

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 folkehelse tilnærming, 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-