

Forløp av hivinfeksjon uten antiretroviral behandling i Sør-Afrika

De aller fleste med hivinfeksjon lever i fattige land med ingen eller begrenset tilgang på antiretroviral behandling. Klinisk stadium, CD4-tall og virusmengde i blod er viktige prognostiske faktorer for å vurdere indikasjon for slik behandling, men prognosen ved hivinfeksjon kan være forskjellig i rike og fattige land. Forløpet av ubehandlet hivinfeksjon i Sør-Afrika er nå kartlagt i en longitudinell kohortstudie som nylig er publisert i *The Lancet* (1). Dataene kan være til hjelp for å avgjøre tidspunkt for når antiretroviral behandling bør settes inn hos hivpasienter i fattige land.

Om lag 1 400 hivinfiserte pasienter fra urbane strøk som var henvist fra primærhelsetjenesten til hivklinikker i Cape Town i perioden 1992–2005 ble fulgt i seks måneder. Ingen av dem hadde fått antiretroviral behandling (unntatt monoterapi med zidovudin hos noen få). Risikoen for å utvikle aids i løpet av seks måneder blant pasienter med CD4-tall under 200 og over 350 var nokså lik risikoen som er påvist for europeiske pasienter, men nesten dobbelt så stor blant dem med CD4-tall mellom 200 og 350. Dette gjaldt pasienter i alle kliniske stadier før aids. Risikoen for død uten tegn til aids var høyere enn i rike land, og omtrent halvparten av dødsfallene gjaldt pasienter som ikke hadde utviklet aids.

Funnene indikerer at en forsinkelse i igangsetting av antiretroviral behandling er assosiert med økt morbiditet og mortalitet. Forfatterne argumenterer for økt bruk av CD4-målinger også i fattige land.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Badri M, Lawn SD, Wood R. Short-term risk of AIDS or death in people with HIV-1 before antiretroviral therapy in South Africa: a longitudinal study. *Lancet* 2006; 368: 1254–9.

Internasjonal medisin

Forebyggende mentalhygiene ved Mekong

Hva kan norske helsearbeidere bidra med for å bedre kambodsjsanske barns mentale helse? Hvordan kan kunnskap om betydningen av tidlig tilknytning, psykiatrisk sykdom hos mor, utviklingsforstyrrelser, infeksjoner og ernæring komme befolkningen til nytte?

Center for Child Mental Health er en avdeling ved Chey Chumneas Hospital i bydelen Takhmau i Phnom Penh, hovedstaden i Kambodsja. Senteret ble grunnlagt av den sveitsiske legen Marcel Charles Roy i 1991 og er et samarbeidsprosjekt mellom dr. Marcel Charles Roy Foundation, Caritas Cambodia og helsedepartementet i Kambodsja. Caritas er hovedsponsor. Kambodsja har 14 millioner innbyggere, er klassifisert som utviklingsland og hadde i nær fortid et av de grusomste redselsregimer i moderne tid under Pol Pot.

Senteret har i underkant av 20 ansatte: en barne- og ungdomspsykiater, en assistentlege, to psykologer (den ene er for tiden under videreutdanning i India), to fysioterapeuter, sykepleiere, pedagoger (en av dem en frivillig fra Singapore), en apotekansvarlig, en vaktmester/gartner, en sjåfør og kontorteknisk personale. Det gir et poliklinisk tilbud til barn med nevrologiske, utviklingsmessige og psykiatriske lidelser. De hyppigste diagnosene er psykisk utviklingshemning (40–50 %), epilepsi (30 %), psykiatriske lidelser (15 %) og kombinasjoner av disse. I tillegg drives det forebyggende og konsultativ virksomhet, bl.a. et landsbyprosjekt der frivillige fra landsbyene læres opp. De får ansvar for å arrangere og følge opp månedlige møter i landsbyene der ansatte



ved senteret underviser om forskjellige emner innen mental helse hos barn og unge.

