

# Ernærings situasjonen for mor og barn i Sør-Afrika

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Selv 15 år etter apartheid-regimets fall er det betydelige skjevheter i befolkningens tilgang til ressurser, arbeid og sosiale ytelser i Sør-Afrika. Mange lever i stor fattigdom og har dårlige bo-, sanitær- og helseforhold. Dette har konsekvenser for den ernæringsmessige tilstanden. Her oppsummeres status på området.

**Materiale og metode.** Artikkelen er basert på et ikke-systematiske litteratursøk i databasene PubMed og High Wire Press, informasjon fra offentlige utredninger fra sørafrikanske helsemyndigheter, tidsskrifter hjemmehørende i Afrika og egen erfaring fra feltarbeid i landet.

**Resultater.** I nasjonale studier samt i en rekke mindre undersøkelser er det påvist betydelig forekomst av kortvoksthet, underernæring og mangel på mikronæringsstoffer hos sørafrikanske barn. Samtidig er det sult i mer enn halvparten av landets husstander daglig. Overvekt og fedme ses i økende grad hos barn og mødre. Det er en høy prevalens av hiv/aids, og ofte rammes disse pasientene av tuberkulose. Dårlig ernæringsstatus kjennetegner mange med hiv/aids. Dette gir svekket behandlingseffekt.

**Fortolkning.** Høy forekomst av feilernæring og hiv/aids hos mødre og barn gjør at det vil ta generasjoner før det kan bli en bedring av den generelle folkehelsen i Sør-Afrika.

Per Ole Iversen

poiversen@hotmail.com

Avdeling for ernæringsvitenskap  
Institutt for medisinske basalfag  
Universitetet i Oslo

og  
Division of Human Nutrition  
Faculty of Health Sciences  
Stellenbosch University  
Tygerberg  
Sør-Afrika

De fleste sørafrikanere hadde håp om bedring av sine sosiale og helsemessige kår etter innføringen av demokratiet i 1994. Årtier med et totalitært styresett bygd på teorien om raseskille (apartheid) hadde ført til betydelige forskjeller i velstand mellom det hvite mindretallet og den dominerende svarte befolkningen. I Sør-Afrika er det fortsatt store helseproblemer, og mange av dem er knyttet til feilernæring. Den økende forekomsten av hiv/aids samt fremveksten av stadig mer resistent tuberkulose utgjør sammen med ernæringsproblemene en betydelig trussel mot utvikling og fremgang innen utdanning, forskning, økonomi, arbeidsliv og velferd.

Hensikten med denne artikkelen er å gi en kortfattet oppsummering av dagens ernærings situasjon i Sør-Afrika og å se denne i lys av historiske, politiske og demografiske forhold. Det legges vekt på de mest sårbare gruppene i den dominerende svarte/fargede andel av landets befolkning, nemlig barn og mødre.

## Materiale og metode

Denne artikkelen er dels bygd på forfatterens nylig avsluttede ettårs feltarbeid sammen med norske masterstudenter i ernæring i provinsen Western Cape, med base i Cape Town. I tillegg er det gjort ikke-systematiske litteratursøk i databasene PubMed og HighWire Press. Et skjønnsmessig utvalg av randomiserte, kontrollerte studier og observasjonelle studier er vurdert, sammen med kasuistiske meddelelser og kommentarer fra tidsskriftredaktører, helsejournalister og ulike aktører innen helse og ernæring med erfaring fra det afrikanske kontinent generelt og Sør-Afrika spesielt. Informasjon er også fremskaffet via offentlige utredninger fra sørafrikanske helsemyndigheter samt afrikanskbaserte tidsskrifter som ikke er tilgjengelige via overnevnte databaser. Verdifull innsikt er skaffet gjennom samarbeid med sørafrikanske forskerkolleger.

