
Med Røde Kors mot AIDS

KOMMENTAR OG DEBATT

ARVID HEIBERG

Email: arvid.heiberg@rikshospitalet.no

Avdeling for medisinsk genetikk

Rikshospitalet

0027 Oslo]



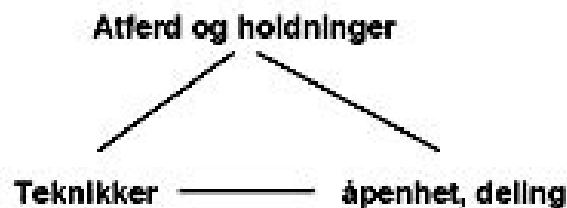
I sommer ledsaget jeg min ektefelle Astrid Nøklebye Heiberg, president i Det Internasjonale Forbund av Røde Kors og Røde Halvmåne, på en reise til Afrika.

Hensikten med reisen var å delta på et regionalt helseministermøte og på et regionalt Røde Kors-/Røde Halvmåne-møte, begge i Ouagadougou i Burkina Faso. Møtene omfattet alle Afrikas 53 land. Mellom møtene ble det tid til å se seg om i Burkina Faso, Abidjan i Elfenbenskysten, Mosambik, Zimbabwe, Uganda, Addis Abeba i Etiopia, Nairobi i Kenya og Kamerun i løpet av vel tre uker for mitt vedkommende.

Se seg om er vel et litt for flott uttrykk. Vi så og opplevde noe fra tidlig morgen til sen kveld uten pauser, effekten av tidlige og sene fly gjorde sommerferien i alle fall til en annerledes ferie, men vi så ingen elefanter, løver eller sjiraffer – det var ingen av den type opplevelser man forbinder med det sørlige Afrika. Til gjengjeld omfattet hvert landbesøk minst en dagstur hvor man så på lokalt hjelpearbeid og møtte befolkningen på hjemmebane, ofte mennesker som var særlig utsatt eller rammet av en eller annen katastrofe, f.eks. flom eller AIDS.

Fremst for tilrettelegger, team og fagfolk

<p>Avtør «De kan gjøre det» Sett pris på de feil du gjør Vær hyggelig Gi stafeltippen fra deg</p>	<p>Spør dem Sitt ned og lytt Forhast deg ikke Slapp av «Bruk din egen beste vurdering hele tiden»</p>	<p>Løtt på trykket Respekter og lær Ha det morsomt Legg til rette</p>
--	--	---



Folk (brukerne)
prioriterer ved at de:
 Observerer
 Lager kart og modeller
 Lister opp
 Intervjuer
 Kvantifiserer (skårer, teller)
 Lager diagrammer
 Lager anslag
 Rangerer og sammenlikner
 Evaluerer
 Presenterer
 Analyserer
 Planlegger
 Handler
 Følger prosessene

Folk (brukerne)
*deler sjenerøst seg imellom
 og med tilretteleggerne*
team og fagfolk:
 Sine kunnskaper
 Sine tolkninger

**Organisasjon, fagfolk, team
 og tilrettelegger deler**
sjenerøst med folk og hverandre:
 Sin viten, teknikker, ideer
 Sin tid (tar del i folks gjøremål)
 «Sekundære data» (statistikk m.m.)

Ledsager og president sammen med ledere i Ungdommens Røde Kors i Kamerun. Foto privat

AIDS

På helseministermøtet og andre møter med høytstående politikere ble vi slått av den nye viljen til å snakke åpent og med store bokstaver om AIDS som et folkehelseproblem som skyldes uheldige seksualvaner. For seks år siden var vi med på en lokal AIDS-time gitt av det lokale Røde Kors i Mosambik. Den foregikk i separate manns- og kvinnegrupper, med en del fnising og mye forsiktighet. Nå holdt en lokal ungdommens Røde Kors-gruppe en særdeles eksplisitt forestilling, som endte med utdeling av kondomer til alle, små barn og gamle inkludert – mer kondomer enn vi hadde sett i hele vårt liv. Det å gi AIDS et ansikt var fortsatt ikke lett. Åpenbart var det mange kjendiser, inkludert politikere, som hadde AIDS eller i det minste var HIV-positive, og familier til flere lands presidenter hadde gått ut til mediene etter at slektninger var døde av AIDS, men å stå frem og snakke om at