Et flerfaglig sammensatt undervisningsteam fra Norge med pediater, barne- og ungdomspsykiater og psykolog holdt høsten 2005 et 14 dagers seminar for de ansatte ved senteret, med støtte fra Rådet for psykisk helse, Universitetet i Bergen og Stavanger universitetssjukehus. En av oss (GAA) har tidligere arbeidet ved senteret noen måneder. Undervisningsprogrammet var utarbeidet sammen med de ansatte. For å få lokale erfaringer slik at vi kunne gjøre undervisningstilbudet mer relevant ville vi delta i den daglige kliniske hverdagen ved senteret mens vi var der.



Ved Mekong. Foto Christophe Boisvieux/Corbis/SCANPIX

På landsbybesøk

Vårt første møte med hverdagen var at vi en tidlig mandag morgen ble lastet inn i Caritas-jeepen sammen med lederen for senteret og en fysioterapeut, en sykepleier og en pappkasse med frøposer. Vi skulle på landsbybesøk. På den tiden var temaet for landsbybesøkene sammenhengen mellom kosthold og psykisk helse hos barn. Vi måtte over en sideelv til Mekong med ferge før vi var fremme ved første landsby. Vi ble møtt ved fergeleiet av den landsbyfrivillige. Mannen hennes tok kassen på mopeden, vi andre gikk veien langs elvebredden frem til stedet for møtet, som var huset til landsbylederen.

En landsby består av 40–200 husstander, med gjennomsnittlig seks medlemmer i hver. Vi ble fortalt at landsbyene vi skulle besøke var ansett for å være relativt velstående. Ved veien lå det tradisjonelle hus på påler, ofte hang det fiskegarn til tørk, noen høner sprang rundt og man kunne høre musikk fra radio eller fjernsyn i boligdelen i annen etasje. En flokk barn svermet rundt det underlige følget som var dominert av tre påfallende store, svette og rosa damer med forunderlig tale. Datteren til den landsbyfrivillige syklet mellom oss med miner og fakter som en prinsesse. Det å ha en liten tohjuls sykkel med Donald-merke på skjermen ga tydeligvis en viss posisjon.

En kvinne bryter inn

Da vi var fremme, ble vi plassert på plaststoler i skyggen mens de andre gjorde klart til møtet. Kvinner, noen få menn og mange barn i alle aldre samlet seg foran huset. Den landsbyfrivillige krysset av på oppmøtelisten og supplerte den, og de ansatte ved senteret forberedte seg på å starte undervisningen. Alles oppmerksomhet ble da rettet mot en kvinne som kom med et svært sykt barn i armene. Hun bar på et par tåteflasker med blakket innhold. Barnet kunne være et knapt år, åpenbart vekst- og utviklingsforsinket. Det hadde hudforandringer som ved grov feilernæring, hurtig og overfladisk pust og kom med klynkende, hvesende lyder. Det ble en disputt mellom moren og de ansatte ved senteret, som tilbød å skaffe skyss til sykehus med barnet umiddelbart. Men moren ville ha pengehjelp. Hun ble sittende i bakgrunnen mens møtet gikk sin gang. Det ble avsluttet med at en representant fra hver av de fremmøtte husstandene fikk hver sin frøpose og instruksjon om hvordan erter, bønner etc. skulle dyrkes. Vi norske helsearbeidere fulgte dårlig med i timen. Vår oppmerksomhet var rettet mot det lille barnet, som brukte sine siste krefter på å overleve. Vi krøllet dollarsedlene vi hadde i lommene og kjente på vår totale avmektighet i situasjonen på tross av dem.

Etter møtet ble kvinnens situasjon beskrevet av den landsbyfrivillige. Hun var blitt forlatt av barnets far under graviditeten. Naboen hadde samlet inn penger



Flokker av barn fulgte oss trossamfunnet. Illustrasjonsfoto Walter Bibikow, GV-Press

til henne fordi hun virket apatisk og ikke hadde gjort noen forberedelser til fødselen. Hun hadde ikke klart å amme barnet sitt, som derfor fikk kunstig ernæring. Under samtalen kom broren hennes til og ba om penger til familien. Han var åpenbart også alvorlig syk, var underernært og hadde hudforandringer.

