

HIV-smitte fra mor til barn i Botswana

Overbehandling og overhospitisering

Sykehusbehandling for barn i Kasakhstan, Moldova og Russland er preget av unødvendig mange og lange innleggelser, altfor omfattende utredning og ineffektiv behandling. Flere tilstander blir overdiagnostisert, særlig nevrologiske sykdommer. Dette viser en systematisk evaluering av 17 sykehus gjennomført i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO), nylig publisert i *The Lancet* (1).

Sykehusene ble evaluert etter et standardisert opplegg utarbeidet av WHO, der organisasjonens retningslinjer for pediatriske helsetjenester ved lokalsykehus ble brukt som standard. Tre utenlandske spesialister fylte ut et skjema på basis av visitasjon på sykehusene og samtaler med helsepersonell, administrativt personell og mødre og direkte observasjon av pasienter. Opplysninger om lokale retningslinjer for behandling og bruk av sykehustjenester ble samlet inn. Evalueringen ble foretatt i samarbeid med de lokale myndigheter.

Forfatterne påpeker at det er nok helsepersonell og gode nettverk for å fange opp sykdom og helseproblemer hos barn i de tre landene. Problemene i barnehelsetjenesten er i hovedsak knyttet til overbehandling, overdiagnostisering og overhospitisering. Årsakene til dette er mange og komplekse. Forfatterne anbefaler bl.a. oppdatering av retningslinjer for behandling, endring av rutiner for innleggelse og utskrivning fra sykehus og forbedringer i utdanningen av helsepersonell. Dessuten etterlyses regulering av legemiddelmarkedet, bedre tilgang på medisinsk informasjon og systemer for å fremme og sikre kvalitet i helse-tjenesten.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Duke T, Keshishyan E, Kuttumuratova A et al. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet* 2006; 367: 919–25.

Botswanas program for forebygging av HIV-smitte fra mor til barn har stor oppslutning – mer enn 80 % av alle gravide ble undersøkt for HIV i 2005. Nevirapin i engangsdoser til mor og barn ved fødselen og tilbud om morsmelkserstatning til alle barn av HIV-positive mødre er viktige komponenter i dette forebyggingsprogrammet.

Forekomsten av HIV/AIDS blant gravide i Botswana er blant de høyeste i verden. I en landsomfattende undersøkelse i 2005 var en tredel HIV-positive. Dette er en svak nedgang fra en tilsvarende undersøkelse i 2003, men fortsatt svært høyt. Samtidig har Botswana vært et foregangsland i Afrika både hva gjelder forebygging av mor-barn-smitte og behandling av AIDS. Smitteforebyggingsprogrammet (Prevention of mother-to-child-transmission, PMTCT) startet allerede i 1999 og ble landsomfattende i 2001. De første årene var oppslutningen dårlig, for HIV var svært stigmatiserende. Dessuten så mange ikke noen hensikt i å forsøke å forhindre HIV-smitte til barnet så lenge man ikke kunne tilby antiviral behandling til moren. Fra 2002 har det imidlertid vært en raskt økende oppslutning om programmet (tab 1).

I Botswana er det omkring 40 000 fødsler hvert år, og 97 % finner sted i helseinstitusjon. For tiden omfatter «forebyggingspakken» som tilbys gravide (ramme 1) rutinemessig HIV-test, tilbud om undersøkelse av partner og høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) til kvinnen ved symptomatisk HIV-infeksjon eller ved CD4-verdi under 200. Dessuten gis zidovudin fra 28 uker og nevirapin ved fødselen til moren, nevirapin ved fødselen samt zidovudin i fire uker til barnet. Behandlingen gis av sykepleiere. Barnet får cotrimoxazolprofylakse

fra seks ukers alder og inntil HIV-status er avklart og undersøkes med HIV-PCR-test. Alle HIV-positive mødre får gratis morsmelkserstatning til sine barn.

Det er imponerende hva man har oppnådd i Botswana. Resultatene hos dem som behandles er svært gode. Dersom kvinnen starter med zidovudinbehandling ved 28 uker er kun 4 % av barna smittet ved fødselen – selv med HAART-behandling oppnås neppe vesentlig bedre resultater. Men det er fortsatt problemer. Nesten en femdel av de gravide blir ikke HIV-testet. Om lag en tidel av dem som testet positivt i 2005 fikk ikke antiretroviral behandling. Noen gravide blir undersøkt for sent til at de kan få zidovudin og får kun nevirapin ved fødselen. Nesten en firedel av de HIV-positive gravide antas å fylle kriteriene for HAART-behandling, men under en tidel fikk slik behandling i 2005. Ytterligere to problemer skal her omtales nærmere: Faren for utvikling av nevirapinresistens ved engangsbehandling og enkelte problemer med morsmelkserstatning.

Resistens mot nevirapin

Den kombinerte behandlingen med zidovudin og nevirapin slik den gis i Botswana, gir klart mindre risiko for HIV-smitte til barnet enn f.eks. monoterapi med zidovudin til moren. Det er imidlertid påvist nevirapinresistens hos 25–70 % av kvinnene og

Tabell 1 Andel gravide i Botswana undersøkt for HIV og viktige tiltak som er igangsatt for å øke oppslutningen om HIV-testingen

År	Andel HIV-testet (%)	Nye tiltak
2002	49	HAART-behandling mer tilgjengelig
2003	67	Rekruttering og opplæring av legfolk som rådgivere
2004	79	HIV-testing uten forutgående rådgivning for visse pasientgrupper, inkludert gravide.
2005	83	HIV-hurtigtest tilgjengelig på alle nivåer i helsevesenet PCR-testing av spedbarn ved seks ukers alder