



## Hardt rammet av helseproblemer

Etter nesten tre års tjeneste som leder for den nordiske klinikken i Dar-es-Salaam avsluttet jeg min kontrakt og reiste tilbake til Askvoll kommune på Vestlandet, hvor jeg har tatt fatt på min tidligere kommunelegestilling.

Min kone Nelly og jeg har i disse tre årene hatt god anledning til å bli kjent med Tanzania – et av verdens fattigste land, men med gode muligheter for økonomisk vekst. Det er også et land som er hardt rammet av helseproblemer, slik som malaria, tuberkulose, underernæring, trafikkulykker og ikke minst HIV/AIDS. Det er estimert at hvert fjerde minutt dør en tanzanianer av AIDS, som årlig tar livet av titusener av mennesker.

I dette brevet vil jeg gå litt nærmere inn på det arbeidet som utføres av en av de mest betydningsfulle frivillige organisasjoner innen HIV/AIDS-arbeidet: WAMATA, som er en forkortelse av swahilifrasen Walio Katika Mapambano Na AIDS Tanzania (kampen mot AIDS i Tanzania). WAMATA, som ble opprettet i 1989, har sitt hovedkontor i Dar-es-Salaam og har mange forgreninger i landet, men kun WAMATA-senteret i Dar-es-Salaam har sin egen klinikk. Denne ble kjøpt ved hjelp av en pengegave fra NORAD.

### En AIDS-klinikk i Tanzania

Under mitt opphold i Tanzania har Nordic Clinic og WAMATA-klinikken knyttet vennskapsbånd med hverandre. Vår klinikk hjelper WAMATA-klinikken i beskjeden målestokk med medisiner og medisinske tidsskrifter. En fredagsmorgen jeg besøkte klinikken, så jeg en gruppe på ca. 40 ungdommer i hagen. De diskuterte i smågrupper og stemningen var god. Dr. Annie Herman, som tok imot meg, fortalte at både HIV-smittede og ikke HIV-smittede ungdommer kommer sammen med jevne mellomrom og diskuterer HIV-relaterte emner: Hvordan man kan leve positivt med HIV-smitte, hvordan unngå å smitte andre, viktigheten av å legge om seksualvanene, hvilke HIV-relaterte plager man kan få hjelp for etc. Der som en i gruppen har behov for å snakke med en rådgiver på tomannshånd, er en slik lett tilgjengelig. Klinikken har fire rådgivere, blant dem en egen ungdomsrådgiver.

På den andre siden av huset, i en «banda»

(en uteplass med svtak over), satt en gruppe AIDS-pasienter, med eller uten foresatte, i ring og lyttet til en HIV/AIDS-rådgiver. Det er fire slike grupper. Hver av dem kommer sammen på en lørdag morgen, men medlemmene i gruppen kan komme oftere til klinikken for å få veiledning eller behandling. Da jeg gikk inn i klinikken, satt staben på 17 i morgenmøte. Dagens gjøremål og andre ting ble diskutert.

Klinikken har et budsjett på 1,6 millioner kroner. 60 % finansieres av den danske ambassaden i byen, 10 % av midlene kommer fra organisasjonen Southern Africa Aids Training, ca. 10 % kommer i form av bidrag fra lokalsamfunnet, 10 % av driftsutgiftene gis av hovedkontoret, og resten tas inn gjen-

(Coastal Region) med omtrent fire millioner innbyggere som sitt arbeidsområde. Thomas nevnte at senterets overordnede mål er å forebygge HIV-smitte og utstøtning av HIV-smittede gjennom helseopplysning på ulike nivåer: Enkeltpersoner, familier, skolen, lokalsamfunnet og utsatte bedrifter, slik som politiet og hæren. De sistnevnte grupper får ikke lov til å gifte seg de første seks år. Dette gjør det lettere å omplassere dem med jevne mellomrom. Denne fremgangsmåten utsetter disse grupper for HIV-smitte. Andre viktige mål er å gi støtte og veiledning til HIV-smittede og AIDS-pasienter, behandle AIDS-relaterte helseproblemer, slik som opportunistiske infeksjoner. Ikke sjelden skjer det at pasienter som er blitt behandlet på lo-

kale klinikker (dispensaries) med antibiotika for svelgebesvær, kommer til denne klinikken og viser seg å ha candidaøsofagitt. Dette viser også at mange helsearbeidere har dårlig skolerings i behandling av AIDS. En annen viktig oppgave er å lindre lidelse og gi veiledning til familien under den terminale fasen av AIDS-sykdommen.

