, ”ett nationellt program för en bärkraftig ökning av hälso- och sjukvårdspersonalen” eller ”ett nationellt program för samordning och förstärkning av hälsoinformationssystem”. Om dessa typer av nationella enheter utvecklas och understöds på ett lämpligt sätt skulle bidragsgivarna tydligare se hur de kan bidra till att stödja arbetet för att stärka systemet, som helst bör ske inom systemet, inte genom de sjukdoms- eller behandlingsspecifika programmen.

Det kommer troligen innebära att bidragsgivare och andra utvecklingspartner kommer att samverka med inhemska myndigheter om att stödja nationellt arbete för att bygga upp kapaciteten. Detta omfattar bland annat utveckling av nationella program för förstärkning av hälsosystem som ska ingå som en del i de nationella hälsoplanerna. Programmen kan sedan stödjas av biståndsgivarna, antingen via deras allmänna bidrag till den samlade finansieringen inom sektorstrategin eller som riktade bidrag – i linje med sektorstrategin – för program för förstärkning av hälsosystem. Det krävs finansiering av kostnaden för att introducera och driva programmet, men också för att öka möjligheten att fullfölja, övervaka och granska programmet på ett inhemskt plan.

3.1.2 Ett svenskt resurscentrum

För att systemen ska kunna göras lyhörda, jämlika, ändamålsenliga och effektiva måste strukturella brister åtgärdas genom faktabaserade riktlinjer. En kapacitetsuppbyggnad krävs i låginkomstländer för utveckling, genomförande och utvärdering av en situationsanpassad hälso- och sjukvårdspolitik. Dessutom måste klyftan mellan kunskap och handling överbryggas för att redan befintliga åtgärder ska kunna omsättas i handling. Det är mycket viktigt med en effektiv förmedling av kunskaper från forskningsorganisationer till relevanta beslutsfattare. Erfarenheter från Tanzania visar att ändamålsenliga verktyg som visar sambandet mellan aktuella resursfördelningsmönster och sjukdomsbördan kan göra det möjligt för distriktschefer att fördela om resurser till insatser som ger högsta

möjliga hälsovinster med de tillgängliga resurserna. På mindre än fem år har dödligheten bland barn under 5 år minskat med 50 % med oförändrade systemmedel. I Laos har man framgångsrikt låtit beslutsfattarna medverka i utformning och genomförande av HSR-projekt (Health Systems Research) för att styra verkställandet av riktlinjerna.

Det finns ett trängande behov av kompetensutveckling bland beslutsfattare i låginkomstländer för att hälsopolitik, hälsosystem och den alltmer komplicerade biståndsgivarstrukturen ska kunna styras på bästa möjliga sätt. En stor del av det tillgängliga tekniska stödet för hälsopolitik och hälsoplanering sker dock i dag fortfarande från fall till fall och med inriktning på projektplanering (vertikalt) och utvärdering av separata projekt. I många fall har inte heller hälso- och sjukvårdspolitiken och hållningen till vårdtjänster utvärderats ordentligt, vilket innebär att faktaunderlaget för utveckling av hälsosystem i låginkomstmiljöer behöver stärkas. En stor utmaning i den välbehövliga utvecklingen av bemanningssituationen är att hitta system som säkerställer låginkomstländernas aktiva medverkan – en förutsättning för ett äkta "ägarskap" och för hälsopolitikens långsiktighet. Forskning om hälso- och sjukvårdssystem kan förbättra faktaunderlaget för situationsanpassat beslutsfattande.

De svenska resurserna inom utveckling av och forskning om hälsosystem är omfattande och långt ifrån optimalt utnyttjade. De innefattar bland annat Division of International Health (IHCAR) och Medical Management Centre (MMC) på Karolinska Institutet, Centrum för folkhälsa i Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Epidemiologiskt centrum (EpC), Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Prioriteringscentrum i Linköping, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund, Sektionen för socialmedicin och global hälsa i Malmö/Lund samt Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå universitet.

Erfarenheter från Sidas stöd till HEPNet (Health Economics and Policy Network) och från samarbete mellan forskningsinstitutioner i Sverige och Zambia visar att det är svårt genomföra ett samarbete på institutionsnivå. Ett nätverk blir lätt ett nätverk av individer i stället för ett nätverk av institutioner. När detta inträffar sprids inte informationen utanför nätverket, och de enskilda medlemmarna fungerar inte som informationscentraler i sin omgivning. För att ett nätverk ska bli något mer än bara ett verktyg för informationsdelning måste det finnas en hemvist för de frågor som nät-

verket arbetar med. I vårt regionala stöd till utveckling av hälso- och sjukvårdsekonomi i Afrika har vi faktiskt fått bäst resultat där vi har kunnat kombinera regionalt nätverksarbete med bilateralt stöd i form av institutionellt samarbete (mellan institutioner i t.ex. Sverige och Zambia). I de fallen har vi kunnat se hur de potentiella fördelarna av nätverksarbetet har omsatts till handling och konkreta resultat.

Erfarenheter från Sidas stöd till HEPNet visar också att sjukvårdsministeriets medverkan är avgörande för principiell genomslagskraft. Det innebär att organisationsstrukturen ska bestå av ett samarbete mellan tre parter på nationell nivå, nämligen mellan WHO:s nationella avdelning, sjukvårdsministeriet och ett forskningsinstitut (högskolan för folkhälsa eller något liknande) med inriktning på forskning om hälsosystem. Dessa tre ska sedan ingå i ett regionalt eller globalt nätverk med globala aktörer. WHO:s medverkan på nationell nivå ger en legitimitet som aldrig kan åstadkommas om bara "intresserade ideella organisationer eller forskningsinstitutioner" deltar, oavsett hur bra de är.

Man kan utgå från redan befintliga nätverk med svenska institutioner. Vissa av dem har kontakter med såväl forskningsinstitutioner, t.ex. nationella institut för folkhälsa, hälsopolitik och hälsostrategier, som sjukvårdsministerier i låginkomstländer i Afrika söder om Sahara respektive Sydostasien. En del av de här kontakterna är tillfälliga, vissa är nya, men några är mer långsiktiga. Inget nätverk har emellertid haft en stark anknytning till både ett forskningsinstitut och ett sjukvårdsministerium, utan de har snarare fungerat som ett utbyte mellan en svensk institution och motsvarande institut i ett låginkomstland.

Den här typen av nätverksarbete, som samarbetet med HEPNet är ett exempel på, behöver inte bara vara ett sätt att stärka personalresurserna för en situationsanpassad utveckling av hälsopolitik och hälsosystem. Det kan också göra det enklare att överbrygga klyftan mellan kunskap och handling, vilket leder till att befintliga insatser kan utnyttjas bättre.

3.2 FORSKNING

3.2.1 Sidas stöd till forskning

Sverige har genom Sida, och före 1995 genom SAREC, gett stöd till forskning om smittsamma sjukdomar i över trettio år. Stödet har gått till allt från grundforskning om molekyler och patogener via epidemiologi till forskning om hälso- och sjukvårdssystem. Stödet har varit organiserat på fyra olika sätt, nämligen till: 1) bilateralt forsknings-samarbete, 2) regionala organisationer, 3) internationella organisationer och 4) svenska forskare¹⁴.

Trots framgångarna för den här investeringen kvarstår ett antal områden där det finns uppenbara flaskhalsar som hindrar att forskningen når den framgång som krävs för att förebygga eller hitta bättre behandlingar för smittsamma sjukdomar. Flaskhalsarna finns i princip på tre nivåer:

1. Svaga hälsosystem som gör det svårt att utnyttja forskningsrönen.
2. Otillräcklig forskningskapacitet i vissa låginkomstländer, vilket minskar möjligheten att hitta, välja, anpassa och utvärdera kunskap och verktyg som är tillgängliga internationellt.
3. Hinder i processen mellan upptäckt och produktion – ”felande länkar” som gör att produkten inte går vidare till klinisk prövning och därefter till registrering.

För att åtgärda vissa av dessa brister krävs det långsiktiga investeringar, t.ex. uppbyggnad av fungerande forskningssystem å ena sidan och investering i grundforskning i frontlinjen å den andra. Det finns emellertid också många områden där mer direkta investeringar i forskning kan bidra till ökad kontroll av och kunskap om smittsamma sjukdomar.

Dessa frågor kan hanteras operationellt både på politisk nivå och i form av investeringar i: a) nationell forskningskapacitet, b) möjlighet att utforma, övervaka och analysera hälsosystem, c) forskning om samhällsbaserade insatser, d) specifik kapacitet för kliniska prövningar samt e) riktad stöd till sjukdomsspecifik forskning.

¹⁴ Se bilaga om forskning.

3.2.2 Politisk nivå

Internationell opinionsbildning kan vara avgörande när det gäller att uppbringa ett allmänt stöd för nya finansieringssätt för det globala allmänna bästa och för ett samordnat arbete för att förbättra biståndets effektivitet, inklusive stödet till forskningssystem.

Sverige har ett bra utgångsläge för att förorda nya metoder för internationell finansiering av utveckling av nya förebyggande och behandlande åtgärder för smittsamma sjukdomar som i första hand drabbar fattiga: a) Sverige betraktar sådana produkter som kan finansieras med offentliga medel som det globala allmänna bästa. b) Sverige har många kompetenta forskare på området. c) Många svenska forskare har ett aktivt, långsiktigt forskningssamarbete med utvecklingsländer. d) Sverige har en avancerad läkemedelsindustri med viktiga erfarenheter av utveckling och produktion av läkemedel och vacciner.

Sverige har undertecknat ”Parisdeklarationen om biståndseffektivitet”¹⁵, som förespråkar ett konsekvent stöd till sektorstrategier. Det finns dock behov av plädering för ett konsekvent stöd till hälsoforskning som en del av ett bredare nationellt forskningsstöd. Sverige har nästan unika erfarenheter av arbete med att stödja forskning i och av utvecklingsländerna som en förutsättning för att de ska kunna angripa fattigdoms- och utvecklingsproblem.

3.2.3 Investeringsnivå

Alla länder måste ha en grundläggande forskningskompetens för att kunna identifiera, välja ut, anpassa och utvärdera forskningsrön och verktyg som har utvecklats av det internationella forsknings-samfundet. Denna kompetens krävs också för att förstå den lokala situationen med dess problem och möjligheter, för att informera lokala beslutsfattare samt för att ge ett tillämpat perspektiv och påverka den internationella forskningsdagordningen.

Sida har under de senaste 20 åren gett stöd till förstärkning av forskningskapaciteten på universitet i låginkomstländer som Etiopien, Tanzania, Moçambique, Nicaragua, Sri Lanka och Vietnam. För närvarande tar även andra länder – Rwanda, Uganda, Burkina Faso, Bolivia och Laos – emot bilateralt forskningsstöd från Sverige.

¹⁵ Klar i mars 2005.

Att utveckla en nationell forskningskapacitet i låginkomstländer för att underlätta för dem att värdera alla de utifrån kommande, välmenande initiativ som de ställs inför är en lång men nödvändig process. Det är först när låginkomstländerna har denna kompetens som de kan medverka i regionala och internationella forum på ett mer jämlikt sätt. Sida stöder för närvarande utbildning med syfte att öka forskningskapaciteten i områden med smittsamma sjukdomar i Tanzania, Etiopien, Uganda, Nicaragua och Vietnam. Nya samarbeten planeras i andra länder, t.ex. Honduras. Svenska forskare har varit djupt involverade i forskningen och utbildningsprogrammen. Som en följd har även forskningssamarbeten som inte finansieras av Sida inletts. Det handlar bland annat om kontakter på studentnivå, där utbytesarrangemang har växt fram. Den öppna och demokratiska undervisnings- och forskningskulturen på svenska institutioner har tagits mycket väl emot av motparterna. Ett framträdande exempel är det långsiktiga programmet "TANSWED" i Tanzania, som inleddes 1986.

Forskningsaktiviteterna inom de bilaterala programmen för förstärkning av hälsoforskning handlar om allt från grundläggande laboratorieforskning för att identifiera resistent former av malariparasiten, hiv och tuberkulos och epidemiologiska studier till studier av vårdsökarbeteende och forskning om hälsosystem. Dessa insatser är en del av ett omfattande stöd till nationell forskningsutveckling. De skulle få betydligt större värde om de kunde harmoniseras med strategiska planer för nationell forskningsutveckling med riktlinjer för externa bidrag från olika källor.

Möjligheten att utforma, övervaka och analysera hälsosystem har diskuterats i det tidigare kapitlet om hälsosystem och tas upp i avsnitt 3.2.4. Här räcker det att understryka att denna möjlighet måste understödjas av kännedom om forskningsmetoderna inom olika ämnesområden.

Forskning om samhällsbaserade insatser krävs för att administrera vacciner och läkemedel och för att hantera externa initiativ från diverse intressenter från olika länder och organisationer (t.ex. gåvor och distribution av läkemedel mot retrovirus). Vissa av dessa studier utförs vid demografiska fältstationer (Demographic Surveillance Sites, DSS), där en ständig insamling av longitudinella data pågår. Dessa stationer upprättas ofta på landsbygden (men i allt större utsträckning också i städernas slumområden) och arbetar med frågor som har direkt relevans för landets fattiga. De tillhandahåller detaljerad och longitudinell befolkningsinformation, som

kan användas för testning av läkemedel och vacciner. Dessa stationer stöds i allt högre grad av de lokala hälsoministerierna och drivs av lokala forskare, vilket är långt från situationen på den tiden då de flesta sådana stationer var satelliter till europeiska institutioner.