## Historikk og demografi

Man regner offisielt med at den hvite kolonialiseringen av Sør-Afrika startet med nederlanderene Jan Van Riebeecks ankomst til Kapp-halvøya i 1652. Europeerne kom dels for å opprette forsyningsstasjoner langs sjøveien til India, dels pga. religionsforfølgelser og politiske forfølgelser. Den svarte befolkningen hadde da behersket området i flere tusen år etter at de hadde innvandret fra nord. Det var få hvite kvinner blant de første bosetterne, så det vokste frem generasjoner av mennesker av blandet herkomst («fargede»). På 1800-tallet hadde det også kommet et betydelig antall innvandrere fra India. Disse fire etniske gruppene (svarte, hvite, fargede, indere) skulle senere få avgjørende innflytelse på Sør-Afrikas skjebne frem mot vår tid. Britene startet kolonialiseringen av landet på 1800-tallet, periodevis i heftig strid med etterkommerne etter de første nederlandske innbyggerne – boerne. Det er et tilsynelatende paradoks at de sistnevnte senere kunne innføre et så umenneskelig regime som apartheid når de selv i lang tid ble undertrykt av et tidvis brutalt britisk styre.

I 1948 kom nasjonalistpartiet til makten og innførte offisielt sin raseskillepolitikk – apartheid. Frem mot 1990 la makthaverne betydelige innskrenkninger på de fleste områder i de ikke-hvites hverdag. Etter lange og til dels blodige konflikter ble de første frie valg avholdt i 1994, noe resulterte i at African National Congress, dagens største politiske parti, vant makten – og de er fremdeles i regjeringssposisjon.

Det bor nær 48 millioner mennesker i Sør-Afrika – ca. 80% svarte, 10% hvite, 9% fargede og resten av indisk herkomst (1). Landet har 11 offisielle språk og er i dag inndelt i ni provinser, med dels betydelige inn-

## Hovedbudskap

- Forekomsten av under- og overernæring hos små barn i Sør-Afrika er høy
- Overvekt og fedme øker hos mødre
- Disse ernæringsproblemene rammer særlig de fattige, ikke-hvite på landsbygda
- I tillegg til feilernæring utgjør økningen av hiv/aids og tuberkulose den største trusselen mot bedring i helsesituasjonen i landet

byrdes forskjeller i kultur, økonomi, helse og levestandard. Infrastrukturen, målt f.eks. som veistandard, tilgang til Internett eller mobiltelefondekning, er av de beste på det afrikanske kontinent. Likevel – Sør-Afrika klassifiseres som utviklingsland.

Liberaliseringen av de økonomiske vilkårene førte til en økning av arbeidsledigheten til noe over 40 % inn i det nye årtusen, og hos de svarte i de fattigste områdene er ledigheten opp mot 75–80 % (2). For mange er bolig- og sanitærforholdene elendige. En sjettedel av befolkningen bor i skur, i flere provinser er det kun én av tre som har innlagt vann og vanlig klosett (3). Oppsummert har de svarte/fargede den politiske makten, mens det hvite mindretallet sitter på kapitalen – og forskjellen mellom fattig og rik øker.

### Dagens helsesituasjon

Det er vanskelig å danne seg et godt bilde av helsesituasjonen i Sør-Afrika før 1994. Rapporter laget før den tid skjulte sannsynligvis betydelige skjevheter fordi de hovedsakelig bygger på opplysninger om det hvite mindretallet, mens de svarte/fargede var neglisjert – selv om det nettopp er i disse befolkningsgruppene man finner de største helseutfordringene. Generelt er det også i dag vanskelig å få pålitelig informasjon om helseforhold på det afrikanske kontinentet pga. mangelfull statistikk (4).

