

**HIV I SÖDRA AFRIKA.** Om Sydafrika är gossen Ruda i Afrikas HIV-klass är grannlandet Botswana mönstereleven. Inte för att epidemin varit lindrigare i Botswana. Prevalensen är tvärtom högre och den förväntade livslängden har rasat mer än i Sydafrika. Men epidemin har hanterats med större beslutsamhet och landet var först i Afrika med gratis bromsmediciner. I vetenskapliga kretsar ses Botswana i vissa avseenden därför som ett afrikanskt föredöme.



Läkartidningen nr 19 och 20.

# Politisk vilja i Botswana att tackla HIV-epidemin

**S**e på mig, jag är attraktiv. Jag är HIV-positiv. Spelar det någon roll?

Så lät det från en deltagare i Botswanas Miss HIV-tävling förra året. En första Miss HIV korades redan 2003.

Sydafrika har ännu att kora sin första.

Så kan skillnaden mellan ländernas sätt att tackla HIV-epidemin tecknas: det ena med höguret huvud, det andra med huvudet i sanden.

Ett annat sätt, på diplomatiskt språk och mer subtilt, används av WHO: Sydafrikas regering har visat »en hög grad av politisk vilja att tackla HIV/aids-epidemin«, skriver världshälsoorganisationen. Om Botswanas regering heter det att den visat en »mycket [reds kurs] hög grad av politisk vilja att tackla HIV/aids-epidemin«.

Redan i januari 2002 – som det första landet i Afrika – startade Botswana ett program för gratis behandling med bromsmediciner. I Sydafrika skulle det dröja ytterligare två år. Och medan Sydafrikas president Thabo Mbeki tonat ned effekterna av HIV och vänt sig mot inblandning utifrån, har Botswanas president Festus Mogae markerat frågans höga prioritet genom



I Botswana har man inte »gömt undan« HIV-epidemin på samma sätt som i Sydafrika. Ett sätt att visa det är att hålla »Miss HIV-tävlingar«. En första Miss HIV korades redan 2003 i Botswana. Cynthia Leshomo valdes till Miss HIV i Botswana 2005.

att själv delta i den nationella kommitté som formar HIV-strategin. Mogae har vädjat om hjälp från omvärlden, varnat för att landet hotas av ut-

rotning och kallar kampen mot aids ett krig som alla måste delta i.

Begripligt nog. HIV-prevalensen bland vuxna var 2003

mellan 35 och 39 procent, högst i världen näst efter Swaziland. Värst drabbade är de yngre och smittspridningen är snabb. Tuberkulos, som fö- ➔

rut var på nedgång, ökar igen. Lägg därtill att det år 2003 fanns mellan 80 000 och 180 000 föräldralösa barn på grund av HIV, och att den förväntade livslängden fallit från 65 år till knappt 40 på runt ett decennium. Totalt beräknas 350 000 vuxna och barn i det glest befolkade landet bära på smittan.

**Vid en omständlig** och dåsig gränsövergång mellan Sydafrika och Botswana finns lådor med kondomer, manliga och kvinnliga. Som sökte länderna skydda sig från grannens smitta. Men de viktigaste orsakerna till den förödande smittspridningen i Botswana ska nog sökas inom snarare än utom landets gränser. Alkohol, fattigdom och många ensamstående föräldrar är några omständigheter som lyfts fram av ACHAP (The African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships). Andra pekar på kvinnornas låga sociala ställning, stigmatisering, en snabb urbanisering och stor omflyttning av arbetskraft inom staten. I långa stycken samma problem som i andra afrikanska länder.

Däremot utmärker sig Botswana för sin politiska stabilitet och en ekonomisk utveckling som till stora delar varit

positiv sedan självständigheten 1966. Inte minst tack vare diamanfyndigheter, turism, sociala reformer och utländska investeringar beskrivs landet ofta som ett av Afrikas mest dynamiska.

**Efter ett par timmar** i bil på fina vägar genom ett torrt, öppet landskap, punkterat av stora stenformationer, buskage och en och annan boskapsflock, når LT huvudstaden Gaborone. Skyskraper med glasblanka fasader sträcker hals mot himlen.