Metoder måste utarbetas för att förbättra den inhemska kapaciteten för analytisk forskning om smittsamma sjukdomar på samhälls- och sjukvårdssystemsnivå. Sida bör öka stödet i länder som redan deltar i hälsoforskningsamarbete. I länder där det för närvarande saknas stöd till hälsoforskning men det finns forskningssamarbete på andra områden kan Sida överväga att utöka samarbetet med stöd till hälsoforskning om smittsamma sjukdomar.

En ökad forskningskapacitet skulle ge länderna möjlighet att utföra **kliniska prövningar** kring smittsamma sjukdomar. Möjligheten att genomföra kliniska prövningar kan få följder för forskningskapaciteten i allmänhet. I vissa bilaterala program har man uppnått forskningsresultat med möjlighet till praktisk tillämpning, men på grund av ekonomiska begränsningar har de inte kunnat vidareutvecklas. **Stöd till sådana möjligheter inom de bilaterala programmen måste övervägas. Utökad forskningskapacitet för kliniska prövningar** ger möjlighet till tvärdisciplinär utbildning av forskare inom flera forskningsområden, t.ex. klinisk, biomedicinsk, statistisk, sociologisk och epidemiologisk forskning, för att bara nämna några. Det är viktigt att institutionerna i låginkomstländerna har den analytiska kompetens och de resurser som krävs för att de ska kunna välja vilken typ av vacciner eller läkemedel de vill testa, i stället för att detta bestäms av utomstående aktörer.

INDEPTH är ett nätverk av flera demografiska fältstationer i Afrika, Asien och Latinamerika, som tillhandahåller tvärdata och stärker de medverkande fältstationernas kapacitet. INDEPTH har åtagit sig en viktig uppgift, som omfattar studier av malaria, hiv/aids, tuberkulos och andra smittsamma sjukdomar. Organisationen har samlat in data som tydligt visar variationen inom de smittsamma sjukdomarnas utbredning i olika delar av utvecklingsvärlden (se diagram i bilaga). Detta kan till exempel jämföras med de internationella data som är tillgängliga om dödligheten i Afrika (inklusive data från WHO), som bygger på en extrapolering av dödlighetsdata från Asien! Ett ökat stöd till såväl befintliga demografiska fältstationer som INDEPTH skulle bidra till ett mer tillförlitligt beslutsunderlag. Dessutom bör Sida överväga att ge stöd till **vissa befintliga demografiska fältstationer med unik inrikt-**

ning på slumområden i städerna, som kan ge en ovanlig forskningsinblick i den här typen av samhälle.

För närvarande rapporteras en nedgång i förekomsten av hiv/aids från ett antal länder i Afrika, bland annat Tanzania, Uganda, Etiopien och Kenya. Vad detta fenomen beror på är oklart. Det är lämpligt att ta det här tillfället i akt att undersöka orsakerna till minskningen. Om man hittar belägg för orsakerna till denna förändring i de delar av världen där epidemin först observerades i sin mest destruktiva form, kan det förhindra en liknande katastrof i de tätbefolkade områdena i Asien som nu drabbas av epidemin. **Detta kräver ytterligare forskning på befolkningsnivå. Studierna om orsaken till hivsmittans tillbakagång måste genomföras nu för att det här tillfället ska kunna utnyttjas.**

Ett specialprogram för sociologisk forskning om hiv/aids tar emot stöd via hivsekretariatet i Zambia. Sida stöder för närvarande ett antal regionala sociologiska forskningsorganisationer som har specialinriktade program för forskning om hiv/aids. En sådan är CODESRIA (Council for the Development of Social Science Research in Africa), som driver ett projekt om hiv/aids med forskning om hälsa, politik och samhälle i dagens Afrika samt politisk ekonomi för patienters välfärd och rättigheter. UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development), som är inriktat på forskning om socialpolitik i ett utvecklingssammanhang, bedriver bland annat forskning om samhällets svar på hiv/aids, politik och den politiska ekonomin för hiv/aids. Sida inser behovet av fortsatt stöd till sociologiska nätverk, som har en unik möjlighet att arbeta med relevanta problem på det här området. Det är lika viktigt att förbättra forskarnas möjligheter till oberoende, kritiska analyser. Detta kan åstadkommas genom en **stärkning av de inhemska sociologiska forskningsinstitutionerna.**

Riktad, sjukdomsspecifik forskning har inrättats via internationella och specialiserade forskningsinitiativ med delvis olika uppdrag och mål. 1) Vissa är knutna till WHO och har som funktion att överblicka den befintliga forskningen, hitta viktiga kunskapsluckor och främja relevant forskning. Närheten till WHO underlättar WHO:s normerande och opinionsbildande roll. 2) Några forskningsinitiativ har som syfte att smälta samman rön från olika källor till en sammanhängande insats för att överbrygga specifika kunskapsluckor, i synnerhet forskning om vacciner och läkemedel för låginkomstländer. 3) Andra organisationer har bildats för att eliminera de "felande länkarna" i utvecklingen av verktyg som är särskilt

användbara för resurssvaga samhällen och när de kommersiella drivfjädrarna saknas.

3.2.3.1 WHO-relaterad forskning

Forskningsprogrammet om tropiska sjukdomar (Tropical Disease Research, TDR), som finansieras av FN:s utvecklingsprogram, Världsbanken och Världshälsoorganisationen, tar emot bidrag från ett antal biståndsgivare, bland annat Sida, för att stödja forskning och forskarutbildning om tio parasit- och bakteriesjukdomar: malaria, tuberkulos, leishmaniasis, Chagas sjukdom, afrikansk trypanosomiasis (sömnssjuka), filarios (lymfatisk filarios och onchocerciasis eller flodblindhet), denguefeber, lepra och schistosomiasis (bilharzia). Utbildningsaktiviteterna inom TDR har genomförts på ett exemplariskt sätt, och organisationen har arbetat med att finansiera testning av viktiga insatser som nu har gått vidare till praktisk användning (t.ex. impregnerade myggnät). TDR har frångått stöd till forskning om vacciner och fokuserar nu i stället på utveckling av läkemedel. TDR är en av de organisationer som är inriktade på sjukdomar med följder för den globala folkhälsan, t.ex. malaria och tuberkulos. Man stöder också forskning kring några av de ständigt förbisedda sjukdomar som kan ha förödande följder för de fattiga, som är de som oftast drabbas, även om denna forskning avviker från den huvudsakliga inriktningen. **TDR behöver ökade resurser för att kunna arbeta vidare mot målet att stödja forskning och forskarutbildning om dessa sjukdomar.**

WHO:s vaccineringsprogram är inriktat på alla typer av vacciner, även vissa studier kring utveckling av vacciner mot parasitsjukdomar som traditionellt stöds av TDR. Sida bidrar för närvarande till det här programmet. Bland vaccinerna finns både sådana som är långt framskridna och sådana som kräver ytterligare utvärdering. Det finns behov av resurser som möjliggör en mer heltäckande testning.

3.2.3.2 Forskning inriktad på specifika kunskapsluckor

Redan på 1980-talet inrättades ett specialprogram om hiv- och aidsforskning för att stödja forskningen för kunskap om och förebyggande av hiv/aids. En internationell referensgrupp bildades för

att formulera riktlinjer och utlysa och bedöma ansökningar. Programmet har föranlett svenska framstående forskare att medverka i hiv/aidsforskning i samarbete med afrikanska forskare, vilket har lett till viktiga rön. De nuvarande strategierna inbegriper utmaningen att rekrytera unga, lovande forskare till fältet. **Det här specialprogrammet betraktas som framgångsrikt, och liknande system kan övervägas för stöd till malariaforskningen.**

Sverige har ett antal internationellt ryktbara forskare som ägnar sig åt smittsamma sjukdomar. Många av dessa är professorer som kan dra till sig intresserade unga forskare som tycker att det är svårt att skapa en karriär inom det här området. För att svenska forskare ska fortsätta att medverka i den här viktiga forskningen, där de har en potentiell konkurrensfördel, måste metoder för att stödja deras forskning och utbildning tas fram. Man bör undersöka metoder för att bibehålla den höga standarden inom forskningen om smittsamma sjukdomar som påverkar de fattiga och för att upprätthålla intresset för denna forskning. Det får inte vara till nackdel för forskaren att ägna sig åt forskning om sjukdomar som framför allt drabbar fattiga.

3.2.3.3 Arbete riktat mot den felande länken mellan forskning och produktutveckling

Det europeiska initiativet för malariavaccin (EMVI) är specialinriktat på att föra lovande malariavaccinkandidater vidare till GMP-produktion och därefter till fas 1-testning på människor. Organisationen kan mäta sig med det Gatesfinansierade initiativet som arbetar med samma fråga (Malaria Vaccine Initiative, MVI). EMVI har ett tätt samarbete med det afrikanska malarianätverksförbundet (African Malaria Network Trust, AMANET): när fas 1-försök i Europa visar att ett vaccin är säkert testas det i kliniska prövningar i Afrika i AMANET:s regi. EMVI har visat vad det går för under de sex år som Sidas stöd har pågått. **EMVI:s modell, att utnyttja professionell industriell kompetens för produktutveckling, fungerar väl. Det bör undersökas om ett liknande system kan användas för att ge stöd till utveckling och testning av produkter för andra sjukdomar.**

Ett exempel på samfinansiering av forskningsrelaterade aktiviteter av olika svenska bidragsgivande organ – Sida, Vetenskapsrådet och Stiftelsen för strategisk forskning – är stödet till sekretariatet

för det multilaterala malariainitiativet (Multilateral Initiative on Malaria, MIM), vars syfte är att organisera den internationella malariaforskningen. MIM-sekretariatet, som för närvarande ligger i Sverige, kommer att flytta till Afrika 2006. För att bibehålla den drivkraft som har tillkommit malariaforskningen genom MIM är **det nödvändigt med internationell finansiering. Sverige kan medverka i denna finansiering.**

Internationella vaccininstitutet (IVI) bygger på övertygelsen att hälsan i utvecklingsländerna kan förbättras dramatiskt genom utveckling, introduktion och användning av nya och förbättrade vacciner och att dessa vacciner bör utvecklas genom en dynamisk samverkan mellan forskning, folkhälsa och företag. Internationella vaccininstitutets mål är att bli ett forskningscenter i det allmännas intresse, där denna dynamiska samverkan kan äga rum genom forskning, utbildning, teknisk hjälp, tjänsteproduktion och informations spridning. IVI:s uppdrag är att bedriva forskning i frontlinjen för att framställa effektiva vacciner mot sjukdomar som drabbar utvecklingsländer. IVI har inriktat sig på vacciner mot diarrévirus, respiratoriska virus och flavivirus. Sida ger för närvarande kärnstöd till IVI och kan öka detta. En utvärdering ska ges i uppdrag att **undersöka hur stödet till IVI kan utökas på bästa sätt.**

Andra initiativ, t.ex. **Internationella aidsvaccininitiativet (IAVI), Internationella partnerskapet för mikrobicider (IPM) och Befolkningsrådet, som arbetar med hiv/aidsprevention, beskrivs i bilagan och kan tas i beaktande för utökat stöd.**

En vanlig begränsning för forskare som har identifierat viktiga molekyler för vaccination eller behandling av hiv/aids och tuberkulos är – som vi tidigare har varit inne på – svårigheten att gå vidare. Deras utbildning förbereder dem inte för detta, och plötsligt står de med en "felande länk", som hindrar dem från att nå det läge där de kan utföra kliniska prövningar. Inom utvecklingen av malariavaccin har detta problem åtgärdats genom att man har bildat organisationer som EMVI, som hjälper forskare att gå vidare till kliniska prövningar.

Man måste hitta metoder för att stödja produktutveckling för de andra infektionerna, t.ex. hiv. Detta kan åstadkommas genom finansiering av strukturer i stil med EMVI eller vad som skulle kunna kallas en "virtuell läkemedelsindustri". Här kan redan etablerade professionella resurser (både privat och offentligt finansierade) utnyttjas för att föra intressanta molekyler vidare till klinisk prövning. Detta kräver samarbete med en grupp etablerade läkemedels-

och bioteknikföretag som har det professionella kunnandet. Begreppet ”virtuell” understryker strategin att använda redan tillgängliga, lämpliga strukturer, i stället för att försöka bygga upp nya produktionsanläggningar. Vissa universitet angriper liknande problem genom ”innovationscenter”, som hjälper till med allt från patentsökning till att hitta riskkapital och anläggningar för GMP-produktion. I många fall har de molekyler som har valts ut för utveckling visat sig vara kommersiellt intressanta, vilket innebär att investerare gärna satsar pengar på dem. Det har emellertid ofta varit svårare att få stöd för molekyler som är relevanta för fattigdomsrelaterade sjukdomar, eftersom det inte finns någon potentiell vinst för investerarna. **Genom modellen ”virtuell läkemedels-/vaccinindustri” bör man hitta metoder som inriktas på kandidatmolekyler som kan betraktas som allmångods snarare än de kommersiellt gångbara.** Det behöver inte bara gälla hiv/aids och tuberkulos utan också andra smittsamma sjukdomar, t.ex. malaria. Återigen är det viktigt att dra nytta av redan befintliga strukturer i stället för att utveckla nya.

