

AIDS-behandling i Afrika

Over 40 millioner mennesker er HIV-smittet. Tre firedeler av dem bor i Afrika, men mindre enn 1 % har fått behandling.

Det er flere grunner til at så få får antiretroviral terapi: prisene på medisinene er høye, infrastrukturen innen helsesektoren er svak og flere land vil ikke prioritere å behandle AIDS-pasienter. De store giverland har vært tilbakeholdne med å støtte slik behandling.

Den nye generaldirektøren i WHO, Lee Jong-wook, understreket i et møte i Johannesburg nylig det akutte behovet for behandling av AIDS-pasienter. Antiretroviral terapi er en nødvendig del av strategien for å få kontroll på HIV-epidemien. Målsettingen er at tre millioner AIDS-pasienter skal få slik behandling innen 2005.

God etterlevelse

En undersøkelse av 289 pasienter i Sør-Afrika viste at over 90 % av pasientene tok antiretroviral terapi regelmessig (1). Liknende oppløftende resultater er rapportert fra Uganda og Senegal (1). I den vestlige verden tar ca. 70 % av AIDS-pasientene medisinene regelmessig.

Det er utarbeidet enkle retningslinjer for antiretroviral terapi i fattige land (2). Antiretroviral terapi skal kunne gjennomføres på mindre sykehus og gis av allmennleger. Flere land starter nå landsdekkende behandlingstilbud til AIDS-pasienter. Utvelgelsen og behandling av pasienter er basert på enkle kliniske kriterier (WHO Stadium III og IV), om mulig i kombinasjon med lymfocytelling. De fleste sykehus i Afrika vil f.eks. ikke kunne foreta CD4-telling. I praktisk klinisk arbeid vil lymfocytelling være et alternativ til CD4-analyser da en person med mindre enn 200 CD4-celler/mm³ ofte har mindre enn 1 200 lymfocytter/mm³.

Prisen på antiretrovirale midler faller. For fire år siden kostet ett års behandling kr 70 000. I dag er prisen ca. 5 % av dette.

Bernt Lindtjørn

bernt.lindtjorn@cih.uib.no
Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Oransky I. African patients adhere well to anti-HIV regimens. *Lancet* 2003; 362: 882.
2. WHO. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: guidelines for a public health approach. <http://www.who.int/docstore/hiv/scaling> (17.9. 2003).

Internasjonal medisin

Medisinsk forskning – pengene eller livet?

Medisinsk forskning styres ikke av ønsket om maksimal helsegevinst for verdens befolkning, men av kommersielle interesser. Det er langt mer lønnsomt for legemiddelfirmaene å lage egne varianter av legemidler som finnes på markedet fra før, enn å utvikle nye og effektive legemidler mot sykdommer i fattige land.

Legeetikken er nær knyttet til humanistiske prinsipper, blant annet ideen om at alle mennesker er likeverdige. Mange vil også være enige i at de pasientene som har størst behov for hjelp bør prioriteres (1). Det samme prinsippet kan også anvendes på medisinsk forskning: bør ikke den største innsatsen rettes mot de mest alvorlige helseproblemer? Spørsmålet springer ut av en observasjon som mange har gjort, deriblant Leger Uten Grensers frivillige på oppdrag blant nødlidende: Det er akutt mangel på effektive legemidler mot sykdommer som hvert år tar livet av mange mennesker i de fattigere deler av verden.

Prioriterte helseproblemer

Å sette forskjellige helseproblemer opp mot hverandre er problematisk, men det er ingen vei utenom dersom det skal foretas en prioritering. Noen sykdommer eller plager er åpenbart større enn andre. For eksempel oppfattes sykdommer som tar livet av mange barn, vanligvis som et større helseproblem enn tilstander som gir nedsatt livskvalitet hos enkelte voksne.

En tilnærming til denne problemstillingen er bruk av såkalte disability adjusted life-years (DALYs). Verdens helseorganisasjon (WHO) benytter dette begrepet i sin statistikk som et uttrykk for hvor stor sykdomsbyrde en tilstand forårsaker. Enhver tilstand er gitt et tall mellom null og en. Null tilsvarer perfekt helse og en tilsvarer død. Mindre alvorlige tilstander ligger nærmere null, og motsatt for sykdommer som medfører store funksjonshemninger. Selv om dette er en kontroversiell måte å måle sykdomsbyrde på (2), kan det gi oss en pekepinn på hvilke sykdomstilstander som utgjør de største helseproblemer i verden i dag.