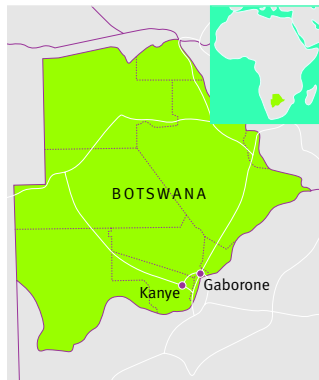
Många tillhör den välutbyggda statsapparaten – i den högsta och mest nybyggda kolossen huserar hälsoministeriet. Betande getter i en trafikerad rondell signalerar att det trots allt inte är Västeuropa.

Och så reklamen förstås, som informerar om HIV. Den är dock mindre omfattande än man kunde tro. Botswana har nämligen satsat mycket på upplysning, och i folkmun kallas HIV ibland för »radiosjukdomen«. Det är dock osäkert vilken effekt informationen haft. En ny undersökning tyder på att en av fyra inte vet att kondomer skyddar mot smittan.

– Smittan är en förbannelse från Gud, säger Gladys, 32 år, som LT träffar på gatan i Gaborone.

– Folk är rädda för sjukdomen, men det talas inte så mycket om den. När man går på begravingar är det sällan någon berättar varför personen har dött, säger hon.

2001 bestämde regeringen att erbjuda gratis brosmsmedicin via den offentliga vår-



Infektionsläkaren Leo Flamholz från Universitetssjukhuset MAS, Malmö har arbetat med HIV-smittade i Botswana och upplever att utvecklingen går åt rätt håll.

den. Men inte som i Sydafrika efter krav från civilsamhället – i Botswana har frivilligorganisationerna hållit en relativt låg profil.

Behandlingsprogrammet, döpt till MASA, vilket betyder gryning på setswana, har fått stöd från flera håll: USAs CDC (Center for Disease Control and Prevention), Harvard universitetet, den Globala fonden mot aids. Men också av Bill och Melinda Gates Fond och läkemedelsbolaget Merck som båda satsade 50 miljoner dollar via ACHAP fram till 2009.

**Tack vare en jämförelsevis** god infrastruktur och utbyggd sjukvård var förutsättningarna för att lyckas ganska goda: Sjukvården tar fem gånger mer i anspråk av landets budget än militären. Men utbredningen av brosmsmedicin, »the roll out«, gick trögt. Med bara runt 3000 patienter i behandling 2003 stod det klart att behoven långt övergick förmågan att leverera.

Ett stort problem var bristen på personal. Utländska läkare, inte minst från Kuba och Kina rekryterades. Antalet kliniker som kunde sköta behandlingen utvidgades. Dessutom blev HIV-testning en rutinåtgärd inom vården 2004 – patienten måste säga ifrån om han eller hon inte vill testas. Beslutet var inte okontroversiellt, men antalet tes-

tade har ökat kraftigt.

Efterhand tycks HIV-strategin ha burit viss frukt och UNAIDS bedömer att epidemin stabiliserats. I september 2005 var 55 000 vuxna och 4 500 barn i behandling via MASA, enligt hälsoministern. Det anses motsvara runt hälften av alla som behöver behandling. En studie publicerad i november 2005 i JAIDS (The Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes) tyder på positiva kliniska resultat avseende CD4-positiva T-lymfocyter, virusbörda och vikt.

– Dessa data visar vad vi börjar se i resten av den utvecklande delen av världen. Patienter klarar sig bra oavsett social och ekonomisk status, under förutsättning att nödvändig infrastruktur och finansiering finns, säger försteförfattaren Richard Marlink från Harvard School of Public Health, i en kommentar till publikationen.

**Anders Blaxhult**, biträdande statsepidemiolog vid Smittskyddsinstitutet, har arbetat med HIV i Botswana:

– Botswana har visat att det inte finns ett motsatsförhållande mellan prevention och behandling. Behandlingen bryter en ond cirkel av hopplöshet. Folk vågar testa sig och kondomanvändningen ökar, säger han.