3.2.4 Forskning om hälsosystem

Stärkningen av hälsosystem bygger på ett forskningsunderlag som fortfarande är relativt svagt. Det är svårt att få fram stabila empiriska belägg för hur effektiva satsningar på hälsoinformation, finansiering, personal eller andra element i hälsosystemen faktiskt är, och det är nära nog omöjligt att göra analyser av kostnadseffektivitet eller kostnadsfördelar för projekt för förstärkning av hälsosystemen¹⁶. Det finns fallstudier, retrospektiva utvärderingar och mängd praktisk kunskap och erfarenhet, som sammantaget kan ge användbara riktlinjer för ”god praxis”. Med tanke på luckorna i faktaunderlaget är det också viktigt att inte bara gå vidare genom att utgå från den information vi redan har utan också att försöka samla ihop ytterligare uppgifter och sammanställa de fakta som redan finns. WHO arbetar för närvarande med frågan genom ett initiativ för att främja ökad kapacitet och efterfrågan på forskning om

¹⁶ En illustration av detta är den nyligen utkomna boken ”What Works?” (Levine (2004)). I boken används tillgången på belägg på kostnadseffektivitet som ett kriterium för att välja exempel på vad som har fungerat. Ingen av de presenterade fallstudierna handlar därför om insatser för att stärka hälso- och sjukvårdssystem. Icke desto mindre tycks ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem i många fall ha varit en underförstådd förutsättning för framgång.

hälsosystem, med utgångspunkt i ministermötet om hälsoforskning i Mexiko. WHO föreslår ett särskilt partnerskapsprogram för forskning om hälsosystem, som till en viss del kan fylla denna lucka. Vi måste säkerställa att arbetet med att utveckla faktaunderlaget får konsekvenser för arbetet med att stärka hälsosystem på nationell och global nivå och att vår kunskap om effektiva strategier för förstärkning av hälso- och sjukvårdssystem ständigt uppdateras.

Vi måste också försäkra oss om att medel för tillämpad forskning som för närvarande är öronmärkta inom de olika globala initiativen (t.ex. Globala fonden) används på ett bra sätt och utnyttjas såväl för problematiken kring hälsosystem som för epidemiologisk och biomedicinsk forskning.

Slutligen har behovet av bättre hantering, utbyte och användning av kunskaper i bredaste bemärkelse rönt allt större uppmärksamhet och intresse. Detta omfattar både formella och informella kunskaper och erfarenheter, och de medverkande kan vara alla från de mest "lokala" till aktörer på global nivå. Ny teknik för informationsdelning skapar nya möjligheter – och även större ansvar. Risken finns att vissa uppfattar "nätverk" och "praxisgemenskaper" bara som modeord, men de har växt fram ur medvetandet om en genuin svaghet i många hälsosystem: de misslyckas om och om igen med att dra lärdom av relevanta erfarenheter – till och med inom samma institution.

3.2.5 Finansieringsmetoder

En viktig utgångspunkt för det föreslagna ökade stödet är att man ska utnyttja redan tillgängliga och beprövade finansieringsstrukturer för forskning i stället för att hitta på nya. Det system som Sida har etablerat för hiv/aidsforskning är att ansökningar från forskningsgrupper och organisationer genomgår sakkunnigprövning av en internationell referenskommitté med avseende på vetenskaplig kvalitet och relevans och i öppen konkurrens med varandra. Ett program med inriktning på malaria kan fungera på ett liknande sätt. Alternativt kan ett gemensamt system för dessa och andra smittsamma sjukdomar inrättas i samarbete med Vetenskapsrådet. En sådan instans kan granska ansökningar från såväl Sverige som andra länder och samarbetsprogram. **Ett samarbete mellan Sida och Vetenskapsrådet förordas när det är lämpligt.**

Det är tydligt att det behövs en ofantlig ekonomisk investering för att ta fram förbättrade produkter för behandling och förebyggande av smittsamma sjukdomar, och Sida bör leta efter samarbetspartner i den frågan. Ett antal länder som medverkar i Partnerskapet mellan Europa och utvecklingsländerna inom området klinisk prövning (European and Developing Countries Clinical Trials Programme, EDCTP) har liknande mål om att öka investeringarna i kliniska prövningar kring de tre sjukdomarna hiv/aids, malaria och tuberkulos. **Sverige bör överväga att samarbeta med t.ex. Norge och Danmark om att stödja forskningsprogram som kompletterar denna strävan i ett arrangemang med en kollektiv fond och ett enda forskningsråd. Sådana fonder kan vara öppna för institutioner i både Europa och utvecklingsländerna.** Detta kompletterar Europeiska kommissionens arbete på det här området och bidrar också till harmonisering mellan olika europeiska insatser. Det nordiska forskningsrådet NordForsk¹⁷ kan också tänkas medverka.

Världsinfektionsfonden (VIF), en svensk ideell organisation som har bildats i år, har som mål att öka den svenska allmänhetens medvetenhet om behovet av forskning kring smittsamma sjukdomar. VIF är tänkt att fungera som ett forskningsfinansieringsorgan i stil med Cancerfonden och Barncancerfonden, som samlar in bidrag från den svenska allmänheten. Organisationen räknar också med att få offentliga medel för distribution till svenska forskare. Detta antyder en etablering av nya finansieringsstrukturer för utnyttjande av offentliga medel. Man kan ifrågasätta behovet av en ny struktur. Vetenskapsrådet och Sida/SAREC har bred erfarenhet av både distribution av offentliga medel till forskning och bedömning av forskningens relevans samt befintliga strukturer för detta. Dessutom finns det väl etablerade forskningskontakter med utvecklingsländer via Sidas system för forskningsstöd. Ett samarbetsarrangemang mellan Sida och Vetenskapsrådet om olika sätt att väcka intresse skulle både kunna garantera kvalitet och relevans och säkerställa kontakterna med bilaterala forskningsprogram och internationella initiativ.

I sammanfattningen föreslås det att de svenska investeringarna i forskning även i fortsättningen ska stödja forskningen via de beskrivna metoderna. Ökat stöd förordas till ett antal områden som beskrivs ovan och sammanfattas i tabellen (se kap.6). Det föreslås

¹⁷ <http://www.norden.org/forskning/sk/nordforsk.asp>.

vidare att etablerade, fungerande metoder, strukturer och organisationer om möjligt ska användas för att kanalisera dessa ytterligare medel till forskningen, i stället för att nya strukturer utvecklas. Vilka utökade personalresurser som krävs för att genomföra dessa förslag beror på omfattningen av de ökade anslagen.

3.3 RIKTADE INSATSER MOT SJUKDOMAR

3.3.1 Malaria

Bättre epidemiologiska förutsättningar, bättre övervakningsmöjligheter och förbättrade kvalitetskontroller för mediciner och diagnoser inverkar positivt på program för malariakontroll. Institutions- och kapacitetsuppbyggnad på central nivå har stor betydelse för situationsanalys, planering, prioritering och reglering. Starkare statliga sjukvårdsinstitutioner kan anlita och reglera privata företag och ideella organisationer för produktion av tjänster (särskilt behandling), reglera prissättningen för varor och tjänster och upprätta tillfredsställande försäkringssystem. Alla dessa åtgärder är viktiga för att malariakontroll ska kunna göras tillgänglig (med en överkomlig kostnad) för alla befolkningsgrupper, även den fattiga och eftersatta landsbygdsbefolkningen, där malariabördan är som tyngst.

På provins- och distriktsnivå är det viktigt med förstärkta personalresurser för utbildning, administration (inklusive logistik), övervakning, utvärdering o.s.v. På den här nivån kan kompetent personal också hitta möjligheter till kombinerade vårdtjänster, t.ex. lymfatisk filarios/malaria/EPI (Expanded Program on Immunization).

Vården levereras på den nivå där den får störst positiva effekter. Att utvidga hälso- och sjukvården och förbättra dess kvalitet är det viktigaste steget för att öka tillgången till både behandlande och förebyggande vård, inklusive t.ex. mödravård. Detta innefattar sjukhusvård för allvarlig malaria. (Malariadokumentet, som för övrigt håller hög kvalitet, innehåller ett förvånande mål: ”att minska dödligheten i allvarlig malaria på sjukhusnivå till mindre än 2 % till utgången av 2010”. Detta är omöjligt – även på de bästa sjukhusen ligger dödligheten i allvarlig malaria på minst 10 %).

En grundläggande hälsovård med god täckning, av hög kvalitet och med inslag av både behandlande och förebyggande verksamhet

är avgörande för en långsiktig malariakontroll. För att resultat ska kunna uppnås även på kortare sikt är det dock nödvändigt att förstärkningen av hälso- och sjukvården kompletteras med sjukdomsspecifika åtgärder. När det gäller malariakontroll måste man använda verktyg och metoder som kanske är nya för de flesta av de berörda hälsosystemen. Upptrappningen kräver aktiviteter (inköp, utbildning, kommunikation, övervakning, utvärdering o.s.v.) som är specialanpassade för sjukdomsspecifika mål.

Sverige stöder malariaprogram via Globala fonden och nationella hälsoprogram i ett antal länder, dvs. genom sektorstrategier. I handlingsplanen föreslås ingen ökning av direkt stöd till förebyggande eller behandling av malaria, utan i stället bör stöd till forskning och förstärkning av hälsosystem övervägas.

3.3.2 Tuberkulos

Följande åtgärder kan få positiva effekter både för förstärkningen av hälso- och sjukdomssystemen som helhet och för målen för tuberkuloskontroll.

- Stöd till väl finansierade reformer i hälsosystem som beaktar vikten av att värna om och främja rättvis tillgång till vård och folkhälsoresultat.
- Stöd för innovationer inom tuberkulosvård och annan sjukdomsspecifik vård, inklusive utveckling av riktlinjer, tillämpad forskning och stöd till genomförande och utvärdering, inklusive stöd till WHO i dessa områden.
- Stöd till förstärkning av bemanningen inom hälso- och sjukvården i låginkomstländer, särskilt i Afrika.

Tuberkulos överträffas bara av hiv/aids som den smittsamma sjukdom som skördar flest liv bland vuxna världen över. Med ekonomisk utveckling och utökade insatser mot tuberkulos har utbredning och dödlighet börjat gå ner eller stabiliseras i alla områden utom i Afrika, där hiv/aids underblåser den snabba ökningen av tuberkulos. Problemet förvärras av otillräckliga hälsosystem och minskade personalresurser. Återkomsten av tuberkulos i f.d. Sovjetunionen under 1990-talet var knuten till försvagningen av den offentliga hälso- och sjukvårdens infrastruktur, ekonomin och sociala förhållanden. Över hela världen finns det möjligheter att uppnå millenniemålen för tuberkulos om man fortsätter med pati-

entcentrerade vårdinnovationer, verkar för internationella vårdstandarder och överbryggar centrala begränsningar i systemet, t.ex. svag finansiering av hälso- och sjukvården samt vårdpersonalkrisen.

De kommande åren beräknas det behövas minst 200 miljoner USA-dollar per år för att offentligprivata och samhällsbaserade strategier ska kunna intensifieras i hårt drabbade länder. Behovet kommer att öka ytterligare när millenniemålen har uppnåtts. Den nya globala planen för att stoppa tuberkulos för 2006–2015, som kommer senare i år, kommer att innehålla fullständiga beräkningar av kostnader och utbyte för den här tidsperioden.

Sveriges stöd till Globala fonden kombineras med direkt stöd till ett fåtal tuberkulosprogram i Malawi och Ryssland genom WHO. Sverige har också ett samarbete med tuberkulosavdelningen på WHO:s regionalkontor i Köpenhamn genom Smittskyddsinstitutet, SMI. SMI är ett av de 20 laboratorier i hela världen som arbetar för WHO som övernationellt referenslaboratorium (Supranational Reference Laboratory, SNRL) för bevakning av multiresistent tuberkulos. SMI tillhandahåller i första hand kvalitetsstöd för standardiserade studier av resistent tuberkulos. SMI deltar också i direkt samarbetsstöd kring utveckling av standardiserade metoder och biosäkerhet. De viktigaste samarbetspartnerna har varit länderna i f.d. Sovjetunionen, inklusive Ryssland, men också länderna på Balkan och i Centralasien. Fortlöpande stöd till WHO och GFATM för den globala bekämpningen av tuberkulos rekommenderas. Handlingsplanen rekommenderar ökat stöd till SMI i dess roll som övernationellt referenslaboratorium (SNRL). SMI bör också stärka förutsättningarna för att bilda kontaktnät på området resistent tuberkulos. SMI bör utgå från erfarenheterna av det befintliga laboratorienätverket i Östersjöområdet.

3.3.3 Hiv/aids

Runt om i världen förekommer det i dag politiska och religiösa rörelser som förespråkar en förenklad och inskränkt syn på förebyggande när det gäller sexualiteten, särskilt i fråga om unga människor. Samtidigt finns det emellertid ambitioner att behålla ett brett och realistiskt förhållningssätt, i linje med de svenska riktlinjerna och erfarenheterna. Sverige har därför en unik möjlighet att skapa allianser med de aktörer som står för en liknande strategi och därigenom underlätta förebyggande insatser.

Under de senaste 20 åren och i synnerhet de senaste 10 åren har det gjorts stora framsteg i de tillgängliga behandlingarna mot hiv och dess följd. Behandling av hiv har emellertid visat sig vara en svår uppgift. Det var först i mitten av 1990-talet som det upptäcktes att ett antal läkemedel mot retrovirus i kombination med varandra minskade nivån av hiv i kroppen och därmed förlängde patienternas överlevnad. Bättre tillgång till läkemedel mot retrovirus är en global prioritet. Mer mediciner kommer att leda till bättre tillgång till hälso- och sjukvård. Bättre tillgång till sjukvård kommer att ge större möjligheter att tillhandahålla medicinsk teknik till ett överkomligt pris. När man jämför det nuvarande antalet dödsfall till följd av hiv/aids med antalet personer som använder läkemedel mot retrovirus i olika områden runt om i världen ser man en påfallande global orättvisa i fråga om behandling. Under de senaste två åren har det gjorts stora framsteg i tillgänglighet och användning av läkemedel mot retrovirus och andra viktiga läkemedel i vissa låg- och medelinkomstländer.