WHO deler sykdommer inn i tre hovedgrupper:

- Infeksjonssykdommer, maternelle og perinatale tilstander, feilernæring
- Ikke-infeksiøse sykdommer
- Skader

Den globale sykdomsbyrden fordeler seg noenlunde likt mellom de to første gruppene, mens skadene utgjør en mindre del av bildet (3).

Nesten en tredel av dagens globale sykdomsbyrde skyldes infeksjonssykdommer. Historisk sett er utviklingen av legemidler til bekjempelse av smittsomme sykdommer noe av det viktigste den farmasøytiske industrien har bidratt med. Penicillin og tuberkulosemedikamentene fra midten av forrige århundre er gode eksempler på dette. Den gangen var slike sykdommer et stort helseproblem også i vår del av verden (4).

Globalt sett tar infeksjonssykdommene fremdeles livet av mange mennesker (tab 1), og det er åpenbart at utvikling av nye antibiotiske midler må være en prioritert oppgave – dersom målet med forskningen er å oppnå helsegevinst. Strukturelle forhold i lavinntektsland som ineffektiv eller manglende organisering av helsevesenet, mangel på transport og generell fattigdom er andre viktige faktorer til hinder for effektiv behandling av sykdom. Dette gjør at tilgang til effektive medikamenter og anvendbare diagnostiske hjelpemidler blir særlig viktig i disse delene av verden.

Utvikling av nye medikamenter

De farmasøytiske forskningsmiljøene utvikler stadig nye antibiotika, men ikke i et omfang som står i forhold til den sykdomsbyrde infeksjonssykdommene forårsaker. Dessuten er svært få av de nyere preparatene utviklet for behandling av pasienter med infeksjonssykdommer som tuberkulose, malaria og andre tropesykdommer. Dødsfall på grunn av malaria og tuberkulose er noe humanitære hjelpearbeidere ofte blir konfrontert med, og det er svært frustrerende å ikke kunne tilby mer effektiv behandling og med det redde flere liv.

Av totalt 1 393 nye virkestoffer som ble godkjent fra 1975 til 1999, var nesten ingen av dem mot tuberkulose (tre), malaria (fire) eller andre tropesykdommer (ni) (5). For HIV/AIDS er situasjonen noe bedre: 26 nye

Tabell 1 Antall dødsfall relatert til noen infeksjonssykdommer i år 2001 (3)

Sykdom/tilstand	Dødsfall
Nedre luftveisinfeksjoner	3 871 000
Diaré sykdommer	2 001 000
HIV/AIDS	2 866 000
Tuberkulose	1 644 000
Malaria	1 124 000
Barnesykdommer (kikhoste, meslinger, tetanus, difteri og polio)	1 318 000
Tropesykdommer (uten malaria)	138 000

Tabell 2 Forholdet mellom antall nye virkestoffer og sykdomsbyrde (5)

Terapiområde	Nye virkestoffer	Sykdomsbyrde (i millioner DALY)	Antall nye virkestoffer per millioner DALY
Infeksjoner	224	359,4	0,62
HIV/AIDS	26	88,4	0,29
Tuberkulose	3	36	0,08
Malaria	4	4,3	0,09
Tropesykdommer (uten malaria)	9	13	0,69
Sentralnervesystemet	211	119,3	1,77
Hjerte- og karsykdommer	179	144,5	1,24
Luftveier (ikke infeksjoner)	89	62,8	1,42
Andre	579	601,6	0,96
Totalt	1 393	1 467,3	0,95

virkestoffer kom på markedet i samme periode. Like fullt: tilsvarende tall for det kardiovaskulære området var 179 og for lidelser i sentralnervesystemet 211. Det kom 111 nye cytostatika og 89 nye virkestoffer for behandling av ikke-infeksiøs lungesykdom. Skjevheten kommer klart frem dersom man ser på forholdet mellom antallet nye virkestoffer og sykdomsbyrden innen hvert terapiområde (tab 2).

