

Hvordan skal det gå med kampen mot AIDS?

Frodig og fargerikt danser Marie-Claire. Den rustne stemmen svinger i tropenatten, i takt med den store kroppen. «Avhoooldenhet,» synger hun. «Troofasthet.» Ved siden av henne vugger fire litt dratte, ikke helt unge kvinner med i dansen. «Kondoom,» korer de alle sammen, gruppen av «frie kvinner» fra jernbanekvarteret i Ngaoundere i Kamerun. Marie-Claire, det mest trofaste medlemmet av den katolske menigheten jeg kjenner, er leder og talskvinne.

For et år siden satt jeg på kontoret til Marie-Claire og hørte på hennes fortvilelse over at kirkelederne forbød henne å dele ut kondomer på helsesenteret, der hun har jobbet som sykepleier i 20 år. Nå har hun åpenbart tatt opp kampen. «Avholdenhet,» sier hun inn i mikrofonen når trommehvirvlene stilner, «kan en fri kvinne praktisere avholdenhet? Når hennes eneste inntekt kommer fra å ligge med menn?» «Og trofasthet,» sier hun, «hvem skal de være trofaste mot? Alle de 30 de har betjent de siste to ukene?»

Marie-Claire ser skarpt utover forsamlingen med provinsguvernøren og andre notabiliteter i første rekke på 2000-årsplassen og folk i alle aldre sittende og stående tettpakket omkring. Mens eldre skoleelever og studenter går rundt og deler ut brosjyrer, anti-AIDS-merker og kondomer under denne kulturkvelden i solidaritet med HIV-positive og AIDS-rammede, synger hun retorisk ut: «Hvem vil nekte disse kvinnene den tredje muligheten, kondomet? De er de mest sårbare av alle, foraktet av alle, mer alene enn de fleste. Skal de ikke få beskytte seg selv og mennene de ligger med?»

Paneldebatt

Dagen etter er det debattmøte på det fransk-kamerunske kultursenteret. Fem godt voksne menn sitter i panelet, et hundretall mennesker i salen, og temaet er: AIDS – stigma og diskriminering. Leve og la leve. En storvokst jurist styrer debatten under det vakre stråtak i den luftige, runde dankien, det tradisjonelle kamerunske møterommet. Ved hans side befinner det seg to prester, byens stor-imam og legen som leder det nasjonale AIDS-programmet i provinsen.

I innledningene er det lite snakk om stigma og diskriminering, desto mer om moral, om ungdommens blottede mager, om kondomer – legen er for, de religiøse lederne mot. Litt uti debatten kommer det spørsmål om vi kan diskutere hjelp til dem som sliter med å pleie sine AIDS-syke familiemedlemmer, og med å ta vare på det stadig økende antall foreldreløse barn etter AIDS-ofre. Alle i Ngaoundere kjenner noen som har dødd av denne sykdommen. Etter WHO-statistikken er det nå 10 millioner

barn i Afrika som har mistet begge foreldre, ytterligere 20 millioner har mistet én av foreldrene pga. AIDS, og 100 millioner lever sammen med og er ofte pleieansvarlig for AIDS-syke familiemedlemmer.

Men det blir ikke mer snakk om stigma og pleie. I stedet avrundes debatten med at en ungdom stiller et spørsmål direkte til imamen: Hun har dagen før deltatt i kondomutdelingen og la da merke til at alle de personene som takket nei, var muslimer. Hva sier Koranen, og tror han at AIDS er en forbannelse fra Gud?

Jeg lytter spent på svaret, for dette diskuterte jeg i fjor med imamen: Han ville tillate kondomer i ekteskapet dersom mannen viste tegn på å være syk. Vi diskuterte den gang den flerårige symptomfrie, seropositive perioden og om man ikke burde kunne bruke kondom selv om man føler seg frisk – tross alt er det vel få menn i Ngaoundere som ikke har hatt andre seksualpartnere enn sin kone?

Dette har han tenkt over, for nå svarer han at innenfor ekteskapet er kondom tillatt dersom den ene parten tror at hun eller han kan være HIV-smittet. Men, sier han, ja, han tror at AIDS er en forbannelse fra Gud, for dagens mennesker har syndet altfor mye. Og en av prestene nikker ivrig og sier inn i mikrofonen at han for sin del vil ta avstand fra all kondombruk.

På en måte forstår jeg de religiøse lederne: De vil først og fremst ta avstand fra sex utenfor ekteskapet. Når de ikke kan akseptere det, kan de heller ikke akseptere å diskutere kondombruk utenfor ekteskapet. Å diskutere med utgangspunkt i AIDS-tragediens dimensjoner og folks reelle seksuelliv fremstår som sekulærmedisinsk og ikke-religiøst når man uteskes om prinsipielle standpunkter. Medisinsk overordnede spørsmål om omsorg og masseforebygging kommer lett i skyggen av spørsmål om individuell moral. Likevel deltar en del religiøse menigheter i sykdomsomsorg og opplysningsvirksomhet på mer pragmatisk vis. Det gjelder både for muslimer og kristne i denne multi-etniske regionen. Folk her klarer fortsatt å leve fredelig sammen mens små eller store kriger raser i de fleste nærliggende land. Dette gjelder både Den sentralafrikanske republikk, det nordlige

i Brev fra Kamerun



Nigeria med kristen-muslim-skillet, Den demokratiske republikken Kongo med to og en halv million krigsdrøpte og atskillige flyktninger i Ngaoundere, og nå sist Elfenbenskysten, der forholdene på mange måter likner på dem i Kamerun: muslimsk majoritet i nord, kristen majoritet i sør, tilhørigheter som skaper lite konflikt før noen kommer og sprer våpen og hatbudskap om «de andre».

