

Nytt håp for AIDS-rammede

I løpet av 1990-årene forflyttet senteret for HIV-epidemien i Afrika seg gradvis fra sentral- og østafrikanske land til det sørlige Afrika. I 1985–88 arbeidet jeg som regionslege i gruvebyen Selebi-Phikwe i det østlige Botswana. Botswanas første AIDS-tilfelle ble diagnostisert nettopp i Selebi-Phikwe så sent som i 1986. Siden har utviklingen i landet vært dramatisk. Av en befolkning på 1,6 millioner er anslagsvis 300 000 HIV-positive. På landsbasis var HIV-prevalens blant gravide 38 % i 2000. I Selebi-Phikwe var prevalens samme året 51 %, og foreløpige tall for 2001 viser en stigning til rundt 60 %.

Hvorfor er det er blitt slik? Botswana var tidlig ute med befolkningsrettet informasjon, og myndighetene har heller ikke forsøkt å skjule alvoret i situasjonen. Kondomer er gratis i det offentlige helsevesen og tilgjengeligheten er god. Likestillingen er nok også kommet lenger her enn i mange andre afrikanske land. Kanskje den beste forklaringen er at det har vært raske og dyptgående sosiale endringer i Botswana de siste tiårene. Fra å være lutfattig ved uavhengighet i 1975, er landet nå etter afrikanske forhold ganske velstående. Det har vært en stor grad av urbanisering, mobiliteten i samfunnet er generelt høy (det er utrolig hvor mange botswanere som til enhver tid er på reise-fot!) og gamle sosiale normer er forsvunnet.

Hittil har behandling av HIV/AIDS i Botswana hovedsakelig vært rettet mot ledsagende infeksjoner. Antiviral behandling har, på ett unntak nær, ikke vært tilgjengelig i den offentlige helsetjenesten. Men i 1999 begynte man å tilby zidovudin til HIV-positive gravide i Mother To Child Transmission Prevention (MTCTP)-programmet. MTCTP, som startet som et begrenset pilotprosjekt, er det siste året blitt utvidet til å gjelde hele landet. På landsbasis har imidlertid godt under halvparten av gravide som har fått tilbudet, ønsket en HIV-test, og bare en del av de positive har ønsket behandling. Det er kanskje ikke så rart: For det første er dette en behandling som kun er rettet mot barnet. For det andre er det knyttet betydelig stigma til HIV/AIDS. En del av opplegget for HIV-positive kvinner som deltar i MTCTP-programmet er at amming frarådes, og barnet får morsmelkerstatning i et halvt år. Folk legger to og to sammen, og kvinner som ikke ammer blir fort oppfattet som HIV-positive.

I det private helsevesen har man i begrenset grad tilbudt antiviral behandling. Enkelte pasienter med god råd har betalt alt selv. Personer som har helseforsikring knyttet til jobben, som en del offentlig ansatte, har kunnet få behandling med tomedikament-kombinasjon. Enkelte bedrifter, som det

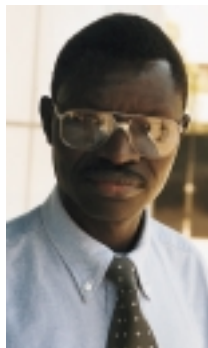


Skilt ved innkjørselen til Selebi-Phikwe. Alle foto T.W. Steen

halvstatlige diamantselskapet, har det siste året tilbudt medikamenter til alle ansatte og ektefeller. Imidlertid er det neppe mer enn noen få tusen personer som for tiden behandles med antivirale midler, og kvaliteten av behandlingen har vært varierende.

Dette bildet vil snart endre seg. Som det første land i Afrika har Botswana besluttet å tilby antiviral behandling gratis gjennom det offentlige helsevesenet. Under et opphold i Botswana i månedsskiftet oktober/november 2001 forsøkte jeg å få et overblikk over hva som skjer.

Dr. Churchill Onen er indremedisiner og prosjektkoordinator for Anti-Retroviral Therapy (ARVT)-prosjektet. Dr. Howard Moffat er også indremedisiner, og samtidig sjeflege ved landets største sykehus, Princess Marina Hospital. De forteller at det hele har utviklet seg raskt. Botswanas president uttalte tidlig i 2001 at alle HIV-positive skulle tilbys gratis behandling så snart som mulig. I løpet av sommeren ble det etablert en prosjektgruppe. Flere departementer var re-



Dr. Churchill Onen



Dr. Howard Moffat

presentert, i tillegg også representanter for internasjonale organisasjoner, givere (amerikanske), privat helsesektor og HIV-smittede.

Det ble raskt klart at det ville være umulig å tilby behandling til alle HIV-positive umiddelbart. For det første mangler man klinisk nøkkelpersonell som leger og sykepleiere, samt utstyr og personale på laboratoriesiden. For det andre må det lages utdannings- og informasjonspakker både til helsepersonell og til befolkningen. Og, ikke minst, det hele skal betales.

Det ble laget en opptrappingsplan over fem år, med start mot slutten av 2001. Man skulle da tilby behandling ved landets to regionsykehus (Gaborone, Francistown), samt ved to store distriktsykehus (Serowe, Maun). I løpet av ett år skal man ha 19 000 pasienter i behandling. Det skal så foretas en årlig utvidelse av programmet, slik at man etter fem år kan tilby behandling til 100 000 pasienter.

