

Mikrofinansiering mot familievold og hiv

Å gi kvinner små lån uten sikkerhet (mikrofinansiering) slik at de kan starte næringsvirksomhet, kombinert med et gruppebasert informasjonsprogram om seksualitet, hiv og kjønnsroller, kan gi redusert forekomst av familievold i avsidesliggende områder i Sør-Afrika. Dette viser en evaluering av et forebyggingsprogram, nylig publisert i *The Lancet* (1).

Vold og familievold er svært utbredt i Sør-Afrika, og det er en sammenheng mellom konemishandling og risiko for hivsmitte. Flere tiltak er derfor satt i verk for å styrke fattige kvinners posisjon, men effekten har ikke vært godt dokumentert (2).

Flere avsidesliggende landsbyer i provinsen Limpopo ble randomisert til intervensjon (mikrofinansiering og gruppeprogram) enten i starten eller ved avslutningen av studieperioden på tre år. Etter to år var forekomsten av rapportert familievold mer enn halvert blant dem som deltok i programmet (justert risikoratio 0,45; 95 % KI 0,23–0,91). Tiltakene hadde ikke effekt på hyppigheten av ubeskyttet sex med andre enn den faste partneren blant unge voksne, heller ikke på andelen barn som gikk på skole eller på forekomsten av hivinfeksjon i landsbybefolkningen.

70 % av alle hivpositive bor i Afrika sør for Sahara, der unge kvinner nå utgjør tre firedeler av alle nysmittede. Tiltak for å bekjempe pandemien må i større grad enn nå være rettet inn mot kvinner, understreker redaksjonen i en lederartikkel i samme nummer (2).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 2006; 368: 1973–83.
2. Microfinance, intimate-partner violence, and HIV. *Lancet* 2006; 368: 1937.

Kunnskapsbaserte helsetjenester i fattige land

Det er et stort gap mellom optimal og faktisk klinisk praksis i fattige land. Å anvende det vi allerede vet vil sannsynligvis ha større effekt på den globale helsen enn nye medikamenter og ny teknologi. Vi må få mest mulig helse ut av de pengene som overføres til utviklingsland.

Et av de mest konsistente funn i helsetjenesteforskningen er gapet mellom optimal klinisk praksis, definert ut fra vitenskapelig kunnskap, og faktisk praksis (1). Dette gjelder i utviklingsland så vel som i industrialiserte land, men gapet mellom ideal og virkelighet er størst i utviklingsland. Viktige faktorer som bidrar til dette er fattigdom, lavt utdanningsnivå, redusert tilgjengelig ressurstilgang fra givere. Dette er bakgrunnen for at 189 land i år 2000 gikk sammen om tusenårserklæringen (2) om å sette fart i arbeidet med å redusere dette gapet. Særlig har man rettet oppmerksomheten mot barnedødeligheten, kvinnens helse og hiv-/aidsepidemien. Det er behov for en bedre forståelse av faktorer som virker inn på helsearbeidernes innsats, ikke minst pga. de betydelige pengeoverføringene fra industrialiserte land til helsetjenesten i utviklingsland. Disse ressursene burde gjøre større nytte for seg helsemessig enn det de faktisk gjør i dag (3).

Ulike hindringer kan forklare suboptimal innsats av helsepersonell, f.eks. lav lønn, svakt utbygd helsevesen, mangel på incen-

tiver og utilstrekkelige kunnskaper. Jeg vil her trekke frem noen eksempler fra mitt arbeid som regionslege i det afrikanske landet Botswana for å belyse noen av disse hindringene og andre forutsetninger for å redusere gapet mellom kunnskap og faktisk handling. Det første eksemplet er innføringen av et nasjonalt handlingsprogram mot trakom, det andre er arbeidet med et tilsvarende program mot tuberkulose.

Trakomprosjektet

I 1979 ble jeg spurt av Frank Winter, oftalmolog og daglig leder for Eye Unit i Botswanas hovedstad Gaborone, om å gjennomføre et pilotprosjekt innen forebygging og behandling av trakom hos barn i Kweneng helsedistrikt. Jeg ledet den gang et distriktshelseteam som var ansvarlig for primærhelsetjenesten i et distrikt med ca. 100 000 innbyggere. Trakom var den tredje hyppigste årsak til forebyggbar blindhet i landet. Dersom pilotprosjektet lyktes, ville han, i samarbeid med helseministeriet, arbeide for å starte et nasjonalt program for kontroll av trakom.



I Botswana har man brukt den økonomiske fremgangen til å styrke primærhelsetjenesten. 90 % av befolkningen har rimelig god tilgang til helsetjenester, og det er et nettverk av klinikker og helseposter. Foto Eelco Boonstra