### Pleie og omsorg

Terminale AIDS-pasienter oppsøkes i sine hjem av et eget team. Tre dager i uken legger et team av sosialarbeidere og sykepleiere og clinical officer Joshua Fweni, under ledelse av dr. Herman, ut på hjemmebesøk. Pasientens behov blir kartlagt, familien blir veiledet i

hvordan de skal stelle pasienten i hans/hennes siste livsfase, symptomlindrende behandling gis dersom medisiner finnes og det blir gitt råd om ernæring. Familien blir oppmodet til å sette ord på sin sorg og blir anbefalt å delta i gruppesamtaler på klinikken. Størstedelen av pleie- og omsorgsoppgavene utføres av den nærmeste familien. Dette er krevende, tatt i betraktning de små ressursene de fleste familier har og at flere familie-medlemmer ofte selv har sykdommen og må oppgi arbeidet for å pleie sine egne. Den hjemmebaserte omsorgen bidrar til å heve livskvaliteten til den enkelte pasient. Maja Elstad, medisinstudent fra Oslo, som har tilbrakt noen måneder ved WAMATA-senteret, fortalte at dette arbeidet nytter. Nylig kom en mor med sin seks år gamle datter til klinikken. Jenta kunne knapt stå på beina.



Den fulltallige staben foran WAMATA-senteret i Dar-es-Salaam. Helt til venstre senterets leder Barabona Thomas Mubondo. Nr. 2 fra høyre Maja Elstad, medisinstudent fra Oslo. Begge foto ved forfatteren

nom medlemskapsavgift og enkeltbidrag. Klinikken får ingen økonomisk støtte fra myndighetene. Tvert imot: Det statlige universitetssykehuset henviser ofte sine HIV/AIDS-pasienter til klinikken for videre rådgivning og medisinsk oppfølging. Patientene har et henvisningsbrev med seg. Senteret prøver å hjelpe dem som kommer samme dag. Ingen blir avvist. Behandlingen er gratis såfremt man tegner medlemskap i WAMATA, det koster ca. ti kroner. Mange klienter blir aktive i WAMATA og hjelper til i deres mangefasetterte arbeid.

Dagen etter satt jeg sammen med medisinsk-faglig ansvarlig lege Annie Herman og sosialarbeider Barabona Thomas Mubondo (Thomas), som leder senteret, for å diskutere WAMATAs virksomhet og deres syn på HIV/AIDS-epidemien i Tanzania. Klinikken har hele Dar-es-Salaam og omegn

Hun var også underernært. Familien hadde ikke råd til sykehusbehandling. Jenta ble behandlet for lungebetennelse på klinikken. Da teamet skulle oppsøke henne i hennes hjem, hadde hun gått på skolen! Hvis det er nødvendig, medbringer teamet også mat til fattige familier.

Dr. Herman nevnte at klinikken ofte mangler antibiotika til behandling av opportunistiske infeksjoner. AIDS-pasienter har ofte alvorlig anaemi. Ofte nekter familien til disse pasientene innleggelse for blodtransfusjon, på grunn av redselen for stigmatisering i sykehuset. Behovet for hjemmebasert omsorg er mye større enn klinikken kan dekke. Selv om den har bemanning nok til to oppsøkende team, har den kun én bil. Denne brukes også til reiser ut i provinsen, som strekker seg 60 kilometer nord- og sørover langs Det indiske hav.



WAMATAs nye mediesenter. Her lages brosjyrer, pamfletter og annet helseopplysningsmateriale i HIV/AIDS-arbeidet. Til venstre den danske freds-korpsarbeideren Henrik Zilstorff, til høyre clinical officer Joshua Fweni

### Foreldreløse barn

Et viktig arbeidsområde for WAMATA er å identifisere foreldreløse barn og deres behov. Dersom barnet ikke har noen omsorgspersoner igjen blant familien, prøver WAMATA å finne en omsorgsperson i lokalsamfunnet og gi finansiell støtte til skolegang. Klinikken har i inneværende år registrert ca. 1500 nye foreldreløse barn. Fordi midlene på langt nær strekker til, prøver man å mobilisere hjelp i lokalsamfunnet. En sentral del av arbeidet er å kartlegge og mobilisere ressurser og å prøve å forebygge utstøtning.