Forventet levealder i 2006 var ifølge WHO 52,6 år for kvinner og 50 år for menn, de tilsvarende tallene for Norge var henholdsvis 82,7 år og 78,1 år (5). Spedbarnsdødeligheten i Sør-Afrika steg fra 50/1 000 levendefødte barn i år 2000 til 56/1 000 i 2006. I samme periode falt spedbarnsdødeligheten i Norge fra 4/1000 til 3/1000 (5). De store helseulikhetene i Sør-Afrika reflekteres nettopp i spedbarnsdødeligheten, som i 2007 var 62/1 000 hos de 20 % fattigste og 11/1 000 hos de 20 % rikeste (6). Bradshaw og medarbeidere anga i 2003 at de fem hyppigste dødsårsakene hos barn under fem år var hiv/aids (40,3 %), sykdom som følge av lav fødselsvekt (11,2 %), diaré/sykdommer (10,2 %), nedre luftveissykdommer (5,8 %) og mangeltilstander (4,3 %) (7). Ifølge WHOs siste oppsummering har det ikke vært fremgang de siste årene med å få ned dødeligheten hos barn under fem år i Sør-Afrika, landet ligger dermed etter i å nå FNs fjerde tusenårs mål (8).

### Barnas ernæringsstatus

I 1994 undersøkte South African Vitamin A Consultative Group (SAVACG) vitamin A-status hos barn i alderen 6 md.–7 år (9). SAVACG-studien var basert på data fra hjemmebesøk hos et representativt utvalg av husstander i alle provinser i landet. Forut for denne undersøkelsen hadde øyeproblemer og kroniske infeksjonstilstander gitt mistanke om at barna generelt hadde utilstrekkelige lagre av vitamin A. Man fant



En typisk helsestasjon på den sørafrikanske landsbygda. Helsestasjonene er sentrale i det offentliges innsats for å bedre den ernæringsmessige tilstanden i landet. Begge foto Elisabeth Høisæther

da også lav vitamin A-status (serum-retinol < 20 µg/100 ml) hos en tredel, og lave verdier var særlig utbredt blant de aller fattigste på landsbygda. 20 % hadde anemi, hyppigst som følge av jernmangel. Antropometriske målinger viste at nær 23 % var kortvokste (aktuell høyde mer enn to standardavvik under median for referansepopulasjonen) og om lag 13 % var underernærte (aktuell vekt mer enn to standardavvik under median for referansepopulasjonen). Myndighetene innførte et program med tilskudd av vitamin A sammen med en rekke andre næringsstoffer. Ulike ernærings-tilskudd var også satt i omløp tidligere, uten dokumenterbar effekt (10).

En ny landsomfattende undersøkelse ble gjennomført i 1999 gjennom National Food Consumption Survey (NFCS), for barn i alderen 1–9 år (11). I likhet med SAVACG-studien innhentet man også her data via besøk i et representativt utvalg husstander over hele landet og på tvers av sosioøkonomiske skillelinjer. Forekomsten av lave vitamin A-lagre eller underernæring hadde ikke endret seg særlig. Basert på intervju led-saget av et validert spørreskjema påviste man daglig sult i mer enn halvparten av sørafrikanske husstander. 10 % av barna fikk langt

under dagsbehovet av energi, og om lag en tredel fikk for lite mikronæringsstoffer.

Det var også overvekt eller fedme (aktuell kroppsmasseindeks mer enn to standardavvik over median for referansepopulasjonen) hos 20 % av barna. I mindre rapporter er det påvist en tilsynelatende assosiasjon mellom kortvoksthet og overvekt/fedme målt ved kroppsmasseindeks (12, 13), mens andre ikke har kunne vise noen slik sammenheng (14, 15). Data fra de to refererte nasjonale undersøkelsene viser at forekomsten av kortvoksthet ikke har endret seg særlig i tidsrommet 1994–99. Ofte er mødrene overvektige/fete i husstander med kortvokste og overvektige/fete barn. Hos barn som vokser opp i urbane strøk, er ernæringsstilstanden gjennomgående bedre (16). Den yngre generasjonen er på vei bort fra det tradisjonelle afrikanske kostholdet, og kroppssoppfatningen dreies også mot vestliginspirerte kroppsidealer (17). Overgangen til mer energitett mat, høyere inntak av fett på bekostning av fibre og karbohydrater, likner det man har sett i vestlige land de siste årtier og kalles ofte for «nutritional transition». Ytterligere komplisert blir bildet når man stadig oftere påviser en sameksistens av under- og over-



