



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

## **Bakau** versus **Varberg**

- Prevention av infektionssjukdomar samt alkohol- och droganvändning i Gambia och Sverige

Författare: Christine Johansson och Jennie Johannisson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 120 poäng  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2007

Omfattning: 10 poäng

Handledare: Lena Andersson

Examinator: Annika Jakobsson

---

Sahlgrenska akademien  
Enheten för socialmedicin

*”It’s better to be healthy than ill or dead. That is the beginning and the end of the only real argument for preventive medicine. It is sufficient”*

*Geoffrey Rose*



## **Förord**

Denna uppsats har varit intressant men har också bitvis varit svår att skriva. Svårigheterna låg i den språkliga kommunikationen och brist på material i Gambia samt de kulturella skillnaderna. Samtidigt finns en positiv aspekt i detta då vi fick arbeta hårdare och på så sätt lärde oss mer under processens gång. Såhär i efterhand kan vi konstatera att slutprodukten ser annorlunda ut än vad vi tänkt ifrån början men detta ser vi som en positiv utveckling.

Vi vill härmed ta tillfället i akt att tacka de underbara personerna i Varberg, Sverige som ställde upp på intervjuerna med tid och engagemang. Vi vill också tacka personalen på Hälsocentret i Bakau, Gambia för att de tog sig tid för oss under en hektisk period med vänlighet och stort intresse.

Även ett stort tack till vår handledare Lena Andersson för engagemang och goda råd samt ärliga synpunkter i slutskedet av vår uppsats.

Svensk titel: Bakau versus Varberg - Prevention av infektionssjukdomar samt alkohol- och droganvändning i Gambia och Sverige.

Engelsk titel: Bakau versus Varberg - Prevention of infectious diseases and alcohol- and drug use in The Gambia and Sweden.

Författare: Christine Johansson och Jennie Johannisson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 120 poäng  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2007

Omfattning: 10 poäng

Handledare: Lena Andersson

Examinator: Annika Jakobsson

## **Sammanfattning**

### ***Bakgrund***

Att hälsa är viktigt är de flesta av världens ledare överens om och den folkhälsovetenskapliga traditionen att förebygga ohälsa har varit stark sedan långt tillbaka i tiden. På senare år har viljan att inkludera ett främjande hälsosynsätt i folkhälsoarbetet ökat och idag kan vi säga att preventiv medicin anses gälla både för främjande av hälsa och förebyggande av sjukdom. Skillnaden mellan dessa två begrepp är att främjandet av hälsa innebär att förbättra det allmänna hälsotillståndet i hela befolkningen medan förebyggande arbete bygger mer på att minska eller helt ta bort sjukdomsorsaker. Preventivt arbete är även lönsamt då man kan undvika eventuella sjukdomskostnader och belastning på samhället som kan uppstå med tiden. Vi får inte glömma att oavsett utvecklat land eller utvecklingsland så har alla länder sina hälsoproblem att tampas med. Detta innebär att framtidsvisionerna ser olika för ett utvecklat land och ett utvecklingsland till följd av att man ligger på så olika nivåer. De tidigare och nuvarande hoten malaria, diarré sjukdomar och tbc ökades under 1980-talet med HIV/AIDS, vilket har utvecklats till en epidemi som tagit grepp över utvecklingsländerna. Redan nu ser vi en negativ utveckling som kommer ha förödande konsekvenser om de fattiga befolkningarna inte kan få kontroll på de gamla infektionssjukdomarna och även de nya infektionerna som uppkommit/uppkommer. När det gäller alkohol har WHO rankat alkoholkonsumtionen som den näst största hälsorisken i Europa, och som den femte största riskfaktorn mot hälsa globalt. Det som gör alkoholproblemet svårlost är att det inte är ett avgränsat problem utan även ingriper frågor som hälso- och sjukvårdsresurser, barns uppväxtvillkor, trafiksäkerhet, fysisk och psykisk ohälsa inom arbetsliv och produktion.

### ***Syfte/Metod***

En jämförande deskriptiv fallstudie genomfördes med syfte att finna likheter och skillnader i hur man upplever det hälsoförebyggande arbetet, inom infektionssjukdomar samt alkohol och droger. Städerna som har jämförts är Bakau i Gambia respektive Varberg i Sverige. Vi sökte

på Internet och vi fann en kontakt som arbetade på ett hälsocenter i Bakau i Gambia. Nästa steg var att finna en stad i Sverige med liknande karaktär och snarlika arbetsuppgifter och vi bestämde oss för Varberg. Vi genomförde tre intervjuer i Sverige och två intervjuer i Gambia som analyserades enligt anvisningar gällande tillvägagångssätt i deskriptiv fallstudie.

## ***Resultat***

Vaccinationsprogrammen har lyckats att i stort sett utrota de vanligaste barnsjukdomarna med endast ett fåtal utbrott, vilket sker i Sverige såväl som i Gambia. En skillnad är dock att i Gambia sker alla vaccinationer inom 12 månader medan i Sverige sker det från 3 månaders ålder upp till 16 års ålder. I Sverige blir föräldrarna kallade av staten till barnavårdscentralen för vaccinering. Detta är ett lagstadgat system med lång tradition som tidigare varit obligatoriskt men som nu är frivilligt. I Gambia däremot finns inga lagar om vaccinering utan det är upp till varje förälder att ta sig till en vaccinationscentral/hälsocenter för att vaccinera sina barn. Inom området vaccin finns en stor attitydskillnad länderna emellan. I Sverige har alla möjlighet att vaccinera sina barn och de flesta gör det men under senare tid har en debatt blossat upp gällande vaccinationernas eventuella bieffekter vilket har lett till att vissa vaccinationer har uteblivit. I Gambia har man istället en stor vilja att vaccinera sina barn men alla har inte möjlighet på grund av resurser, geografisk otillgänglighet och analfabetism. I Sverige har vi ett välfungerande vatten- och avloppssystem som landets invånare tar för givet. I Gambia har man stora problem med ickefungerande vatten- och avloppssystem vilket även förvärrar malariasituationen då myggan trivs och förökar sig snabbt i varma och fuktiga miljöer.

I Sverige såväl som i Gambia är alkohol lagligt och droger är förbjudna. Man känner dock en stor maktlöshet på hälsocentraler, ungdomsmottagningar och liknande då både alkohol och droger är lättillgängliga för ungdomarna. Informationen om alkohol och droger i Sverige har på senare år fokuserat på att ge ungdomarna en styrka och ett självförtroende att våga säga nej. I Gambia fokuseras informationen om alkohol och droger på dess biverkningar på kroppen och hjärnan, med fokus på droger, då alkohol är förbjudet i islam och på så sett inte är ett lika stort problem.

Utvärdering visade sig vara ett problematiskt område där det råder en stor skillnad länderna emellan. I Sverige har vi höga krav på att allt ska utvärderas medan i Gambia reglerar motsatsen.

## ***Slutsats***

I vår undersökning fann vi att i Gambia har man ett ordnat kaos som fungerar och trots små resurser så gör man så gott man kan. I Sverige däremot har vi ett välordnat system med bra kontroll på statistiken men det finns en rädsla för felprioriteringar.

Nyckelord: Prevention, infektionssjukdomar, alkohol och droger, utvecklingsland och utvecklat land.

## **Abstract**

### ***Background***

Most of the worlds leaders do agree on the fact that health is important and the tradition of prevention concerning public health have been strong for ages. During the last years, the will of including health in the public health work has increased and today is preventive medicine both health promotion and prevention of disease. The difference between these two is that health promotion involves improving the health of the population while prevention of disease means decreasing the risks or eliminates the cause of illness. Preventive work is also cost-effective because you can avoid expenses due to disease and pressure of the society that can occur with time. One can't forget that whether it is a developed or undeveloped country, all countries has there own health problems. This gives us different plans for the future due to the fact that we are on different levels regarding health. The previous and present threats of malaria, diarrhoea diseases and tbc were extended during the 80's with HIV/AIDS; which has become an epidemic disease and has also taking control over the undeveloped countries. One can see a negative development that will have devastating consequences if the poor populations can't take control of the old infectious diseases and also the new ones. In the matter of alcohol WHO has ranked alcohol consumption as the second largest health threat in the European region and as the fifth largest health risk globally. The problem with alcohol is that it is not an isolated problem due to the fact that it involves questions like health- and medical care, conditions regarding children's growth, traffic safety and physical and mental health within working life and production.

### ***Aim and method***

This is a comparative descriptive case study with aim to find similarities and differences in experience of health prevention in a developed country and an undeveloped country. The cities being compared are Bakau in Gambia and Varberg in Sweden. We searched the internet and got in contact with a man who worked at a health centre in Bakau, Gambia. Our next step was to find a city in Sweden with similar characteristics and comparable assignments and we decided that Varberg was a good choice. We made three interviews in Sweden and two interviews in the Gambia and the data were analyzed according to descriptive case study.

