

Registreringsvansker for antiretrovirale legemidler i Afrika

Legemiddelfirmaer får mye publisitet og anerkjennelse ved å love prisavslag for viktige legemidler i fattige land, blant annet for antiretrovirale midler mot HIV-infeksjon. Et av disse midlene, tenofovir (tenofovirdisoproksil), er ennå ikke registrert i Sør-Afrika og Zimbabwe, men kan brukes på registreringsfritak og via egen import fra USA. Dette er midlertidig en dyr, komplisert og sårbar ordning. For mange pasienter i disse landene er derfor tenofovir i praksis ikke tilgjengelig.

Dette går frem av en kommentar-artikkel i *The Lancet* fra den sørafrikanske avdelingen av Leger Uten Grenser (1). Tenofovir brukes i Sør-Afrika for å erstatte stavudin hos HIV-pasienter som får høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) og som utvikler stavudinutløst hyperlaktatemi. Antallet pasienter som trenger et slikt legemiddelskifte er økende.

Manglende registrering av viktige legemidler er et stort problem også i andre afrikanske land. I noen tilfeller skyldes dette treg saksbehandling hos legemiddelmyndighetene, men i mange tilfeller har de aktuelle legemiddelfirmaene rett og slett ikke sendt inn søknad om registrering. En studie, publisert i samme nummer av *The Lancet*, viser at gratis tilgang på HAART-behandling i lavinntektsland er assosiert med lavere mortalitetsrater (2).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Ford N, Darder M. Registration problems for antiretrovirals in Africa. *Lancet* 2006; 367: 2006–7.
2. The Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration and ART Cohort Collaboration (ART-CC) Groups. Mortality and HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 2006; 367: 817–24.

Tilbakeslag i Zimbabwe

Landet som en gang var kjent som det sørlige Afrikas brødkurv, produserer nå bare en firedel av maten landet selv har behov for. Spedbarnsdødeligheten stiger og forventet levealder synker. FNs tusenårsmål om bedring av mødres og barns helse synes å være urealistiske i Zimbabwe.

Jeg stopper opp foran oppslaget på Rutsana helsesenter i Harare. 3 millioner Zim-dollar i egenandel for å føde? Hun ser oppgitt på meg, trekker på skuldrene. Jo, helseministeren mener at en fødsel ikke er sykdom, det er ditt eget valg å få barn, derfor må vi betale. 3 millioner Zim-dollar er rundt regnet 30 amerikanske dollar, noe som tilvarer nesten en halv månedslønn for en sykepleier i Zimbabwe – leger tjener mer enn dobbelt så mye. Det forklarer de mange tomme senger på helsesenterets fødeavdeling.

Negativ utvikling

Zimbabwe var et rikt og fremgangsrikt land, en gang kjent som det sørlige Afrikas brødkurv. Landet mottok nødhjelp for første gang i 2002 og produserer nå bare 25 % av maten befolkningen har behov for (1, 2). Politisk ustabilitet, hyperinflasjon (på 400–500 %), høy arbeidsledighet (60 %) og humanitær krise preger landet. 80 % av befolkningen lever under fattigdomsgrensen (2, 3). President Robert Mugabes «Operation Murambatsvina» (kan oversettes til: Fjern søppelet) i fattigkvarterene i Harare for et halvt år siden, førte til at flere enn 700 000 mennesker har mistet både hjem og arbeid (2).

Jeg husker optimismen i 1980, da Zimbabwe fikk sin uavhengighet. Jeg arbeidet på den tiden for FN-organisasjonen UNHCR i Afrika, blant annet for å hjelpe flyktninger fra Rhodesia. De skulle hjem til sitt land, kolonitiden var over, de var frie og selvstendige, og fremtiden var lys og lovende.

Dyrt med egenandeler og skolepenger

Det er ikke bare egenandeler på helsetjenester som er blitt høye i det siste, det samme gjelder skolepengene. En ansatt på universitetet betror meg at selv om hun og mannen er ansatt i vitenskapelige stillinger ved universitetet, er skolepengene for de tre barna blitt en økonomisk belastning for dem. Så hva med andre foreldre som er i en langt dårligere økonomisk situasjon? Vi vet svaret. Når skolegang ikke er gratis eller veldig billig, må foreldre prioritere

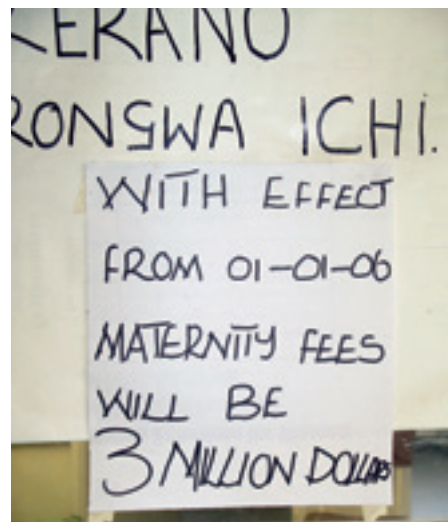
i Brev fra Zimbabwe



mellom barna, jentene vil tape, og en generasjon med høyere andel analfabetisme kan bli resultatet. Andelen analfabeter i Zimbabwe var i 2005 om lag 10 % (3).