Et utvalg produkter som i dag inngår i ernæringsprogrammene, blant annet brystmelkerstatning og grøtpulver

ernæring i flere utviklingsland som Sør-Afrika. Paradoksalt nok ser man ikke sjelden underernærte barn med overvektige mødre. Det er ingen sikker forklaring på dette, men sannsynligvis er det kompliserte sammenhenger mellom sosiale, kulturelle og genetiske faktorer som ligger til grunn (18). Man kan forvente at tallene for forekomst av både under- og overernæring kan endres noe i fremtiden fordi man tar i bruk nye målestandarder, men dette vil neppe endre nåværende kunnskap om de sørafrikanske barnas ernæringsstatus radikalt (19).

Sørafrikanske myndigheter har sluttet seg til WHO's retningslinjer om seks måneders eksklusiv amming. Men få følger opp dette, og i 2003 anga kun 13,4 % at de fulgte denne anbefalingen (20).

På bakgrunn av NFCS-dataene intensiverer man ernæringsprogrammene ytterligere. Man startet også opp med berikning av de mest anvendte matvarene med en rekke mikronæringsstoffer (21). Helsedepartement satte i 2005 i gang en ny nasjonal studie, som ble ferdiganalysert i 2007. Ett fullstendig datasett fra denne undersøkelsen er ennå ikke gjort offentlig tilgjengelig, men en foreløpig oppsummering konkluderer med at det ikke er særlige endringer, verken i antropometriske mål eller i nivået av mikronæringsstoffer, sammenliknet med NFCS-dataene fra 1999 (22). I mellomtiden er det kommet en rekke mindre rapporter med sprikende konklusjoner om hvorvidt ernæringsstatusen hos barn er bedret (23, 24).

### Økende feilernæring blant mødre

I Sør-Afrika steg den maternelle dødeligheten fra 150/100 000 levendefødte barn i 1998 til 400/100 000 i 2005 (8). Dette er karakterisert som høyt, og betyr at man i landet foreløpig ikke har nådd FN's femte tusenårsmål (8). Underernæring hos mødre er ikke veldig uttalt, men antall tilfeller av feilernæring er høyt. For eksempel fant Puoane og medarbeidere i 1998 at mens 5,6 % var undervektige, ble hele 56,6 % klassifisert som overvektig/fete (25). Til sammenlikning var de tilsvarende data for menn henholdsvis 12,2 % og 29,2 %. Ett lyspunkt er at matvareberikningen på basis av NFCS-dataene synes å ha bedret inntaket av mikronæringsstoffer i den voksne befolkningen (26).

Rusmiddelmissbruk, og da særlig alkoholisme, er utbredt (27). Spesielt urovekkende er det at kvinner i fertil alder misbruker alkohol, og forekomsten av føtalt alkoholsyndrom i Sør-Afrika er blant de høyeste i verden (28). Alkohol er dyrt for husholdninger som lever på et eksistensminimum. Penger som burde gått til mat, brukes til innkjøp av alkohol, og ernæringstilskudd selges for å finansiere alkoholmisbruket.

### Hiv/aids og tuberkulose

Forekomsten av hiv/aids i Sør-Afrika er høy, og antakelig er det stor underrapportering fordi sykdommen er beheftet med

betydelig stigma. Mange vegrer seg for å la seg teste. Helsedepartementet rapporterte at nesten 30 % av de gravide var hivsmittet i 2006, mens andelen i den generelle befolkningen ble anslått til ca. 10 % (29). Dette betyr at omtrent fem millioner er hivsmittet i Sør-Afrika i dag, av disse er det ca. 250 000 barn. Man regner med at omtrent 900 mennesker dør daglig som følge av hiv/aids.