Ifølge Thomas er stigmatiseringen av disse pasientene en av de største hindringer i HIV/AIDS-arbeidet. Han nevnte at ikke minst helsearbeidere i sykehusene rundt om i landet gjennom sine holdninger og pga. manglende informasjon til pasientene om sykdommen bidrar til at en del pasienter etter utskrivningen oppsøker «traditional doctors». Disse bruker ofte tvilsomme behandlingsmetoder og redskaper som lett kan utsette andre pasienter for HIV-smitte. Indirekte, påstod Thomas, bidrar mange helsearbeidere gjennom sine holdninger til å forverre epidemien. WAMATA arbeider aktivt mot stigmatisering av HIV/AIDS-pasienter i familie, lokalsamfunn og bedrifter. Han sa: «If we can deal with the stigma attached to HIV, people would not be so afraid for testing. Without such a stigma, there would be a rationale for testing and caring, but as long as a HIV-positive is seen as a symbol of infidelity, it remains difficult.» Dr. Herman tilføyde at hun under sitt opphold i Uganda

observerte at alle snakket åpent om HIV/AIDS, på bussen, ungdomsklubber, på jobben, i kirken etc. Hun tror at dette har bidratt sterkt til å redusere stigmaet og har mobilisert folket i det HIV-forebyggende arbeidet.

WAMATA prøver å mobilisere lokalsamfunnet gjennom informasjon, undervisning og kommunikasjon (IEC). I landsbyene rundt byen, som vanskelig kan dekkes av det hjemmebaserte teamet, driver WAMATA systematisk opplæring av lokale ressurspersoner, inkludert lokale ledere, helsearbeidere og lærere. Mange barrierer må brytes – på mange skoler er det fortsatt tabu å snakke om seksualitet. Ikke sjelden kolliderer helsearbeideres anbefaling om sikker sex med de religiøse ledernes bannlysning av kondomet. De argumenterer med at bruk av kondom bidrar til å fremme promiskuitet og undergrave moralen.

Som ledd i informasjonsarbeidet har WAMATA-klinikken, ved hjelp av midler fra den irske utviklingshjelpen, innredet et

lite mediesenter. Her lages brosjyrer og informasjonsmateriale som vil bli rettet mot ulike målgrupper. Den første brosjyren ble utgitt i august 2001.

### HIV-testing

Vi diskuterte hvor villige de som oppsøker klinikken er til å la seg HIV-teste. Da klinikken ikke har eget laboratorium, blir klientene henvist til AMREF-kontoret (African Medical Research Foundation). Klinikken betaler som regel de 5 000 tanzanianske shilling (ca. 50 kroner) som en HIV-test koster. I snitt ble cirka 40 klienter i måneden henvist til slik testing. På grunn av en gledelig økning i etterspørselen, ikke minst blant par som vil gifte seg, tok imidlertid budsjettet for HIV-testing slutt i juni. Dermed ble det dessverre full stopp i denne viktige virksomheten.

Ved siden av et laboratorium som også burde ha utstyr til diagnostikk av seksuelt overførbare sykdommer, mangler klinikken benker til gynekologisk undersøkelse, utstyr til medisintdeling (tabletteller), og enheter for «home-based-care» som frivillige hjelpere utstyres med. Klinikken mangler en bil til dette arbeidet. Den nåværende, en ti år gammel Toyota pickup, har nok sett sine beste dager. Senteret har også planer om å bygge et ungdoms-senter. Det finnes kun to i hele byen, et av dem er drevet av pinsevenner. Koordinator for rådgiverne på WAMATA-klinikken, Georgia Baguma, uttalte nylig i dagsavisen Guardian (1) på spørsmålet om man snart kan forvente at målsettingen om en reduksjon i HIV-smitte blant ungdommer blir nådd: «Hardly. The youth do not have a voice in the public debate today. Young persons should do as they are told by their parents, tradition says.»

Et annet ønske er å få en egen klinikk for barn opptil 12 år. Disse har sine egne problemer, ikke minst de foreldreløse barna, som ikke selv kan ivareta sine rettigheter. Bortsett fra helseproblemer som er spesifikke for dem, slik som vekstretardasjon, trenger deres foresatt støtte og rådgivning. Dette behovet blir på langt nær dekket i dag.

