

## Hivinfeksjon vanligere blant svarte homofile

■ I USA har svarte homofile og bifile menn oftere hivinfeksjon enn hvite homofile og bifile menn. Dette fremgår av flere studier som nylig er omtalt i tidsskriftet *JAMA* (1).

Det er anslått at om lag en million amerikanere er hivsmittet. Av disse er 45 % menn som har sex med menn, 27 % er smittet ved heteroseksuell kontakt, og 22 % er smittet ved intravenøs rusmiddelbruk. Andelen hivinfiserte blant menn som har sex med menn, er høyere for svarte enn for hvite og dem med latinamerikansk bakgrunn. Denne forskjellen kan ikke forklares med ulikheter i forekomsten av ubeskyttet sex, antall seksualpartnere eller intravenøs rusmiddelbruk – tvert imot er forekomsten av disse risikofaktorene lavere blant svarte.

Derimot tyder studier på at svarte menn som har sex med menn, oftere ikke betrakter seg som homofile eller bifile og er mindre tilbøyelig til å være åpen om sin seksualatferd enn hvite og personer med latinamerikansk bakgrunn. Høy forekomst av ubeskyttet anal samleie blant svarte i 1980-årene og det at svarte menn velger andre svarte menn som seksualpartner, kan være forklaringen på den høye forekomsten av hivinfeksjon. Dessuten får færre afroamerikanere antiretroviral behandling mot hiv og flere har annen seksuell overførbart sykdom, bl.a. gonoré og syfilis, noe som øker risikoen for å bli hivsmittet.

### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Voelker R. Studies illuminates HIV's inequalities. *JAMA* 2008; 299: 269–70.

# Kvinnehelse i Gambia

Våre erfaringer fra Gambia viser at det gjennom et langvarig og gjensidig forpliktende samarbeid er mulig å oppnå mye, selv uten bistandsmidler. Gambisk helsepersonell som har hatt studieopphold i Norge, har gjennomført prosjekter som har fått positive følger i hjemlandet. Etter hjemkomst har mange av dem inntatt ledende posisjoner i helsetjenesten.

Inspirert av Benedicte Ingstad, som var involvert i et prosjekt om kvinnehelse finansiert av Verdensbanken, dro jeg i 1993 til Gambia i Vest-Afrika. Landet var allerede da et yndet mål for norske turister. Men turistene fikk ikke se så mye av livet bak kulissene. Verken fattigdommen eller det dårlige helsestellet. Verken landsbyene, livligheten og storfamilienes glede og stolthet. Prosjektet «Kvinner i utvikling» dreide seg om prevensjonsveiledning, ettersom fertiliteten var høy (hver kvinne fødte i snitt 6–7 barn), og kamp mot omskjæring og for mer amming, lesekyndighet, skolegang og bedre helse for gravide kvinner. Min første oppgave i Gambia var å bli med på en evalueringstur i landsbyer som hadde fått sin første «ambulans»: hester og spesialbygde vogner for å transportere syke fødende ut av landsbyer som ikke hadde bil, telefon eller veiforbindelse.

## Norske studenter i Gambia

Vår første studie dreide seg, paradoksal nok, om infertilitet. Vil du ha ned befolkningsveksten ved å få kvinner til å få færre barn, må de sikres å få noen, enten ved bedre overlevelse for de barna som fødes

eller ved å unngå infertilitet. I studien vår mobiliserte vi lokale krefter. Vi fant at infertilitetsnivået var omtrent som i Norge: 3–4 % primær infertilitet og enda høyere forekomst av sekundær infertilitet. Men helsetjenestetilbudet var dårlig og de sosiale konsekvensene store. Jeg fikk et langvarig vitenskapelig vennskap med Gambia (1, 2).

Etter hvert begynte vi å sende norske medisinstudenter i allmenntilleggs termin til et helsesenter på landsbygda i Gambia. De dro to og to av gangen til Mansakonko Health Center, som lå i en landsby ved Gambiafloden. Opplevelsene var mange og rike. Utplasseringene var populære. Noen av studentene ble leger på 1-2-3, for de var de eneste som hadde noe legekundighet der og da.