Det er velkjent at feilernæring nedsetter immunforsvaret, mest sannsynlig fordi de humorale og cellulære elementer i immunsystemet ikke utvikles i tilstrekkelig grad. Nedsatt immunitet vil gi feilernæring, bl.a. ved inadekvat nedbrytning og opptak av næringsstoffer, kanskje som følge av lavgradige og kroniske tarmbetennelser. De mest effektive medisinene mot hiv/aids virker mer optimalt dersom ernæringsstatusen er tilfredsstillende. Det er derfor neppe underlig at feilernæring rammer dem med hiv/aids hardt og særlig i et land som Sør-Afrika, der forekomsten av begge tilstander er høy (30).

Fremveksten av tuberkulose, og da særlig blant hivsmittede, øker sykdomsbyrden i landet betraktelig. For eksempel fant Pillay og medarbeidere at omtrent 70 % av gravide med hivsmitte i Durban-området hadde tuberkulose (31). I de senere år er det også observert stadig flere tilfeller av uttalt multiresistent tuberkulose med fatal utgang (32). Samlet omtales kombinasjonen av feilernæring, hiv/aids og tuberkulose for «the triple burden». Begrepet henviser til at disse tilstandene både hver for seg og samlet utgjør en betydelig sykdomsbyrde. Tilstanden rammer særlig ofte fattige og vanskeligstilte – og dem er det mange av i Sør-Afrika (33).

### Menneskerettigheter og politikk

Sør-Afrikas nye grunnlov, som ble innført i kjølvannet av den demokratiske prosess fra årene 1990–94, gir landets innbyggere et mangfold av rettigheter – til blant annet helsehjelp, mat, vann og sosial trygd. For eksempel økte antall personer som søkte om sosiale ytelser fra to millioner til ti millioner i perioden 1994–2005 (34). Samtidig har den radikale omleggingen av lovverket ført til enorme utfordringer for landets politikere og rettsvesen. Ulike organisasjoner har brukt menneskerettighetskatalogen i grunnloven som brekkstang for å få gjennomført en rekke helsepolitiske reformer. Mest kjent er kanskje Treatment Action Campaign, som med suksess stevnet Sør-Afrikas regjering for retten for at hivsmittede mødre skulle få nevirapin i tiden rundt nedkomsten, da dette antivirale midlet fører til en markert nedgang i risikoen for at hiv skal overføres til barnet under fødselen (35).

En betydelig utfordring for helsearbeidet har vært knyttet til politiske prioriteringer innad i regjeringen. Både tidligere president

Mbeki og helseministeren Tshabalala-Msimang har vært sterkt kritisert for sin sendrekthet i å implementere behandlingstiltak myntet på særlig pasienter med hiv/aids. Sistnevnte ble av flere av verdens ledende aidsforskere bedt om å forlate sin ministerpost (36).

### Håp om bedring – eller?

Det grunnleggende problemet i Sør-Afrika er den høye forekomsten av fattigdom og skjevheten i fordelingen av ressursene. Det vil ta generasjoner før folk flest har en rimelig boligstandard med adekvate sanitærforhold og tilgang til nok mat og vann.

Myndighetene har de siste tiårene iverksatt en rekke programmer i regi av de lokale helsestasjonene. Her fordeles mat og vitaminer/mineraler til de vanskeligstilte, tillegg til at det gis informasjon og opplæring. Det er utført en rekke evalueringsstudier av hvorledes de enkelte ernæringsprogrammene virker. Flere interessante observasjoner er blitt gjort. Blant annet fant vi nylig at personalet ved helsestasjonene som er ansvarlig for den praktiske administrasjonen av programmene, stort sett var fornøyd med implementeringen av dem, mens mottakergruppen (mødre med små barn) ofte ikke forsto hva de enkelte ernæringstilskuddene var godt for (37, 38). Dette støttes i andre rapporter, der man peker på at mottakerne ofte ikke har god nok informasjon om hva som er hensikten med ernæringsprogrammene (39). Det er noe overraskende at de ansatte uttrykte så stor grad av tilfredshet – idet mangel på helsepersonell og knappe ressurser stadig blir fremhevet som en hindring i arbeidet med å bedre ernæringstilstanden, særlig i utviklingsland (40).