Erfarenheter från WHO:s arbete med att nå 3 miljoner hivsmittade med vård- och behandlingsprogram senast 2005 – ”3 by 5” – tydliggör behovet av att eliminera flera envisa flaskhalsar i hälsosystemen. De viktigaste är den bristfälliga samordningen mellan utomstående samarbetspartner, svårigheterna med att intensifiera testning och rådgivning, dålig hantering av inköp och leveranser och låg personalkapacitet i de drabbade länderna. I vårt samarbete med olika länder har vi sett att många av dessa flaskhalsar kan övervinnas. De tekniska lösningarna är genomförbara med tillräcklig politisk vilja, samordning och finansiering. Utmaningarna med att öka omfattningen av behandling mot retrovirus understryker hälsosystemens generella och långvariga bräcklighet. Den beror både på effekterna av själva hiv/aids epidemin och på resultatet av långvarigt otillräckliga ekonomiska medel och svag administration. Bräckligheten visar sig i en svag infrastruktur, dåligt integrerade vårdtjänster och personalbrist. Hälso- och sjukvårdspersonal byter från den offentliga till den privata vårdsektorn eller flyttar till andra länder. Vi upplever också en betydande mängd upprepning, dubbelning och en del inkonsekvenser i förhållningssätt och utbildningar.

Dessutom måste hiv/aids nu betraktas som en kronisk sjukdom, och det förebyggande arbetet kan därför bli ännu mer framgångsrikt om det finns stabila system för behandling och vård. Fungerande hälsosystem är grundläggande för ett framgångsrikt, rättvist

och långsiktigt helhetsarbete med förebyggande, behandling, vård och stöd av hiv/aids.

Om man ska kunna åstadkomma bredare tillgång till bättre vård måste en rad faktorer stärkas: planering och administration av personalresurser, inköps- och leveranskedjesystem för läkemedel, finansieringsmetoder, planering av sjukvårdinrättningar, registrering av patienter, sociologisk och politisk analys och medverkan från samhället och den privata sektorn. Insatserna mot hiv/aids måste också bygga på befintliga hälso- och sjukvårdstjänster, infrastrukturer och erfarenheter, t.ex. de omfattande nationella programmen för tuberkuloskontroll som nu finns i många länder samt sexuell och reproduktiv hälsovård och barnhälsovård.

Ökad svensk respons

En intensifiering av motåtgärderna mot epidemin kommer oundvikligen att ställa höga krav på alla aktörer, inklusive Sverige. Med tanke på de oerhörda problem och tragedier som hiv/aidsepidemin har skapat och fortfarande skapar har Sverige pekat ut hiv/aids som ett allvarligt hot mot utveckling. Mot bakgrund av detta och den redan antagna svenska strategin för hiv/aids, "Att investera för framtida generationer", har Sida ökat sina satsningar på hiv/aids.

År 2004 pekade Sida ut hiv/aids som en av tre strategiska prioriteringar för det svenska utvecklingsarbetet under 2005–2007. Hiv/aids var också temat för Sidas årliga informationskampanj och ämnet för den svenska utvecklingskonferensen i oktober 2005.

Sidas direkta stöd till insatser under rubriken hiv/aids ökade med 30 % under 2004, från årliga utgifter om 309 miljoner kronor 2003 till 403 miljoner kronor 2004. Det motsvarar 3,2 % av Sidas totala utvecklingsarbete under 2004. Svårigheterna att beräkna vilka resurser som går till hiv/aids när de smälter samman eller integreras med andra samarbetsområden innebär att statistiken över årliga utgifter för hiv/aids visar lägre siffror än de faktiska. Den största ökningen gällde Afrika, där utgifterna ökade från 61 miljoner kronor 2003 till nästan 102 miljoner kronor 2004.

Ett betydande bidrag till det globala hiv/aidsarbetet, 536 miljoner kronor, sker genom Utrikesdepartementets allmänna stöd till UNAIDS, Globala fonden och WHO:s initiativ "3 by 5".

Global handling och dialog

Sverige har spelat och spelar fortfarande en viktig roll inom områden som resursmobilisering, nationell och global samordning och harmonisering. Det är emellertid också tydligt att Sida har en viktig uppgift i den globala, regionala och nationella dialogen om hiv/aids. Sidas lägger lika stor vikt vid hela kedjan av aktiviteter: förebyggande, vård och behandling samt lindring av följderna. I länder med låg frekvens av hiv/aids står det förebyggande arbetet i centrum. Sverige kommer även i fortsättningen att vara en viktig aktör när det gäller att överbygga hindren och hjälpa länder att bygga upp och återuppbygga sin kapacitet för att stärka:

- en helhetssyn på hivförebyggande arbete med inriktning på de underliggande orsakerna till spridningen av hiv/aids, t.ex. fattigdom och ojämlikhet mellan könen
- allmän och jämlik tillgång till behandling, bland annat genom förstärkning av hälso- och sjukvårdsstrukturer och personalresurser
- åtgärder mot stigmatisering och diskriminering som hämmar motåtgärderna och påskyndar smittspridningen
- lindring av följderna – inklusive fullständig omvärdering av hur kompetens ska byggas upp och underhållas – och en ambition att etablera samhällsstrukturer som hjälper föräldralösa och andra utsatta barn
- forskning om vacciner, mikrobicider och läkemedelsresistens

Sida har intensifierat den globala dialogen och bidragit med synpunkter kring biståndsriktlinjer och tekniska frågor till globala samarbetspartner, t.ex. till EU:s handlingsprogram för tuberkulos, malaria och hiv/aids, resolutionen om hiv/aids som antogs vid WHO:s världshälsoförsamling samt UNAIDS utarbetande av en global strategi för att förebygga hiv/aids.

Ungdom och kön

Ojämlika relationer mellan könen är en av drivkrafterna bakom hiv/aids-pandemin. Sida har antagit utmaningen att genomgående integrera könsdimensionerna i utvecklingssamarbetet genom att fokusera på både män och kvinnor och på normer och beteenden som underblåser epidemin. Bland unga människor finns det hopp om en beteendeförändring som kan få hivförekomstnivåerna att

sjunka. Öppenhet om sexuell och reproduktiv hälsa, rättigheter och vård, är därför centralt i Sidas förhållningssätt.

Förslag till ett svenskt initiativ för smittsamma sjukdomar med fokus på förebyggande arbete mot hiv/aids.

Förebyggande

Sverige var ett av de första länderna som införde sexualundervisning i skolorna och har därför ett försprång när det gäller förebyggande av sexuellt överförbara sjukdomar och öppenhet om sexualitet. Främjande av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är en ledande princip – både inom Sverige och i det svenska utvecklingsarbetet. Sverige har också en lång tradition av arbete för jämlikhet mellan könen och har nått internationellt erkännande för detta. Det täta sambandet mellan ojämlikhet mellan könen och hiv/aids är grundläggande och bör vara utgångspunkten för allt förebyggande arbete. Den svenska erfarenheten, både i fråga om jämlikhet mellan könen och öppenhet om sexualiteten, ger Sverige en unik möjlighet att åstadkomma ett bättre, allsidigt förebyggande arbete inom det nya initiativet för smittsamma sjukdomar, där både den akademiska kompetensen och det praktiska kunnandet i Sverige kommer till användning.

Sverige har en framträdande och grundlig kompetens inom områdena jämlikhet mellan könen, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt sexualitet. På akademiska institutioner som IH-CAR, Södersjukhuset och universiteten i Uppsala, Göteborg, Umeå o.s.v. finns det en professionell kompetens som kan bilda grunden för ett kommande initiativ för smittsamma sjukdomar. De tidigare nämnda områdena representerar dessutom grundläggande svenska värderingar och ingår i de flesta politiska partiernas partiprogram (t.ex. Riksdagsgruppen för SRHR) och myndigheternas riktlinjer (Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet). Sist men inte minst finns det en rad ideella organisationer i Sverige som sedan länge är viktiga förkämpar för frågor kring kön och sexualitet (SRHR-gruppen, RFSU, LAFA, Noaks Ark, Röda korset).

För att de svenska erfarenheterna ska kunna utnyttjas föreslår vi att Sida och Folkhälsoinstitutet undersöker möjligheterna att framföra dessa erfarenheter i ett större forum av länder och organisationer. I denna process – att på ett konsekvent sätt delge andra de vunna erfarenheterna – bör man lägga tonvikten på att utarbeta

metoder som kan underlätta omformning och anpassning av erfarenheter till det lokala och kulturella sammanhanget.

Ett sådant initiativ förutspås förbättra möjligheterna att angripa hiv/aidsepidemin ur ett förebyggande perspektiv och stärka samarbetet mellan svenska aktörer och forskare och aktörer respektive forskare i samarbetsländerna. Taktiken är att utnyttja befintliga strukturer inom pågående program i samarbetsländer i stället för att etablera separata strukturer eller starta nya program.

Folkhälsoinstitutet och Sida bör i samarbete med institutioner och universitet i Sverige upprätta tätare kontakter med institutioner och universitet i utvecklingsländerna. Den första fasen i ett sådant initiativ skulle bestå av en analys bland de svenska aktörer (universitet, institutioner, ideella organisationer) som redan har etablerat kontakter och fungerande relationer med systeruniversitet och systerinstitutioner i utvecklingsländerna kring förebyggande arbete, sociologi och beteenden med avseende på SRHR och hiv/aids. Den andra fasen skulle bestå av bedömning och identifiering av nätverk som de svenska institutionerna kan arbeta med för att ta reda på deras intresse för och möjligheter att fungera som samarbetspartner i ett svenskt initiativ. Sidans regionala hiv/aidsteam och regionala hiv/aidsrådgivare förutsätts spela en viktig roll i den delen av analysen.

Med utgångspunkt i dessa analyser ska Folkhälsoinstitutet, Sida och utvalda större institutioner utarbeta ett flerårigt handlingsprogram som bygger på erfarenheter av förebyggande arbete mot hiv/aids med tonvikt på utveckling av metoder för att anpassa erfarenheterna från ett land eller en kulturell omgivning till en annan.

3.3.4 Vacciner och vaccination

Under 2002 inträffade uppskattningsvis 10,5 miljoner dödsfall bland barn under fem år. Av dessa dog 1,4 miljoner barn av vaccineringsbara sjukdomar som de flesta nationella immuniseringsprogram innehåller vacciner mot. De flesta barn i höginkomstländer har tillgång till de vacciner de behöver, men under 2003 gick 27 miljoner barn miste om immunisering under sitt första levnadsår – varav de allra flesta i låginkomstländer. Under 2002 dog 2,1 miljoner människor ur alla åldersgrupper av vaccineringsbara sjukdomar och ytterligare 2,1 miljoner av sjukdomar som kommer att bli vaccineringsbara inom en snar framtid.

Globala alliansen för vaccination och immunisering (GAVI) bildades år 2000 för att radikalt förbättra tillgången till vacciner i världens 75 fattigaste länder och för att stärka deras immuniseringsprogram. Grundarna av GAVI hade för avsikt att kombinera sina kollektiva kunskaper och resurser för att förbättra överlevnaden bland barn med hjälp av ett av de mest grundläggande och kostnadseffektiva folkhälsoverktygen – immunisering. För att finansiera GAVI:s uppdrag bildades Vaccinfonden, som fick till uppgift att mobilisera nya resurser för immunisering och tilldela fleråriga anslag till GAVI:s mottagarländer.

UNICEF har tillhandahållit vacciner sedan slutet av 1950-talet. Volymen har ökat dramatiskt under de senaste årtiondena, och i dag tillhandahåller UNICEF omkring 40 procent av alla vacciner för barn runt om i världen.

Procentandelen barn som får tre doser trippelvaccin (skydd mot difteri, kikhosta och stelkramp) under det första levnadsåret fungerar som måttstock vid jämförelse och analys av rutinimmunisering. För närvarande har bara 66 länder uppnått målet att sörja för rutinimmunisering till 80 procent av barnen i alla delar av landet.

Sverige har gett stöd till vaccinationsprogram i över 30 år. Detta stöd har i huvudsak skett via WHO:s och Unicefs globala initiativ. Under de senaste fem åren har medel också kanaliserats via GAVI och Vaccinationsfonden. Under 2004 uppgick Sveriges bidrag till vaccinationsstöd till dessa organisationer till 320 miljoner kronor.

Förslag om ökat stöd till GAVI för att sänka dödligheten i mässling

I WHO:s och Unicefs gemensamma strategiska plan för minskning av dödligheten i mässling för 2001–2005 pekar man ut 45 prioritetländer som är hårt drabbade av mässling. I dessa länder ska den heltäckande strategin för en snabb och varaktig minskning av dödligheten i mässling genomföras. Av WHO:s och Unicefs prioritetländer är 43 länder (96 %) berättigade till stöd från GAVI. De flesta ligger i Afrika och Syd- och Östasien. GAVI har gett särskilt stöd till det här programmet under det senaste året. Under de senaste åren har det gjorts anmärkningsvärda framsteg med att genomföra den heltäckande strategin och minska antalet dödsfall i mässling. Den uppskattade globala dödligheten i mässling minskade med 39 %, från 873 000 dödsfall 1999 (osäkerhetsgränser:

645 000–1 196 000 dödsfall) till 530 000 dödsfall 2003 (osäkerhetsgränser: 383 000–731 000 dödsfall). Den största minskningen av antalet dödsfall i mässling konstaterades i Afrika, där den uppskattade dödligheten i mässling minskade med 46 % under denna tidsperiod.