### ***Results***

The vaccination programmes have almost completely eradicated the most common child diseases today; we only see a few out breaks in Sweden as well as in the Gambia. One difference between the countries is that in the Gambia all of the vaccinations are given within the first year of the baby's life while in Sweden the vaccinations occur between 3 months and 16 years of age. In Sweden all parents are notified by the government to visit the child welfare clinic to vaccinate their children. This is by law a long tradition that has been obligatory but is now optional. In the Gambia there are no laws regarding vaccination which means that it is up to the parents to make sure that their children get vaccinated. There are many different attitudes in the field of vaccination between the countries. In Sweden everybody has the possibility to vaccinate their children and most of them go along with this but lately a debate has started regarding the possible side effects of the vaccinations. This has led to the fact that

some vaccinations have not taken place. In the Gambia, on the other hand, there is a big desire to vaccinate children but this is not a possibility for everyone, due to resources, geographical inaccessibility and analphabetic. Sweden has well functioning water- and drain system that the population takes for granted. But in the Gambia this is a big problem and this also makes the malaria situation even worse since mosquitoes thrive in warm and wet conditions.

In Sweden as well as in the Gambia, alcohol is legal and drugs are illegal. There is however a feeling of lack of power at the health centres, youth centres and similar facilities as both alcohol and drugs are very accessible for adolescents. The information regarding alcohol and drugs in Sweden has in recent years focused on strengthen the teenager's self-confidence and power to say no to alcohol and drugs. In the Gambia the focus lays on informing about the side effects influents on the body and brain. The focus is mostly on drugs due to the fact that Islam forbids alcohol.

Evaluation has shown to be a big difference between the two countries. Sweden evaluates everything while in the Gambia they do not evaluate at all.

### ***Conclusion***

Our investigation showed that the Gambia has an arranged chaos and even though the recourses don't cover everything they try as hard as they can. In Sweden, on the other hand, we have a perfectly arranged system with a good control over the statistics but there is a fear of making the wrong priorities.

Keywords: Prevention, infectious diseases, alcohol and drugs, developed country and undeveloped country.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>9</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>11</b>
FÖREBYGGANDE HÄLSOARBETE/PREVENTION .....	11
DEFINITION AV HÄLSA .....	11
EKONOMISKA ASPEKTER AV PREVENTION .....	11
UTVÄRDERING AV FÖREBYGGANDE INSATSER.....	12
DEN GLOBALA SITUATIONEN .....	12
<i>Hälsa</i> .....	12
<i>Infektionssjukdomar</i> .....	13
<i>Vaccin</i> .....	13
<i>HIV/AIDS</i> .....	14
ALKOHOL OCH DROGER .....	14
TEORETISKT PERSPEKTIV .....	14
<b>PROBLEMMOMRÅDE OCH SYFTE</b> .....	<b>16</b>
<b>METOD OCH MATERIAL</b> .....	<b>17</b>
METOD .....	17
DATAINSAMLINGSMETOD.....	17
INFORMANTER .....	17
INTERVJUTILLFÄLLET .....	18
ETIK .....	18
ANALYS .....	18
<b>RESULTAT</b> .....	<b>19</b>
INFEKTIONSSJUKDOMAR VARBERG, SVERIGE.....	19
<i>Vaccin på gott och ont</i> .....	19
<i>Vatten och avlopp</i> .....	19
<i>HIV/AIDS</i> .....	20
<i>Utvärdering</i> .....	20
INFEKTIONSSJUKDOMAR BAKAU, GAMBIA .....	20
<i>Vatten och avlopp</i> .....	21
<i>Malaria</i> .....	21
<i>HIV/AIDS</i> .....	21
<i>Utvärdering</i> .....	21
ALKOHOL OCH DROGER VARBERG, SVERIGE.....	21
<i>Utvärdering</i> .....	22
ALKOHOL OCH DROGER BAKAU, GAMBIA .....	22
<i>Utvärdering</i> .....	22
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>23</b>
INFEKTIONSSJUKDOMAR.....	23
<i>Vaccination är en bra preventiv åtgärd</i> .....	23
<i>Attitydskillnader</i> .....	24
<i>Blodprov?</i> .....	25
<i>Myggnät mot malaria</i> .....	25
<i>Vatten och avlopp är en viktig faktor</i> .....	25
<i>Rädsla</i> .....	26
<i>Diskriminering</i> .....	26
<i>Lärdomar</i> .....	27
ALKOHOL OCH DROGER.....	27
<i>Skolan informerar</i> .....	27
<i>Skada på kroppen eller stärkt självförtroende?</i> .....	28
<i>Lärdomar</i> .....	28
<i>Utvärdering</i> .....	29
<i>Det preventiva perspektivet och våra resultat</i> .....	29
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>31</b>



<b>KÄLLFÖRTECKNING .....</b>	<b>33</b>
<b>BILAGA 1</b>	

## Inledning

Geoffrey Rose, en av preventionens största teoretiker, skriver:

*”It’s better to be healthy than ill or dead. That is the beginning and the end of the only real argument for preventive medicine. It is sufficient”* (Rose 1995 s.4).

Denna åsikt är svår att argumentera emot och det är kanske nu viktigare än någonsin att jobba förebyggande då sjukdomspanoramata förändras till följd av att jorden blir ”mindre och mindre”, globaliseringen spelar en allt större roll samt att miljö- och klimattillståndet förändras negativt på ett globalt plan. I vid bemärkelse är folkhälsa beroende av näringsrik mat, bra sociala förhållanden, rent dricksvatten och tryggt boende. Klimatförändringar kommer troligtvis i framtiden påverka dessa livsviktiga faktorer negativt och störst påverkan sker hos de fattiga länderna som vi vet i nuläget faktiskt har minst skuld till växthuseffekten (WHO 2005). Deras största dilemma är att de inte har resurserna till omvälvande miljö- och hälsoförändringar trots att folkhälsa som begrepp har varit aktuellt i utvecklingsländerna längre än det har varit för oss i västvärlden. Med andra ord har utvecklingsländerna stor kunskap inom folkhälsa vilket vi i västvärlden inte alltid ser och förstår. Inte minst speglas detta i Stina Björkmans kandidatuppsats, inom Lärarprogrammet, om Afrikabilden i skolans geografiböcker (Björkman 2006), som visar en skev och gammaldags bild av en kontinent som inte har något gemensamt med västvärlden. Vi uppfostras med dessa fördomar och kanske därför har vi en något inskränkt syn på deras kunskap och utveckling. Om vi istället kan ta vara på den kunskap om förebyggande arbete inom hälsa som utvecklingsländerna besitter och som de arbetar med varje dag, kan detta vara värdefullt för västvärlden. Detta leder in oss på vår uppsats som behandlar just detta ämne, då vi har gjort en jämförelse en stad i ett utvecklat land och en stad i ett utvecklingslands. Jämförelsen behandlar förebyggande hälsoarbete inom infektionssjukdomar samt alkohol- och droger för att finna likheter och skillnader. Det är genom att ständigt utveckla vårt förebyggande hälsoarbete med ny kunskap, teknik och att ta lärdom av olika kulturer som vi kan skapa miljöer där hälsan kan bevaras och utvecklas. Uppsatsens första del beskriver hälsoläget i världen och förklarar begrepp som är relevanta för hälsa och förebyggande arbete. Därefter redovisas resultaten från våra intervjuer i Gambia och Sverige och uppsatsen avslutas med en diskussion runt resultatet samt metoden och dess tillämpbarhet.

## **Bakgrund**

### ***Förebyggande hälsoarbete/prevention***

Sverige har en lång historia vad gäller förebyggande arbete inom hälsa och under 1700-talet hade Sverige ett uppsving inom hälsouppllysning (Carlsson & Arvidsson 1994). Dåtidens läkare hade redan vid denna tid börjat tänka i hälsofrämjande banor och ansåg att prevention var mer kostnadseffektivt eftersom botandet av sjuka var begränsat (Sundin 1994). Man kan alltså se att den folkhälsovetenskapliga traditionen att förebygga ohälsa har varit stark sedan långt tillbaka i tiden. Detta sjukdomssynsätt speglas i både vårt politiska system, de mätmetoder vi använder samt den inriktning som styr vår verksamhet (Hansson 2004). Sverige har i tre århundraden haft vetskapen om det gynnsamma resultatet av förebyggande arbete men viljan att inkludera ett främjande hälsosynsätt i folkhälsoarbetet har ökat på senare år (Orth-Gomér 1999).

### ***Definition av hälsa***

Hälsa är något subjektivt, således varje människas egna förutsättningar, förmåga och attityd till sin livssituation och sin vilja att förändra den. Varje individ har olika preferenser för sitt välbefinnande och för att må bra. Hälsa för mig behöver inte vara hälsa för dig. Inom ramen för folkhälsa finns ett flertal olika definitioner som beskriver hälsa på en global nivå. Den beskrivning som lagt grunden för folkhälsa är WHO:s omdiskuterade definition från 1948. Den lyder: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp" (WHO 2007 faq). En annan mer modern definition, som är mer användbar i hela världen och som även är applicerbar på utvecklingsländerna, uttrycks så här: "Hälsa är att må bra och ha personliga resurser för att klara vardagens krav och kunna förverkliga sina personliga mål" (Winroth & Rydqvist 2002 s.16).