Vi kom inn på hvilken holdning myndighetene har til forebyggende behandling av vertikal smitte av nyfødte fra HIV-positive mødre. I påvente av resultater fra pilotstudier om effekten av forebyggende behandling av HIV-positive gravide i Dodoma, Iringa og universitetssykehuset i Dar-es-Salaam med zidovudin og nevirapin, som er ledd i de såkalte



Dagspressen har daglig debattinnslag om HIV/AIDS-situasjonen i Tanzania. Her en av tegningene som illustrerer noen av virkemidlene i kampen mot noen av de verste epidemier som tar titusener av menneskeliv årlig i Tanzania. Fra The Guardian, august 2001

PETRA-studier (Saba J. Current status of PETRA studies. Second conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants. Montreal, September 1–6, 1999), har myndighetene ikke satt i gang slik behandling i større målestokk ennå.

### Avansert behandling

Når det gjelder behandling med Highly Active Retroviral Therapy (HAART), nevnte dr. Herman, som nylig besøkte Uganda, at man der har fem sentre hvor AIDS-pasienter får slik behandling. Før slik behandling kan bli tilgjengelig for de fleste AIDS-pasienter, må mange hindringer overvinnes. For det første er kostnadene enorme: En måneds behandling koster ca. 10 000 norske kroner. Selv om dette skulle bli redusert til 10 % av kostnaden, er dette økonomisk tilgjengelig for svært få. Et annet problem er oppfølgingen: en forutsetning er telling av CD4-celler. Dette skjer i dag kun ved universitetssykehuset i Dar-es-Salaam, men det er ikke tilgjengelig på distriktssykehusene rundt om i landet. Bestemmelse av «viral load» er foreløpig ikke mulig i Tanzania. Etterlevelse er et annet problem: Bivirkningene av HAART-behandlingen kan være betydelige, og dette kan redusere etterlevelsen av medisinnntak. Om pasienten føler seg bedre under behandlingen, er det en viss fare for at han/hun vil slutte med medisiner. Dette er et problem ved behandling av tuberkulose, men antiretroviral behandling må skje gjennom mye lengre tid, sannsynligvis livet ut. Oppfølgingen av disse pasientene er ressurskrevende, og man kan spørre seg om dette vil gå utover det HIV-forebyggende arbeidet. Henrik Zilstorff, som arbeider på klinikken for det danske fredskorpset, Mellempolitik Samvirke, nevner at kun én AIDS-pasient får behandling med HAART ved klinikken, og at behandlingen er meget ressurskrevende.

### Forebygging

Jeg spurte hvordan man kunne få til mobilisering av lokalbefolkningen. Thomas svarte at innfallsvinkelen i HIV/AIDS-arbeidet i lokalsamfunnet er familien. Dersom begge foreldrene er døde av AIDS, er det viktig å kartlegge ressurser i den utvidede familien, eller, dersom den ikke finnes lenger, mobilisere ressurser i lokalsamfunnet. Til dette bør man få nøkkelpersoner i lokalsamfunnet i tale. Dersom disse forstår at HIV/AIDS også

er et lokalsamfunnsproblem, er mye vunnet. WAMATA er aktiv når det gjelder arbeidet for å begrense ulike kulturelle aktiviteter som medfører økt risiko for HIV-smitte. Et eksempel er omskjæring av gutter og jenter. Ofte blir samme barberblad brukt av omskjæreren for å forene de omskårne («to unite them»).

«Har det tverrsektorielle samarbeidet, som man snakker så vakkert om i mediene, kommet forbi det retoriske stadiet?»

Thomas svarte kontant: «Nei, dessverre». Det er mange faktorer som er skyld i dette. For det første har myndighetene vært altfor trege. Den tredje reviderte HIV-planen, som skulle gi veiledning til dette spørsmålet og som skulle settes i verk i 1998–2002, er ikke ferdig ennå. AIDS Technical Committee, etablert under statsministerens kontor, har ansvaret for å utarbeide denne planen. Dessverre er ennå ikke alle medlemmer i denne komiteen blitt utnevnt. Om den kommer, vil det ta tid før den er godkjent av parlamentet, men da er man sannsynligvis kommet i slutten av planperioden.»

