

Fortsatt høy mødredødelighet

«Sammen kan vi halvere mødredødeligheten innen dette tiåret. Vi kan hjelpe kvinner til å bli hørt og til å gjøre egne valg i sine liv.»

Omskjæring av menn halverer hivrisikoen

To randomiserte studier i henholdsvis Kenya og Uganda bekrefter nå at omskjæring av menn reduserer risikoen for hivinfeksjon. Studiene er nylig publisert i *The Lancet* (1, 2).

I den første studien ble nesten 2 800 hivnegative menn i alderen 18–24 år randomisert til omskjæring eller til å få utført omskjæring senere (1). Hivtest, klinisk undersøkelse og intervju ble foretatt seks ganger i løpet av to år. 22 menn i intervensjonsgruppen og 47 i kontrollgruppen testet positivt for hiv i løpet av studieperioden. Den beskyttende effekten av omskjæring ble beregnet til 60 %. Det var ingen forskjeller i seksualatferd i de to gruppene. I den andre studien, med nesten 5 000 menn i alderen 15–49 år og et tilsvarende studieopplegg, var effekten av omskjæring om lag 55 %, og heller ikke her var det forskjeller i seksualatferd mellom gruppene. Begge studiene ble avsluttet tidligere enn planlagt som følge av interimanalyser.

Dette tyder på at omskjæring av unge menn bør inngå som en viktig del av kampen mot hiv/aids i Afrika. Det er likevel uklart hvordan helsemyndigheter og hjelpeorganisasjoner kan og bør gjennomføre tiltak for å gjøre omskjæring av unge menn mer vanlig, for i flere deler av Afrika er mange skeptiske til et slikt inngrep. Det er også usikkerhet knyttet til mulige endringer i seksualatferd etter omskjæring – unge menn kan føle seg trygge når det gjelder hiv-smitte og dermed ha ubeskyttet sex med flere partnere. Tiltak for å øke bruken av kondom og å få menn til å ha færre seksualpartnere – og antiretroviral behandling – er fortsatt svært viktig i arbeidet mot hiv/aids.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Bailey RC, Moses S, Parker CB et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369: 643–56.
2. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet* 2007; 369: 657–66.



Mødredødeligheten er fortsatt høy i fattige land. Illustrasjonsfoto Mike Kollöf/SCANPIX Danmark

Sitatet er fra 1991 og fra daværende sjef i Verdensbanken, Lewis Preston. Om det bare hadde gått slik! Fortsatt dør hvert år over 520 000 kvinner av svangerskaps- eller fødselsrelaterte årsaker, 99 % av dem i lavinntektsland (1).

Tusenårs målet om å redusere den materielle dødelighetsratioen med 75 % fra 1990 til 2015 har vist seg å være urealistisk (maternele dødelighetsratio er antall dødsfall hos kvinner av svangerskapsrelaterte årsaker per 100 000 levendefødte barn). Tvert imot er det ingen sikre tegn på noen reduksjon i mødredødeligheten globalt sett (1). De siste estimer viser at den materielle dødelighetsratioen i 2000 var ca. 400, mens den i 1990 var 416 og i perioden 1980–87 250 (S. Bergström, foredrag ved International Conference on Global Health and Vaccination Research, Oslo 2006). Mest bekymringsfullt er utviklingen i Afrika sør for Sahara. I enkelte land har utviklingen vært særlig negativ. I Malawi, for eksempel, har mødredødeligheten steget fra 752 døde per 100 000 levendefødte i 1992 til 1 120 per 100 000 i 2000 (1).

Det er mange årsaker til denne triste utviklingen i Afrika: Hiv/aids krever mange liv i forbindelse med svangerskap og fødsel, færre kvinner føder i helseinstitusjoner (i Malawi er andelen redusert fra 55 % til 43 % fra 2000 til 2001) og kvaliteten på helsetjenestene er forringet (1, 2). Verdens

helseorganisasjon anslår at antall fødende som døde av mangelfull eller feil behandling i helseinstitusjoner har økt med 12 % på få år (1). Afrika mangler minst en million helsearbeidere, og globalt sett er det behov for over 300 000 flere jordmødre (S. Bergström, foredrag ved International Conference on Global Health and Vaccination Research, Oslo 2006). Den økende eksporten av utdannede helsearbeidere til vår del av verden gjør fremtidsutsiktene dystre.

Vi vet hvem som betaler mest for dette. Det burde ikke koste en kvinne livet å føre slekten videre.

Berit Rostad

berit.rostad@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7489 Trondheim

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. World Health Organization. World health report 2005. Make every mother and child count. www.who.int/whr/2005/en/index.html (14.2.2007).
2. Rostad B. Tilbakeslag i Zimbabwe. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1228–9.

Manuskriptet ble mottatt 14.2. 2007 og godkjent 5.3. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.