I den andra investeringsframställningen för mässling (Measles Investment Case, MIC II) föreslås en intensifiering av genomförandet av WHO:s och Unicefs heltäckande strategi för snabb och varaktig minskning av dödligheten i mässling i alla GAVI-berättigade länder. Syftet med de åtgärder som föreslås i MIC II är att förbättra immuniseringsvården på distriktsnivå, att uppnå målet i vaccinationsstrategin (Global Immunization Vision and Strategies, GIVS) – dvs. att minska dödligheten i mässling med 90 % senast 2010 jämfört med det uppskattade antalet 2000 – samt att bidra till millenniemålet att minska barnadödligheten med två tredjedelar senaste 2015.

Tidsperspektivet för den här investeringsframställningen är 2005 till och med 2010. Den geografiska omfattningen för minskning av dödligheten i mässling är alla de 72 GAVI-berättigade länderna. Man kommer att begära medel för att kunna stödja arbetet med att genomföra den heltäckande strategin för snabb och varaktig minskning av dödligheten i mässling i dessa länder. Ett ökat stöd till GAVI:s arbete med den strategiska planen för minskning av dödligheten i mässling skulle innebära ett stort steg i riktning mot utrotning av mässling och samtidigt stärka vaccinationssystemen i mottagarländerna.

3.3.5 Antibiotikaresistens

Resistenta bakteriestammar sprids snabbt mellan länder och världsdelar. Det som görs eller inte görs i varje enskilt land påverkar situationen i många andra länder. Det är viktigt med styrning och globala strategier när det gäller antibiotikaresistens. I Världshälsoförsamlingens resolution från 1998 uppmanades medlemsstaterna att vidta åtgärder, och WHO har utarbetat en global strategi för att motarbeta utveckling av antibiotikaresistens. Resurserna och det globala engagemanget för de här frågorna har emellertid minskat under de senaste fem åren, samtidigt som problemets omfattning har ökat.

I ljuset av detta växande problem arrangerade den svenska organisationen STRAMA (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) ett internationellt möte om läkemedelsresistens. Deltagare från olika yrkesgrupper och organisationer och från hela världen diskuterade hur man ska kunna säkerställa effektiva behandlingsrutiner för bakteriella infektioner på kort och lång sikt. Som ett resultat av mötet bildades ett handlingsorienterat nätverk av individer och organisationer för att initiera och samordna de aktiviteter som krävs för att befintliga kunskaper och resurser ska kunna utnyttjas på bästa sätt.

Nätverket heter nu REACT (Action on Antibiotic Resistance, dvs. handling mot antibiotikaresistens) och har ett litet sekretariat som är knutet till STRAMA-gruppen på Smittskyddsinstitutet i Stockholm. REACT-nätverket har redan kunnat tillhandahålla bakgrundsmaterial för EU:s och WHO:s initiativ för prioriterade mediciner för Europa och världen. REACT har också hjälpt WHO att samla in och analysera information om antibiotikaresistens och deltagit i utarbetandet av en resolution till Världshälsoförsamlingen, *Antimicrobial resistance: a global threat to health security* (Antimikrobiell resistens: ett globalt hot mot hälsosäkerheten), som lades fram av regeringen i 2005. REACT har etablerat kontakter med andra nätverk, t.ex. *Alliance for the prudent use of antimicrobials* (dvs. alliansen för återhållsam användning av antimikrobika; APUA), Europeiska smittskyddsinstitutet (ECDC, European Community Disease Control Unit) och WHO:s regionala kontor.

Sida har under det senaste året stött STRAMA:s arbete med att skapa ett internationellt nätverk, REACT – Action on Antibiotic Resistance. REACT:s vision är att trygga tillgången till effektiv behandling av bakteriella infektioner för dagens och framtidens generationer. Ett av REACT:s mål är att alla länder ska ha ett specialanpassat nätverk och en nationell expertgrupp som kan leda, samordna och prioritera arbetet med att motverka utveckling av antibiotikaresistens.

Handlingsplanen föreslår att ett litet REACT-sekretariat inrättas och stärks. Några av REACT:s uppgifter kan vara att utveckla ett globalt nätverk, underhålla kontakter, samordna aktiviteter, anlita resurspersoner – både internationellt och lokalt – och fungera som den utlösande faktorn för att starta aktiviteter i medlemsländerna. Internationella möten och konferenser är också viktiga för att främja en effektiv användning av antibiotika.

4 KAPACITET OCH RESURSER FÖR PLANERING, SAMORDNING OCH GENOMFÖRANDE AV HANDLINGSPLANEN

För att dessa förslag ska kunna genomföras krävs ett tillskott av personal, i första hand genom ytterligare resurser till Sida enligt äskande i budgetunderlaget från Sida till regeringen. Sidas personalresurser är överlag knappa, och en intern omfördelning skulle därför kräva en förändring av de befintliga prioriteringarna. Vissa av förslagen är dessutom mer personalkrävande än andra. En ökning genom stöd till sektorstrategier kan genomföras med den befintliga personalen. I de fall när nya program ska utvecklas krävs det mer personal. Likaså är stöd till forskningskapacitet i allmänhet mer personalkrävande, medan bidrag till forskningsanslag på grundval av ansökningar och sakkunnigprövning kan arrangeras med ett begränsat tillskott av personal.

Sidas resurser har under ett antal år blivit alltmer ansträngda som en följd av det ökade utvecklingssamarbetet i kombination med besparingar och neddragningar i den administrativa budgeten. Detta kan i viss utsträckning balanseras genom att man ökar samarbetet med andra organisationer eller ökar stödet för pågående projekt och program till välkända samarbetspartner. Tyvärr har utvecklingssamarbetet blivit mycket mer komplext under samma period, vilket har höjt kraven på personalen i hela organisationen.

För att kunna klara av den växande mängden utvecklingssamarbete när 1 %-målet återupprättas har Sida äskat en ökning av den administrativa budgeten på 125 miljoner kronor för 2006. Denna ökning blir avgörande för Sidas möjligheter att planera och genomföra handlingsplanen.

Ytterligare resurser krävs för följande uppgifter:

- planering och genomförande av nya aktiviteter inom de föreslagna fokusområdena, på huvudkontoret och i fält
- utveckling av samarbetsinstitutioners och organisationers kapacitet
- vägledning av dessa organisationer
- utveckling av den svenska resursbasen
- uppbyggnad av en stärkt kapacitet i fält

Ingen behovsanalys har gjorts ännu, eftersom handlingsplanens volym är osäker. Sidas möjligheter att avsätta extra personal till

handlingsplanen inom de begärda ytterligare resurserna kommer att behandlas inom ramen för årsplaneringsprocessen senare i år.

5 HANDLINGSPLAN – SAMMANFATTNING

5.1 HANDLINGSPLAN – SAMMANFATTNING: HÄLSOSYSTEM

Begränsningar i hälso- och sjukvårdssystemen utgör ett hinder för genomförandet av stora globala hälsoinitiativ för hälsa och uppnående av millenniemålen. Det finns ett växande samförstånd om att en av de främsta flaskhalsarna i arbetet för att uppnå millenniemålen i låginkomstländer är sjukvårdssystem som är alltför bräckliga och splittrade för att kunna tillhandahålla sjukvård av den nödvändiga volymen och kvaliteten till behövande. Om hälsosystemen inte stärks kommer millenniemålen inte att uppnås.

5.1.1 Global nivå

WHO har tagit initiativ till ett handlingsnätverk för hälso- och sjukvårdssystem (**Health Systems Action Network, HSAN**) som ska ge stöd till länder som har förbundit sig att uppnå eller överskrida millenniemålen för hälsa senast 2015. Uppdraget är att driva på en samordning av de viktigaste samarbetspartnernas åtgärder med syfte att genomföra utökade, omfattande och långtgående reformer inom hälsosystemen under 2005–2015. De viktigaste intressenterna och samarbetspartnerna bjöds in för att grunda HSAN, bland annat regeringar i de biståndsmottagande länderna, bilaterala biståndsgivare, regionala banker, Världsbanken, organisationer inom FN, stiftelser, den privata sektorn, ideella organisationer, globala initiativ och akademiska institutioner.

Flera projekt för att stärka vissa komponenter i hälso- och sjukvårdssystemen har också startats nyligen. Sverige är för närvarande aktivt inom områdena bemanning inom hälso- och sjukvården och hälsoinformationssystem. **Joint Learning Initiative on Human Resources for Health (HRH)** är uttryckligen inriktat på den akuta bemanningskrisen inom hälso- och sjukvården och har som syfte att skapa en bättre insikt i personalens roll i sjukvårdssystemen och att hitta nya strategier för att förbättra deras prestationer. En be-

manningsplattform kommer att inrättas, troligen inom ramen för HSAN.

Health Metrics Network (HMN) enar samarbetspartner med det gemensamma målet att stärka de nationella hälsoinformations-systemen för att få fram bättre beslutsunderlag på nationell och global nivå.

5.1.2 Regional nivå

De svagaste hälsosystemen finns i Afrika söder om Sahara. Sida kommer att inleda en dialog med de regionala afrikanska organisationerna **SADC**, **NEPAD**, **AU** med flera för att pejla deras intresse för arbetet med att stärka hälsosystemen och deras vilja att ta på sig en samordnande roll i detta arbete. Bättre hälsa står på dagordningen för alla organisationerna och ingår i deras handlingsprogram och strategier, men de har hittills inte spelat någon framträdande roll. WHO/AFRO är också en viktig samarbetspartner för att knyta WHO-arbete på global nivå till dessa länder. Det finns också ideella organisationer och nätverk, t.ex. **EQUINET** (Network for Equity in Health) och **HEPNET** (Network for Health Economics), som kan få hjälp med att öka sitt stöd till länderna.

5.1.3 Nationell nivå

Det svenska utvecklingssamarbetet för att stärka hälsosystemen har som slutligt mål att detta ska ge effekt på nationell nivå, med hälsosystem som bidrar till bättre hälsa och bättre hälso- och sjukvård för de fattiga. Stöd till global och regional nivå samverkar med och bidrar till resultat på nationell nivå. Fokus bör ligga på länder där Sida redan deltar i hälsosamarbetsprogram. Utformningen kommer att bestämmas med hänsyn till det nationella ägarskapet och harmonisering bland biståndsgivarna.

Det kommer troligen innebära att bidragsgivare och andra utvecklingspartner kommer att samverka med inhemska myndigheter om att stödja nationellt arbete för att bygga upp kapaciteten för att utarbeta nationella program för stärkning av hälsosystemen. Programmen kan integreras i nationella hälsoplaner som kan stödjas av biståndsgivarna, antingen via deras allmänna bidrag till den samlade finansieringen inom sektorstrategin eller som riktade bidrag – i

linje med sektorstrategin – för att stödja program för förstärkning av hälsosystem. Det krävs stöd för att finansiera kostnaden för att introducera och driva aktiviteter i programmet, men också för att öka möjligheten att fullfölja, övervaka och granska programmet på ett inhemskt plan.

5.2 HANDLINGSPLAN – SAMMANFATTNING: FORSKNING

Mot denna allmänna bakgrund föreslår vi att de nuvarande stödprogrammen utökas och kompletteras med nya typer av finansiering. Nivån av tillgängliga medel för forskning avgör vilka typer av aktiviteter som kan genomföras och vilken personal som krävs. Vid en mer återhållsam nivå av ytterligare medel kommer en selektiv förstärkning av befintliga stödprogram att prioriteras. Om mer betydande ekonomiska resurser blir tillgängliga föreslår vi en större satsning på att finansiera de ”felande länkarna” i utveckling av nya läkemedel och vacciner för bekämpning av smittsamma sjukdomar som malaria och hiv/aids.

Följande lista innehåller alternativ som kan övervägas:

5.2.1 Politisk nivå

Detta omfattar opinionsbildning från UD:s sida till stöd för internationella insatser för att stärka den nationella forskningskapaciteten, liksom opinionsbildning för internationella finansieringsarrangemang till stöd för det globala allmänna bästa, t.ex. utveckling, testning, produktion och distribution av nya läkemedel och vacciner mot ”de fattigas sjukdomar”. Även Sida kommer att förorda sådana idéer i dialoger på såväl nationell, regional och internationell nivå som i Sverige. **Kostnaderna är marginella.**

5.2.2 Forskningskapacitet på nationell nivå

Ett ökat stöd föreslås för utveckling av forskningskapaciteten inom hälsovetenskapens fält i allmänhet. Detta gäller både grundforskning – som en nödvändig förutsättning för medicinsk forskning – och sociologisk forskning. Sida kommer att överväga att öka stödet till befintliga sådana program (Bolivia, Etiopien, Moçambique, Nicaragua, Tanzania, Uganda, Vietnam och Honduras) och att införliva

hälsoforskning i andra bilaterala forskningssamarbetsprogram (Burkina Faso, Laos, Rwanda och Sri Lanka). **Kostnaderna kan bäras av det ökade budgetanslaget för forskningssamarbete (enligt beräkning).**

5.2.3 Kapacitet för utformning, övervakning och analys av hälsosystem

Epidemiologiska studier av hög kvalitet är avgörande för tillgången till information om sjukdomar. Sida stöder epidemiologiska studier på flera sätt. INDEPTH¹⁸ är ett internationellt nätverk, för närvarande bestående av 33 **demografiska fältstationer** (Demographic Surveillance System, DSS) i 18 utvecklingsländer, som tillsammans följer över 1 800 000 personer på hushållsnivå. Sida stöder det här nätverket och även enskilda demografiska fältstationer inom de bilaterala programmen i Etiopien, Nicaragua, Uganda och Vietnam. INDEPTH medverkar i studier av malaria, hiv/aids, tuberkulos och andra smittsamma sjukdomar. Demografiska fältstationer är en idealisk miljö för kliniska prövningar. Ett ökat kärnstöd till INDEPTH som organisation kan övervägas, eftersom INDEPTH stöder demografiska fältstationer. Det innebär att jämförande studier av smittsamma sjukdomar kan genomföras. Dessutom kan man överväga stöd till vissa befintliga demografiska fältstationer med unik inriktning på stadsslumområden.