En annan svensk läkare

**FAKTA/Botswana**

**Befolkning:** 1,8 miljoner  
**Förväntad livslängd:** 40 år  
**BNP tillväxt:** 3,3 procent (2005)

**HIV-prevalens bland vuxna, enligt WHO:** 35,5–39,1 procent (2003)

**Behovet av ARV (antiretrovirala mediciner):** 75 000 personer (2003)

**Får ARV:** 59 000 (2005)

**Behandlingsprogram, första ledet:** zidovudin, lamivudin och efavirenz. Innan behandling påbörjas får patienten »adherence training« och helst ska det finnas en »adherence partner« det vill säga en närstående person som hjälper patienten till god följsamhet.

Källor: WHO, CIA och Botswanas regering

»Förra gången jag var här kände alla man träffade någon som var sjuk. Nu känner alla också någon som blivit bättre tack vare behandlingen.«

## Framgång trots byråkratisk broms

som bistått i utbredningen av läkemedelsprogrammet är infektionsöverläkaren Leo Flamholz från Universitetssjukhuset MAS, Malmö. Han har arbetat i Botswana för ACHAP 2004 och 2006. Han är visserligen inte okritisk till organisationen av programmet, men upplever att utvecklingen går åt rätt håll.

– Förra gången jag var här kände alla man träffade någon som var sjuk. Nu känner alla också någon som blivit bättre tack vare behandlingen, säger han.

– Det är ingen tvekan om att Botswana har den politiska viljan att hjälpa befolkningen, och i stora drag har man klarat det bra och mycket bättre än många andra länder i Afrika. Därför blev presidenten inbjuden att tala vid en HIV-konferens i Brasilien förra året, säger han.

**Enligt statistik från WHO,** som sträcker sig fram till 2003, ligger prevalensen bland gravida kvinnor fortsatt kvar på knappt 40 procent. Och mortaliteten bland barn har rusat i höjden. På hälsoministeriet är man dock försiktigt positiv.

– Det har funnits en stor förnekelse också i Botswana. Det som förr var stigar på kyrkogården har blivit till gator, säger Kgorelets Molosiwa, chief health officer på hälsodepartementet.

– Vi tror att prevalensen faller nu, men det är för tidigt att säga något säkert vilken effekt behandlingsprogrammet får på smittspridningen.

Många återstår att behandla – målet är att nå 110 000. Och fortfarande är det största problemet bristen på personal, inte minst läkare, säger hon. Därför finns nu planer på att starta en läkarutbildning i landet 2009. •

**Från en splitter modern barnklinik till en mottagning i obygderna där ett ofärdigt föns- ter bromsar behandlingen. Så ser HIV-sjukvården ut i Botswana. Infektionsläkaren Leo Flamholz menar att utvecklingen går på rätt håll. Dock beklagar han den tungrodda byråkratin.**

– Den gör att folk dör i onödan, säger han.

Världens största HIV-klinik finns förmodligen i Gaborone. En tämligen oansenlig byggnad i stadens centrum, men livsviktig för ungefär 13 000 patienter. Ett långt stenkast därifrån ligger det högst ansenliga Botswana-Baylor – Childrens Clinical Centre of Excellence. Läderfätöljer, smala datorskärmar och exklusiv konst leder tankarna till ett multinationellt företags head quarter, snarare än en barnklinik i Afrika.

Den tre år gamla öppenvårdskliniken, sponsrad av Bristol-Myers Squibb och ett amerikanskt universitet, betecknas som en av de finaste pediatrika HIV-klinikerna i Afrika.

– En anomali i sjukvården här i landet, kommenterar Leo Flamholz, infektionsläkaren från Universitetssjukhuset MAS, Malmö, som arbetar i Botswana för andra gången.

För närvarande behandlar centret omkring 1 400 HIV-smittade barn. Flera av läkarna kommer från utlandet, främst USA, och här bedrivs forskning och utbildning.

Centret ska fungera som en katalysator för HIV-behandlingen av barn i landet, berättar Elizabeth Lowentahl, pediatriker från USA och centrets vice chef, när vi träffas i styrelserummet.

