

- UNAIDS – 160 millioner kroner
- International Drug Purchasing Facility (UNITAID), som er et partnerskap med formål å skaffe billigere medisiner mot hiv, tuberkulose og malaria – 140 millioner kroner
- International AIDS Vaccine Initiative, International Partnership for Microbicides, WHO og Clinton Foundation var andre store mottakere av norske midler
- Frivillige organisasjoner mottok til sammen ca. 80 millioner kroner til arbeid mot hiv/aids (L. Palma, Norad, personlig meddelelse)

### Usikre tall

Det er viktig å være klar over at det er en del usikkerhet vedrørende datagrunnlaget for alle de tre sykdommene vi har omtalt her. Når det gjelder hiv/aids, er det bare i enkelte land i den tredje verden det er gjort større befolkningsbaserte undersøkelser. Angitte prevalenser bygger ofte på undersøkelser av gravide, eventuelt supplert med undersøkelser i høyrisikogrupper som tuberkulosepasienter, pasienter med seksuelt overførte infeksjoner, menn som har sex med menn eller sprøytemisbrukere. Eksempelvis ble estimatet for antall hivpositive i India nedjustert fra 5,7 millioner til 1,75–3,15 millioner fra 2006 til 2007. Når det gjelder tuberkuloseinsidensen, er denne først og fremst basert på rapporterte tilfeller. Disse tallene blir så justert av WHO for å komme frem til et «sannsynlig» estimat for det enkelte land. Få land har gjort prevalensundersøkelser for tuberkulose, slik at prevalensestimater i stor grad bygger på nyregistrerte tilfeller. For malaria er de oppgitte insidens- og prevalenstill antakelig enda mer usikre enn tallene for hiv/aids.

Trass i denne usikkerheten mener vi likevel at hovedkonklusjonene våre er holdbare, siden de i stor grad er basert på langsiktige globale og regionale tendenser og ikke på tall for enkelte år eller tall fra enkelte land.

### Konklusjon

Hovedmålsettingen i tusenårsmål nr. 6 – å stanse og begynne å reversere spredningen av hiv/aids – er ambisiøs, siden utgangspunktet er situasjonen i 1990. På det tidspunkt var mange land i en tidlig fase av hivepidemien. På grunn av nær sammenheng med hivepidemien gjelder det samme for tuberkulosemålet, særlig i Afrika. Det er usikkert om målet for hiv vil nås, men alt i alt har utviklingen vært positiv de siste årene, også for tuberkulose og enda mer for malaria. For mange land er imidlertid økonomisk bistand helt nødvendig for at de skal kunne opprettholde eller øke innsatsen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. The millennium development goals report 2007. New York: United Nations, 2007.
2. Grimwade K, French N, Mbatha DD et al. HIV infection as a cofactor for severe falciparum malaria in adults living in a region of unstable malaria transmission in South Africa. *AIDS* 2004, 18: 547–54.
3. AIDS epidemic update 2007. Genève: UNAIDS, 2007. [www.data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate.en.pdf](http://www.data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate.en.pdf) [23.7.2009].
4. 2008 report on the global AIDS epidemic. Genève: UNAIDS, 2008. [www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp) [23.7.2009].
5. 2007 Botswana second generation HIV/AIDS surveillance. Gaborone: Ministry of Health, 2008.
6. Pisani E. The wisdom of whores: bureaucrats, brothels and the business of AIDS. London: Granta books, 2008.
7. Mathers M, Degenhardt L, Phillips B et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008, 372: 845–59.
8. Piot P, Bartos M, Larson H et al. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *Lancet* 2008, 372: 845–59.
9. White RG, Glynn JR, Orroth KK et al. Male circumcision for HIV prevention in sub-Saharan Africa; who, what and when? *AIDS* 2008, 22: 1841–50.
10. Granich RM, Gilks CF, Dye C et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 2009, 373: 48–57.
11. Global tuberculosis control 2008 – surveillance, planning, financing. Genève: World Health Organization, 2008. [www.who.int/tb/publications/global\\_report/2008/pdf/fullreport.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/pdf/fullreport.pdf) [23.7.2009].
12. WHO. Progress on health-related Millennium Development Goals (MDGs). [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/print.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/print.html) [21.5.2009].
13. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Report no 4. Genève: World Health Organisation, 2008. [www.who.int/tb/publications/2008/drs\\_report4\\_26feb08.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2008/drs_report4_26feb08.pdf) [23.7.2009].
14. Gandhi NR, Moll A, Sturm AW et al. Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. *Lancet* 2006, 368: 1554–6.
15. World malaria report 2008. Genève: World Health Organization, 2008. [www.malaria.who.int/wmr2008/malaria2008.pdf](http://www.malaria.who.int/wmr2008/malaria2008.pdf) [23.7.2009].
16. Tseng LF, Chang WC, Ferreira MC. Rapid control of alphacypermethrin in the Democratic Republic of Sao Tome and Principe. *Am J Trop Med Hyg* 2008, 78: 248–50.
17. Roll Back Malaria. Global malaria action plan: for a malaria free world. Roll Back Malaria Partnership, 2008. [www.rollbackmalaria.org/gmap/index.html](http://www.rollbackmalaria.org/gmap/index.html) [21.5.2009].
18. Bhattarai A, Ali AS, Kachur SP et al. Impact of artemisinin-based combination therapy and insecticide-treated nets on malaria burden in Zanzibar. *PLoS Med* 2007, 6: e309.
19. Full prescription. Better malaria treatment for more people, MSF's experience. Brussel: Médecins Sans Frontières, 2008.
20. Feachem RG, Phillips AA. Malaria: 2 years in the fast lane. *Lancet* 2009, 373: 1409–10.
21. Evaluation of Norwegian HIV/AIDS responses. Evaluation report 4/2008. Oslo: NORAD, 2008.