På **regional nivå i Afrika** bör det utökade stödet för sociologisk forskning kring hiv/aids fortsätta.

5.2.4 Specifik kapacitet för kliniska prövningar

Stöd till den tvärdisciplinära forskningskapacitet och infrastruktur som krävs för att genomföra kliniska prövningar kan ges inom ramen för bilaterala program eller kanaliseras via nätverket INDEPTH.

Samfinansieringsarrangemang med andra biståndsgivare bör initieras och utvecklas tillsammans med övriga potentiella biståndsgivare till respektive aktivitet. För detta bör det finnas en internationell referensgrupp. Sida kan samarbeta med det redan etablerade

¹⁸ <http://www.indepth-network.net/>.

nordiska forskningsrådet Nordforsk. Programmet bör vara öppet för forskare från länder utanför Norden.

5.2.5 Riktat stöd till sjukdomsspecifik forskning

5.2.5.1 WHO-relaterad forskning

Ökade resurser föreslås till forskningsprogrammet om tropiska sjukdomar och WHO:s vaccineringsprogram.

5.2.5.2 Forskning inriktad på specifika kunskapsluckor

Specialprogrammet för stöd av hiv/aidsforskning bör fortsätta. **Kostnaderna kan bäras av det ökade budgetanslaget för forskningssamarbete (enligt beräkning).**

Ett **specialprogram för forskning om malaria** i linje med **specialprogrammet för hiv/aids** kan inrättas med en internationell referensgrupp som fastställer riktlinjer och bedömer förslag. Forskningen om malaria bör till en början vara bred och omfatta molekylidentifiering, patogenes, produktutveckling, forskning om hälsosystem och förstärkning av forskningskapaciteten.

5.2.5.3 Arbete riktat mot ”felande länkar”

Ökade anslag bör övervägas till organisationer som för närvarande får stöd av Sida och som strävar efter att fylla i de ”felande länkarna”: bland annat EMVI, MIM, IVI, IAVI, IPM och Befolkningsrådet.

Stöd till ”virtuell läkemedels- och vaccinindustri” förordas. Detta kan underlätta hela kedjan från produktutveckling på laboratoriet till kvalitet för användning på människor. Idén påminner om de metoder som används av EMVI för malaria och som Sida har gett stöd till. Den exakta utformningen av detta arbete är inte fastställd. **Kostnaderna för detta kan uppgå till över 100 miljoner kronor per år, beroende på antalet molekyler som ska följas upp.**

5.2.6 Forskning om hälsosystem och hälsoinsatser

Särskilda åtgärder kan inriktas på att stärka kapaciteten och förutsättningarna för kliniska prövningar i vissa av de bilaterala samarbetena. Om regionalt samarbete mellan medicinska fakulteter är möjligt bör detta uppmuntras. Det fungerar som en uppföljning av de erfarenheter som har gjorts av de medicinska fakulteternas intressegrupp i Östafrika. Dessutom kan stödet till demografiska fältstationer ökas för att även omfatta stadsområden. Vissa av dessa kan ingå i de särskilda programinitiativ som beskrivs ovan.

5.2.7 Finansieringssätt

Program för utveckling av kombinerad grundforskning och tillämpad forskning om smittsamma sjukdomar kan innefatta stöd via Vetenskapsrådet med fördelning av kompetens och ibland även resurser. Detta skulle vinna gehör i det svenska forskarsamfundet. Ett föreslaget samarbete med Nordforsk för samfinansiering har redan nämnts.

5.3 HANDLINGSPLAN – SAMMANFATTNING: RIKTADE SJUKDOMSINSATSER

5.3.1 Tuberkulos

Sveriges stöd till Globala fonden kombineras med direkt stöd till ett fåtal tuberkulosprogram i Malawi och Ryssland genom WHO. Sverige samarbetar också med tuberkulosavdelningen på WHO:s regionalkontor i Köpenhamn genom Smittskyddsinstitutet, SMI. SMI är ett av de 20 laboratorier i hela världen som arbetar för WHO som övernationellt referenslaboratorium (Supranational Reference Laboratory, SNRL) för bevakning av multiresistent tuberkulos. SMI tillhandahåller i första hand kvalitetsstöd för standardiserade studier av resistent tuberkulos. SMI deltar också i utvecklingen av standardiserade metoder och biosäkerhet. De viktigaste samarbetspartnerna har varit länderna i f.d. Sovjetunionen, inklusive Ryssland, men också länderna på Balkan och i Centralasien. Fortlöpande stöd till WHO och GFATM för den globala bekämpningen av tuberkulos rekommenderas, liksom ett ökat stöd till SMI i dess roll som övernationellt referenslaboratorium

(SNRL). SMI bör också stärka förutsättningarna för att bilda kontaktnät inom området resistent tuberkulos. SMI bör utgå från erfarenheterna av det befintliga laboratorienätverket i Östersjöområdet.

5.3.2 Hiv/aids

Folkhälsoinstitutet och Sida bör i samarbete med institutioner och universitet i Sverige upprätta tätare kontakter med institutioner och universitet i utvecklingsländerna. Den första fasen skulle bestå av en analys bland de svenska aktörer (universitet, institutioner, ideella organisationer) som redan har fungerande relationer med systeruniversitet och systerinstitutioner i utvecklingsländerna kring förebyggande arbete, sociologi och beteenden med avseende på SRHR och hiv/aids. Den andra fasen skulle bestå av bedömning och identifiering av nätverk som de svenska institutionerna medverkar i för att ta reda på deras intresse för och möjligheter att fungera som samarbetspartner i ett svenskt initiativ. Sidas regionala hiv/aidssteam och regionala hiv/aidsrådgivare förutsätts spela en viktig roll i den analysen.

Med utgångspunkt i dessa analyser ska Folkhälsoinstitutet, Sida och utvalda större institutioner utarbeta ett flerårigt handlingsprogram. Detta program ska utgå från erfarenheter av förebyggande arbete mot hiv/aids med tonvikt på utveckling av metoder för att anpassa erfarenheterna från ett land eller en kulturell omgivning till en annan.

5.3.3 Vacciner och vaccination

I den andra investeringsframställningen för mässling (Measles Investment Case, MIC II) föreslås en intensifiering av genomförandet av WHO:s och Unicefs heltäckande strategi för snabb och varaktig minskning av dödligheten i mässling i alla GAVI-berättigade länder. Syftet med de föreslagna åtgärderna i MIC II är att förbättra immuniseringsvården på distriktsnivå, att uppnå målet i vaccinationsstrategin (Global Immunization Vision and Strategies, GIVS) – dvs. att minska dödligheten i mässling med 90 % senast 2010 jämfört med det uppskattade antalet 2000 – samt att bidra till

millenniemalet att minska barnadödligheten med två tredjedelar senast 2015.

Tidsperspektivet för den här investeringsframställningen är 2005 till och med 2010. Den geografiska omfattningen för minskning av dödligheten i mässling är alla de 72 GAVI-berättigade länderna. Man kommer att begära medel för att kunna stödja arbetet med att genomföra den heltäckande strategin för snabb och varaktig minskning av dödligheten i mässling i dessa länder. Ett ökat stöd till GAVI:s arbete med den strategiska planen för minskning av dödligheten i mässling skulle få stor genomslagskraft och samtidigt stärka vaccinationssystemen i mottagarländerna.

5.3.4 Antibiotikaresistens

Sida har under det senaste året stött STRAMA:s arbete med att skapa ett internationellt nätverk, REACT – Action on Antibiotic Resistance. REACT:s vision är att trygga tillgången till effektiv behandling av bakteriella infektioner för dagens och framtidens generationer. Ett av REACT:s mål är att alla länder bör ha ett specialanpassat nätverk och en nationell expertgrupp som kan leda, samordna och prioritera arbetet med att undvika utveckling av antibiotikaresistens.

Handlingsplanen föreslår att ett litet sekretariat för REACT inrättas och stärks. REACT ska fungera som den utlösande faktorn för att starta aktiviteter i medlemsländerna i det globala nätverket, underhålla kontakter, samordna aktiviteter och anlita både internationella och lokala resurspersoner. Detta är bara några av de aktiviteter som nätverket kan arbeta med. Internationella möten och konferenser är också viktiga för att främja en effektiv användning av antibiotika.

6 ÖVERSIKT ÖVER AKTIVITETER OCH SAMMANFATTANDE TABELLER ÖVER UPPSKATTADE KOSTNADER VID OLIKA ANSLAGSNIVÅER

I tabellen nedan föreslås flera olika scenarier för aktiviteter som kan stödjas beroende på nivån av höjda anslag:

Tabell A. 200 miljoner kronor/år

Kommentar	Aktivitet/organisation
<p>a) Hälsosystem Ytterligare stöd till förstärkning av nationella hälsosystem inom ramen för harmonisering och nationell styrning och med koppling till regionalt och globalt arbete. Stöd till regionalt samarbete och samordning. Stöd till globalt samarbete och samordning.</p>	<p>Aktivt stöd till förstärkning av hälsosystem (70 miljoner kronor):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nationellt stöd (Zambia, Tanzania, Nicaragua, Bangladesh) - Regionalt stöd till NEPAD/SADC - Ytterligare regionalt stöd till EQUINET i Afrika - Samarbete med PAHO i Centralamerika - Stöd till Health Systems Action Network - Stöd till Human Resources in Health Platform - Stöd till Health Metrics Network - Stöd till ett svenskt resursnätverk
<p>b) Forskningsaktiviteter Öka det befintliga stödet inom vissa områden, initiera ett heltäckande öppet malariaprogram (tuberkulos + andra smittsamma sjukdomar), organisera samfinansiering med andra länder för kliniska prövningar och behandlingstester (EDCTP-relaterade och andra smittsamma sjukdomar).</p> <p>Inom ramen för detta stöd bör man uppmuntra studier som ger kunskaper om orsaken till minskningen av hiv/aids i vissa länder i Afrika.</p>	<p>Ytterligare stöd (45 miljoner kronor) till:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MIM-sekretariat i Afrika - IVI - InDepth - TDR/WHO - Vaccineringsprogrammet/WHO - IPM <p>Nya initiativ (55 miljoner kronor):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiera ett heltäckande globalt malariaprogram (tuberkulos + andra smittsamma sjukdomar) som omfattar allt från grundforskning till forskning om hälsosystem. - Stöd till flera epidemiologiska studier som ger kunskaper om orsaken till minskningen av hiv/aids i vissa länder i Afrika. - Samfinansiering med andra biståndsgivare av EDCTP-liknande aktiviteter (kliniska prövningar).
<p>c) Riktade sjukdomsspecifika åtgärder Fortsatt stöd till GFATM, WHO, UNAIDS, GAVI och globala, regionala och nationella program i linje med det nuvarande stödet. Ytterligare stöd till tuberkulos, förebyggande arbete mot hiv/aids, immunisering och antibiotikaresistens.</p>	<p>Ytterligare stöd (30 miljoner kronor) till:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stoppa tuberkulos - Smittskyddsinstitutet - Förebyggande program mot hiv - STRAMA/React
TOTALT: 200 miljoner kronor	

Tabell B. 600 miljoner kronor/år

Kommentar	Aktivitet/organisation
<p>a) Hälsosystem Ytterligare stöd till förstärkning av nationella hälsosystem inom ramen för harmonisering och nationell styrning och med koppling till regionalt och globalt arbete. Stöd till regionalt samarbete och samordning. Stöd till globalt samarbete och samordning.</p> <p>b) Forskningsaktiviteter Öka det befintliga stödet inom vissa områden, initiera ett heltäckande öppet malariaprogram (tuberkulos + andra smittsamma sjukdomar), organisera samfinansiering med andra länder för kliniska prövningar och behandlingstester (EDCTP-relaterade och andra smittsamma sjukdomar). Stöd till en "virtuell läkemedels- och vaccinindustri", som kan ta molekylerna hela vägen från laboratoriet till kliniska prövningar. Denna industri ska inriktas på smittsamma sjukdomar som drabbar låginkomstländer. Investeringar i epidemiologisk forskning.</p> <p>c) Riktade sjukdomsspecifika åtgärder Fortsatt stöd till GFATM, WHO, UNAIDS, GAVI och globala, regionala och nationella program i linje med det nuvarande stödet. Ytterligare stöd till tuberkulos, hiv/aids, immunisering och antibiotikaresistens. Stöd till GAVI:s program för minskning av dödligheten i mässling.</p>	<p>Aktivt stöd till förstärkning av hälsosystem (200 miljoner kronor):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nationellt stöd (Zambia, Tanzania, Nicaragua, Bangladesh som pilotförsök och därefter ytterligare 4 länder) – Regionalt stöd till NEPAD/SADC – Ytterligare regionalt stöd till EQUINET i Afrika – Samarbete med PAHO i Centralamerika – Stöd till Health Systems Action Network – Stöd till Human Resources in Health Platform – Stöd till Health Metrics Network – Stöd till ett svenskt resursnätverk <p>Ytterligare stöd (100 miljoner kronor) till:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MIM-sekretariat i Afrika - InDepth - IVI - TDR/WHO - Vaccineringsprogrammet/WHO - IPM - IAVI <p>Nya initiativ (200 miljoner kronor):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiera ett heltäckande globalt malariaprogram (tuberkulos + andra smittsamma sjukdomar) som omfattar allt från grundforskning till forskning om hälsosystem. - Stöd till flera epidemiologiska studier som ger kunskaper om orsaken till minskningen av hiv/aids i vissa länder i Afrika. - Samfinansiering med andra biståndsgivare av EDCTP-liknande aktiviteter (kliniska prövningar). - Kärnstöd till befintliga demografiska fältstationer i städer i länder som för närvarande inte får bilateralt forskningsstöd från Sida. - Stöd till "virtuell läkemedels- och vaccinindustri". <p>Ytterligare stöd (100 miljoner kronor) till:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stoppa tuberkulos - Smittskyddsinstitutet - Förebyggande program mot hiv - STRAMA/React - GAVI, mässling
	TOTALT: 600 miljoner kronor