man var syk, var for tidlig for de fleste. De fleste av de høytstående politikere vi møtte, alt fra presidenter, stats- og utenriksministre, men særlig sosial- og helseministre, var sinte på Sør-Afrikas president Mbeki for hans løskobling av HIV fra seksuell atferd, og talte om kondomer på en måte som var langt åpnere enn det som er vanlig i Norge.

Hvor stort er problemet?

AIDS er et globalt problem, men i øyeblikket først og fremst et Afrika-problem. Av verdens HIV-positive bor 25 av 35 millioner sør for Sahara. I Zimbabwe dør hvert år flere lærere av AIDS enn de klarer å utdanne. Det er ikke bare de fattige og arbeidsløse som blir syke og dør, ofte rammer sykdommen landets elite, de med utdanning, lederne, selvfølgelig innen Røde Kors-bevegelsen også. Det er en epidemi som rammer alle befolkningslag og utgjør et samfunnsproblem på størrelse med malaria, gastroenteritt og feilernæring. De pasientene vi møter og hører om her hjemme er oftest menn, men i Afrika sprer smitten seg raskere til kvinner og barn.

Ikke bare er det komplett manglende økonomisk mulighet til å gi antivirale midler til behandling av standardpasienten, men stigma når det gjelder smitte er sterkere enn i Norge. Av de fire millioner som ble HIV-smittet i fjor i det sørlige Afrika, var mer enn halvparten kvinner og vel 600 000 barn.

Realistisk behandling med nåværende kjente prinsipper er utenfor rekkevidde for dem som trenger det mest! I Botswana er 35 % av befolkningen HIV-positive, og folketallet vil falle med 20 % til år 2020.

Hva kan gjøres?

Avholdenhet, trofasthet og kondomer var stikkordene. Omtrent like problematiske, alle tre! Det ligger forventninger om at særlig menn fritt kan ha flere forbindelser ved siden av ektefellen, dels prostituerte, dels andre. Dette gjelder i de fleste land og stammer, hva enten de er kristne, muslimer eller animister. I tillegg kommer særlige kulturelle forpliktelser, som å ha seksuelt samkvem med avdøde brødres kvinner for å rense dem fra skylden for mannens død, eller troen på at samleie med unge jomfruer skal helbrede for seksuell sykdom inkludert AIDS. Avholdenhet er neppe greit verken her eller der, særlig må det være vanskelig å preke avholdenhet der seksuelt samkvem starter tidligere og er mindre koblet til trofasthet og forventningen om den (eller de) ene enn på våre breddegrader. Afrika er ikke overbefolket overalt, det er plass til flere og lykken er som kjent å ha en stor familie. Kondomer fremmer ikke antall barn, verken utenfor eller innenfor familien, og er ikke greit å bruke i faste forhold. Følgene er iallfall at mannen smitter sin kone, som smitter sine barn ved fødsel.

Det siste er muligens relativt lett å forebygge med noen dagers behandling med antivirale midler, ifølge Elisabeth Hoff, som jobber med denne problematikken ved WHO's regionalkontor i Harare. Problemet med overføring av virus med brystmelken er imidlertid at melkepulver er dyrt, tendensen til gastroenteritt økt og manglende amming stigmatiserer, særlig dersom årsaken er at man er HIV-positiv.

I noen land har man imidlertid klart å få epidemien til å avta i utbredeshastighet. I Uganda og Senegal har man takket være åpenhjertig tale og stor grad av påvirkning, fått insidensen av HIV-infeksjon ned. De fleste andre land har en lang vei å gå og trenger iallfall økonomisk hjelp utenfra for å komme videre.

Hva kan Røde Kors gjøre?