### ***Ekonomiska aspekter av prevention***

*"Att förebygga sjukdom, istället för att vänta tills den uppstår och sedan behandla med alla tillbuds stående medel och metoder, kan vara direkt lönsamt"* (Orth-gomér 1999 s.13).

Prevention är inte bara lönsamt för vårt samhälle utan det bidrar även med den positiva externa effekt som en frisk befolkning innebär. Med detta menas en frisk befolkning som arbetar, har ambitioner och en vilja att leva ett bra liv och som därmed kan påverka sina medmänniskor på ett positivt sätt. När man diskuterar preventivt arbete och lönsamhet måste man dock ta in åldersaspekten, då prevention inte är lika lönsamt när individerna uppnått en högre ålder. Denna linje följer även hälsoekonomerna Brodin och Andersson (Brodin & Andersson 1998). De menar att man kommer till en viss gräns och när denna överskrids är det preventiva arbetet inte längre lika lönsamt utan det är då bättre att satsa pengarna på dem som är sjuka. Trots svårigheter inom preventionens område då hälsa är svårt att mäta, uppmuntrar politiker och tjänstemän inom hälso- och sjukvården främjandet av preventiv medicin vilket är till nytta för både individen och befolkningen i stort (Orth-Gomér 1999).

## ***Utvärdering av förebyggande insatser***

Utvärdering av förebyggande insatser är svårt då det inte går att mäta frånvaro av ohälsa och för att det inte går att isolera ett orsakssamband från ett annat. Dock är det viktigt att påvisa vikten av utvärdering inom detta sammanhang då förebyggande arbete, å ena sidan, i de flesta fall riktar in sig på större grupper, t.ex. en kommuns befolkning eller en viss samhällsgrupp exempelvis ensamstående mödrar. Å andra sidan så består målgruppen oftast av friska individer där man vill förebygga ett eventuellt kommande sjukligt beteende (Allébeck 1999). En preventiv insats som inte utvärderas kan i längden orsaka skada på den friska målgruppen då man inte i tid upptäcker eventuella problem. Det finns flera olika definitioner av utvärderingsbegreppet varav Vedung nämner utvärdering som en noggrann bedömning av prestationer och genomförande. Utvärdering genomförs i efterhand och dess roll är av betydelse i praktiska handlingssituationer (Vedung 1993).

## ***Den globala situationen***

### **Hälsa**

Att hälsa är viktigt är de flesta av världens ledare överens om. En frisk befolkning innebär en arbetsam befolkning vilket i sin tur leder till en bättre ekonomi i landet men prioritering, arbetssätt och framtidsvisioner ser olika ut världen över. I de utvecklade länderna vill man förbättra hälsan i detalj, t.ex. genom Viagra medan man i utvecklingsländerna är på en grundläggande nivå, t.ex. genom att ordna rent vatten till folket. Därför är det viktigt att skaffa sig en realistisk bild över hur världens hälsotillstånd verkligen ser ut och genom denna kunskap kunna göra en trovärdig bedömning av hälsoläget för att därefter kunna prioritera det som bäst gynnar världens befolkning. Detta kan t.ex. vara att varje individ ska ha tillgång till rent vatten. Man får inte glömma att oavsett ett utvecklat land eller ett utvecklingsland så har alla länder sina hälsoproblem att tampas med. För att förbättring ska kunna ske behövs ett samarbete mellan högsta politiska beslut i världens länder och att det måste finnas ett fullkomligt stöd från alla parter (Werkö 2003).

Under andra världskriget stannade utvecklingen upp i många av världens länder och den ekonomiska satsningen gick till resurser för kriget. Den situation som rådde efter krigsslutet var att alla deltagande länder var tvungna att återuppbygga och utveckla sina bostäder, infrastrukturen och hälso- och sjukvården etc. För vissa länder gick denna process relativt snabbt t.ex. i de nordiska länderna medan i t.ex. Tyskland gick det långsamt pga. skulder och konflikter inbördes. Tack vare långvarig fred i större delen av Europa efter andra världskriget och i större delen av västvärlden har vi fått stora vinster inom folkhälsa pga. en organiserad infrastruktur, bättre sanitära åtgärder och fungerande vaccinationsprogram. Om man ser till situationen i vissa utvecklingsländer möts man istället av allvarliga problem till följd av att befolkningen inte har tillgång till en bra infrastruktur, rent vatten, ren luft eller möjlighet till korrekt avfallshantering (Werkö 2003). Idag visar statistiken att drygt en miljon människor står utan tillgång till rent vatten och 2,6 miljarder individer har inte tillgång till sanitära faciliteter vilket försvårar situationen för människor att sköta sin hygien ordentligt (SIDA 2006). Detta kan bero på att det politiska livet inte fungerar till följd av t.ex. korrupktion och de krig som utspelar sig i vissa afrikanska stater men även brist på resurser, stora skulder och prioriteringar av viktiga element i samhällsstrukturen t.ex. forskning. Dock är det inte ens en stabil situation i västvärlden, vinster till trots, då belastning och minskad uppmärksamhet

gällande vårt vatten- och avloppssystem kan leda till en falsk trygghet, som i sin tur kan leda till försämrade förhållanden. Det är viktigt att inte låta underhållsarbetet stagnera, vilket vi idag ser rapporter på i media genom redogörelser om ohygieniska restaurangkök, läckande avlopp och smittobärande livsmedel i butiker (Werkö 2003).

## **Infektionssjukdomar**

På 1960-talet förutspådde man att ingen skulle dö av infektionssjukdomar under det nya millenniet (Scriven & Garman 2005). Idag ser vi istället att det i framtiden finns en risk för att infektionssjukdomar kommer att sprida sig i en snabbare takt till följd av ett ökat resande, globalisering och sämre gränskontroll. Denna bild förtydligas genom att se hur snabbt HIV/AIDS har etablerats främst i utvecklingsländerna men också i övriga världen (Scriven & Garman 2005). Globaliseringen medför en ökad skillnad i hälsa mellan de rika länderna och de fattiga länderna. Samtidigt innebär ett ökat resande att Sveriges smittskyddssystem kanske inte kommer att vara tillförlitligt i framtiden då nya sjukdomar uppkommer och vissa utrotade sjukdomar kan få fäste på nytt. De tidigare och nuvarande hoten malaria, diarrésjukdomar och tbc utökades under 1980-talet med HIV/AIDS, vilket har utvecklats till en epidemi som tagit grepp över utvecklingsländerna. Redan nu ser vi en negativ utveckling som kommer ha förödande konsekvenser om de fattiga befolkningarna inte kan få kontroll på de gamla infektionssjukdomarna och även de nya infektionerna som uppkommit/uppkommer. En strategi är att länder ska samarbeta och använda sig av snabb rapportering vid nya sjukdomsfynd och utbrott av gamla infektionssjukdomar (Hedin 1998). Detta är hela världens ansvar.

## **Vaccin**

Vaccinering har inneburit stora hälsovinster då man nästan har lyckats utrota våra vanligaste barnsjukdomar i större delen av västvärlden. Detta till trots finns det individer i befolkningen som motsätter sig kunskapen och betydelsen av vaccinering och arbetar aktivt mot delar av våra vaccineringsprogram (Werkö 2003). Detta gäller individer i alla samhällsklasser men främst föräldrar som är rädda för vaccinernas eventuella bieffekter. ”Det individuella tänkandet går före det samhälleliga” (Meeuwisse 2003 s.33). Idag reser människor mycket mer än tidigare, med både spädbarn, småbarn och tonåringar, vilket leder till att man måste se på vaccinationer på ett sådant sätt att man tar in den globala helheten. Det vill säga att man tar hänsyn till den världsomfattande sjukdomsbilden, allt från dricksvatten till sjukhusmiljöer etc. Det gäller dock att finna en balans mellan riskerna och skyddseffekterna så att man inte övervaccinerar. Detta är en ständig debatt där rapporter och nyhetsartiklar redovisar eventuella bieffekter som skapar oro i befolkningen. En rapport som kommit till allmänhetens kännedom visade på att trippelvaccinet MPR ( mässling, påssjuka och röda hund) kunde ge sjukdomen autism (Fombonne et al 2006). Denna rapport visade sig senare inte vara trovärdig men skadan var redan skedd. Föräldrar har fått en viss misstro mot vaccinationssystemen och nästa rapport kommer förmodligen lättare att få fäste. I resten av världen har västvärldens olika vaccinationsprogram uppmärksamats och stora projekt har startats för att komma igång med vaccineringsprocessen. I vissa utvecklingsländer har det pågått i ett par decennier och i vissa länder har det precis påbörjats. På WHO:s hemsida kan man se statistik från 1980 och vi det laget hade inte alla länder i världen påbörjat vissa vaccinationer (WHO 2006).