Den opplagte forklaringen på misforholdet mellom medisinske behov og medisinsk innovasjon er at forskningsinnsatsen ikke styres av et ønske om å oppnå maksimal helsegevinst. Dette er logisk i og med at det stort sett er kommersielle aktører som sørger for å bringe nye legemidler på markedet. Legemiddelindustrien har begrenset mulighet til å la annet enn potensialet for økonomisk gevinst være styrende for forskningsaktiviteten.

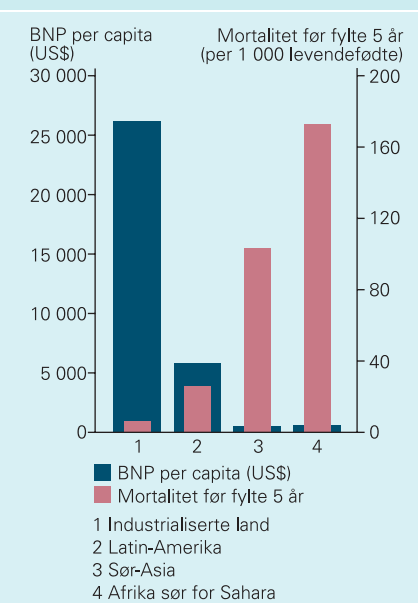
Størstedelen av salg av legemidler foregår i USA, Vest-Europa og Japan. Selv om helsetilstanden i disse landene relativt sett er god, er det her man i dag finner kjøpekraft og muligheten for størst inntjening på legemidler. Behovene for helsebringende tiltak, som effektive medikamenter, er langt større i fattige land, hvor helsetilstanden er langt dårligere (fig 1) (6). At det

ikke utvikles nye legemidler for fattige land, er naturligvis en konsekvens av at de ikke utgjør et interessant marked.

I dagens system kan det være langt mer lønnsomt å utvikle et nytt legemiddel uten medisinsk verdi enn et preparat som redder liv. Det er en viktig grunn til at bare en tredel av alle nye virkestoffer som legges ut for salg, kan kalles medisinske nyvinninger (5). Resten er legemidler som har lite eller ingenting å tilby utover det som allerede er tilgjengelig i handelen. Det er for eksempel store penger å tjene på blodtrykkssenkende legemidler, og derfor kan det være gunstig for et firma å utvikle sin egen variant av et allerede eksisterende legemiddel – for å ta ut sin del av potensialet for gevinst. Den åttende, niende eller tiende angiotensinkonvertasehemmeren som kom på markedet har neppe tilført menneskeheten noe som helst – medisinsk sett (7).

Konklusjon

Det er moralsk påtvingende å forsøke å lindre sykdom og nød hos mennesker som lider – dette er utgangspunktet for humanitær tenkning. Dette samme prinsippet kan anvendes på medisinsk forskning. Men i likhet med humanitære hjelpearbeidere er også forskere avhengige av å ha tilgang til

Figur 1

Forholdet mellom brutto nasjonalprodukt (BNP) og barnedødelighet (mortalitet for fylte 5 år) i år 2001 (6)

de nødvendige ressursene. Det er en stor utfordring å gjøre det økonomisk mulig å utføre forskning som kan gi stor helsegevinst uten at det samtidig stilles krav om økonomisk gevinst.

Atle Fretheim

atle_fretheim@msf.org

Ingvil Krarup Sørbye

Leger Uten Grenser (MSF-Norge)

Rådhusgt. 30a

0151 Oslo

Litteratur

1. Norsk selskap for allmennmedisin. 7 teser for allmennmedisin. www.legeforeningen.no/index.db2?id=8292&PHPSESSID=e9d8570c64491a3c90f467924361549a (6.5.2003).
2. Arnesen T, Nord E. The value of DALY life: problems with ethics and validity of disability adjusted life years. *BMJ* 1999; 319: 1423–5.
3. World Health Organization. World Health Report 2002. Genève: World Health Organization, 2002.
4. Gjertsen F. Tuberkulose – et stort folkehelseproblem. *Ukens statistikk*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999.
5. Trouiller P, Olliaro P, Torreele E, Orbinski J, Laing R, Ford N. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. *Lancet* 2002; 359: 2188–94.
6. UNICEF. The State of the World's Children 2001. New York: UNICEF, 2002.
7. Furberg CD, Herrington DM, Psaty BM. Are drugs within a class interchangeable? *Lancet* 1999; 354: 1202–4.