

# Er legemidler mot HIV redningen for fattige land?

### Trusler mot barns og unges helse

- I 2002 var det totale antall barn og unge som døde dobbelt så høyt som antallet voksne som døde av AIDS, tuberkulose og malaria.
- I år 2000 døde 10,8 millioner barn under fem år. Halvparten av dem døde enten av underernæring eller av en av fem smittsomme sykdommer som alle kan forebygges eller behandles. 99 % av disse dødsfallene skjedde i utviklingsland.
- 1,2 milliarder unge verden over står overfor spesifikke trusler mot helsen – HIV/AIDS, tobakks- og alkoholbruk, depresjon, selvmord og vold. Dette får dramatiske konsekvenser: Hver dag blir 6 000 nye ungdommer smittet av HIV, 45 000 barn fødes av tenåringsmødre, 40 000 unge begynner å røyke, 10 000 ungdommer gjør selvmordsforsøk og 250 dør, 1 400 dør av skader og 16 000 jenter blir seksuelt misbrukt.

*Verdens helseforsamling, mai 2003*

De siste ti årene har forventet levealder blitt vesentlig lavere i afrikanske land sør for Sahara. Mesteparten av denne negative utviklingen skyldes HIV/AIDS-epidemien. Er antiretroviral behandling «redningen» for fattige land?

Etter den annen verdenskrig har gjennomsnittlig forventet levealder økt over hele verden. De siste ti årene derimot er forventet levealder blitt vesentlig redusert i mange utviklingsland, særlig i afrikanske land sør for Sahara (fig 1) (1, 2). HIV/AIDS-epidemien må ta mesteparten av ansvaret for den negative utviklingen. I mange land er 20–40 % av alle gravide kvinner HIV-positive, og over to millioner barn er foreldreløse (3). HIV/AIDS-epidemien har en ødeleggende effekt på økonomien i fattige utviklingsland, noe som fører til at landene blir hengende enda mer etter i den økonomiske utviklingen i forhold til de øvrige deler av verden (4). HIV/AIDS-epidemien er for tiden inne i en kritisk fase i Sørøst-Asia (tab 1) (5), og myndighetene har knapp tid på seg til å sette inn tiltak som kan hindre en utvikling tilsvarende den vi når ser i det sørlige Afrika.

Spedbarnsdødeligheten er en god indikator på et lands utviklingsfase i form av fremgang innenfor feltene utdanning, helse, økonomi og sosial velferd. Etter 1985 er spedbarnsdødeligheten i Sør-Asia redusert, i motsetning til land i det sørlige Afrika, der reduksjonen har vært mye mindre uttalt eller stagnert. I enkelte land har situasjonen faktisk blitt forverret (6). HIV/AIDS-epidemien gir et betydelig bidrag til en vedvarende høy spedbarnsdødelighet.

Tilgangen til billige og effektive antiretrovirale medikamenter sammen med en internasjonal vilje til å øke innsatsen i kampen mot HIV/AIDS i fattige land, har gitt nytt håp til de utviklingsland som er hardest rammet av epidemien. Målet med denne artikkelen er å belyse dilemmaer og begrensninger knyttet til medikamentell behandling av AIDS i fattige land.

### Erfaring fra utviklingsland

Antiretrovirale medikamenter har vært tilgjengelig for AIDS-pasienter i rike land i mange år. Effekten av denne behandlingen er meget god med hensyn til sykkelighet og forventet levetid. Det er grunn til å tro at

effekten i utviklingsland vil være mer uttalt, idet tiden fra serokonversjon til fullt utviklet AIDS er kortere på landsbygda i Afrika enn i Vesten (7, 8). Det er beregnet at i Sør-Afrika kan trippelbehandling med antiretrovirale legemidler for 25 % av alle HIV-infiserte forebygge tre års reduksjon i forventet levealder og mer enn 400 000 nye AIDS-tilfeller (9).

Brasil, som i økonomisk forstand er et middelinntektsland, har lengst erfaring med bruk av antiretroviral behandling. Etter 1996 har slik behandling vært gitt gratis gjennom et nettverk av mer enn 1 300 offentlige helsesentre for HIV/AIDS, og i perioden 1995–2001 ble antall AIDS-relaterte dødsfall redusert med nesten 70 % (10). Antall sykehusinnleggelses ble redusert med 80 % og antall HIV-relaterte infeksjoner, inkludert tuberkulose, ble halvert. Mer enn 113 000 brasilianere med HIV-infeksjon får nå antiretroviral behandling. Behandlingskostnadene per pasient er redusert med om lag 50 % og; prisen på legemidlene med om lag 80 % (4). Men HIV-infeksjonsraten økte med 3,7 % i 2001, noe som sannsynligvis skyldes mer risikofylt seksualatferd etter at behandling ble mer tilgjengelig (11).