Etter hvert gikk kvinnen med på en løsning. Hun fikk med seg ti amerikanske dollar, og den frivillige fra landsbyen fulgte henne til sykehuset slik at barnet kunne få akutt hjelp før livskraftene var oppbrukt. Men hva så? Det ble spørsmålet som opptok oss på den vel halvtimes spaserturen i tropesolvarmen til neste landsby. Vi fulgte i fotsporene til senterets indiske leder, dr. Bhoomikumar, og lærte at den mest effektive måten å komme seg frem på var å gå i sikksakk mellom trekroneskyggene i den støvete gangveien. Gangavstanden ble mangedoblet, men varmen ble overkommelig.

En påminnelse om den nære fortid

I neste landsby fikk vi og de andre fremmøtte også plaststoler å sitte på. Den landsbyfrivillige var en ung mann. Det var møtt frem påfallende mange unge menn. Den landsbyfrivillige ordnet med fremmøtelistene, og senterets ansatte gjennomførte undervisningsopplegget. Etter hvert kom landsbylederen hjem. Det var en gråhåret mann, ganske velkledd, med silkeskjorte og mobiltelefon. Han tok etter hvert over møtet, ga gode råd om grønnsakdyrking og foretok utdeling av frøposer til de fremmøtte. Så ble vi tre ble kalt frem, og til klapping og latter overrakte vi også frøposer til tilhørerne etter hvert som de ble ropt opp.

I oppløftet stemning ga vi oss i kast med veien tilbake til fergeleiet. Følelsen fra tidligere på dagen av å være avmektige tilskuere til fattigdommens drama med lommene fulle av dollar var nesten glemt. Mens vi gikk i sikksakk fra skygge til skygge sa dr. Bhoomikumar i en bisetning at landsbylederen kunne ha bakgrunn fra Røde Khmer. Hans frimodighet var nemlig ikke

vanlig hos folk i den alderen. Bhoomikumar mente at mange fortsatt var preget av å ha overlevd Pol Pot-tiden med angiveri og tortur ved å tie. På tross av varmen kjentes svetten kald. Det har foreløpig ikke vært noe rettsoppgjør etter Pol Pot-regimet. På grunn av internasjonalt påtrykk planlegges det et justistribunal, og man har fått løfter om finansiering.

Kvelden kommer brått i Kambodsja, og veien tilbake gikk gjennom Phnom Penh – med gyllen kveldshimmel over de brede, vakre bulevardene fra kolonitiden. Hadde dagen gjort oss bedre i stand til å være relevante overførere av kunnskap fra barnehelsearbeid i Norge til Kambodsja? Eller hadde den vist oss med all tydelighet at vi står utenfor, er tilskuere, og bare glimtvis forstår hva dette dreier seg om? Begge deler er antakelig riktig. Samtidig hadde dagen vært et lærestykke i kunsten å holde oppmerksomheten på det som var vårt oppdrag, på tross av alt vi ikke forsto eller hadde tilgang til. Historien om det døende barnet illustrerte betydningen av de temaene vi sammen med personalet ved senteret hadde satt på programmet: tidlig tilknytning, psykiatrisk sykdom hos mor, utviklingsforstyrrelser, infeksjoner og ernæring. På programmet sto også posttraumatisk stresslidelse. Den tvilen vi hadde på forhånd om relevansen av denne diagnosen, var ytterligere forsterket.

Marit Hafting

marit.hafting@rbup.uib.no

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Voss sjukehus

og

Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Helse Vest

Gunn Aadland

Barneavdelingen

Stavanger universitetssjukehus

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Manuskriptet ble mottatt 10.5. 2006 og godkjent 5.10. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.