Skolevesenet vil gjerne være med i et tverrsektorielt samarbeid, men det finnes lite penger til å revidere nåværende pensum, og det går derfor tregt med å integrere «life skills training» i undervisningen. Fattigdommen gjør at mange foreldre ikke har råd til å ha barna på skolen. Dette har bidratt å øke analfabetismen i landet. En annen hindring er at HIV-testingen så å si ikke er tilgjengelig på landet, fordi distriktssykehus ikke har råd til kjøpe nødvendig utstyr. De har som regel heller ikke utstyr til en blodbank. Dette bidrar til en reell risiko for HIV-smitte ved blodoverføring, i 1999 estimerte man risikoen til 1 % (2). Ut fra HIV-prevalens på 9,4 % blant blodgivere i 1999 ble det estimert at 1,7 millioner tanzanianere var HIV-positive (2). I inneværende år er det estimert at 8,1 % av en befolkning på 36,2 millioner mennesker er HIV-positive (3).

Et viktig område for tverrsektorielt samarbeid i dette mannsdominerte samfunnet er arbeidet for likestilling. Thomas: «You see, our culture is defending men and allows men and boys only to go out and to come home late. Furthermore, Tanzanian culture favours boys to go to school, while girls are exposed to sexual harassment». Dr. Herman tilføyde: «Even those women who have been empowered, have difficulty to say no to unprotected sex.» Også innen lovgivning står mye igjen: Dels er vedtatte lover som

forbyr omskjæring av kvinner fortsatt ikke satt i verk, dels trengs det oppdatering av lover, som for eksempel ekteskapslovgivningen når det gjelder mannens rettigheter til å arve kvinner.

### En økende epidemi

For Tanzania som helhet ser vi en stadig stigende trend i HIV-prevalensen. Det antas at 82 % av smitten skjer heteroseksuelt, mor-til-barn-smitte antas å utgjøre 6 %, 1 % smittes gjennom blodoverføring, mens 11 % av smitten er uspesifisert (2). Et unntak fra denne stigende trenden er Bukoba-distriktet, som ligger på vestsiden av Victoriasjøen. Her var HIV-prevalensen i 1993 16,1 %, den falt til 13,7 % i 1996 og til 7,0 % i 1999. Dette kan delvis forklares ved at epidemien startet her og er kommet i en fase hvor det er flere AIDS-pasienter som dør enn antallet som blir nysmittet. Delvis er forklaringen at befolkningens relativt høye undervisnings- og opplysningsnivå og større åpenhet om HIV/AIDS har bidratt til å redusere HIV/AIDS-stigmaet og endre seksualvanene.

Selv om landene sør for Sahara nylig lovet å øke sine helsebudsjetter til 15 % av nasjonalbudsjettet, hovedsakelig for å bekjempe HIV/AIDS-epidemien, er mange skeptiske. Det trengs handling mer enn retorikk. Frivillige organisasjoner har et større potensial for å lykkes fordi de står mye nærmere folket enn helsemyndighetene gjør. Man blir imponert av det arbeidet som gjøres av den velutdannede, velmotiverte og hyggelige staben ved WAMATA-senteret. Imidlertid går senteret en usikker fremtid i møte når den danske ambassadens driftsstøtte faller bort i slutten av neste år. De kan bli nødt til å trappe ned virksomheten, mens de faktisk trenger mye mer hjelp for å trappe opp sin virksomhet. Hjelp kan gis direkte til WAMATA-senteret ([wamata.dar@twiga.com](mailto:wamata.dar@twiga.com)) eller via WAMATAs hovedkontor ([wamata@du.co.tz](mailto:wamata@du.co.tz)). Internett-adresse: [www.twiga.com/wamata.dar](http://www.twiga.com/wamata.dar).

Eelco Boonstra

[eelco\\_boonstra@hotmail.com](mailto:eelco_boonstra@hotmail.com)  
6980 Askvoll

### Litteratur

1. Baguma G, Lindboe R. Global AIDS-plan can benefit Tanzania, *The Guardian* 19.7.2001.
2. National AIDS Control Programme HIV/AIDS/STD Surveillance. Report No. 14. Dodoma: Ministry of Health, 1999.
3. Daily News Bulletin 8.7.2001.

○