## **HIV/AIDS**

Spridningen av HIV utgör ett av de största världsomfattande hoten mot hälsa men HIV/AIDS situationen ser väldigt annorlunda ut globalt sett. I vissa delar av världen försöker man kontrollera sjukdomen genom information i skolan gällande smittspridning och vikten av att använda kondom. Denna information har dock visat sig inte vara helt tillfredställande då man idag ser siffror på minskad kondomanvändning i t.ex. Sverige (Forsberg 2005). I andra delar av världen tror vissa att det finns botemedel i form av salvor, besvärjelser eller liknande t.ex. i Gambia (Triches 2007). Västvärldens forskning och vetenskap har ett stort förtroende bland världens befolkning, vilket har lett till att man i vissa länder har en naiv syn på hur HIV/AIDS situationen ser ut och hur den ska lösas. Det finns tankar om att HIV/AIDS ska kunna botas på samma sätt som man tidigare lyckats bota andra sjukdomar genom exempelvis antibiotika men att situationen är katastrofal i andra delar av världen tycks västvärlden inte fundera så mycket på (Werkö 2003). Ett annat dilemma är att i de delar av världen där HIV är störst har man sämst tillgång till bromsmediciner men å andra sidan har dessa länder inte alla förutsättningar för att tillgodose sig bromsmedicinen. En brist på rent vatten, god hygien och sanitära förhållanden leder till att andra sjukdomar ökar och har man dessutom dålig kontroll på antal HIV-fall så ska man kanske satsa mer på ett förebyggande arbete. För det är bara det preventiva arbetet som kan hjälpa det specifika landet och resten av världen att lyckas besegra HIV-epidemin (Svanström 2003).

### ***Alkohol och droger***

WHO har rankat alkoholkonsumtionen som den näst största hälsorisk i Europa, och som den femte största riskfaktorn mot hälsa globalt (WHO 2002). I Sverige förändrades alkoholsituationen negativt i samband med vårt inträde i EU och även befolkningens inköp i Sverige har ökat kraftigt under den senaste tioårsperioden. Det som gör alkoholproblemet svårlöst är att det inte är ett avgränsat problem utan även ingriper frågor som hälso- och sjukvårdsresurser, uppväxtvillkor för barn, trafiksäkerhet, fysisk och psykisk ohälsa inom arbetsliv och produktion (Creutzer 2005). Ett annat svårlöst problem är att man i fattiga länder tar till droger för att dämpa hungern.

Preventionsarbetet mot alkohol och droger är placerat på skolnivå i många länder i världen. Målet med undervisningen är att höja debutåldern och hjälper ungdomarna att skapa ett självförtroende för att kunna stå emot alkohol och droger (Romelsjö 1999). I Sverige är detta arbete invecklat då tillgången på alkohol och droger numera är mer lättillgänglig samt de liberala attityderna gör att det är lätt för ungdomarna att komma över alkohol och droger. Personer i riskzonen utvecklar lättare ett missbruk i sådana här gynnsamma miljöer (Romelsjö 1999). Om alkohol och drogfrågan är svårhanterad i Sverige så är situationen i andra länder flera gånger värre. Där är alkoholpolitiken antingen mer liberal eller icke-existerande vilket leder till att drogerna får större utrymme samt den problematik som nämns ovan.

### ***Teoretiskt perspektiv***

I vår uppsats kommer vi att använda oss av ett preventivt perspektiv, som kan appliceras internationellt och är ett bra redskap för att förstå de olika preventionsstrategierna som används i både Gambia och Sverige. Vi har valt att kalla detta avsnitt teoretiskt perspektiv då vi inte funnit varken forskning i ämnet eller studier med liknande undersökningar. Detta

tycker vi är på både gott och ont då det är spännande att skriva om något nytt och utforskat men samtidigt svårt då vi inte har någon referensram att följa.

Idag kan vi säga att preventiv medicin anses gälla både för främjande av hälsa och förebyggande av sjukdom. Skillnaden mellan dessa två begrepp är att främjandet av hälsa innebär att förbättra det allmänna hälsotillståndet i hela befolkningen medan förebyggande arbete bygger mer på att minska eller helt ta bort sjukdomsorsaker (Orth-Gomér 1999). Vi kommer i vår uppsats enbart behandla prevention. Prevention omfattas av tre olika strategier som var och en inriktar sig på en specifik del av sjukdomsbilden. Primärprevention innebär förenklat uttryckt att förhindra att sjukdom uppkommer genom att begränsa riskfaktorer (Beaglehole 1995). Inom primärprevention används två olika strategier som innebär att man antingen riktar in sig på hela populationen (populationsstrategi), eller så riktar man in sig på de individer som löper störst risk att insjukna (högriskstrategi) (Beaglehole 1995). Populationsstrategin eller samhällsbaserad prevention som den också kallas, är den metod som används mest och som anses mest effektiv. Ett annat ord för detta är preventiv paradox som innebär att man får bättre hälsa i befolkningen om många ändrar sig lite än att några få ändrar sig mycket (Weinehall m.fl. 1999). Den andra strategin kallas sekundär och den används när sjukdomen har brutit ut och omfattar till exempel tidiga diagnoser och behandlingar. Den tredje strategin kallas tertiär och innebär att begränsa handikapp och förebygga återfall genom t.ex. rehabilitering (Svanström 2003). Prevention är ett viktigt arbetssätt då den kurativa medicinen inte alltid fungerar och dessutom inte alltid lyckas få patienterna helt friska. Inte minst är det förebyggande arbetet viktigt i de sjukdomsfall där det inte finns några botemedel eller då resurserna är knappa. Vi kommer i huvudsak att fokusera på primärprevention då det är en viktig del av vår utbildning och för att det folkhälsovetenskapliga programmet riktar in sig på ett befolkningsperspektiv.

## Problemområde och syfte

Globalisering innebär ett ekonomiskt och socialt samarbete länder emellan, dock verkar det som att detta främst är en fördel för de rika länderna. Globalisering ses både som ett hot och som en fördel för hälsan. Detta ämne är oerhört stort och komplext. Idag ser vi att ett ökat resande har lett till att världens gränser blir mer och mer odefinierbara. Problematiken som följer kan innebära att då fler människor vistas i olika länder och tar del av landets livsstil och alkohol- och drogkultur blir risken större att man inte inser konsekvenserna av sitt handlande. Vid ett större risktagande och ett oförsiktigt beteende är det lättare att sprida sjukdomar både genom sexuellt umgänge och genom alkohol- och droganvändning. Ett möte mellan olika kulturer som kan sätta spår i såväl beteende som kultur i både landet som blir besökt och i hemlandet. Resandet kan också förändra ländernas samhälle genom att nya prioriteringar görs exempelvis att man satsar mer på turismen än på den egna befolkningen. I takt med att sjukdomar sprids, parallellt med framtida effekter av klimatförändringar som både direkt och indirekt påverkar människan och samhället, tycker vi att det är viktigt att fokusera på hur man i en stad i ett utvecklat land respektive en stad i ett utvecklingsland jobbar förebyggande med hälsa. I vår uppsats valde vi att fördjupa oss i områdena; hur preventionsarbetet bedrivs rörande infektionssjukdomar samt alkohol och droger. Vi anser att dessa områden kan komma att ha störst påföljder inom globalisering och hälsa.

Syftet med studien var att finna likheter och skillnader i upplevelsen av preventionsarbetet inom infektionssjukdomar samt alkohol och droger, för att ta del av varandras kunskap och få en större förståelse för varandras kulturer. Vi har valt att jämföra städerna Bakau i Gambia respektive Varberg i Sverige då dessa städer är av liknande karaktär gällande befolkningsmängd och för att båda är kust- och hamnstäder.



## **Metod och material**

### ***Metod***

Studien är en kvalitativ deskriptiv jämförande fallstudie som svarar på frågorna om vad som sker i en process och hur processen går till. Man studerar komplexa sammanhang och försöker skapa sig en helhetssyn av fenomenet. Därefter analyseras resultaten med hänsyn till deras betydelse. Ofta bedrivs sådan forskning med avseende att skapa nya hypoteser för kommande studier eller så genomför man studien för att undersöka fakta genom t.ex. en kartläggningsstudie (Notter & Hott 1996). Vi ha valt en kvalitativ metod eftersom vi inte vet vilka resultat som undersökningen kommer att visa. Enligt kvalitativ metod ska studien resultera i flera kategorier som inte ska fastställas på förhand. Här skiljer sig vårt tillvägagångssätt då vi till följd av tidsbrist varit tvungna att från start välja två huvudkategorier som avgränsar vår studie. Vi valde medvetet ut informanter som hade kunskap i ämnet då det är i enlighet med kvalitativ metod (Gunnarsson 2007). Vår utgångspunkt är att se hur människan skapar en bild av sin egen värld. Ur denna skapade bild kan man sedan se och försöka beskriva uppfattningar/upplevelser av exempelvis handlingsmönster, maktstrukturer och outtalade regler (Gunnarsson 2002). Genom intervjufrågor och till viss del observation fick vi fram data som beskriver hur människor uppfattar processerna inom preventionsområdet. Vårt resultat är en redogörelse av de svar vi fått under intervjuerna.