I Afrika, som har flest HIV-infiserte, er det begrenset erfaring med bruk av antiretroviral behandling. Noen afrikanske land har introdusert antiretroviral behandling i spesifikke deler av befolkningen (12). Botswana introduserte et program for bruk av antiretroviral behandling hos gravide kvinner for å hindre vertikal virusmitte fra mor til barn. Programmet har hatt begrenset suksess, ettersom bare 50 % av kvinnene tar imot behandlingstilbudet, antakelig på grunn av frykt for å bli stigmatisert (13). I Uganda er det etablert ti helsesentre i hovedstaden Kampala for å behandle HIV-infiserte med antiretrovirale medikamenter (14), og i 2001 fikk 3 000 personer slik behandling av det offentlige helsevesen, mens om lag 10 000 fikk det gjennom privatleger og privatsykehus. Pasientene må selv dekke alle utgifter, som beløper seg til 70 amerikanske dollar per

måned (15). Det er beregnet at mellom 150 000 og 250 000 av i alt 40 millioner mennesker med HIV-infeksjon i Afrika for tiden får antiretroviral behandling. Det eksisterer et stort illegalt marked for slike legemidler, noen pasienter får monoterapi istedenfor trippelterapi, og noen må slutte behandlingen fordi de ikke er i stand til å betale for den. Alle disse faktorene kan føre til resistensutvikling mot legemidlene (16).

### Forebygging versus behandling

Avhengig av intensiteten av forebyggende tiltak, effekten av antiretroviral behandling og den epidemiologiske situasjonen i et land, vil mellom 25 % og 100 % av pasienter med HIV-infeksjon være smittet med resistente virus etter 30 års bruk av antiretroviral behandling, tyder statistiske modeller på (17). Disse viser at i et land som India vil tiltak rettet mot prostituerte ha langt større effekt enn bruk av antiretroviral behandling. I Botswana, som er i en helt annen epidemisk situasjon, er det behov for et bredt spekter av tilnæringsmåter for å redusere omfanget av HIV/AIDS-epidemien.

Det er beregnet at i Afrika sør for Sahara vil forebyggende tiltak rettet mot virusoverføring være 28 ganger mer kostnadseffektivt enn høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) (18). Dette betyr at for hvert personlevår oppnådd med HAART-behandling, kunne 28 personlevår vært oppnådd med de samme utgifter gjennom forebyggende tiltak (18). Beregningen er basert på en legemiddelpris på 350 amerikanske dollar per år og omfatter ikke utgifter til nødvendig helsetjenester. Forebyggende tiltak er overvåking og forebygging av seksuelt overførbare sykdommer, frivillig testing og rådgiving, sikring av blodoverføringer og forebygging av virusoverføring fra mor til barn under svangerskap.

Det er en rekke etiske dilemmaer knyttet til å nekte mennesker AIDS-behandling etter hvert som prisen blir såpass lav at investering i medikamenter er økonomisk mulig. Hensynet til det enkelte menneske i nød står mot prinsippet om å satse på forebygging for å hindre at fremtidige generasjoner skal bli smittet (18). Forebygging av smitte fra mor til barn ved svangerskap, fødsel og under amming er et viktig, trygt og kostnadseffektivt tiltak (19). Men risikoen for smitte under amming er fortsatt et uløst problem (20).

### Hvordan starte antiretroviral behandling?

I hvilken grad behandlingen virkelig blir gjennomført, er en særdeles viktig faktor for å motvirke resistensutvikling. Fra Brasil er det rapportert at 69 % av pasientene gjennomfører behandlingen som forordnet, noe som er på høyde med de 75 % rapportert fra vestlige land (9). Utvikling av resistens er en alvorlig fare for behandlingsprogram for AIDS i det enkelte land, men vil også kunne redusere effekten av antiretroviral behandling globalt.