Ett av tre medisinske kriterier må oppfylles. Pasienten må enten være gravid og HIV-positiv, ha HIV-positiv tuberkulose, eller være innlagt i sykehus med laboratorieverifisert AIDS. Kritisk syke pasienter vil imidlertid bli ekskludert.

For å kunne styre behandlingen på en overkommelig måte, og samtidig unngå problemet med at pasienten ikke informerer andre om sykdommen (dessverre vanlig), vil man også innføre et «sosialt» kriterium; nemlig at pasienten aksepterer at et familie-medlem eller en venn blir informert om sykdommen. Vedkommende skal også være ansvarlig for at pasienten tar medikamentene (direkte observert terapi; DOT). Det blir følgelig et slags familie- eller nettverksbasert DOT-opplegg. Pasienten og den DOT-ansvarlige må forplikte seg til å møte til månedlig kontroll, og vil da også få tildelt medikamenter for neste måned.

Når programmet etter hvert utvides, vil man også gi tilbud om behandling til asymptomatiske voksne pasienter med CD4-tall under 200, alle HIV-positive barn og pasienter som henvises poliklinisk. Man vil gradvis inkludere flere sykehus og involvere primærhelsetjenesten i kontroll og oppfølging.

Man ønsker en standardisert behandling, som samtidig skal være effektiv og minst mulig komplisert. Proteasehemmere inngår ikke i standardbehandlingen, dels fordi de er

dyre, dels fordi man anser dem som mer toksiske enn nukleosidanalogene. I utgangspunktet vil det være to regimer. Gravide og kvinner i fertil alder vil få zidovudin + lamivudin + nevirapin. Alle andre vil få zidovudin + lamivudin + efavirenz. Pasienter som ikke responderer på standardbehandling, eller får uakseptable bivirkninger, skal etter spesialisthenvisning kunne tilbys alternativer som didanosin + stavudin + nevirapin, eller ritonavir + saquinavir.

CD4-telling skal gjøres kvarstalsvis. Måling av virusmengde skal gjøres ved behandlingsstart og et par ganger i løpet av første halvår, senere etter individuell vurdering.

Det er forhandlet frem pristilbud som gjør at medikamentprisen for en pasient i ett år blir ca. 10 000 pula (ca. 14 500 kr). Total kostnad for det første året vil være 167 millioner pula. Av dette vil eksterne midler, vesentlig fra amerikanske kilder, dekke ca. to tredeler.

Merck Foundation og Bill & Melinda Gates Foundation har forpliktet seg til å gi 20 millioner US dollar (100 millioner pula) årlig i fem år til prosjektet. I tillegg skal Harvard University drive en del opplæring, og også bygge Afrikas største virologiske laboratorium i Gaborone. Centers for Disease Control and Prevention og andre amerikanske institusjoner og firmaer bidrar med mindre komponenter. Det er imidlertid klart at når programmet ekspanderer, må Botswana dekke brorparten av utgiftene, dersom ikke andre givere trår til. Samlet utgift over fem



MTCTP – bra for barna, men hjelper det mødrene?

år er beregnet til 3,5 milliarder pula. Til sammenlikning er helsedepartementets samlede budsjett i år på 400 millioner pula.

Både Onen og Moffat ser risikoer ved prosjektet. Ut fra erfaringene med mor-barn-programmet vil man kanskje rekruttere færre pasienter enn prosjektert. På den annen side kan for stor pågang også bli et problem: Hva gjør man med AIDS-syke fra andre deler av landet som reiser til Gaborone eller Francistown og forlanger å få behandling? Det kan bli vanskelig å rekruttere kvalifisert personell raskt nok. Kvaliteten på informasjon, rådgivning og oppfølging må være høy, ellers kan man få dårlig etterlevelse (compliance) og resistensproblemer. Samtlige naboland (Namibia, Sør-Afrika, Zambia, Zimbabwe) har høy AIDS-forekomst, men ingen av dem tilbyr antiviral behandling gjennom det offentlige helsevesenet. Både svartebørshandel med medikamenter og organisert kriminalitet der medikamenter

forsvinner, kan være reelle trusler. Effektiv behandling vil kunne føre til at forebyggende budskap blir enda mindre hørt av publikum enn i dag.

På den annen side gir prosjektet store muligheter. Det gir håp for et bedre og lengre liv for en betydelig del av befolkningen. Dersom en stor del av de HIV-positive blir omfattet av programmet, vil det kunne medføre en betraktelig redusert transmisjon av virus. Utgiftene blir store, men på sikt kan man få besparelser pga. færre sykehusinnleggelser. Fra et nasjonaløkonomisk synspunkt vil mange mennesker,

som ellers ville ha dødd, kunne holdes i produktivt arbeid.

Min avsluttende kommentar er at dette er et gigantisk prosjekt med store muligheter, men med tilsvarende stor fallhøyde. Så vidt jeg vet er Brasil det eneste land i såkalt midlere inntektsgruppe som har satt i gang noe liknende og fått det til. Men i Brasil er mindre enn 1% av befolkningen HIV-positiv. De første årene blir neppe økonomien en begrensende faktor for Botswana, heller personell og logistikk. Jeg skal avholde meg fra videre spådommer. Vi må bare krysse fingrene – og for Botswanas skyld håpe at programmet blir vellykket.

Tore W. Steen
Oslo kommune
Helsevernetaten
Maridalsveien 3
0178 Oslo