

Princess het hun og var bare sju år

Hivbehandling i fattige land

Behandlingsprogrammer for antiretroviral behandling av hivpasienter i fattige land bør holde seg til enkle kriterier for indikasjon og enkle medikamentregimer, ifølge en kommentarartikkel i *The Lancet* (1). Malawi med sine 12 millioner innbyggere og en million hivsmittede brukes som eksempel. Selv om Malawi på to år har økt kapasiteten fra 4 000 til over 37 000 pasienter per desember 2005, er landet langt fra å kunne tilby behandling til de 170 000 behandlingstrengende i landet. Mangelen på kvalifisert helsepersonell er den største begrensende enkeltfaktoren.

I Malawi har antiretroviral hivbehandling hatt en folkehelseetnærming, der kriteriene for start og oppfølging av behandling er basert på positiv hivtest og kliniske kriterier og standard førstelinjebehandling med en generisk kombinasjonsspill. Dermed er behandlingen enkel å følge opp for både pasient og helsepersonell, og systemer for bestilling og distribusjon av medisiner blir forenklet. En slik tilnærming har vist tilfredsstillende resultater ved Leger Uten Grenser prosjekt i Malawi (2).

Tilnærmingen har to hovedrisikoer: Bruk av kliniske kriterier alene gjør at pasienter med svakt immunforsvar uten symptomer ikke får den behandlingen de burde ha fått. Dessuten vil viral resistens og immundysfunksjon bli oppdaget sent. Et enkelt behandlingssystem er likevel best: Det gir best tilbud til enkeltpasienten, og man når flest. Avanserte blodprøver, som CD4-tall og virusload, er kostbare, ressurskrevende og fordrer opplæring av helsepersonell og bør derfor unngås. Flere ulike førstelinjeregimer vil komplisere behandling og logistikk og åpne for flere feil.

Øyunn Holen

oeyhole@online.no
Leger Uten Grenser

Litteratur

1. Harries AD, Schouten EJ, Libamba E. Scaling up antiretroviral treatment in resource-poor settings. *Lancet* 2006; 367: 1870–2.
2. Gjersvik P. Vellykket HAART-behandling i Malawi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1630.

Seksuelle overgrep er vanlig forekommende i krig og væpnede konflikter, og brukes som et våpen for å demoralisere motparten. I Liberia har Leger Uten Grenser bygd opp et tilbud til kvinner og barn som er blitt ofre for seksuelle overgrep.

Den 7–8 år gamle jenta sto med magre, støvete bein på murgulvet og kikket på meg med et uttrykksløst blikk. Luften sto stille, viften på kontoret hadde sluttet å virke. Jeg kikket tilbake på to store brune øyne. De små flettene samlet seg på toppen av hodet, den skitne kjolen var et par nummer for liten.

«Hello, my name is Ellen...» sa jeg og strakk ut hånden. Hun fortsatte bare å kikke på meg, vurderende, slapp meg ikke med blikket. Ved siden av sto en kvinne med et barn på ryggen, et annet barn holdt rundt kvinnens kne. Kvinnen skjøv piken frem mot meg i en brysk bevegelse. Jeg forsøkte forsiktig igjen: «What's your name?» Hun fortsatte å stirre på meg i taushet. Kvinnen skubbet henne hardt mot meg på ny, mens hun kommanderte henne til å svare doktoren. Forrige gang en fremmed rørte henne, ble hun voldtatt.

Etter lang tid på det uutholdelig varme kontoret og etter å ha roet ned kvinnen og de to små barna, fikk jeg høre hennes historie. Piken het Princess, sa kvinnen, som viste seg å være moren hennes. Princess hadde gått hjem fra markedet, hvor hun hadde kjøpt grønnsaker for mor. Familien var fra de nordlige delene av Liberia, men bodde nå i en leir for internt fordrevne like utenfor hovedstaden Monrovia. Princess hadde båret ganske tungt og satte seg ned på en stubbe for å hvile. En fremmed mann kom forbi og fortalte at han skulle vise henne en hemmelighet. I ruinene av en bombet skole holdt han henne nede i bakken og tømte seg inni den lille spede kroppen.

Verken piken selv eller hennes mor snakket engelsk. All kommunikasjon foregikk gjennom min tolk, en sosialarbeider fra Monrovia. Intime detaljer ble utvekslet på flere språk, forklaringene ble understreket med uttalt gestikulering. Høylytt og kaotisk ble handlingen presentert for meg. Jeg prøvde forsiktig å gjøre prosessen så skånsom som mulig for henne. Min tolk truet henne og sa at dersom hun ikke kledde av seg litt raskere, satte doktoren en injeksjon på henne. Da jeg forsto hva som ble sagt, innså jeg at det er behov for mer



undervisning av sosialarbeiderne for å mestre disse situasjonene bedre.