### ***Datainsamlingsmetod***

För att få fram den relevanta informationen på bästa sätt valde vi att använda oss av ostrukturerade intervjuer och till viss del ostrukturerade observationer. Tanken bakom vårt val var att vi ville ha ett mer öppet samtal med endast några få hållpunkter som styrde konversationen, samt att observera för att få en helhetsbild. Observationerna redovisas i diskussionen som komplement till resultatet. Våra intervjufrågor var:

1. Hur arbetar ni förebyggande med infektionssjukdomar resp. alkohol och droger?
2. Vilka effekter har ni fått av ert förebyggande arbete?
3. Gör ni utvärderingar och hur?

Insamling av data förekom under intervjuer i Varberg och Bakau samt observation i Bakau och därefter bearbetade vi detta material. I första skedet av uppsatsen gjorde vi en litteratursökning för att få mer kunskap om området. Detta skedde via Internet, artiklar och litteratur och gav oss även grunden i uppsatsens bakgrund. Vidare användes det inspelade materialet från våra intervjuer som senare bearbetades, förstärktes eller motsades, i diskussionen med hjälp av olika litterära källor som t.ex. skriftlig information från våra hälsorepresentanter eller mer djupgående litteratur.

### ***Informanter***

Vi beslutade oss för att individuellt intervjua fem personer och då vår uppsats behandlar ämnet förebyggande hälsoarbete så ville vi ha representanter från hälsoområdet. Vi försökte få kontakt med olika frivillig organisationer t.ex. Röda korset och Unicef, som arbetar med utvecklingsländer, när vi väl fick svar hade de varken tid eller intresse att hjälpa oss. Detta innebar att vi var tvungna att på egen hand söka kontakter i utvecklingsländerna då skolan inte hade några passande kontakter. Vi fann en kontakt i Gambia som passade vår uppsats. Han arbetade på ett hälsocenter i Bakau med bl.a. preventivt arbete. Bakau är en kuststad,

hamnstad och turiststad med en befolkningsmängd på c:a 40 000. Nästa steg var att finna en stad i Sverige med liknande karaktär och snarlika arbetsuppgifter och efter visst sökande på Internet beslutade vi oss för att välja Varberg i Sverige som har 55 000 invånare, är en kuststad, hamnstad och turiststad. I Varberg intervjuade vi tre kvinnor i viktiga positioner med lång erfarenhet av hälsoarbete och som är väl insatta i Varbergs kommuns struktur och arbetssätt. I Bakau intervjuade vi en man och en kvinna i motsvarande positioner, vilket innebar att de hade stor kunskap om hälsa och var väl insatta i preventionsarbete genom sitt yrke. Vi nådde våra informanter via e-mail och innan intervjutillfället fick informanterna ta del av detaljerad information om syfte och ämnesområde för att kunna vara väl förberedda inför intervjun.

### ***Intervjutillfället***

Våra intervjuer spelades in med hjälp av MP3-spelare för att vi inte skulle missa viktig information och för att i största mån undvika missförstånd. Våra intervjuer skedde på informanternas arbetsplatser där de känner sig trygga och hade möjlighet att inhämta kompletterande information. Varje intervju varade mellan 30 min-60 min och efter varje intervjutillfälle skrev vi ner intervjuerna ordagrant och valde endast ut de delar som stämde överens med vårt syfte och dokumenterade varje intervju var för sig.

### ***Etik***

En svårighet var språket vid intervjuerna i Bakau och vissa frågor fick ställas med försiktighet och noga utvalda formuleringar av etiska skäl. Det ämne som tillhörde den känsliga kategorin var HIV/AIDS situationen. För att informanterna inte skulle känna obehag över frågorna ställde vi dem med stor försiktighet och neutral ton för att inte röja våra personliga åsikter. Tolk behövdes inte då Gambias officiella språk är engelska, detta dock med varierad grad då de ibland lägger in uttryck från något av de sju lokala språken. De kulturella skillnaderna kan ha medfört missförstånd och misstolkningar från både deras och vår sida. Våra förhoppningar är dock att vi har lyckats fånga kärnan i våra informanternas svar.

### ***Analys***

Vår analys följer de anvisningar som deskriptiv metod beskriver, vilket innebär att analysen struktureras via kodning och kategorisering av data. Den data som upprepas utifrån det insamlade materialet bildar huvudrubriker/kategorier. Här har vi gjort annorlunda då vi bestämt på förhand två huvudkategorier. Uppsatsen omfattar endast 10 poäng och utan denna avgränsning hade undersökningen blivit för omfattande. Huvudkategorierna innefattar infektionssjukdomar Sverige/Gambia och alkohol och droger Sverige/Gambia. Under våra huvudkategorier kodade vi sedan datan från intervjuerna i olika enheter t.ex. "Vaccin på gott och ont". Dessa rubriker speglar innehållet och till viss del den känsla som vi tycker förmedlades utifrån svaren vi fått från informanterna. Valet av kategorier och kodningen av de underliggande enheterna underlättade vårt arbete vid jämförelsen av upplevelserna inom det preventiva arbetet. Merparten av analysarbetet bearbetades i Bakau, Gambia eftersom vi vistades där i fyra veckor.

## Resultat

I detta avsnitt rapporteras endast informanternas svar på våra intervjufrågor som var följande:

1. Hur arbetar ni förebyggande med infektionssjukdomar resp. alkohol och droger?
2. Vilka effekter har ni fått av ert förebyggande arbete?
3. Gör ni utvärderingar och hur?

Av anonymitetsskäl benämns våra informanter som A, B, C, D och E.

### *Infektionssjukdomar Varberg, Sverige*

Under våra intervjuer i Varberg framkom att Sveriges vaccinationsprogram är grundbulten i arbetet med att motverka infektionssjukdomar som t.ex. mässling och röda hund. Här hänvisade informant A till Sveriges vaccinationsprogram som är en offentlig handling. Det har lett till att barnsjukdomar i stort sätt är utrotade i Varberg men ibland har det skett vissa utbrott av t.ex. mässling. Polio har vaccinerats bort och hålls i schack men det sker ändå utbrott i Sverige och resten av världen. Att utbrott sker kan bero på att man tror att det inte är bra att vaccinera sina barn, man kanske undviker helt eller senarelägger den. Informanterna A och C vidareutvecklar och säger att tankegången hos vissa föräldrar är att; varför vaccinera oss när sjukdomen inte längre existerar i Sverige? Informant A fortsätter: men vad man inte tänker på är att det finns levande bakterier i våra vattenflöden vilket gör det viktigt att vaccinera mot sjukdomen Polio. Detta händer även i Europa där ungefär ett barn på tusen dör som följd, vilket är en stor anledning till att vi bör upprätthålla vaccinationsprogrammet. I många fall är det inte sjukdomen i sig som är största hotet utan de många följsjukdomar som uppkommer. Informant A svarar att Varbergs kommun satsar lika mycket på både män/pojkar och kvinnor/flickor inom området infektionssjukdomar. De riktar sig till alla grupper i samhället och är väldigt noga med att invandrare får det grundskydd de behöver.

### **Vaccin på gott och ont**

Enligt informant A har Smittskyddsenheten full koll på vaccinationerna i Sverige, både hur de tas och när de ska tas. En fråga som uppkommit är: ska vi börja vaccinera mot gulsot nu när folk reser mer och fler flyttar in från andra länder? Detta kan ju innebära en spridning av sjukdomar som finns internationellt och som inte fått fäste ännu i Sverige. Informant A tar upp att den ständiga frågan man också brottas med är: ska vi börja vaccinera mer när barnen är små eller ska vi vänta lite så man inte bygger upp stammar och resistens och istället är mottaglig för andra sjukdomar? Man måste riskbedöma inför varje ny vaccination. Det kan medföra komplikationer om vi inför ytterligare en vaccination i programmet. Det är viktigt att försöka ha en så omfattande vaccinering som möjligt av de vaccinationer vi har men det skadar inte att vara eftertänksam. Det har tillkommit ytterligare vaccinationer de senaste åren t.ex. mot hjärnhinneinflammation och kikhosta. Informant A nämner att man har sett att attityden hos vissa är att man tror att om sjukdomen inte finns här i Sverige och det istället finns risker för andra ”trendsjukdomar” till följd av just vaccinationen, så undviker man hellre att vaccinera. Man tänker inte på hur många följsjukdomar det kan bli.

### **Vatten och avlopp**

Informant C säger att Miljöhälsoskyddskontoret består av hälsoskydd, livsmedel, miljöskydd och djurskydd. Hälsoskydd arbetar med skydd mot det som kan skada människors hälsa. De har även tillsyn över skolor och affärer där de gör inspektionsbesök för att se så att de följer

de restriktioner som är uppsatta. Hälsoskyddsenheten kan också bli kontaktad av allmänheten om man registrerat störande miljöer till följd av t.ex. djur, då ser de till att detta undanröjs för att motverka smitta. Informant C förklarar vidare att Gatuförvaltningen ser till att avlopp och det kommunala vattenverket fungerar då detta är den viktigaste faktorn för att motverka smitta. En annan uppgift för Gatuförvaltningen är att se till att sophanteringens sköts korrekt i samhället.