Selv i områder der deknningen av ernæringsprogrammene er god, er forekomsten av feilernæring urovekkende høy. Mange av komponentene i næringstilskuddene er fremstilt fra mais og soyamel, da disse ofte er billigere enn animalsk protein. Vi vet i dag ikke om det er proteiner fra planteriket eller fra dyreriket som er gunstigst for vekst og utvikling hos feilernærte barn, men noen data kan tyde på at tilskudd med animalske produkter er mest effektivt (41). Det er også spekulert i om den kroniske betennelsen som etter hvert utvikler seg i mage-tarmkanalen hos mennesker som i lengre tid lever under dårlige sanitære forhold, kan påvirke absorpsjonen av viktige næringsstoffer (42).

Norge og nordmenn har i mange år hatt et nært forhold til Sør-Afrika og landets befolkning. Vi støttet dem under frigjøringskampen, og mange norske forskningsinstitusjoner er i dag involvert i prosjekter i landet – særlig innenfor helse og ernæring samt i omsorgen for mor og barn. Over tid vil en forhåpentligvis felles nasjonal og internasjonal innsats bidra til å få bukt med de omfattende helseproblemer landet står overfor.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Litteratur

- South African Government Information. The land and its people. [www.info.gov.za/aboutsa/land-people.htm](http://www.info.gov.za/aboutsa/land-people.htm) (13.3.2009).
- Hoogeveen JG, Özler B. Not separate, not equal: poverty and inequality in post-apartheid South Africa. William Davidson Institute Working Paper Number 739. Ann Arbor, MI: The William Davidson Institute, The University of Michigan business school, 2005. [deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/40125/3/wp739.pdf](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/40125/3/wp739.pdf) (13.3.2009).
- Zere E, McIntyre D. Inequalities in under-five child malnutrition in South Africa. *Int J Equity Health* 2003; 2: 7.
- Okonjo-Iweala N, Osafo-Kwaako P. Improving health statistics in Africa. *Lancet* 2007; 370: 1527–8.
- WHO. WHO Statistical Information System (WHOSIS). Life tables for WHO member states. [www.who.int/whosis/database/life\\_tables/life\\_tables.cfm](http://www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm) (19.3.2009).
- UNDP Human development report 2007/2008 – South Africa HDI rank – 121. [http://hdrstats.undp.org/countries/data\\_sheets/cty\\_ds\\_ZAF.html](http://hdrstats.undp.org/countries/data_sheets/cty_ds_ZAF.html) (14.3.2009).
- Bradshaw D, Bourne D, Nannan N. What are the leading causes of death among South African children? MRC Policy brief no. 3. Tygerberg: Medical Research Council, 2003. [www.mrc.ac.za/policybriefs/childmortality.pdf](http://www.mrc.ac.za/policybriefs/childmortality.pdf) (13.3.2009).
- Countdown Coverage Writing Group. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. *Lancet* 2008; 371: 1247–58.
- Labadarios D, Van Middelkoop A, red. The South African Vitamin A Consultative Group (SAVACG). Children aged 6 to 71 months in South Africa, 1994: their anthropometric, vitamin A, iron and immunisation coverage status. Isando: SAVACG, 1995.
- Faber M, Benadé AJ. Nutritional status and dietary practices of 4–24-month-old children from a rural South African community. *Public Health Nutr* 1999; 2: 179–85.
- Labadarios D, Steyn NP, Maunder M et al. The National Food Consumption Survey (NFCS): South Africa, 1999. *Public Health Nutr* 2005; 8: 533–43.
- Popkin BM, Richards MK, Montiero CA. Stunting is associated with overweight in children of four nations that are undergoing the nutrition transition. *J Nutr* 1996; 126: 3009–16.
- Mamabolo RL, Alberts M, Steyn NP et al. Prevalence and determinants of stunting and overweight in 3-year-old black South African children residing in the central region of Limpopo province, South Africa. *Public Health Nutr* 2005; 8: 501–8.
- Jinabhai CC, Taylor M, Sullivan KR. Implications of the prevalence of stunting, overweight and obesity amongst South African primary school children: a possible nutritional transition? *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 358–65.
- Mukuddem-Petersen J, Kruger HS. Association between stunting and overweight among 10–15-year-old children in the North West province of South Africa: the THUSA BANA Study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 842–51.
- Bourne LT, Hendricks MH, Marais D. Addressing malnutrition in young children in South Africa. Setting the national context for paediatric food-based dietary guidelines. *Matern Child Nutr* 2007; 3: 230–8.