Tabell C. 1 000 miljoner kronor/år

Kommentar	Aktivitet/organisation
<p>a) Hälsosystem Ytterligare stöd till förstärkning av nationella hälsosystem inom ramen för harmonisering och nationell styrning och med koppling till regionalt och globalt arbete. Stöd till regionalt samarbete och samordning. Stöd till globalt samarbete och samordning.</p> <p>b) Forskningsaktiviteter Öka det befintliga stödet inom vissa områden, initiera ett heltäckande öppet malariaprogram (tuberkulos + andra smittsamma sjukdomar), organisera samfinansiering med andra länder för kliniska prövningar och behandlingstester (EDCTP-relaterade och andra smittsamma sjukdomar). Stöd till en "virtuell läkemedels- och vaccinindustri", som kan ta molekyler hela vägen från laboratoriet till kliniska prövningar. Denna industri ska inriktas på smittsamma sjukdomar som drabbar låginkomstländer.</p> <p>c) Riktade sjukdomsspecifika åtgärder Fortsatt stöd till GFATM, WHO, UNAIDS, GAVI och globala, regionala och nationella program i linje med det nuvarande stödet. Ytterligare stöd till tuberkulos, hiv/aids, immunisering och antibiotikaresistens. Stöd till GAVI:s program för minskning av dödligheten i mässling.</p>	<p>Aktivt stöd till förstärkning av hälsosystem (300 miljoner kronor):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nationellt stöd (Zambia, Tanzania, Nicaragua, Bangladesh som pilotförsök och därefter ytterligare 4 länder) - Regionalt stöd till NEPAD/SADC - Ytterligare regionalt stöd till EQUINET i Afrika - Samarbete med PAHO i Centralamerika - Stöd till Health Systems Action Network - Stöd till Human Resources in Health Platform - Stöd till Health Metrics Network - Stöd till ett svenskt resursnätverk <p>Ytterligare stöd (100 miljoner kronor) till:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IVI - InDepth - TDR/WHO - Vaccineringsprogrammet/WHO - IPM - IAVI <p>Nya initiativ (400 miljoner kronor):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiera ett heltäckande globalt malariaprogram (tuberkulos + andra smittsamma sjukdomar) som omfattar allt från grundforskning till forskning om hälsosystem. - Stöd till epidemiologiska studier som ger kunskaper om orsaken till minskningen av hiv/aids i vissa länder i Afrika. - Samfinansiering med andra biståndsgivare av EDCTP-liknande aktiviteter (kliniska prövningar). - Kärnstöd till befintliga demografiska fältstationer i städer i länder som för närvarande inte får bilateralt forskningsstöd från Sida. - Stöd till "virtuell läkemedels- och vaccinindustri". <p>Ytterligare stöd (200 miljoner kronor) till:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stoppa tuberkulos - Smittskyddsinstitutet - Förebyggande program mot hiv - STRAMA/React - GAVI, mässling
	TOTALT: 1 000 miljoner kronor

Tabell D. Uppskattade kostnader 2006

Kommentar	Aktivitet/organisation
<p>a) Hälsoystem Under 2006 kommer det att bli möjligt att initiera stöd till globala och regionala organisationer inom ramen för 3–5-årsavtal (30 miljoner kronor). År 2006 kommer att bli en förberedelsestid för nationellt stöd med uppbyggnad av kapacitet inom Sida och anlåtande av konsulter för hjälp med nationell planering och analys.</p> <p>b) Forskningsaktiviteter Under 2006 blir det möjligt att öka det befintliga stödet inom vissa områden samt att initiera ett heltäckande öppet malariaprogram (tuberkulos + andra smittsamma sjukdomar), organisera samfinansiering med andra länder av en öppen utlysning för kliniska prövningar och behandlingstester (EDCTP-relaterade och andra smittsamma sjukdomar). Inom ramen för dessa initiativ kan man uppmantra studier som ger kunskaper om orsaken till minskningen av hiv/aids i vissa länder i Afrika.</p> <p>c) Sjukdomsspecifika åtgärder År 2006 kommer att bli en förberedelsestid med uppbyggnad av kapacitet inom Sida och möjlighet att initiera stöd till 1–2 organisationer.</p>	<p>Aktivt stöd till förstärkning av hälsoystem (45 miljoner kronor för 2006):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nationellt stöd (Zambia, Tanzania, Nicaragua, Bangladesh) – Regionalt stöd till NEPAD/SADC – Ytterligare regionalt stöd till EQUINET i Afrika – Samarbeta med PAHO i Centralamerika – Stöd till Health Systems Action Network – Stöd till Human Resources in Health Platform – Stöd till Health Metrics Network – Stöd till ett svenskt resursnätverk <p>Ytterligare stöd (20 miljoner kronor för 2006) till:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MIM-sekretariat i Afrika - IVI - InDepth - TDR/WHO - Vaccineringsprogrammet/WHO - IPM <p>Nya initiativ (45 miljoner kronor för 2006):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiera ett heltäckande globalt malaria-program (tuberkulos + andra smittsamma sjukdomar) som omfattar allt från grundforskning till forskning om hälsoystem. - Samfinansiering med andra biståndsgivare av EDCTP-liknande aktiviteter (kliniska prövningar). - Stöd till epidemiologiska studier som ger kunskaper om orsaken till minskningen av hiv/aids i vissa länder i Afrika. - Kärnstöd till befintliga demografiska fältstationer i städer i länder som för närvarande inte får bilateralt forskningsstöd från Sida. <p>Ytterligare stöd (15 miljoner kronor 2006) till:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stoppa tuberkulos - Smittskyddsinstitutet - Förebyggande program mot hiv - STRAMA/React
	TOTALT: 125 miljoner kronor

¹Travis et al (2004) Lancet

Att förhindra missbruk av kunskap och teknologi

(1972 års konvention mot biologiska vapen)

Det finns kopplingar mellan kampen mot smittsamma sjukdomar och kampen mot spridning av agens som kan användas i framställningen av biologiska vapen. Sjukdomsalstrande mikroorganismer, såsom bakterier, virus och mikrosvampar har det gemensamt att de kan användas i sådana vapen. Det är därför viktigt att kunskap och teknologi inte missbrukas.

1972 års konvention om förbud mot utveckling, framställning och lagring av bakteriologiska (biologiska) vapen och toxinvapen samt deras förstörelse, den s.k. B-vapenkonventionen, antogs den 10 april 1972. Konventionen har idag 153 parter. Sverige ratificerade konventionen den 5 februari 1976. Konventionstexten är utgiven på engelska och svenska i *SÖ 1976:18* (Sveriges internationella överenskommelser).

Stater som ansluter sig till B-vapenkonventionen har både rättigheter och skyldigheter. Konventionens artikel I ålägger varje fördragsslutande stat att varken utveckla, producera, lagra eller på annat sätt komma över biologiska agens eller toxiner av former eller kvantiteter som inte kan rättfärdigas av profylaktiska, preventiva eller andra fredliga ändamål. Likaså förbinder sig varje fördragsslutande stat enligt artikel III att inte överföra till någon mottagare sådana biologiska agens, toxiner, vapen eller utrustning. Artikel X uppmuntrar stater att delta i eller underlätta utbyte av utrustning, material och kunskap för fredliga ändamål. Konventionen skall inte tillämpas så att den hämmar de fördragsslutande staternas ekonomiska och teknologiska utveckling. För att kunna leva upp till både Artikel III och X så måste stöd i form av kompetensuppbyggnad och överföring av utrustning ske så att insyn och öppenhet främjas, t.ex. genom samarbetsprojekt.

Ett viktigt element i efterlevnaden av B-vapenkonventionen är den årliga nationella rapporteringen inom ramen för s.k. förtroendeskapande åtgärder (Confidence Building Measures). Sverige lämnar

årligen in en sådan rapport till FN med bl.a. information om sjukdomsutbrott, såväl på human- som djursidan. Under Utrikesdepartementets ledning deltar framförallt Smittskyddsinstitutet (SMI), Totalförsvarets forskningsinstitut (FOI) och Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA) i detta rapporteringsarbete.

Sverige bedriver exportkontroll för att förhindra att utländska aktörer utvecklar massförstörelsevapen med hjälp av ämnen, utrustning eller kunskap som kommer från Sverige. Sverige deltar också aktivt i det internationella samarbetet på exportkontrollområdet för att förhindra spridning av sådana vapen. Säkerhetspolisen samarbetar med flera myndigheter, bl.a. Inspektionen för strategiska produkter (ISP), för att förhindra handel med produkter som kan misstänkas vara avsedda för framställning av massförstörelsevapen. Säkerhetspolisen har utgivit följande informationsmaterial:

- ”Att skydda svensk bioteknik” – En broschyr om att skydda forskning, kunskap och produkter mot spionage och framställning av biologiska vapen; Säkerhetspolisen, november 2004.
- ”Spridning av massförstörelsevapen” – En rapport om arbetet med att förebygga och uppdaga spridning av massförstörelsevapen och bärare av sådana vapen; Säkerhetspolisen, juni 2003.

För vidare information se www.sakerhetspolisen.se och www.isp.se

För information om samspelet mellan åtaganden under B-vapenkonventionen och internationellt smittskyddsarbete se:

- ”Public health response to biological and chemical weapons” – WHO guidance, Second edition; utgiven av WHO, Genève 2004.

Statens offentliga utredningar 2005

Kronologisk förteckning

1. Radio och TV i allmänhetens tjänst. Riktlinjer för en ny tillståndperiod. Ku.
2. Radio och TV i allmänhetens tjänst. Finansiering och skatter. Ku.
3. Sveriges tillträde till 1995 års Unidroit-konvention om stulna eller olagligt utförda kulturföremål. Ku.
4. Liberalisering, regler och marknader. + Bilagor. N.
5. Postmarknad i förändring. N.
6. Säkert inläst?
En granskning av rymningarna från Kumla, Hall, Norrtälje och Mariefred 2004. Ju.
7. Försvarsfastigheter – information till riksdagen och effektiv lokalförsörjning. Fi.
8. Behov av rörlig ledningsstödsresurs. Fö.
9. KRUT
Reformerat regelverk för handel med försvarsmateriel. UD.
10. Handla för bättre klimat.
Från införande till utförande. M.
11. Välfärdsverksamhet för sjömän. N.
12. Bokpriskommissionens slutrapport.
Det skall vara billigt att köpa böcker och tidskrifter. U.
13. Lördagsdistribution av dagstidningar. U.
14. Effektivare handläggning av anknytningsärenden. UD.
15. Familjeåterförening och fri rörlighet för tredjelandsmedborgare. UD.
16. Reformerat system för insättningsgarantin. Fi.
17. Vem får jaga och fiska?
Rätt till jakt och fiske i lappmarkerna och på renbetesfjällen. Jo.
18. Prospektansvar. Fi.
19. Beskattningen vid omstruktureringar enligt fusionsdirektivet. Fi.
20. Konsumentskydd vid modemkapning. Ju.
21. Vinstandelar. Fi.
22. Nya upphandlingsregler. Fi.
23. en BRASkatt? – beskattning av avfall som förbränns. Fi.
24. Arbetslivsinriktad rehabilitering.
Framtida organisation för Arbetslivstjänster och Samhall Resurs AB. N.
25. Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid. S.
26. Mobil med bil. Ett nytt synsätt på bilstöd och färdtjänst. + Bilaga, lättläst och Daisy. S.
27. Den svenska fiskerikontrollen – en utvärdering. Jo.
28. Dubbel bosättning för ökad rörlighet. Fi.
29. Storstad i rörelse.
Kunskapsöversikt över utvärderingar av storstadspolitikens lokala utvecklingsavtal. Ju.
30. Lagen om byggförsäkring.
En utvärdering. M.
31. Stödet till utbildningsvetenskaplig forskning. U.
32. Regeringens stabsmyndigheter. Fi.
33. Fjärrvärme och kraftvärme i framtiden. M.
34. Socialtjänsten och den fria rörligheten. S.
35. Krav på kassaregister Effektivare utredning av ekobrott. Fi.
36. På väg mot ... En hållbar landsbygdsutveckling. Jo.
37. Tolkutbildning – nya former för nya krav. U.