## Gambiske studenter i Norge

Senere begynte vi i Norge å ta imot studenter fra Gambia som senere har gjort karriere i hjemlandet. Isatou Semega-Janneh ble berømt for sine studier av ammepraktis og sin tydelige tale om fullamming. Mor-barn-vennlige sykehus er ikke noe for oss i Gambia, sa hun, for her føder kvinnene hjemme. Vi må heller ha babyvennlige lokalsamfunn, mente hun. Semega-Janneh er senere blitt ernæringsjef i Gambia og leder et av de beste forskningsinstituttene i landet. Mamady Cham tok en mastergrad på mørdedødelighet på landsbygda i Gambia (3, 4). Han påviste at dødeligheten var stor, også på sykehusene, og at anemi og blødning i graviditeten var de viktigste dødsårsakene. Malaria og dårlig kosthold, ja vel, men når kriser oppsto, var det verken blod i blodbanken eller strøm på operasjonsstuen. Cham har gått videre med studier av maternell sykkelighet og dødelighet og fant en sterk sammenheng mellom mødresykkelighet og dødfødsel (under publisering), og at mangel på tilgang på keisersnitt var en vesentlig årsak til at fosteret døde.

Da vi i november 2007 besøkte sykehuset Bansang 300 km fra kysten, kunne vi



konstantere at det var blod i blodbanken, som et resultat av denne studien, men operasjonsstuen manglet fortsatt strøm, anesthesiapparat, autoklav og en del annet. Jeg fikk en liste av han som styrer den delen av sykehuset. Han er ikke sykepleier, men siden han har vært der i mange år, vet han hva som trengs. Siden han ikke har formell utdanning, blir han.

Gambiske leger finnes ikke på sykehuset, bare noen korttidsengasjerte kubanske leger som nesten bare snakker spansk. Gambiere kan litt engelsk, men de fleste snakker bare lokale språk som mandinka og wolof. Det finnes et medisinsk fakultet i Gambia. Men siden det ikke er noen faste leger på sykehuset som kan veilede turnuskandidater, blir disse værende i byen. Det er kun én utdannet jordmor, og han – i Gambia er sykepleierne og jordmødrene oftest menn – er leder for fødeavdelingen. Her er det over 100 fødsler i måneden og 15–20 mødre-dødsfall i året.

Fire andre gambiske studenter har tatt sin mastergrad ved Universitetet i Oslo. Fandining Manneh studerte helsetjenester for kvinner etter fødsel og fant at de var nærmest ikke-eksisterende. Anna Jallow studerte spørsmålet om hvorfor kvinner velger å føde hjemme, og fant at det skyldes tradisjon, behov for trygghet og ønske om å føde i egne hjem. Men også problemer med å komme seg til sykehus og dårlig erfaring med kvaliteten på helsetjenestene kunne ligge bak. Abdou Jammeh undersøkte om kvinner i Gambia, som har en hivprevalens på 2–3 %, er villig til å hivtteste seg under graviditet. Det er fortsatt tabubelagt, men på vei inn. Han skal fortsette med studier om perinatal mortalitet, som er skyhøy. Baba Jeng studerer forløsningsprosedyrer på sykehus. Han jobber på universitetssykehuset og er opptatt av at opplæring av jordmødre og leger bør følge en viss standard, ikke minst innen hygiene. Norske Laila Løchting ser på hva det koster kvinner å komme seg til fødeavdeling, bl.a. transportkostnader.

## Norge og Gambia

Ismaila Njie er sjef for sykepleieavdelingen i Helsedepartementet og dermed også sjef for denne forskningsaktiviteten. Han har aldri vært i Norge. Han har ikke tid, sier han, til å være så lenge som seks uker på den internasjonale sommerskolen på Universitetet i Oslo, men tar gjerne imot en invitasjon til et kortere opphold. Han er en av initiativtakerne bak en intensjonsavtale mellom Helsedepartementet i Gambia og Universitetet i Oslo.