## **HIV/AIDS**

Informant A har lagt märke till en återkommande fråga som lyder: hur skall vi hålla HIV/AIDS i schack? Informant A spinner vidare att på mitten av 80-talet då HIV/AIDS uppmärksammades hade man stora kampanjer och förebyggande verksamhet i hela världen. Befolkningen insåg vikten av att använda kondom. Det ses som ett problem idag då dagens ungdomar inte har upplevt ”skräcken” av HIV/AIDS. Klamydia ökar vilket visar på dålig kondomanvändning. Ser man att klamydian ökar så kan man anta att HIV också ökar. HIV/AIDS ses inte som ett allvarligt problem i dagens läge bland ungdomar, tror informant A.

I Varbergs kommun får ungdomarna information om sex och samlevnad genom skolan och ungdomsmottagningen men det krävs mer information än så enligt informant A. På kommun och landstingsnivå har man en diskussion om att man genom smittskyddsenheten ska gå ut med kampanjer för att påtala hur viktigt det är att skydda sig både hemma och utomlands. Informant A anser att ett bra tillfälle för dialog och samtal kring dessa frågor är på vaccinationscentralen. Personalen informerar om risker och hur man kan skydda sig. Viss okunskap har lett till att vissa individer tror att om man vaccinerar sig är man skyddad mot det mesta. Något som också är viktigt att tänka på är att inte bara fokusera på ungdomar utan även 30-, 40- och 50-åringar som reser och träffar någon utomlands säger informant A.

## **Utvärdering**

Informant C säger att man gör inga utvärderingar på kommunal nivå utan det är smittskyddsenheten som för statistik på hur många som vaccinerar sig. De har full koll på svackor och attityder.

## ***Infektionssjukdomar Bakau, Gambia***

Vaccinationsprogrammet är för barn under 5 år och för gravida kvinnor säger informant D och fortsätter; allmänheten använder sig av vaccinationskort som varje individ får betala för, där de för anteckningar och bokför varje vaccination. Staten kontrollerar inga vaccinationer utan ger information och uppmuntrar befolkningen att vaccinera sig förklarar informant E. Vidare utvecklar informant E att det finns inga lagar gällande detta och det är varje förälders ansvar att vaccinera sina barn och detta möjliggör också ett senareläggande av vaccinationen om man vill. Trots vaccinering dyker ändå vissa sjukdomar upp. Sedan 1980-talet har det förebyggande arbete ökat gällande hepatit A & B, difteri samt gula febern. Inga tester görs innan vaccination och ingen kontroll för sjukdom görs säger informant D, om vi inte misstänker sjukdom. I Bakau satsar vi lika mycket på både flickor och pojkar inom området infektionssjukdomar. Gravida kvinnor får vitamintillskott och vaccinationer, männen däremot får inte några ytterligare vaccinationer från det att de fyllt 5 år påpekar informant D.

## **Vatten och avlopp**

Informant E redogör; för att motverka smitta via vatten och livsmedel gör hälsocentret inspektioner i affärer, matkedjor och restauranger. En annan viktig uppgift för hälsocentret i Bakau är att titta på hur folk hanterar sitt avfall och avloppsvatten i bostadsområdena. Vid dålig sop- och vattenhantering kan området sättas i karantän för att motverka smittspridning.

Hälsocentret ser denna fråga som en av deras viktigaste uppgifter då de vet att smitta sprider sig snabbt via vatten och öppna avlopp. De försöker få folket att förstå att de måste ta del i sin egen förändring och utveckling men det är i vissa fall ett trööstlöst arbete då somliga boendeförhållanden är på gränsen till obebodliga, vilket innebär att slänga ut sina sopor och sitt avfallsvatten på gatan är ett bättre alternativ än att ha kvar det i hemmet.

## **Malaria**

Det finns inget fullkomligt skydd mot malaria men på hälsocentret och i Gambia i stort försöker man förebygga malaria via information som sprids via skolundervisning, skyltar längs vägarna, media och via hälsocentralerna påpekar informant E och fortsätter sitt resonemang, ett sätt som visat sig användbart och är kostnadseffektivt är att sova under ett impregnerat myggnät. Något som man behöver fokusera mer på är de sanitära förhållanden som råder kring bostadsområdena fortsätter informant E. Här i Gambia har man problem med öppna avloppssystem och att man inte har en bra avfallshantering vilket leder till gynnsamma miljöer för myggor. En positiv aspekt är att trots detta så har malarian minskat.

## **HIV/AIDS**

Informant D berättar att i Bakau har man sett en ökning av HIV/AIDS. I skolan informerar man om HIV/AIDS och där uppmuntrar man eleverna att gå och testa sig. På hälsocentret i Bakau informerar man också om HIV/AIDS om man misstänker sjukdom men annars väldigt sällan. Informationen flödar i landet genom media och det finns stor kunskap om ämnet men i folkmun nämns det inte särskilt mycket. Informant E fortsätter; det finns en befogad rädsla för särbehandling vilket betyder att ett samtal rörande sjukdomen kan innebära att man kanske förlorar sina vänner. Folk vågar alltså inte träda fram pga. diskrimineringen. Att träda fram kan för den ensamma individen vara förödande då det sociala nätverket är oerhört viktigt här, då det är svårare att klara sig själv. Bakau är dock ett öppet område där folk känner varandra och nu börjar vissa att våga träda fram men det är inte helt socialt accepterat.

## **Utvärdering**

Utvärdering görs inte utan arbetet fortgår så länge som vi ser att sjukdomarna minskar, utifrån fallen. Varje månad skickar vi rapporter in till hälsodepartementet om hur hälsoläget ser ut i området Bakau redogör informant E.

## ***Alkohol och droger Varberg, Sverige***

Olika myndigheter och andra samarbetspartners arbetar för att utbilda befolkningen om alkohol och drogeffekter via skola och samhället säger informant B och fortsätter sitt resonemang; den stora förebyggande satsningen görs på ungdomar. I skolan finns t.ex. en alkohol och drogplan som beskriver hur personalen ska gå till väga om en elev är

drogpåverkad. Varberg har satsat på "Ungdomens hus" som är en alkohol- och drogfri samlingsplats. "Föräldrar på stan" är ett annat förebyggande moment kommenterar informant A. Detta är också ett samarbete mellan olika myndigheter och föräldrar. Föreningsbidrag för alkohol och drogfria föreningar har föreslagits men har inte fått fäste.

### **Utvärdering**

Utvärdering av alkohol och droger görs centralt av Folkhälsoinstitutet. Gymnasieelever i Varberg gör en icke-vetenskaplig undersökning varje år som är mycket uppskattad av Varbergs stad och som beskriver alkohol- och drogläget berättar informant C.

### ***Alkohol och droger Bakau, Gambia***

Islam förbjuder alkohol men vi har inga lagar som förbjuder konsumering och ingen åldersgräns svarar informant D. Alla barer måste ha tillstånd för att sälja alkohol. Däremot är droger förbjudna. I skolan informeras eleverna om drogernas verkan på kroppen och hjärnan men informationen fungerar inte då man uppmärksammat att ungdomar och även vuxna ändå använder sig av droger i ganska stor omfattning. Även om man misstänker att personer är drogpåverkade görs inga drogtester. De största drogproblemen har pojkarna då det inte är socialt accepterat att flickor använder droger. På Hälsocentret känner man en viss maktlöshet gällande detta då man endast kan ge råd och information för att förebygga alkohol och droger, sedan är det upp till var och en säger informant E.

### **Utvärdering**

I Gambia framkom det från både informant D och E att de inte har några projekt som kan utvärderas, dock har de märkt att informationen i skolan inte fungerar och detta ser dem som en typ av utvärdering.

## Diskussion

Vi vill börja detta avsnitt med att föra en diskussion gällande vår metod. Vi använde oss av kvalitativ deskriptiv jämförande fallstudie då den passande bäst in på det vi avsåg att studera. Dock är det svårt att finna information om metoden och få böcker tar upp en tydlig metodbeskrivning vilket försvårade vår studie. Ett annat problem som vi stötte på i metoden var att vi var tvungna att på förhand välja ut huvudkategorierna vilket ledde till att vi inte kunde följa metoden till punkt och pricka. Vi har utöver intervju använt oss av observationer. De fick fungera som ett komplement till intervjumaterialet i Gambia för att ge oss en större inblick i kulturen, deras syn på livsstil och deras arbetssätt. Detta redovisas inte i ord utan ligger som en bakgrund i de resonemang vi för i diskussionen. Här har vi förstått att det kan bli ett missförstånd och därför vill vi förtydliga det. Vi hade svårt att se någon annan datainsamlingsmetod än intervju eftersom man inte har några register eller handlingsplaner dokumenterade i Gambia och dessutom ville vi ha informanternas egna upplevelser och då är en enskild intervju en av de bästa metoderna, dock hade vi vissa språkliga svårigheter trots att det officiella språket i Gambia är engelska. Vi tror ändå att vi fått ut den viktigaste informationen. I Sverige har man tillgång till alla register och all information och vid bättre informationshantering i Gambia hade vi kunnat göra en litteraturstudie vilket kanske hade sparat oss både tid och pengar. Nackdelen med detta hade då varit att upplevelsen och känslan hade gått förlorade. Något som vi kunde ha gjort bättre hade varit att begränsa oss ännu mer. Ett stort problem är att vi vill så mycket med uppsatsen att den kan uppfattas som lite spretig och om vi hade fått göra om den hade vi nog valt ut endast ett ämne eller i bästa fall haft mer tid för att kunna göra en kvalitativ deskriptiv jämförande fallstudie utan att kategorierna var förbestämda.