Seksuelle overgrep skjer ofte

Hver fjerde kvinne i verden har opplevd å være offer for voldtektsforsøk eller voldtekt i løpet av sitt liv, og hver tredje kvinne beskriver at deres seksuelle debut foregikk under tvang (1). Disse mørke tallene gir grunn til å rette langt mer oppmerksomhet på seksualisert vold i alle deler av verden. Seksualisert vold har en svært stor negativ påvirkning på den generelle helsen i en befolkning (2).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet retningslinjer for hvordan helsepersonell bør forholde seg til mennesker som er blitt utsatt for seksuelle overgrep. Man forsøker å øke kunnskap om og ferdigheter i behandling av disse pasientene og å standardisere både medisinsk behandling og retts hjelp. Helsepersonell på alle nivåer må være oppmerksomme på omfanget av seksualisert vold og finne måter å forebygge på. Retningslinjene dreier seg hovedsakelig om misbruk av kvinner og barn, fordi disse forholdene er mest utbredt (3).

Seksuelle overgrep omfatter mange former for voldshandlinger. Begrepet overgrep er definert som enhver seksuell handling eller forsøk på seksuell handling, uøns-



Kvinner og barn samler seg foran en av Leger Uten Grenser helseklinikker i Liberia. Alle foto Leger Uten Grenser



Liberianske jordmødre får undervisning i hvordan man skal møte kvinner og barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep

kede seksuelle kommentarer og tilnærmelser, misbruk gjennom tvang og trusler om skade eller fysisk makt (1). Seksuelle overgrep er vanlige i krig og væpnede konflikter, som et våpen for å demoralisere motparten. Kvinner kan også bli tvunget inn i «midlertidige ekteskap» med soldater. Det er ikke mulig å beskrive en stereotyp overgriper; voldelige menn kommer fra alle samfunnslag. De er ofte menn med autoritet og som er respekterte og tillitvekkende, men som misbruker sin posisjon. Oftest kjenner overgriperen offeret fra tidligere.

Konsekvensene

Seksuelle overgrep er forbundet med store og alvorlige konsekvenser, både fysiske og psykiske skader som kan være av kortvarig eller langvarig karakter. Det mest skadelige er sannsynligvis psykologiske traumer, som kan gi men for resten av livet. Seksuelle overgrep gir potensielt store konsekvenser for reproduktiv og seksuell helse og kan føre til ufrivillige graviditeter og seksuelt overførbare sykdommer, inkludert hiv/aids. Man ser ofte at offeret selv starter risikofylt seksuell atferd, slik som tidligere debut og økt aktivitet med eldre og med flere partnere (3).

Ofre for seksuelle overgrep kan få akutte fysiske skader, både av genitalia og andre organer, og kan i ytterste konsekvens bli drept. Døden kan være et uheldig og utilsiktet resultat av selve voldshandlingen. Av og til kan det skyldes en hevnaaksjon, for eksempel «æresdrap» etter en voldtekt eller drap som straff for å ha angitt en kriminell handling.

Offeret har økt risiko for helsefarlige aborter, underlivsinfeksjon, seksuell dysfunksjon, infertilitet og urinveisinfeksjon. De vanligste akutte genitale symptomer og skader er rifter, ekkymoser, skrubbsår, hevelser og rødme av labia minora og hymen. Andre skader som ofte ses, er konfusjoner, laserasjoner, merker etter strangulering, slag og bitt samt anale traumer (3).

De mentale helsekonsekvensene av seksualisert vold er alvorlige og kan være langvarige. Studier av pasienter som ble misbrukte som barn, viser større risiko for å utvikle depresjoner enn dem som ikke har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Mange forblir i voldelige forhold som voksen, de kan utvikle posttraumatisk stressforstyrrelse og kan i verste fall gjøre selvmord eller forsøk på selvmord. Reaksjonene etter seksuelle overgrep er mange, og skadeomfanget varierer fra person til person. Man bør derfor mistenke seksuelt overgrep i en klinisk situasjon dersom pasienten har tegn til posttraumatisk stressforstyrrelse, depresjon, sosial fobi, angst, misbruk av narkotiske stoffer, suicidal atferd, kronisk hodepine, søvnvansker, residiverende kvalme og oppkast, spiseforstyrrelser, seksuelle problemer og kognitive forandringer. Ofte beskriver ofrene humørsvingninger, en sterk ydmykende følelse, mindreverd, skam, skyld, forsvarsløshet, håpløshet, anger, hevn og frykt for en ny hendelse. Symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse ses oftest hos personer som er truet med våpen og/eller som har fått store fysiske skader etter mishandling ved en voldtekt. Dette kan manifestere seg som flashback, mareritt eller tilbakevendende forstyrrende tankesett. Det kan også komme til uttrykk i følelsesmessig avflating, selv pålagt isolasjon fra familie og venner, fornektelse av hendelsen, økt stoffmisbruk, irritabilitet og ukontrollerbare emosjonelle utbrudd (3).