Njie hadde lagt opp et fantastisk program for oss da vi besøkte landet igjen høsten 2007, med besøk på helseinstitusjoner og samtaler med forskere og politikere. Norsk turisme opphørte for over ti år siden etter et militært statskupp. Nå er landet ganske stabilt og trygt, og igjen tilbyr norske charter-



Staben ved fødeavdelingen har fått nye klær og sko av firmaer i Norge. Foto Johanne Sundby

selskaper turer til Gambia. Det er ganske greit å reise rundt i landet, i alle fall langs kysten. I år skal visstnok over 3 000 nordmenn oppleve kontrasten mellom turistenes liv på stranden og det fattige Afrika rundt hotellene ved hovedstaden. Bare en brøkdel av turistene drar inn i landet, og bare en brøkdel av dem igjen ser hva helsetjenesten består av. Turister som blir syke, kan betale seg inn i den private helsesektoren. 80 % av gambierne kan ikke det.

Vertskapet i Gambia uttrykte stor begeistring for utdanningen gambiere kan få i Norge. De ønsker at flere kunne reise, bl.a. de som arbeider innen helseadministrasjon og helseledelse. Det er etablert en diplomutdanning på Universitetet i Gambia, som for tiden har norsk rektor, Andreas Steigen. Stipendmulighetene er begrenset, men vi har greid å finansiere én student per år.

Studentene som har et studieopphold i Norge, reiser tilbake til Gambia og gjør der en strålende jobb. De genererer kunnskap for endring. Det kunne vært spennende å flytte noe av masterstudiet ned til Gambia. Men landet har få forbindelser med Norge for øvrig. Landet er lite og politisk ikke særlig viktig. En stor intervensjonsstudie for å nå tusenårs målet om reduksjon av mødre-dødeligheten hadde vært spennende å gjennomføre. Vi vet hva som skal til: Alle kvinner bør få malariaprofylakse og jern-tabletter i graviditeten. Alle bør kunne føde på en fødestue der de som tar imot barn, er opplært til å gjøre det og kan henvise de kvinnene som trenger medisinsk hjelp. For tiden er det mest hjelpepleiere, ikke jordmødre, som tar imot barn på fødestuene i Gambia. Det bør være flere ambulanser. Hester duger ikke, det bør minst være motorsykler med sidevogn eller biler. Telefonforbindelsene må bli bedre. Mobiltelefonnettet er bra, men det er ofte ikke strøm til lading av telefonene i landsbyene. På de

3–4 sykehusene på landsbygda må det være noen leger som kan gjøre keisersnitt, anestesipersonale som kan gi narkose og spinalbedøvelse, og noe mer utstyr enn det som er der nå.

Gambia viser at det går an å få til ting, selv uten bistandsmidler. Men det krever et langvarig og gjensidig samarbeid. Behovet for videreføring, helst opptrapping, er stort. Vi har kompetanse og vilje til å fortsette, men ikke midler til å holde alle hjulene i gang. Mødre-dødeligheten i Gambia er en av verdens høyeste, og kvinnens status er lav. Nå går jenter på skolen, det gjorde de ikke før. Men de som får en utdanning innen helsefag, drar ofte inn til byene eller til utlandet. De som ikke gjør det, får til noe, og det hjelper på moral og arbeidsevne. Deres arbeid må synliggjøres bedre.

## Johanne Sundby

johanne.sundby@medisin.uio.no  
Seksjon for internasjonal helse  
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1130 Blindern  
0318 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Litteratur

1. Sundby J, Mboge R, Sonko S. Infertility in the Gambia: frequency and health care seeking. *Soc Sci Med* 1998; 46: 891–9.
2. Sundby J. Infertility in the Gambia: traditional and modern health care. *Patient Educ Couns* 1997; 31: 29–37.
3. Cham M, Vangen S, Sundby J. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reprod Health* 2005; 2: 3.
4. Cham M, Vangen S, Sundby J. Maternal deaths in rural Gambia. *Global Public Health* 2007; 4: 359–72.

Manuskriptet ble mottatt 10.12. 2007 og godkjent 22.2. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.