Vår uppsats visar på vikten av preventivt arbete och att det finns en stor vilja att satsa på förebyggande hälsoarbete både i Varberg och i Bakau. Dock har man olika förutsättningar och olika metoder. Detta beror till viss del på de olika synsätt man har vad gäller hälsa och prioriteringar t.ex. i Gambia gör man det lilla man kan även om det inte är perfekt och i Sverige vill man ha de rätta verktygen innan man tar sig an uppgiften. Förebyggande arbete är lönsamt och gynnsamt för världens länder att satsa på. Eftersom hälsa är subjektivt och varje individ har olika preferenser för hälsa är det bra att satsa preventivt så att så många som möjligt har bra förutsättningar för att kunna skapa en bra hälsa. Vi har under arbetets gång haft som motto att hälsa är en mänsklig rättighet som alla människor borde få ta del av men vi har funnit att detta inte är någon självklarhet. Däremot har vi också funnit att de individer som vi kategoriserar som fattigast, sjukast och förmodat varit mest olyckliga faktiskt har visat sig leva ett harmoniskt och lyckligt liv. Detta visar tydligt på att hälsa är så mycket mer än frånvaro av sjukdom och i västerländska ögon en god ekonomi. Vi kommer i denna diskussion att diskutera kring skillnader och likheter vad gäller infektionssjukdomar samt alkohol och droger. Trots att det i vissa fall finns tydliga skillnader vill vi att man läser lite mellan raderna då välbefinnandet ändock kan vara på liknande nivå i båda länder.

### *Infektionssjukdomar*

#### **Vaccination är en bra preventiv åtgärd**

En likhet som vi fann var att det förebyggande arbetet gentemot infektionssjukdomar pågår som mest under de första levnadsåren i båda städerna. Detta för att tidigt bygga upp ett skydd

mot barnsjukdomar och även ett grundskydd som hjälper vid vuxen ålder (Se tabell 1 under bilaga 1). Vaccinationer i Varberg och Bakau betalas av staten med endast en låg kostnad som går till vaccinationskort i Gambia. Detta visar på att detta är en effektiv förebyggande åtgärd som är väletablerad i både Gambia och Sverige. De vaccinationsprogram som ger ett gott skydd mot sjukdomar innebär i praktiken färre sjuka och minskade kostnader för sjukvården (Norlund 1999). Vaccinationsprogrammen har lyckats att i stort sett utrota de vanligaste barnsjukdomarna med endast ett fåtal utbrott vilket sker i Sverige såväl som i Gambia. Utbrotten beror ofta på en senareläggning av vaccination eller att man inte har vaccinerat sina barn. Alla barn får vaccinationer oberoende av kön i både Gambia och Sverige.

## Attitydskillnader

I Sverige blir föräldrarna kallade av staten till barnavårdscentralen för vaccinering. Detta är ett lagstadgat system med lång tradition. I Gambia däremot finns inga lagar om vaccinering utan det är upp till varje förälder att ta sig till en vaccinationscentral/hälsocenter för att vaccinera sina barn. Inom detta område finns också en stor attitydskillnad länderna emellan. I Sverige har alla möjlighet att vaccinera sina barn och de flesta gör det men under senare tid har en debatt blossat upp gällande vaccinationernas eventuella bieffekter vilket har lett till att vissa vaccinationer har uteblivit, som vi redovisade i vårt resultat. Information som sprids från forskare och statliga sjukvården, t.ex. NHS i Storbritannien, kan genom att publicera förhastade slutsatser skapa en oro hos föräldrar innan de har hunnit få den korrekta informationen. Detta sprids sedan uppförstorat och i snabb takt via media. Denna bristande kunskap för vaccinationens betydelse kan också utveckla viss aggression mot vaccinationssystemet (Werkö 2003). I Gambia har man istället en stor vilja att vaccinera sina barn men alla har inte möjlighet på grund av resurser, geografisk otillgänglighet och analfabetism. Läs- och skrivsvårigheterna innebär att informationen inte alltid kommer fram till individerna då anslagen om vaccinationstillfället i många fall är skriftliga. Den debatt som förs i västvärlden är långt ifrån verkligheten i utvecklingsländerna, där man är i första stadiet av etableringen av vaccinering. På WHO:s hemsida kan man hitta statistik sen tjugosju år tillbaka i tiden, vilken visar på att vissa länder inte påbörjat vissa vaccinationer under 1990-talet (WHO 2006). Det många inte tänker på är att det i många fall inte är själva sjukdomen i sig som man vaccinerar sig emot som är det största problemet utan de följsjukdomar som kan uppstå.

Vaccinet har en lång tradition i Sverige, sedan 1836 har vi haft obligatorisk vaccinering enligt svensk lag men som numera är frivillig. Dock är det inte förrän nu på 2000-talet som debatten om vaccinet verkligen har blossat upp. Frågan vi ställer oss är hur stor roll spelar omständigheterna och utvecklingen i vårt samhälle för vaccinets eventuella bieffekter. Eftersom nästan alla barn vaccineras i Sverige är det svårt att se vilka bieffekter som beror på vaccinet och vilka som beror på t.ex. stress och det är då lätt att skylla på vaccinet (Meeuwisse 2003). Den multifaktiella etiologin är ett bra exempel på att de olika riskfaktorerna samverkar och skapar sjukdom (Orth-Gomér 1999). Det är svårt att identifiera en specifik faktor som avgörande för sjukdomsbilden. I dagens läge kanske man ska satsa mer energi och pengar på att ha en god hälsa och på så sätt hjälpa kroppen att stå emot sjukdomar. En annan fråga som man brottas med nationellt i Sverige är om vi skall utöka vårt vaccinationsprogram med ytterligare vaccinationer då resandet har ökat i stor omfattning. Å ena sidan medför ökat resande ökad sjukdomsspridning vilket är ett argument för mer vaccinationer i tidig ålder. Å andra sidan kan ökad vaccinering leda till eventuella bieffekter samt att vi kan bli resistent mot sjukdomarna. I Gambia ser vi en annan bild då de så gott som endast i tidig ålder får alla sina vaccinationer. Vad det blir för bieffekter av detta vet vi



inte. Eftersom det i Gambia är upp till varje förälder att barnen vaccinerats är det svårt för hälsodepartementet i Gambia att ha kontroll på hur många som inte vaccinerats och vilka individer som inte vaccinerats. Detta innebär att man inte kan föra någon fullkomlig statistik över vaccinering och på så sätt kan man inte helt följa kurvorna i sjukdomarnas utveckling. Detta är en situation som råder i de flesta fattiga länder (Beaglehole & Bonita 2004). I Sverige däremot finns register på allt som rör vaccinationer och man får noggrann statistik från Smittskyddsenhetens sida. Detta gör att man lättare kan finna riskgrupper eller nya mönster och kan på så sätt utfärda varningar till allmänheten.

## **Blodprov?**

Inga blodprov tas för att utröna om sjukdom föreligger såvida, man inte misstänker sjukdom, innan man vaccinerar såväl kvinnor som barn i Gambia. Man vet alltså inte med hundra procent säkerhet om individen är fri från sjukdomar vid vaccineringstillfället. Detta är för oss en skrämmande upptäckt som verkar vara svårt för de utvecklingsländerna med detta system att själva ta itu med. Kanske borde västvärlden här bidra med resurser så att man i de länder där infektionssjukdomar är vanliga har ett krav på att blodprov ska tas innan vaccination. Detta med hänsyn till att analfabetismen är utbredd och för att ett fåtal individer kan fylla i formulär på det sätt som man gör i Sverige för att bekräfta att man är frisk. Detta måste genomföras med hög diskretion för att individerna inte ska känna sig kränkta eller att bli berövade sin fria vilja. Problemet är ju att smittor sprids om man inte känner till att man är sjuk. Som vi skrev ovan fyller man i ett formulär i Sverige där man bekräftar att man är frisk. Detta är ett krav från svenska statens sida då man måste vara frisk för att få vaccinera sig. Dock finns det inte heller i Sverige något som garanterar att man egentligen är frisk vilket visar på att det är svårt att hitta ett kostnadseffektivt och enkelt sätt att utröna om sjukdom finns. Här skulle vi nog kunna motverka många sjukdomar om vi kunde finna ett universellt sätt att gå tillväga inför vaccinationerna.