Patriarkalsk samfunn

Liberia er fra gammelt av et patriarkalsk samfunn. Landet har vært og er fortsatt i en alvorlig humanitær krisesituasjon. Befolkningen er blant verdens fattigste, infrastrukturen er elendig, den offentlige administrasjonen har arbeidet på lavbluss, og sikkerheten i landet er fortsatt ustabil – til tross for at FN har plassert verdens største fredsbevarende styrke i landet. Avvæpningspro-

grammet i regi av FN ble avsluttet i 2004, og et rehabiliterings- og reintegreringsprogram som omfatter grunnutdanning og yrkesopplæring for ungdom og voksne, er under utvikling.

Det største behovet Liberia har, er en psykologisk omveltning hos landets befolkning. Innbyggerne mangler rett og slett grunnleggende kunnskap om hvordan man lever i et vanlig samfunn – et samfunn som ikke inneholder dramatisk stress verken for voksne eller barn. Et samfunn uten farer for systematisk nedslaktning av mennesker eller brutale voldtekter av kvinner og barn. Et trygt land uten krigsherjede arr. Uten menn som utnytter sine posisjoner.

Leger Uten Grenser i Liberia

I Liberia har Leger Uten Grenser bygd opp et behandlingstilbud til kvinner og barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Enhver som har vært offer for seksuelle overgrep skal i utgangspunktet tilbys en rettsmedisinsk undersøkelse. I Liberia er rettsapparatet under gjenoppbygging etter mange års borgerkrig, og Leger Uten Grenser ønsker å gi ofrene for seksuelle overgrep et juridisk dokument som de kan bruke ved politianmeldelse.

Kvinner og barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep, kan søke en av flere helseklinikker som Leger Uten Grenser har etablert i Liberia. Der blir de møtt av lege



Fra Monrovia, hovedstaden i Liberia

eller jordmor som er opplært i å ta seg av denne type pasienter. Barna under 12 år blir henvist videre til barnesykehuset i Monrovia, mens kvinnene blir fulgt opp på helseklinikene. Det blir gjennomført anamneseopptak og somatisk undersøkelse, inkludert genital-anal undersøkelse, og nødvendig behandling og oppfølging igangsettes: behandling av fysiske skader, stell av sår, bandasjering, antibiotikabehandling (om indisert), tetanusprofylakse og smertestillende tabletter (om indisert). Ved penetrering av vagina under overgrepet i løpet av de siste fem dagene blir det gitt profylaktisk behandling mot graviditet (750 mg levonorgestrel) og antibiotika profylaktisk mot Chlamydia, gonoré og syfilis (4). Avhengig av om overgrepet skjedde ved vaginal, anal eller oral penetrering, om det forekom ejakulering og om det er synlige vaginale eller anale lesjoner med blødning, blir det gitt posteksponeringsprofylakse mot hivinfeksjon, dvs. antiretroviral behandling med zidovudin og lamivudin i fire uker. Hepatitt B-vaksine blir gitt til alle med lesjoner (5). I ukene etter overgrepet får offeret medisinsk oppfølging med sårskift, vaksineboostere, graviditetstest og hivtest. Kvinner som er blitt gravide under en voldtekt, blir henvist til sykehus hvis de ønsker svangerskapsavbrudd.

Til dette arbeidet trengs lokalt helsepersonell som har fått opplæring i genital-anal anatomi og fysiologi, og som har forståelse av reaksjoner hos offeret, gode kommunikasjonsferdigheter, empati og evne til konfidensialitet. Leger Uten Grenser har laget et undervisningsprogram bygd på retningslinjene fra WHO for å gi ofre for seksualisert vold et bedre tilbud. Psykososial støtte og informasjon er en viktig del av oppfølgingen. I Monrovia har Leger Uten Grenser et prosjekt om mental helse for kvinner og barn, der sosialarbeidere blir opplært i støtteterapi, informasjon og rådgivning vedrørende fysiske og atferdsmessige reaksjoner som må forventes etter et seksuelt overgrep.

Ellen Judith Kjølstad

ejkj@online.no
Leger Uten Grenser
Mamba Point
Monrovia
Liberia

Manuskriptet ble godkjent 14.8. 2006.

Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Jewkes R, Garcia-Moreno C, Sen P. Sexual violence. I: World report on violence and health. Genève: WHO, 2002: 149–81.
2. World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Genève: WHO, 2002.
3. Guide for medico-legal care for victims of sexual violence. Genève: WHO, 2003.
4. Clinical guidelines. Diagnosis and treatment manual for curative programmes in hospitals and dispensaries. 7. utg. Paris: MSF, 2005.
5. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Genève: WHO, 2003.