

Et dilemma som ble tiet i hjel

■ HIVpositive kvinner i lavinntektsland står overfor et vanskelig valg: Hvis de ammer sine barn, er det 10–20% risiko for vertikal overføring av hivviruset, mens det å gi morsmelkerstatning er forbundet med høy dødelighet. Det er et forferdelig dilemma (1). Mange steder er det dessuten stigmatiserende å avstå fra amming, og det tas som et klart tegn på at man er hivsmittet. Samtidig kan hivpositive kvinner som velger å amme, bli anklaget for «å drepe sitt barn» (2).

WHO håndterte lenge dette dilemmaet som om det ikke eksisterte for dem det gjaldt. Basert på vurderinger på populasjonsnivå, som tilsa at morsmelkerstatning i lavinntektsland ville være mer skadelig for folkehelsen enn smitterisikoen ved å amme, besluttet man å to lage forskjellige anbefalinger – én for vestlige kvinner og én for kvinner i den fattige del av verden. Kvinner i i-land ble informert om risiko for hivoverføring via morsmelk og anbefalt å avstå fra amming, mens kvinner i andre deler av verden ble anbefalt å amme (3, 4) – til tross for at det knapt forelå empirisk forskning på mulige alternativer. Det ble heller ikke vurdert om kvinnene selv skulle involveres i disse beslutningene. Men man blir ikke kvitt et dilemma ved å tie om det.

I slutten av 1990-årene ble denne politikken endret. Omsider tok man konsekvensen av at spedbarnsdødelighet og hivsmitte i den tredje verden ikke bare var et problem på populasjonsnivå, men noe som

berørte den enkeltes liv. UNAIDS understreket fremdeles at i et folkehelseperspektiv var amming best i de områder der det var forbundet med risiko å gi morsmelkerstatning. Men man la nå vekt på at kvinner i utviklingsland selv skulle ta stilling til risikoer og fordeler forbundet med mating av spedbarn. Alle gravide skulle få tilbud om rådgivning og testing, og de positive skulle få informasjon om at hiv kunne overføres ved amming. Deretter skulle de selv velge hvordan de ville mate sitt barn og få støtte for sitt valg (5). Vi kan bare spekulere i hva hivpositive kvinner i lavinntektsland må ha følt da de gjennom de nye kampanjene ble klar over at de uvitende hadde gitt smitteførende melk til sine barn.

Hvorfor skjedde dette? Hvorfor snakket man om spedbarnsdødelighet i Afrika og om personlig katastrofe for Vestens kvinner? Og hvorfor ble ikke kvinner i lavinntektsland inkludert i beslutningen om de skulle amme eller ikke? Var det fordi man mente de ikke var kompetente til å velge på vegne av sitt eget barn? Eller var det simpelthen fordi man ikke så på dem som mennesker med individuelle liv, men som gruppe, populasjon? Slik forskjellsbehandling av mennesker fra sør og mennesker fra nord er et gufs fra en nær fortid vi ønsker å glemme. Heldigvis er det nå kommet studier som inngir håp om at man ved behandling kan minimalisere overføring av viruset ved amming slik at dilemmaet for kvinnene blir mindre dramatisk (6). Denne

historien er imidlertid stor sett fraværende i litteraturen omkring temaet i dag. Det bør den ikke være. Det minste vi skylder disse kvinnene er å huske på den – til skrekk og advarsel.

Anne Kveim Lie

a.h.k.lie@medisin.uio.no

Avdeling for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

og

Tidsskrift for Den norske legeforening

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Tylleskar T. Mors vanskelige valg. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 73–4.
2. Bond V, Chase E, Aggleton P. Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission in Zambia. Evaluation and Program Planning 2002; 25: 347–56.
3. World Health Organization. Statement from the Consultation on Breast-feeding/Breast Milk and Human Immunodeficiency Virus (HIV). Genève: WHO, 1987.
4. Global Programme on AIDS. Consensus statement from the WHO/UNICEF consultation on HIV transmission and breast-feeding. Weekly Epidemiol Rec 1992; 67: 177–9.
5. World Health Organization. HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers. WHO/FRH/NUT/CHD/98.1. Genève: WHO, 1998.
6. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention 19–22 July 2009. www.ias2009.org/ (15.2.2010).