Det er ikke lenger nødvendig å ha tilgang til laboratorieservice for CD-4-bestemmelser for å igangsette antiretroviral behandling. I retningslinjene til Verdens helseorganisasjon (WHO) er det telling av hvite blodlegemer og kliniske symptomer og tegn som bestemmer behandlingsindikasjon (21). Vellykket behandling er avhengig av opplæring av lokalt helsepersonell på alle nivåer. WHO har nylig satt antiretrovirale legemidler på listen over essensielle legemidler, og enkelte land har startet produksjon av generiske kopipreparater for å redusere behandlingskostnadene (22).

En av de store utfordringene i arbeidet med AIDS/HIV er «den doble byrden» som blir lagt på helsevesenet: Det blir stadig færre helsearbeidere, mens behovet for



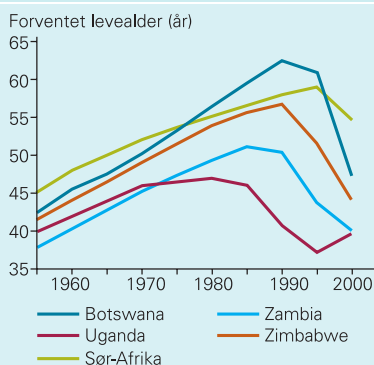
Det er knyttet en rekke dilemmaer til innføring av antiretroviral behandling i fattig land, bl. a. behandlingsskapasitet, resistensutvikling og kostnader. Foto WHO/P. Viro

helsetjenester er sterkt økende. Innføring av antiretroviral behandling vil kunne forlenge livet til helsepersonell, men vil i en startfase også øke behovet for helsetjenester. Det vil sette press på andre deler av helsetjenesten, slik som rådgiving, testing og behandling av sykdommer som er økt i kjølevannet av HIV-epidemien, bl.a. tuberkulose (23).

Behandling av AIDS er en spesialistoppgave i den rike del av verden. I fattige land er det sykepleiere og leger som initierer behandlingen, mens helseassistenter vil følge opp ute i distriktene. WHO's anbefalinger har tatt høyde for dette, og retningslinjene kan følges med enkel trening (21). WHO har også etablert et system for kvalitetssikring av medikamenter, men i land hvor nesten halvparten av alle medikamenter forsvinner før de når sykehus og klinikker, vil sikker levering være en av hovedutfordringene.

En annen utfordring er å sikre AIDS-pasienter tilstrekkelig og riktig balansert

Figur 1



Beregnet forventet levealder i enkelte afrikanske land 1950–2000 (1, 2)

Tabell 1 HIV/AIDS i afrikanske land sør for Sahara sammenliknet med andre verdensdeler (5)

Geografisk område	Voksne og barn med AIDS	Voksne og barn nylig HIV-infisert	Prevalens av HIV/AIDS blant voksne	Andel av HIV-positive voksne som er kvinner
Afrika sør for Sahara	28 100 000	3 400 000	8,4 %	55 %
Nord-Afrika og Midtøsten	440 000	80 000	0,2 %	40 %
Sør- og Sørøst-Asia	6 100 000	800 000	0,6 %	35 %
Øst-Asia og Stillehavsområdet	1 000 000	270 000	0,1 %	20 %
Latin-Amerika	1 400 000	130 000	0,5 %	30 %
Karibia	420 000	60 000	2,2 %	50 %
Øst- og Sentral-Asia	1 000 000	250 000	0,5 %	20 %

mat. HIV/AIDS-pasienter bør øke inntaket av protein, sporstoffer og vitaminer med 50 % (3). En riktig diett kan forebygge opportunistiske infeksjoner og er helt nødvendig for å hindre alvorlige bivirkninger av antiretrovirale medikamenter (24). Dette kan bli et stort problem i land hvor mangel på mat er vanlig og en del av årets sykluser.

Stigma knyttet til HIV/AIDS er fortsatt sterkt til stede i mange deler av Afrika. Derfor har etterspørselen etter antiretroviral behandling vært svært lav i enkelte prosjekter. Erfaringer fra Malawi viser at det er helt nødvendig å ta pasientorganisasjoner og lokalsamfunnet med på råd før antiretroviral behandling introduseres (25).

### Makroøkonomiske betraktninger

WHO har som målsetting at minst tre millioner mennesker med AIDS i fattige land skal få behandling med antiretrovirale legemidler innen utgangen av 2005. Kostnadene ved denne satsingen er beregnet til 9,2 milliarder amerikanske dollar årlig. I 2000 brukte lav- og middelinntektsland ca. 1,8 milliarder dollar på HIV/AIDS totalt, mens givreland donerte 140 millioner dollar (4). Det globale fond for bekjempelse av AIDS, tuberkulose og malaria disponerer per i dag ca. 2 milliarder amerikanske dollar. Gapet mellom tilgjengelige midler og behovet er altså fremdeles stort.