Terapimøte

Annenhver tirsdag avgjøres det om enkeltpersoner bør få starte og får starte med anti-retroviral behandling. Alle Ngaounderes sykehusleger har møterett, dessuten sykepleiere, sosialrådgivere og psykolog tilknyttet det ett år gamle regionale HIV/AIDS-programmet. En representant for de seropositives organisasjon er engasjert i programmet og deltar med samme taushetsplikt som de øvrige.

Aktuelle terapikandidater må på forhånd ha vært gjennom full utredning. Som oftest innebærer det en utgift på ca. 75 000 kamerunske franc – omtrent en norsk tusenlapp. Følges pasienten over tid, kommer det mindre tilleggsutgifter til nye tester. Er pasienten syk og ekstra fattig, hender det man avviker fra krav om måling av viruspartikler i blod – det får sjelden avgjørende vekt for indikationsstilling og gir en innsparing på nesten halve tusenlappen. Uansett er utredningen dyr i et land med brutto nasjonalprodukt per person så vidt under Verdensbankens fattigdomsgrense for inntekt på 2 amerikanske dollar per dag, eller ca. 1 300 sentralafrikanske franc.

Folk forstår alvoret, og storfamilieene stiller oftest opp på godt afrikansk vis. Likevel er det mange – flere enn halvparten ifølge sosialrådgiveren – som ikke klarer neste hinder: å overbevise terapimøtedeltakerne om at pasienten på ubestemt tid kan mobilisere de 15 000–30 000 sentralafrikanske franc per måned som behandlingen

vil koste. Pasienten skal før møtet ha snakket med både sosialrådgiver og psykolog, som skal uttale seg om pasientens evne til å følge behandlingen. Resistensutvikling er det medisinske spøkelset som gir saklig grunn til å forsikre seg om at behandlingen ikke blir avbrutt av økonomiske eller andre ikke-medisinske grunner.

For meg fremstår kanskje psykologuttalelsen som det prinsipielt mest problematiske. Jeg spurte på et møte hvordan man ville stille seg til behandling av en psykisk utviklingshemmet person, og fikk nokså samstemmige svar: Det ville være store motforestillinger mot å initiere behandling, men ingen absolutt kontraindikasjon hvis det var støtte i familien. Jeg har også spurt hvilken pris som ville kunne betales av nesten alle, eventuelt med subsidiering av et lite mindretall av de aller fattigste, her hvor nesten alle er fattige. Sosialrådgiveren, som selv tjener ca. 70 000, sier 5 000 sentralafrikanske franc per måned. Prisfallet på medisiner har vært enormt de siste to år. Klarer ikke Verdenssamfunnet å vippe prisen den siste biten over en alminnelig tilgjengelighetsterskel?

Behandlingsansvarlig lege i AIDS-programmet presenterer pasientenes journaler og foreslår behandlingsregimer der det blir aktuelt. Sykehusets kirurg er en sindig og demokratisk møteleder. Ham stiftet jeg bekjentskap med i fjor, på operasjonssalen (1). I dagens møte refereres først sykehistorien til en 42 år gammel kvinne. Medisinske data leses rolig og systematisk: avmagring, eksem, diaré i over en måned, 48 kg. Hun har fått behandling for intestinale amøber, har ubehandlet hypertensjon 150/105 og litt stor hjerteskygge på røntgen thorax. Hemoglobin 9,4 g/100 ml, hvite blodceller 2 100/mm³, herav CD4 110, CD8 550, virusbelastning ikke utført. Diskusjonen som følger er saklig og viser at deltakerne har god og oppdatert kunnskap om HIV/AIDS. Klassifikasjoner og behandlingsindikasjoner fra Verdens helseorgani-

sasjon og Centers for Disease Control er godt kjent. Pasienten bør utredes bedre kardialt, men medisinsk behandlingsindikasjon for antiretroviral behandling er uansett til stede. Hva med inntekt? Ingen inntekt. Et øyeblikk er det stille. Hun har en bror som er lege i Europa, sier en. Alle trekker pusten. Hun er reddet.