38. Tillgång till elektronisk kommunikation i brottsutredningar m.m. Ju.
39. Skog till nytta för alla? N.
40. Rätten till mitt språk
Förstärkt minoritetsskydd. Ju.
41. Bortom Vi och Dom.
Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering. Ju.
42. Säker information. Förslag till informationssäkerhetspolitik. Fö.
43. Vårdnad – Boende – Umgänge
Barnets bästa, föräldrars ansvar.
Del A + B. Ju.
44. Smiley: Hygien och redlighet i livsmedelshandlingen. Jo.
45. Säkra förare på moped, snöskoter och terränghjulning. N.
46. Bättre arbetslivsinriktad rehabilitering.
En fusion mellan Arbetslivstjänster och Samhall Resurs AB. N.
47. Kärnavfall – barriärerna, biosfären och samhället. M.
48. Ett utvecklat resurstilldelningssystem för högskolans grundutbildning. U.
49. Unionsmedborgares rörlighet inom EU. UD.
50. Arbetskraftsinvandring till Sverige – befolkningsutveckling, arbetsmarknad i förändring, internationell utblick. N.
51. Bilen, Biffen, Bostaden. Hållbara laster – smartare konsumtion. Jo.
52. Avgiftsfinansierad livsmedels-, djurskydds- och foderkontroll – för en högre och jämnare kvalitet. Jo.
53. Beskattning när tillgångar värderas till verkligt värde. Fi.
54. Framtidens kriminalvård. Del 1+2. Ju.
55. Bättre inomhusmiljö. M.
56. Det blågula glashuset.
– strukturell diskriminering i Sverige. Ju.
57. Enhetlig eller differentierad mervärdesskatt? + Bilagedel. Fi.
58. Ny reglering av offentliga uppköps-erbjudanden. Ju.
59. Miljöbalken; miljö kvalitetsnormer, miljöorganisationerna i miljöprocessen och avgifter. M.
60. Efter flodvägen – det första halvåret. Fö.
61. Personuppgifter för samhällets behov. Fi.
62. Anpassning av radio- och TV-lagen till den digitala tekniken. U.
63. Tryggare leveranser. Fjärrvärme efter konkurs. N.
64. en BRASkatt! – beskattning av avfall som deponeras. Fi.
65. Registerkontroll av personal vid hem för vård eller boende som tar emot barn eller unga. S.
66. Makt att forma samhället och sitt eget liv – jämställdhetspolitiken mot nya mål. + Forskarrapporter.
+ Sammanfattning N.
67. Energideklarationer.
Metoder, utformning, register och expertkompetens. M.
68. Regionala stimulansåtgärder inom skatteområdet. Fi.
69. Sverige inifrån.
Röster om etnisk diskriminering. Ju.
70. Polisens behov av stöd i samband med terrorismbekämpning. Ju.
71. Informationssäkerhetspolitik.
Organisatoriska konsekvenser. Fö.
72. Alkolås – nyckel till nollvisionen. N.
73. Reformerad föräldraförsäkring.
Kärlek Omvårdnad Trygghet.
+ Bilagor. S.
74. Nytt djurhälsoregister – bättre nytta och ökad säkerhet. Jo.
75. Hundgöra – att göra hundar som gör nytta. Jo.
76. Fiskevårdens finansiering. Jo.
77. Får jag lov?
Om planering och byggande. Del 1+2. M.
78. Etikprövningslagstiftningen – vissa ändringsförslag. U.
79. Vem får jaga och fiska? Historia, folk rätt och miljö. Jo.
80. Uppdragsarkeologi i tiden. U.
81. Källan till en chans. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården.
+ Särtryck: Mål och förslag.
+ Bilaga: Kunskapsöversikt. S.

82. Personer med tungt missbruk.
Stimulans till bättre vård och behandling. S.
83. Kärnavfall – kostnader och finansiering. M.
84. En ny uppgifts- och ansvarsfördelning mellan polis och åklagare. Ju.
85. Tillsyn på försäkringsområdet. Fi.
86. Ägaransvar vid trafikbrott. N.
87. Svårnavigerat? Premiepensionssparande på rätt kurs. Fi.
88. Vräkning och hemlöshet – drabbar också barn. S.
89. Bevakning av kollektivavtals efterlevnad. N.
90. Abort i Sverige. S.
91. Agenda för mångkultur.
Programförklaring och kalendarium för Mångkulturåret 2006. U.
92. Styrningen av insatsförsvaret. Fö.
93. Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i en ny geografi – en samlad förvaltning med politisk styrning. N.
94. Kunskap för biologisk mångfald – inventera mera eller återvinn kunskapen? M.
95. Nyttiggörande av högskoleuppfindingar. U.
96. En effektiv förvaltning för insatsförsvaret. Fö.
97. När en räcker. Mastdelning för miljön. N.
98. Behörighet och ansvar inom djurens hälso- och sjukvård. Jo.
99. Vissa företagsskattefrågor. Fi.
100. På den assistansberättigades uppdrag. God kvalitet i personlig assistans – ändamålsenlig användning av assistansersättning. S.
101. Utan timplan – för målinriktat lärande. U.
102. Utan timplan – forskning och utvärdering. U.
103. Anhörigåterförening. UD.
104. Sverige och tsunamin – granskning och förslag. Del 1 Huvudrapport. Del 2 Expertrapporter. Fi.
105. Stärkt rätt till heltidsanställning. N.
106. Partiell ledighet. N.
107. Förslag till strategisk handlingsplan för Sveriges bidrag till den globala bekämpningen av smittsamma sjukdomar. UD.

Statens offentliga utredningar 2005

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Säkert inlåst?

En granskning av rymningarna från Kumla, Hall, Norrtälje och Mariefred 2004. [6]

Konsumentskydd vid modemkapning. [20]
Storstad i rörelse.

Kunskapsöversikt över utvärderingar av storstadspolitikens lokala utvecklingsavtal. [29]

Tillgång till elektronisk kommunikation i brottsutredningar m.m. [38]

Rätten till mitt språk
Förstärkt minoritetsskydd. [40]

Bortom Vi och Dom.

Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering. [41]

Vårdnad – Boende – Umgänge.
Barnets bästa, föräldrars ansvar.

Del A + B. [43]

Framtidens kriminalvård. Del 1+2. [54]

Det blågula glashuset.

– strukturell diskriminering i Sverige. [56]

Ny reglering av offentliga uppköps-
erbjudanden. [58]

Sverige inifrån.

Röster om etnisk diskriminering. [69]

Polisens behov av stöd i samband med
terrorismbekämpning. [70]

En ny uppgifts- och ansvarsfördelning
mellan polis och åklagare. [84]

Utrikesdepartementet

KRUT

Reformerat regelverk för handel med
försvarsmateriel. [9]

Effektivare handläggning av anknytnings-
ärenden. [14]

Familjeåterförening och fri rörlighet för
tredjelandsmedborgare. [15]

Unionsmedborgares rörlighet inom EU.
[49]

Anhörigåterförening. [103]

Förslag till strategisk handlingsplan för
Sveriges bidrag till den globala bekämp-
ningen av smittsamma sjukdomar. [107]

Försvarsdepartementet

Behov av rörlig ledningsstödsresurs. [8]

Säker information. Förslag till informations-
säkerhetspolitik. [42]

Efter flodvågen – det första halvåret. [60]

Informationssäkerhetspolitik.

Organisatoriska konsekvenser. [71]

Styrningen av insatsförsvaret. [92]

En effektiv förvaltning för insatsförsvaret.
[96]

Socialdepartementet

Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid.
[25]

Mobil med bil. Ett nytt synsätt på bilstöd
och färdtjänst. + Bilaga, lättläst och
Daisy. [26]

Socialtjänsten och den fria rörligheten. [34]

Registerkontroll av personal vid hem
för vård eller boende som tar emot barn
eller unga. [65]

Reformerad föräldraförsäkring.

Kärlek Omvårdnad Trygghet. + Bilagor.
[73]

Källan till en chans. Nationell
handlingsplan för den sociala barn-
och ungdomsvården.

+ Särtryck: Mål och förslag.

+ Bilaga: Kunskapsöversikt. [81]

Personer med tungt missbruk.
Stimulans till bättre vård och behandling. [82]
Vräkning och hemlöshet – drabbar också barn. [88]
Abort i Sverige. [90]
På den assistansberättigades uppdrag.
God kvalitet i personlig assistans – ändamålsenlig användning av assistansersättning. [100]

Finansdepartementet

Försvarsfastigheter – information till riksdagen och effektiv lokalförsörjning. [7]
Reformerat system för insättningsgarantin. [16]
Prospektansvar. [18]
Beskattningen vid omstruktureringar enligt fusionsdirektivet. [19]
Vinstandelar. [21]
Nya upphandlingsregler. [22]
en BRASkatt? – beskattning av avfall som förbränns. [23]
Dubbel bosättning för ökad rörlighet. [28]
Regeringens stabsmyndigheter. [32]
Krav på kassaregister Effektivare utredning av ekobrott. [35]
Beskattning när tillgångar värderas till verkligt värde. [53]
Enhetlig eller differentierad mervärdesskatt? + Bilagedel. [57]
Personuppgifter för samhällets behov. [61]
en BRASkatt! – beskattning av avfall som deponeras. [64]
Regionala stimulansåtgärder inom skatteområdet. [68]
Tillsyn på försäkringsområdet. [85]
Svårnavigerat? Premiepensionssparande på rätt kurs. [87]
Vissa företagsskattefrågor. [99]
Sverige och tsunamin – granskning och förslag. Del 1 Huvudrapport. Del 2 Expertrapporter. [104]

Utbildnings- och kulturdepartementet

Radio och TV i allmänhetens tjänst.
Riktlinjer för en ny tillståndperiod. [1]
Radio och TV i allmänhetens tjänst.
Finansiering och skatter. [2]

Sveriges tillträde till 1995 års Unidroit-konvention om stulna eller olagligt utförda kulturföremål. [3]
Bokpriskommissionens slutrapport.
Det skall vara billigt att köpa böcker och tidskrifter. [12]
Lördagsdistribution av dagstidningar. [13]
Stödet till utbildningsvetenskaplig forskning. [31]
Tolkutbildning – nya former för nya krav. [37]
Ett utvecklat resurstilldelningssystem för högskolans grundutbildning. [48]
Anpassning av radio- och TV-lagen till den digitala tekniken. [62]
Etikprövningslagstiftningen – vissa ändringsförslag. [78]
Uppdragsarkeologi i tiden. [80]
Agenda för mångkultur.
Programförklaring och kalendarium för Mångkulturåret 2006. [91]
Nyttiggörande av högskoleuppfindingar. [95]
Utan timplan – för målinriktat lärande. [101]
Utan timplan – forskning och utvärdering. [102]

Jordbruksdepartementet

Vem får jaga och fiska?
Rätt till jakt och fiske i lappmarkerna och på renbetesfjällen. [17]
Den svenska fiskerikontrollen – en utvärdering. [27]
På väg mot ... En hållbar landsbygdsutveckling. [36]
Smiley: Hygien och redlighet i livsmedels hanteringen. [44]
Bilen, Biffen, Bostaden. Hållbara laster – smartare konsumtion. [51]
Avgiftsfinansierad livsmedels-, djurskydds- och foderkontroll – för en högre och jämnare kvalitet. [52]
Nytt djurhälsoregister – bättre nytta och ökad säkerhet. [74]
Hundgöra – att göra hundar som gör nytta. [75]
Fiskevårdens finansiering. [76]
Vem får jaga och fiska? Historia, folkrätt och miljö. [79]

Behörighet och ansvar inom djurens
hälso- och sjukvård. [98]

Miljö- och samhällsbyggnadsdepartementet

Handla för bättre klimat.

Från införande till utförande. [10]

Lagen om byggförsäkring.

En utvärdering. [30]

Fjärrvärme och kraftvärme i framtiden. [33]

Kärnavfall – barriärerna, biosfären och
samhället. [47]

Bättre inomhusmiljö. [55]

Miljöbalken; miljö kvalitetsnormer, miljö-
organisationerna i miljöprocessen och
avgifter. [59]

Tryggare leveranser. Fjärrvärme efter
konkurs. [63]

Energideklarationer.

Metoder, utformning, register och
expertkompetens. [67]

Får jag lov?

Om planering och byggande. Del 1+2.
[77]

Kärnavfall – kostnader och finansiering. [83]

Kunskap för biologisk mångfald – inventera
mera eller återvinn kunskapen? [94]

Näringsdepartementet

Liberalisering, regler och marknader. [4]

Postmarknad i förändring. [5]

Välfärdsverksamhet för sjömän. [11]

Arbetslivsinriktad rehabilitering.

Framtida organisation för Arbetslivs-
tjänster och Samhall Resurs AB. [24]

Skog till nytta för alla? [39]

Säkra förare på moped, snöskoter och
terränghjulning. [45]

Bättre arbetslivsinriktad rehabilitering. En
fusion mellan Arbetslivstjänster och
Samhall Resurs AB. [46]

Arbetskraftsinvandring till Sverige
– befolkningsutveckling, arbetsmarknad
i förändring, internationell utblick. [50]

Makt att forma samhället och sitt eget
liv – jämställdhetspolitiken mot nya
mål. + Forskarrapporter.

+ Sammanfattning. [66]

Alkolås – nyckel till nollvisionen. [72]

Ägaransvar vid trafikbrott. [86]

Bevakning av kollektivavtals efterlevnad.
[89]

Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning
i en ny geografi – en samlad förvaltning
med politisk styrning. [93]

När en räcker. Mastdelning för miljön. [97]

Stärkt rätt till heltidsanställning. [105]

Partiell ledighet. [106]