FNs organisasjon for AIDS-arbeid, UNAIDS, har beregnet at antiretroviral behandling i fattige land gir et gjennomsnitt på åtte ekstra leveår. Dette er leveår i den mest produktive alder og vil derfor ha stor betydning for den økonomiske utvikling i land som er hardt rammet av HIV/AIDS. Det er beregnet at en 10 % økning i gjennomsnittlig levealder vil gi økonomisk vekst på 1 % per år (3). I Sør-Afrika er det forventet at ubegrenset tilgang til antiretroviral behandling vil kreve 20 % av det totale helsebudsjettet (26).

### Veien videre

Etterspørselen etter og presset for å få innført antiretroviral behandling som gratis standardbehandling i fattige land er enorm. Under den internasjonale AIDS-konferansen i Barcelona i 2002 var ikke spørsmålet lenger om antiretroviral behandling bør innføres, men hvor raskt det kan være tilgjengelig. Med midler fra Det globale fond for bekjempelse av AIDS, tuberkulose og malaria tilføres mange fattige land betydelige summer for å kunne starte behandling med antiretroviral behandling. Det er derfor viktig å satse på utdanning og videre trening av helsepersonell, slik at landene settes i stand til å innføre slik behandling på en forsvarlig måte. Det er viktig å regulere grå og illegale markeder for

å sikre at antiretrovirale legemidler brukes på riktig måte og at medisinene er tilgjengelig når det er behov for det. WHO har produsert et strateginotat om behandling av HIV/AIDS, med mer kokebokpregede oppskrifter på hvordan det kan gjøres i fattige land (21).

Det er viktig at antiretroviral behandling ikke introduseres som en «tryllestav» som fjerner AIDS og setter andre virkemidler i kampen og behandlingen av AIDS i skyggen. Antiretroviral behandling er bare ett av tiltakene i behandlingsskjeden av HIV/AIDS. Frivillig testing og rådgiving vil fortsatt være innfallsporten til behandling og omsorg. Et fullverdig behandlings- og omsorgstilbud vil også omfatte behandling av opportunistiske og genitale infeksjoner, ernæring, hjemmebaserte tjenester og palliativ behandling. Tiltak for å bekjempe HIV/AIDS-epidemien vil fortsatt være tverrfaglige og tverrsektorielle. Det er viktig at bredden i HIV/AIDS-arbeidet kommer frem i nasjonale planer og i fattigdomsstrategiene som de fleste land for tiden arbeider med. Dersom innføring av antiretroviral behandling fører til en overdreven medikalisering, vil antiretroviral behandling snarere kunne føre til en forverring av HIV/AIDS-epidemien enn å være den redningen hardt rammede land og folk mest av alt trenger.

### Lars Lien

*lars.lien@norad.no*  
NORAD  
Postboks 8034 Dep  
0030 Oslo

### Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

- World Bank. [www.devdata.worldbank.org/hnpstats](http://www.devdata.worldbank.org/hnpstats) (3.1.2003).
- Hanmer L. Are the DAC targets achievable? Poverty and human development in the year 2015. *J Int Dev* 1999; 11: 547–63.
- Morgan D, Mahe C, Mayanja B, Okongo JM, Lubega R, Whitworth JAG. HIV-1 infection in rural Africa: Is there a difference in median time to AIDS and survival compared with that in industrialized countries? *AIDS* 2002; 16: 597–603.
- Wood D, Braitstein P, Montaner JSG, Schechter MT, Tyndall MW, O'Shaughnessy MO et al. Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2000; 355: 2095–100.
- Galvão J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002; 360: 1862–5.
- Nagelkerke NDJ, Jha P, de Vlas SJ, Korenromp EL, Blanchard SMJ, Plummer FA. Modelling HIV/AIDS epidemics in Botswana and India: impact of interventions to prevent transmission. *Bull World Health Organ* 2002; 80: 89–96.
- Marseille E, Hofmann PB, Kahn JK. HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2002; 359: 1851–6.
- Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited setting: Guidelines for a public health approach. Genève: WHO, 2002.
- Malawi ProTEST Project. Annual report. Lilongwe, Malawi: Ministry of health and population, 2002.
- Cullinan K. South Africa takes first steps to provide antiretrovirals. *Bull World Health Organ*, 2002; 80: 921.