Neste pasient er en sju år gammel gutt. Moren døde i 1999, far ukjent. To kusiner har skaffet penger til utredning. Det som ikke blir sagt, men som sosialrådgiveren forteller meg senere, er at gutten ble smittet ved blodtransfusjon som fireåring. Tre av fire blodposere ble HIV-testet, den fjerde ble gitt av en laboratoriesykepleier som senere fikk AIDS. Jurister er koblet inn, men saken står i stampe. Gutten er symptomfri bortsett fra litt tretthet, normalvektig 21 kg, har normal laboratorietutredning til vi kommer til Hb 8,9 g/100 ml og CD4 55 celler/mm³, CD8 370. Disse svært lave verdiene gir klar behandlingsindikasjon i håp om å unngå snarlig alvorlig opportunistisk infeksjon. Hva med økonomien? Kusinen tjener 30 000 franc i måneden, en tante 50 000. Det går ikke. Men når kusinen klarte å mobilisere penger til utredning, mon tro om de ikke har noen reserver? Saken sendes tilbake til sosialrådgiveren, som skal ta ny kontakt med kusinen.

HIV/AIDS-programmet

Det er mye godt å si om det nasjonale, regionaliserte programmet som omsider har gjort moderne HIV/AIDS-behandling til en reell mulighet i Kamerun. Bortsett fra foregangslandet Uganda og kanskje Senegal, er det neppe andre afrikanske land som har kommet lenger akkurat nå. Kamerun er prevalensmessig i en mellomposisjon, med nasjonale tall i underkant av 10 %. Mye er usikkert og mye endrer seg raskt. I kampanjeuken er knapt 900 personer frivillig gratistestet (det koster ellers 10 norske kroner, også en terskel), med forskriftsmessig rådgivning og samtale før testing og ved utlevering av resultat.

Sykehusene konfronteres nå med seropositive personer som er i god fysisk form og som bør ha medisinsk oppfølging over flere år, i første omgang uten spesifikk terapi. Det blir en utfordring. Jeg har allerede erfart at motivasjonen for å møte til avtalt time hos lege når man ikke er spesielt syk, ikke er den samme i Kamerun som i Norge. De som har fått behandling i 2002, er oftest blitt diagnostisert som klinisk svært syke, med klinisk indikasjon for testing.

Det lokale programmet fremstår i dag som godt og kyndig ledet av en lege med spesialopplæring i HIV-problematikk over de siste to-tre år. Ytterligere to-tre leger deltar i det kliniske arbeidet. De er unge og engasjerte og synes å ha lært omtrent det samme som norske leger under utdanningen, som de har tatt i hovedstaden Yaounde. Jeg skal prøve å

bidra under mitt forskningsfriår med systematisering av erfaringer fra kampanjeuken og fra den behandlingen som er gitt i 2002. Kanskje kan det bli litt kvalitetssikring og et og annet spennende funn omkring lokal epidemiologi. Medisinsk forskning på dette området er mulig og ønskelig (2). Det har ikke vært for mye Afrika-basert forskning til nå (3).

Et medisinsk fakultet i Ngaoundere?

Universitetet i Ngaoundere med 7 000 studenter er et periferiuniversitet på samme måte som universitetene i Trondheim og Tromsø. Landet er langstrakt nord-sør, hovedstaden er i sør og Ngaoundere er porten til den nordlige landsdelen med nesten halvparten av de 14 millioner innbyggerne i landet. Legene rekrutteres fra sør og reiser oftest tilbake etter få års tjeneste. Rektor ved Universitetet i Ngaoundere har et høyeste ønske: et medisinsk fakultet som kan heve det medisinske nivået i landsdelen og rekruttere og utdanne leger lokalt.

Dekanene ved de fire medisinske fakultetene i Norge har nylig tatt initiativet til å be regjeringen å støtte et eksisterende eller planlagt medisinsk fakultet i Afrika. I utredningen er Ngaoundere nevnt som en outsider. Jeg tror Ngaoundere kunne være et riktig og endatil historisk velfundert valg. To fattige, men gode sykehus med rikelig arealplass er et gunstig bygningsmessig utgangspunkt, et av dem er startet og har i mange år vært drevet av norske leger i regi av Det norske misjonsselskap. Med kamerunske leger er «Det norske sykehuset» fortsatt et velfungerende sykehus som nylig fikk stor ros av den besøkende visehelseministeren. Fransk er hovedspråk i regionen, men offisielt er landet også engelskspråklig, og begge språk er likeverdige på universitetene. Legene her forteller at deres fagliteratur var like mye på engelsk som på fransk. Sykehusene har enkelte tyske, franske og amerikanske samarbeidspartnere, men økonomiske bidragsytere står ikke i kø i Kamerun.

Knut Arne Holtedahl

knutarne.holtedah@ism.uit.no
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

Litteratur

- Holtedah KA. Brev fra Kamerun: «De ser doktor, hvilke forhold vi arbeider under.» Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 548–9.
- Holtedah K, Hurum H. Cross-sectional study of morbidity, morbidity-associated factors and cost of treatment in Ngaoundere, Cameroon, with implications for health policy in developing countries and development assistance policy. BMC International Health and Human Rights 2002; 2: 2. <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/2/28.1.2003>.
- Essex M, Mboup S, Kanki PJ, Marlink RG, Tlou SD, red. AIDS in Africa. 2. utg. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002.



Budskap: Sammen for en universitetscampus uten seksuelt overført sykdom, HIV og AIDS. Foto Knut Arne Holtedahl