– Flera av patienterna reser långt för att komma hit eftersom det saknas pediatrik kompetens runt om i landet.



Elizabeth Lowentahl, pediatriker från USA undersöker ett barn på Botswana-Baylor – Childrens Clinical Centre of Excellence. Här är flera av läkarna från utlandet. »Centret ska fungera som en katalysator för HIV-behandlingen av barn i landet«, berättar Elizabeth Lowentahl.

Det gör att många inte får behandling, och att andra får den alldeles för sent, säger hon.

Kvinnor i Botswana föder normalt barn på sjukhus, och programmet för att förhindra smitta från mor till barn har existerat sedan 1999. Det består av AZT från graviditetsvecka 28 och nevaripine vid förlossningen. Programmet har reducerat smittan från en på tre till en på tjugo födselar, förklarar Lowentahl.

– Det är bra för Afrika. Men det kunde vara mycket bättre om regeringen istället gav mödrarna trippelbehandling med ARV, säger hon.

**Vi åker vidare mot Kanye,** ett subdistrikt i Botswanas södra delar. Efter en knapp timme svänger vi av på en grusväg och når Moshupa. En stillsam by med ett par hus, runda lerhyddor och betande kor.

Här ligger en av de primärvårdskliniker där Leo Flamholz under tre månader ska organisera behandlingen av HIV-smittade och träna per-

sonalen. Uppdraget, understött av ACHAP och läkemedelsföretaget MSD, är ett led i utbredningen av det nationella HIV-programmet, MASA.

Idag får de flesta av Kanyes HIV-positiva vända sig till sjukhuset. Men väntetiden för behandling är lång, runt två månader. Transporterna är långa och kostsamma.

– Tanken är att man ska starta behandling av nya fall på de mindre klinikerna, och överta patienter som idag sköts av sjukhuset. Det skulle egentligen ha startat redan förra året, men det har inte fungerat. Det kostar liv, säger Leo Flamholz.

– Det finns ingen statistik över behandlingsbehovet i Moshupa, men mitt intryck är att det är stort.

På kliniken arbetar fem sjuksköterskor med mödra- och förlossningsvård, vaccinationer och så vidare. Här finns också rådgivare, »councillors«, som håller i HIV-testning och samtal inför behandling. Den ende läkaren i distriktet – med cirka 70 000



I byn Moshupa ligger en av de primärvårdskliniker där Leo Flamholc ska organisera behandlingen av HIV-smittade. Tanken är att vården ska komma närmare patienterna. HIV-positiva Richard Saranga mår bättre idag sedan han startade behandling 2005. »Jag är glad för att komma hit istället för att åka in till sjukhuset«, säger han.



Farmaceuten Robert Zvavamwe tycker inte att han hinner prata tillräckligt med patienterna. »Patientbördan ökar dramatiskt och vi skulle kunna behandla många fler om jag hade en kollega«, säger han.

invånare – kommer hit en dag i veckan.

**Sedan Leo Flamholc** anlände har kliniken börjat överta HIV-patienter från sjukhuset. En av dem är Richard Saranga, 44 år och far till fyra barn. Han startade behandling på sjukhuset i december 2005. Då var hans CD4-tal 88, han hade diarré och var utmärkt. Idag mår han bättre.

– Jag är glad för att komma hit istället för att åka in till sjukhuset. Jag är arbetslös och transporten kostar en del. Men jag får ett fattigdomsbidrag och mat från staten, förklarar han.

Kliniken har dock haft svårt att initiera behandling av egna patienter som testats positiva, berättar Leo Flamholc. Orsakerna är många och hänger ihop med dålig management, anser han.

Laboratoriet på sjukhuset är överbelastat och labsvaren ofta försenade. Datorerna på kliniken, där man ska föra in patientdata, har inget fungerande nätverk. De används därför mest till att

| RESULTAT | CO |
|----------|----|
| POSITIVE | L  |
| POSITIVE | L  |
| NEGATIVE | L  |
| NEGATIVE | G  |
| NEGATIVE | G  |
| POSITIVE | G  |
| NEGATIVE | G  |
| POSITIVE | G  |
| NEGATIVE | G  |
| POSITIVE | G  |
| NEGATIVE | G  |
| POSITIVE | G  |
| NEGATIVE | G  |
| POSITIVE | G  |
| NEGATIVE | G  |
| POSITIVE | G  |
| NEGATIVE | G  |

Resultat från klinikers HIV-test.

spela musik, förklarar Leo Flamholc. Ett annat problem är bristen på sjuksköterskor.