Manuskriptet ble mottatt 15.2.2010 og godkjent 16.2.2010. Medisinsk redaktør Erlend Hem.

Rapport fra Addison-pasientens verden

■ Jeg er en kvinne på 59 år som har hatt diabetes 1 siden 1964 og Addisons sykdom siden 1978. 31. oktober 2009 fikk jeg feber og en intens følelse av utilpasshet. Jeg fikk ikke svar på legevakten og slo derfor 113. De reagerte raskt, og jeg ble sendt til sykehus med ambulanse. Alle rundt meg ble straks ikledd smittevernustyr, og så kom jeg i isolat – helt grei oppfølging! En sykepleier informerte om at det skulle startes behandling med Tamiflu. Ansvarlige lege hadde først tenkt å seponere mine kortisonpiller, men jeg ga beskjed om at det var det rene vanvidd! Det ble til at kortisondosen skulle doubles – kortison og insulin skulle jeg selv ta ansvar for.

Jeg utviklet raskt atrieflimmer og atrieflutter, men 100 mg Selo-Zoc hadde god effekt. De neste to dagene sov jeg stort sett. Jeg fikk tilført saltvann gjennom drypp. Fire dager etter innleggelsen kom en ung turnuslege og sa at jeg skulle sendes hjem. Jeg minnet om at jeg hadde Addisons sykdom. Ingen fare, var svaret. Hjem kom

jeg, med nye hjertemedisiner og beskjed om isolat og Tamiflu-behandling.

Dagen etter kunne jeg knapt stå på beina og falt snart i en dyp døs. Utskrivende lege var enig i umiddelbar ny innleggelse og sørget for at ambulansen raskt kom. Alt gikk veldig fort! «Stor forvirring» er dekkende for hvordan det var der i det lille avlukket på mottakelsen. Situasjonen utviklet seg til å bli svært kritisk. Jeg ble stadig kaldere, og blodprøver var det umulig å ta. Dette ble løst ved at det ble lagt inn sentralt venekateter. Jeg fikk sterke kramper og hyperventilerte. Senere ble jeg overført til overvåkingen, og der gikk jeg gjennom to harde krampeanfallet til. Nå ble styringen av kortison og insulin overtatt av sykehuset. I tillegg fikk jeg kortison i høye doser intravenøst de neste to døgnene, pluss antibiotika med tanke på en eventuell kald sepsis.

Etter to døgn kom overlegen på overvåkingen og sa at jeg skulle settes tilbake på min vanlige kortisondose. Jeg svarte at det kunne være farlig, medisineringsen må

trappes ned. Legen var uenig, men han måtte innrømme at han ikke visste. Etter hvert kom jeg til endokrinologisk avdeling og fikk bli der noen døgn før ny hjemsendelse.

Jeg sitter i hovedstyret for Morbus Addison-foreningen og er i tillegg redaktør for bladet vårt, *Barken*. Det jeg opplevde, er ikke så uvanlig. Man blir lagt inn på sykehus på grunn av en annen diagnose enn den man kan dø av i løpet av kort tid. At ambulansepersonell ikke vet hva de skal gjøre med en pasient med Addisons sykdom, er ille nok, men at leger ikke er mer oppmerksom på farene når en med vår diagnose blir innlagt, *det* kan jeg ikke forstå!

Torveig Hagestad Aas

torveig.aas@hotmail.com

Velstadåsen 25, 1405 Langhus

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Manuskriptet ble mottatt 18.11.2009 og godkjent 7.1.2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.