Manuskriptet ble mottatt 28.12. 2008 og godkjent 1.10. 2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.

## Verdens helse

### Ny tilnærming til resistent tuberkulose

■ I Cape Town i Sør-Afrika får pasienter med resistent tuberkulose tilbud om behandling hjemme fremfor i isolat i sykehus (1). Leger Uten Grenser og helsemyndighetene i byen samarbeider om et pilotprosjekt i den fattige forstaden Khayelitsha, der de tilbyr desentralisert behandling for dem med resistent sykdom. Khayelitsha med sine 500 000 innbyggere har en av de høyeste forekomstene av tuberkulose og hiv i Sør-Afrika. Minst 1 500 per 100 000 får sykdommen hvert år, og om lag 60 av disse har resistent tuberkulose. 70–75 % av tuberkulosepasientene er koinfisert med hiv. – Mange dør før vi får diagnostisert dem, kommenterer Virginia Azevedo, en ledende representant for helsemyndighetene i byen.

Rådende praksis i Sør-Afrika har vært å henvise pasienter med resistent tuberkulose til spesialistsentre. De få som er så heldige å bli tilbudt behandling, vil ofte være omgitt av piggråd, høye gjerder og væpnede vakter – alt for å unngå flukt.

På nasjonalt plan har forekomsten av resistent tuberkulose økt fra 6 000 tilfeller i 2002 til 14 000 tilfeller i 2008, det vil si mer enn en dobling på fire år. Av alle rapporterte nye tilfeller av multiresistent tuberkulose i perioden 2004–08 hadde 7 % hyperresistent tuberkulose.

Målet med pilotprosjektet i Khayelitsha er å diagnostisere flere med resistent sykdom, øke kunnskapsnivået i befolkningen, bedre smittekontrollen og behandlingsprotokollene. Ifølge Azevedo er resultatene foreløpig lovende når det gjelder andelen vellykket kurerte og behandlingsetterlevelsen. Smittevern er vanskeligere. Det kan være praktisk vanskelig å finne et separat soverom for pasienten når familien bor i et lite skur. Det har vært tilfeller hvor barn har blitt infisert av familiemedlemmer behandlet hjemme. Det er for tidlig å trekke noen konklusjoner, mener Azevedo. Endelig evaluering av prosjektet vil foreligge i 2012.

– Dette prosjektet er det beste alternativet vi har hvis vi ønsker å behandle pasientene med verdighet, sier medisinsk koordinator Eric Goeraere i Leger Uten Grenser i Sør-Afrika. – Vi har sannsynligvis heller ikke andre alternativer på grunn av antall smittede og koinfeksjonsfrekvensen.

#### Øyunn Holen

[oeyhole@online.no](mailto:oeyhole@online.no)  
Medisinsk avdeling  
Oslo universitetssykehus, Ullevål

#### Litteratur

1. Kapp C. South Africa tries new approach to resistant tuberculosis. *Lancet* 2009, 374: 441.