– De är ofta i väg på utbildning. Det behövs, jag har sett en del patienter med klar HIV-misstanke utan att personalen reagerat och tagit HIV-test. Statsanställda som sjuksköterskor tvingas också flytta mellan olika arbetsplatser med jämna mellanrum. Det skapar dålig kontinuitet på klinikerna. Men det är också ett problem för familjerna som separeras. Det driver på HIV-epidemin, säger han.

**Ett annat problem** är distributionen av läkemedel – kliniken saknar en plats att förvara dem på.

– Ett extra utrymme har byggts, men det saknas ett fönster. Och nu finns inga pengar att färdigställa bygget. Det är helt absurt, säger Leo Flamholc och slår ut med armarna.

Dessutom har toaletten varit sönder i flera månader, och en ny autoklav används inte på grund av kontaktproblem.

Dagen till ära uppsöker Leo Flamholc den administrativa chefen för Kanye för att diskutera problemen.

– Jag är här för att hjälpa till, förklarar han för den kvinnliga chefen. Men utan det där fönstret kan jag i princip lika gärna ligga vid poolen hela dagen. Jag betalar gärna för ett fönster om det är vad som behövs.

– Vi har inte mer pengar. Årets budget är förbrukad, lyder svaret.

**Nästa station** är sjukhuset i Kanye. Det drivs av sjundedagsadventister och fungerar relativt bra trots stor belastning, menar Leo Flamholc.

Vi uppsöker farmaceuten Robert Zvavamwe, inklämd mellan pillerburkar, papper och datorer i ett litet rum.

– Patientbördan ökar dramatiskt och vi skulle kunna behandla många fler om jag hade en kollega, men de är svåra att uppbringa. Jag hinner inte riktigt tala med patienterna som jag borde. Men följsamheten är tills vidare ganska god, runt 85 procent, förklarar Robert Zvavamwe.

Väntrummet till infektionsmottagningen är fullt. En av läkarna, en kvinnlig allmänpraktiker från Kenya, berättar att hon har upp emot 60 patienter om dagen. Med tolk.

– Det är mycket hektiskt. Jag tror att HIV-mortaliteten har gått ner – jag behöver inte syna lika många döda på jourerna som förut. Men morbiditeten är hög och jag har inte intryck av att befolkningens beteende ändrat sig. Beklämmande många berättar att deras partner inte blivit testade, säger Ngeri Massimo.

En av hennes patienter, en mager man med Edward Persson-hatt, är nydiagnostiserad med HIV. Han har oral candida och sannolikt reaktivering

av en lungtuberkulos. Hans bror är med och fungerar som stödperson, eller »adherence partner«. Alla som behandlas måste ha en sådan.

Patientens CD4-tal är 18. Leo Flamholc rekommenderar Ngeri Massimo att starta med bromsmediciner direkt, även om praxis är att behandla tuberkulosen först.

– Annars är mannen sannolikt död om någon månad, förklarar han.

– Men rent allmänt är det ett stort problem att behandlingsprogrammen för tuberkulos och HIV inte är synkroniserade, och delvis för ospecifika.

**Det skymmer.** Cikadorna »sjunger«. Vi återvänder till lägenheten i Gaborone där Leo Flamholc bor.

– Ni har kanske fått intrycket att jag är väldigt kritisk, säger han urskuldande. Men på det stora hela fungerar HIV-behandlingen mycket bra här nere. Regeringen gör en helhjärtad satsning. Det är också därför jag valt att komma hit. Det går att göra en insats, man är inte bara medicinsk turist.

Text: Björn Ramel  
Foto: Torbjörn Selander

**HIV I SÖDRA AFRIKA**  
Detta var sista delen i vår serie om HIV i södra Afrika.