Høyere dødelighet – lavere fødselsrater

Hva med folkehelsen? Kan den negative generelle økonomiske utviklingen leses av helsestatistikkene? Helsestatistikker fra Verdens helseorganisasjon om Zimbabwe



Egenandelene på helsetjenester i Zimbabwe har økt betydelig. Foto Berit Rostad



President Robert Mugabe. Foto NordicPhotos/GV-Press



HIV-AIDS-epidemien har rammet Zimbabwe hardt, og disse to barna, Lovejoy (16 år) og lillesøster Indra (10 år), er blitt foreldreløse. Den negative økonomiske og politiske utviklingen i landet gjør deres fremtid enda mer usikker. Foto Tomas Bertelsen/SCANPIX

er nedslående lesing. Neonataldødeligheten og spedbarnsdødeligheten, som er sensitive mål på sosiale forhold i et land, var i Zimbabwe i 1995 henholdsvis 25 og 66 per 1 000 levende fødte. Tilsvarende tall for perioden 1995–99 var henholdsvis 29 og 65. I 2000 var spedbarnsdødeligheten 71 per 1 000 (4, 6). Nyere tall finner jeg ikke. Mortalitetsraten for barn under fem år var 104 i 1995 og 108 i 2000 og var steget til 126 i 2003 (4–6).

Zimbabwe er ikke alene om en negativ utvikling i barnedødeligheten. I flere afrikanske land har mortaliteten blant barn under fem år økt i tiden etter 1990 (6). Maternell mortalitetsratio var 570 per 100 000 levende fødte i 1990 og steg til 1 100 i 2000 (4, 6). Rundt 70 % av kvinnene føder på institusjon (6), men med dagens høye egenandeler kan man frykte at en langt lavere andel kvinner vil føde med faglig assistanse tilgjengelig. Total fertilitetsrate ble redusert fra 5,0 i 1993 til 3,9 i 2003 (6). Forventet levealder var i 1995 52 år, mens den nå er 37 år (4, 6).

Forhold for fødende

Det er sen ettermiddag. Varmen har sluppet taket, og det er stille og rolig på helsesente-

ret. En ung kvinne ynker seg på fødestuen, hun er den eneste. Nei, forklarer en sykepleier, smertestillende kan hun ikke få. Hjertet synker i oss. Er dette kulturelt betinget, at kvinner skal føde i smerte? Svaret er langt mer prosaisk. Nei da, vi har ikke noe å gi henne, heller ikke om hun hadde penger å betale for. Hun er likevel heldig, for hun har fødselshjelpere rundt seg. Om det oppstår komplikasjoner, vil hun bli overført til sykehuset i Harare, men da må hun betale ekstra for både ambulansen, et eventuelt keisersnitt og for liggedagene på sykehuset.

Vi stikker innom naborommet, der åtte glade kvinner stolt viser frem sine barn, sju gutter og en pike. En av guttene er allerede ni dager gammel, men familien har ikke vært i stand til å betale de resterende 1,5 millioner Zim-dollar til egenandelen, og mor og barn kan ikke reise hjem til datteren på tre år og den nybakte far før regningen er betalt.

Et håp om bedring

En reise til Afrika avstedkommer mange forventninger, men denne gang ble gjen-synet ikke udelt gledelig. FN's tusenårsmål om bedring av mødres og barns helse synes

å være urealistiske i Zimbabwe, selv om initiativet Partnership for maternal, newborn and child health, som nylig er omtalt i Tidsskriftet (7), vil arbeide spesielt for de land som har en dødelighet for barn under fem år på over 90 per 1 000 barn. Dette initiativet gir et lite håp om at den negative utviklingen hva gjelder kvinners og barns helse kan snus, også i Zimbabwe.

Berit Rostad

berit.rostad@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin

Det medisinske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7489 Trondheim

Litteratur

1. Focusing on health in the crisis in Zimbabwe. Lancet 2002; 359: 455.
2. Conradi M. Mugabes menneskeskapte tsunami. Aftenposten 16.12.2005.
3. CIA. The world factbook 2005. www.gov/cia/publications/factbook/index.html (10.2.2006).
4. World Health Organization. World health report 1996. Fighting disease, fostering development. Genève: WHO, 1996.
5. World Health Organization. World health report 2004. Changing history. Genève: WHO, 2004.
6. World health report 2005. Make every mother and child count. www.who.int/wht/2005/en/index.html (10.2.2006).
7. Lie SO. Barnehelse på den globale dagsorden. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 486–7.