Ungdom må antakelig påvirke ungdom. Det har liten effekt å høre foredrag om HIV og avholdenhet – det må emosjonelt begrunnes dersom man skal forandre atferd. I Zimbabwe møtte vi på en samling en ung mann som fortalte hvordan tuberkulosen hadde rast i kroppen hans. Det var skremmende, men grunnen var at han hadde AIDS, og han formante de andre ”to stop fooling around”. Denne typen emosjonelle budskap virker nok bedre enn tørre tall.

Det sterkeste vi så var en kvinne på vel 60 år som hadde mistet fem sønner og to døtre av AIDS. Den eneste hun hadde igjen, var en syk svigerdatter som satt i det ene hjørnet. Bestemoren hadde da forsørgeransvaret for 14 barnebarn under 18 år, hvorav fire var HIV-positive. Siden tuberkulose og andre opportunistiske infeksjoner sprer seg raskt i slike fattige, overbefolkede miljøer, er det jo ikke alltid AIDS som fremstår som den øyeblikkelige fienden. Litt hjelp med mat og klær kjennes iallfall for lite fra giversiden.

I nabohuset var det omtrent like ille, familieoverhodet var en 21 år gammel gutt som hadde seks søsken. Moren var nylig død av AIDS, og han hadde pleiet henne. Ikke hadde de mat eller penger, men den store bekymringen var at to andre familier med til dels unge menn delte det lille familiesoverrommet med hans to yngste søstre på 11 og ni år. Han var svært redd for at de skulle bli misbrukt og smittet. Røde Kors drev flere steder en slags hjemmesykepleietjeneste, der frivillige kvinner, oftest enker etter AIDS-døde menn, stilte opp på terminalpleien, men med lite hjelpemidler. Siden de selv antakelig ville følge etter, var dette en måte å møte sin egen fremtid på som avtvang stor respekt.

Noen lokalforeninger drev barnehjem for foreldreløse. Siden dette skjer i strøk av verden der det er en familieoppgave for storfamilien å ta seg av barna, burde det ikke vært et problem, men når ingen er igjen i familien pga. AIDS, må jo andre komme inn.

Hva gjør Røde Kors for opplysning?

Vi så forskjellige ungdomsgrupper i aksjon, blant annet på en regional ungdomsleir i Kamerun. De kom med sterke budskap der de tok opp forskjellige holdninger og prøvde å gi svar ut fra sine kulturelle forutsetninger. To millioner frivillige fra Røde Kors i Afrika kan og er i ferd med å mobiliseres til forebyggende helsearbeid og opplysning. Det må langsiktig samfunnsmobilisering i stor skala til dersom epidemien skal stanses eller hemmes, og det må skje der hvor folk er, ikke på legekontorer eller i ministerier, for den saks skyld. Frivillige kan utløse den form for ansvar for egen atferd som kan stanse spredningen i nåværende tempo. Det er antakelig god forebygging for egen del at vi i Norge bidrar økonomisk for å hindre at våre barnebarn skal komme i samme situasjon.

Om å være ledsager

Det var stort sett veldig greit å være ledsager. Det ble sikkert tatt mer hensyn til meg enn dersom vi hadde representert den omvendte mann-kvinne-konstellasjonen. Det var forresten en rekke flotte kvinner som var generalsekretærer i nasjonalforeningene og delegasjonsledere. I møtet med nød og katastrofer kjennes kjønnsroller perifert, men iblant ble det arrangert et eget "dameprogram" for meg, så jeg har sett vår stammor Lucy i museet i Addis Abeba – 107 cm høy og relativt spartansk utstilt – samt Nilens kilde i Uganda. Jeg så ikke mange funksjonshemmede, noen tiggere, men lite sykdom, selv om angivelig 85 % av alle sykehussenger er belagt med pasienter med HIV-relatert sykdom. Vi forble friske, til tross for daglige måltider inntatt under primitive forhold der lærebokens hygieneregler langt fra kunne vært mulig å oppfylle – koldtbord i solsteken i strøk der vannmanglen var stor, gikk bra!

Hva er Røde Kors?