- Stupar D. The nutritional transition and the right to adequate food for adolescents in South Africa. Masteroppgave i samfunnsnærning. Oslo: Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2007.
- Victoria CG, Adair L, Fall C et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008; 371: 340–57.
- Bærug AB, Tuft E, Norum KR et al. Verdens helseorganisasjons nye vekststandard for barn under fem år. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 2390–4.
- The South African Demographic and Health Survey (SADHS) 2003. Pretoria: Department of Health, South Africa, 2004.
- Hendricks MK, Fiedler JL. Food fortification – a feasible, cost-effective option in the fight against vitamin A deficiency in South Africa. *S Afr Med J* 2001; 91: 753–60.
- Labadarios D, Swart R, Maunder EMW et al. Executive summary of the National Food consumption Survey Fortification Baseline (NFCS-FB-I) South Africa, 2005. *S Afr J Clin Nutr* 2008; 21: 245–300.
- Hendricks M, Beardsley J, Bourne L et al. Are opportunities for vitamin A supplementation being utilised at primary health-care clinics in the Western Cape province of South Africa? *Public Health Nutr* 2007; 10: 1082–8.
- Du Plessis LM, Najaar B, Koornhof HE et al. Evaluation of the implementation of the vitamin A supplementation programme in the Boland/Overberg region of the Western Cape province. *S Afr J Clin Nutr* 2007; 20: 126–32.
- Puoane T, Steyn K, Bradshaw D et al. Obesity in South Africa: the South African demographic and health survey. *Obes Res* 2002; 10: 1038–48.
- Steyn NP, Wolmarans P, Nel JH et al. National fortification of staple foods can make a significant contribution to micronutrient intake of South African adults. *Public Health Nutr* 2008; 11: 307–13.
- Schneider M, Norman R, Parry C et al. Estimating the burden of disease attributable to alcohol use in South Africa in 2000. *S Afr Med J* 2007; 97: 664–72.
- May PA, Gossage JP, Marais AS et al. Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome in South Africa: a third study. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32: 738–53.
- AVERT. AVERTing HIV and AIDS. South Africa HIV & AIDS statistics. [www.avert.org/safricats.htm](http://www.avert.org/safricats.htm) (19.3.2009).
- Wanke C. Nutrition and HIV in the international setting. *Nutr Clin Care* 2005; 8: 44–8.
- Pillay T, Khan M, Moodley J et al. The increasing burden of tuberculosis in pregnant women, newborns and infants under 6 months of age in Durban, KwaZulu-Natal. *S Afr Med J* 2001; 91: 983–7.
- Raviglione MC. Facing extensively drug-resistant tuberculosis – a hope and a challenge. *N Engl J Med* 2008; 359: 636–8.
- Van Lettow M, Fawzi WW, Semba RD. Triple burden: the role of malnutrition in tuberculosis and human immunodeficiency virus co-infection. *Nutr Rev* 2003; 61: 81–90.
- Singh JA, Govender M, Reddy N. South Africa a decade after apartheid: realizing health through human rights. *Georgetown J Poverty Law Policy* 2005; 12: 355–888.
- Singh JA, Govender M, Mills EJ. Do human rights matter to health? *Lancet* 2007; 370: 521–7.
- Klapp C. South African health minister must go, say scientists. *Lancet* 2006; 368: 1141–2.
- Høisæther EA. Mothers and children as target for two nutrition supplementation programs in South Africa. Masteroppgave i klinisk ernærning. Oslo: Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2008.
- Morseth M. Evaluation of the nutrition- and vitamin A supplementation programs in the Western Cape province of South Africa: primary health clinic staff. Masteroppgave i klinisk ernærning. Oslo: Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2008.
- Charlton KE, Brewitt P, Bourne LT. Sources and credibility of nutrition information among black urban South African women, with a focus on messages related to obesity. *Public Health Nutr* 2004; 7: 801–11.
- Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems. Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2008; 371: 1284–93.
- Millward DJ, Jackson AA. Protein/energy ratios of current diets in developed and developing countries compared with safe protein/energy ratio: implications for recommended protein and amino acid intakes. *Public Health Nutr* 2004; 7: 387–405.
- Lunn PG. The impact of infection and nutrition on gut function and growth in childhood. *Proc Nutr Soc* 2000; 59: 147–54.