Røde Kors, som i noen muslimske land opptrer som Røde Halvmåneforeninger, består for tiden av 176 selvstendige nasjonalforeninger sammensluttet i ett forbund. Forbundet har sekretariat i Genève og dessuten lokale regionale kontorer, som typisk omfatter 10 - 20 land. Det er også lokale delegater/kontorer der det er større programmer, med en blanding av utsendte eksperter/administratorer. Disse samarbeider med den nasjonale forening eller distrikter om prosjekter man er blitt enige om. I prinsippet bygger alt på lokalt ansvar og infrastruktur.

Totalt finnes det over 100 millioner frivillige i denne største av verdens frivillige humanitære organisasjoner. Styrken av så vel den nasjonale som den distriktsvise organisasjon varierer selvfølgelig fra land til land og fra distrikt til distrikt, men noe som alltid imponerer, er de menn eller særlig de kvinner som man kommer i kontakt med.

Forbundet er en øyeblikkelig hjelp-styrke som rykker ut ved større katastrofer og som i samarbeid med myndigheter og landets Røde Kors-foreninger evaluerer hjelpebehovet. Deretter går det ut en appell til naboland eller verden for øvrig om hva slags hjelp og hvor meget som trengs - dette koordineres da via Genève eller regional delegasjon. Langsiktigere hjelp er en sak der nasjonalforeningene ber om hjelp fra forbundet eller tosidig, f.eks. direkte til Norges Røde Kors. De nordiske nasjonalforeningene er store givere internasjonalt, både relativt og absolutt, og koordinerer seg slik at deres arbeid ikke overlapper, men f.eks. arbeider både Norges og Dansk Røde Kors i forskjellige distrikter i Mosambik.

Den Internasjonale Røde Kors Komite består bare av sveitsere og har internasjonalt mandat til å intervensjonere i krigssituasjoner. De har lov til å påse at den delen av folkeretten som heter Genèvekonvensjonene ikke brytes overfor krigsfanger og hvilke våpen som kan brukes, og de har også rett til å besøke politiske fanger osv.

I mars og april 2000 kom det store nedbørmengder inn over det sørlige Afrika – de midtre og sørlige deler av Mosambik, Zimbabwe, Malawi og Zambia. Dette førte til langvarig flom og ødeleggelser både av vind og vann. Etterpå kom det koleraepidemier, og det var store vansker med transport av hjelp fordi jernbaner og veier fortsatt var brutt enkelte steder da vi var der 4 – 5 måneder etter. Ved elven Limpopo i Mosambik som stod seks meter over vanlig flommål, var svære områder oversvømmet. Telefontrådene i høytliggende strøk var fulle av gresstrå, broer var revet bort, hus var borte eller ubebolige fortsatt. Der vi var, arbeidet tysk Røde Kors med å skaffe rent vann, bygge latriner og reparere den lokale sykestue/fødeavdeling. De hadde også gitt båter og motorer som kunne brukes til å frakte gods og biler over elven. Dette var en inntektsbringende virksomhet for det lokale Røde Kors-lag, som ble ledet av en imponerende kvinne. Hun var blitt enke i flommen, men stod på for å sikre lokalbefolkningen et minimum av livsvilkår. I en flyktningleir hvor folk ikke kunne flytte tilbake fordi det fortsatt var for høy vannstand (det hadde årvisst vært flom), møtte vi en lokal jordmor som med hjelp av to ufaglærte medhjelpere hadde ansvaret for 650 fødsler årlig, alt helsestasjonsarbeid med

vaksinasjoner og sikkert mye mer. Hun hadde neppe tariffregulert arbeidstid og fritidsproblemer. Det å gi store befolkningsgrupper nytt livsgrunnlag på nye steder er jo en utfordring i seg selv – noen steder var det hjelpearbeid med oppbygging av nye boliger på nye steder, til dels bedre enn dem som var blitt ødelagt, Avstanden til hovedstaden, der mennene muligens kunne få arbeid, var stor. Det manglet skoler, vann ble skaffet ved å bygge pumper og latriner ble konstruert. Latrinene så i alle fall pene ut da vi inspiserte, men vann til å vaske hendene manglet, til tross for en rekke påpekninger om hvor viktig det var for å forebygge epidemier.

Publisert: 30. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.