Manuskriptet ble mottatt 25.9. 2008 og godkjent 2.4. 2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.

## Verdens helse

### Misbruk av barn i Swaziland

■ En av tre kvinner i Swaziland har opplevd seksuell vold i en eller annen form som barn. Det er et av funnene fra en uvanlig studie om forekomsten av seksuell og fysisk vold mot mindreårige (1). Dette er et stort problem i mange land, men det er få lav- og mellominntektsland der man virkelig har anerkjent det og bevisst jobbet for å samle epidemiologiske data som utgangspunkt for forebygging. Det sier Alexander Butchart fra Verdens helseorganisasjon (2).

I studien, som er publisert i *The Lancet*, fant man at det var kjærestere og ektemenn som hyppigst sto bak seksuelle overgrep, mens andre mannlige slektninger (ikke inkludert fedre) ofte sto for annen fysisk vold. Seksuelle overgrep skjedde oftest i hjemmet eller hjemme hos en venn, slektning eller nabo. Under halvparten av hendelsene var rapportert til myndighetene.

1 244 kvinner i alderen 13–24 år deltok i spørreundersøkelsen om seksuell vold og misbruk før fylte 18 år og om egen helse. Hele 96 % av dem som ble bedt om å delta, besvarte spørsmålene. Det å ha vært utsatt for seksuell vold hadde sammenheng med erfaring med seksuelt overførbare sykdom, komplikasjoner under graviditet, spontanabort, uønsket graviditet og depresjon.

Ifølge klinisk psykolog Ndo Mdlalose, som holder til i hovedstaden Mbabane, lider ofrene ofte av depresjon, panikkanfall og angst. Til å hjelpe dem som trenger det finnes det kun to psykologer – de to har ansvaret for hele landet.

– Misbruk av barn har også vært assosiert med bredere helseproblemer som diabetes, iskemisk hjertesykdom, seksuelt overførbare sykdommer og annen helserisikoatferd, f.eks. røyking, sier James Mercy fra Division of Violence Prevention ved Centers for Disease Control i USA.

Arbeid for forbedringer i lovgivningen og programmer for å forebygge seksuelt misbruk tyder på at man Swaziland er på rett vei når det gjelder forebygging av seksuell vold mot barn i fremtiden.

#### Oda Riska

[oriska@hotmail.com](mailto:oriska@hotmail.com)  
Tidsskriftet

#### Litteratur

- Reza A, Breiding MJ, Gulaid J et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60247-6.
- Phakathi M. Prevention is better than cure. *Bull World Health Organ* 2009; 87: 328–9.