## **Myggnät mot malaria**

Malaria är ett av de största problemen i Gambia och kan kanske bli ett problem i Sverige i framtiden (Björkman & Lundström 2007). Det finns inget säkert skydd mot sjukdomen vilket innebär att vi måste investera mer tid och pengar i att hitta ett botemedel eller ett förebyggande vaccin. Det enda kostnadseffektiva sättet man kan skydda sig på, som existerar idag, är att täcka sig med kläder och sova under ett impregnerat myggnät. Kanske beror detta på att vi i västvärlden inte är drabbade av malaria som det idag inte finns något komplett, effektivt skydd. Om vi kan ta till oss kunskapen om hur det förebyggande arbetet mot malaria går till i Gambia så kanske vi kan vara mer förberedda i Sverige om malarian etablerar sig i Norden i framtiden. Denna diskussion har även tagits upp i dagens media (Björkman & Lundström 2007).

## **Vatten och avlopp är en viktig faktor**

Vatten och avlopp ses som en av de viktigaste åtgärderna för att förebygga och motverka infektionssjukdomar. I Sverige har vi ett etablerat system medan de i Gambia är i startgroparna och arbetar för att hitta ett hållbart system. Inspektioner av vatten, avlopp, restauranger och offentliga lokaler sköts i Sverige av staten medan i Gambia sköts det på lokal nivå via olika hälsocentraler. Avlopp och vattenhantering skiljer sig markant mellan länderna

emellan då Gambia i många fall har öppna avlopp vilket inte existerar i Sverige. Detta arbetar hälsocentret aktivt emot. I Sverige kan detta arbete ses som en primär åtgärd då vi sedan långt tillbaka har en fungerande hantering av vatten och avlopp, vilket i ett tidigt skede motverkar sjukdomar. I Gambia finns en vilja att satsa på detta förebyggande arbete men resurserna räcker inte till. Rent dricksvatten finns men adekvat avfallshantering är fortfarande på en sekundär och tertiär nivå, vilket innebär att man inte sätter in insatser förrän skadan redan har skett.

## **Rädsla**

Trots att HIV/AIDS inte är ett vardagligt hot i Sverige så är rädslan för infektionssjukdomen stor men i jämförelse med den situation och den rädsla som råder i många utvecklingsländer så är skillnaden stor. Men trots olika situationer och livsstilar i världens olika länder så har vi ändå en gemensam fruktan för denna obotliga sjukdom. HIV har blivit ett av de allvarligaste hoten mot den globala hälsan. Därtill får man inte glömma att det också härjar andra infektionssjukdomar som t.ex. malaria och tbc (Werkö 2003). Vidare påpekar Werkö att för att vi skall kunna ta itu med den globala HIV situationen och dess hot så måste de som står i spetsen för den medicinska vetenskapen vara överens om att det verkligen finns ett problem. Ett förbehållslöst samarbete över gränserna är nödvändigt för att detta skall kunna lyckas (Werkö 2003).

Skolan är en arena där man når många ungdomar och är därför ett bra tillfälle att informera om HIV/AIDS (Jarlbro 2004). Detta sker i de flesta länder i världen och Sverige och Gambia är inga undantag. Ett problem som man inte får ta för lätt på är alla de barn och ungdomar som hoppar av skolan eller som har föräldrar som tar dem ur skolan pga. ekonomiska svårigheter. De missar den viktiga informationen om HIV/AIDS vilket gör att de inte kan ta de försiktighetsåtgärder som krävs och inte har kunskapen om att man kan och ska testa sig för sjukdomen. I Bakau testar man endast om det finns en misstanke för sjukdom annars existerar inga lagar och restriktioner gällande HIV-tester. I Sverige har vi ett liknande system, enligt lagen måste man dock anmäla om smitta uppkommit då det är en smittspåringspliktig sjukdom men det finns inga lagar om att du måste testa dig. Däremot kräver vissa yrken och företag i Sverige att du testar dig. Under våra intervjuer fick vi vetskapen om att det finns individer i både Gambia och Sverige som kan ha fått uppfattningen om att vaccinering skyddar mot alla sjukdomar. Trots stor kunskap om HIV i båda länderna så finns det ändå brister i den information som ges, vilket kan ge förödande konsekvenser, då individer är omedvetna om att de kan vara smittade och på så sätt för smittan vidare via t.ex. ungdomar som har oskyddat sex.

## **Diskriminering**

Diskriminering är ett annat stort problem i Gambia. Detta förekommer säkerligen i Sverige också men inte i samma stora omfattning och det blir inte samma konsekvenser. I Gambia kan det innebära att man blir utfrysad och då släkt och vänner är individens trygghet för överlevnad innebär ett erkännande av sjukdom en ensam väg mot slutet. Den subjektiva hälsan och den subjektiva livskvaliteten är i många individers fall viktigare än att förlänga livet med några år. Här vill vi citera stressforskaren Lennart Levi: ”Att lägga år till livet är bra men att lägga liv till åren är bättre” (Orth-Gomér 1999 s. 17).

Svenska staten har en övergripande kontroll på dem som är sjuka i HIV/AIDS men troligen finns det ett mörkertal. Gambiska staten har ingen kontroll över sjukdomen och mörkertalet är

nog här skrämmande stort. I ”storebror samhället” Sverige ser man snabbt förändrade beteendemönster och attityder i statistiska data och utifrån denna information kan man dra slutsatser gällande olika sjukdomar. Den senaste debatten har gällt den ökande klamydia vilket troligen beror på sämre kondomanvändning och genom en klassisk logisk härledning kan man då anta att HIV också möjligen kommer att öka. HIV/AIDS får stor uppmärksamheten i Gambia via media, i form av TV, radio, vägskyltar och väggmålningar detta till trots att man inte talar om det i samhället. I Sverige får inte HIV/AIDS något utrymme i media utan huvudansvaret ligger på skolnivå.

HIV/AIDS är ett mycket större problem i Gambia än i Sverige. Smittan sprids snabbt då det inte finns någon kontroll från ledningen i landet eller att högre ort sprider felaktig information. Om detta står att läsa i svenska medier vilka redovisar att Gambias president har ett påstått botemedel mot HIV. Enligt dessa källor åker han runt och ”botar” sin befolkning med örtsalva (Triches 2007).

Vaccinationscentralerna i Sverige informerar om hur sjukdomar smittar och hur man skyddar sig på bästa sätt. Detta är som vi sagt tidigare ett bra tillfälle för dialog. I Gambia finns inte den möjligheten då HIV/AIDS inte är socialt accepterat att prata om. Hälsocentralerna som ger vaccinationerna har inget utrymme, varken tidsmässigt eller i personalstyrka, att ge denna information till var och en.

## **Lärdomar**

De viktigaste lärdomarna tycker vi är att situationen i utvecklingsländerna ser ut på så sätt att alla inte har tillgång till läkemedel såsom vaccin och bromsmediciner. Föräldrar i västvärlden kan välja om de vill vaccinera sina barn eller inte, men i utvecklingsländerna har man inte alltid detta val. Detta är något som vi tycker att alla ska vara medvetna om. En skillnad som för oss ter sig skrämmande, väl värd att notera, är att man i Gambia inte kontrollerar för sjukdom innan vaccination. Detta innebär att vissa vaccinationer som genomförs kan vara onödiga och kostsamma då annan behandling hade varit bättre. Malaria är för närvarande ett allvarligt hot i vissa utvecklingsländer som är svår att skydda sig mot. Då denna allvarliga sjukdom inte har fått fäste än i västvärlden tror vi att man inte prioriterar malaria så mycket som man borde vad gäller forskning för botemedel. Innan denna studie hade vi kunskap om hur viktigt adekvat vatten- och avloppshantering är för möjligheten till en god hälsa men efter egna upplevelser och fördjupad kunskap förstår vi att det är oundgängligt. I Sverige tar vi detta som en självklarhet medan i Gambia är detta något som är få förunnat. Detsamma gäller för HIV/AIDS situationen som ser oerhört annorlunda ut då detta är ett stort problem i Gambia och ett relativt litet problem i Sverige. Något att fundera över är att i Sverige har vi resurser, i form av ekonomi, kunskap och läkemedel, för att hantera HIV-situationen men i Gambia där problemet är stort har man inte resurser för att hantera det och inte rätt tillvägagångssätt från statens sida, dvs. att man går ut till befolkningen med felaktiga förhoppningar om att man kan bota dem.

## ***Alkohol och droger***

### **Skolan informerar**

Som vi nämnt tidigare ligger även informationen om alkohol och droger på skolan. Detta gäller för både Varberg och Bakau och de är dessutom eniga om att informationen inte fungerar. Informationen i skolan ges ofta i form av en envägsprocess, det blir endast en

monolog från lärare till elev, där ämnet egentligen borde tas upp och kommuniceras via dialog (Jarlbro 2004). En anledning till att informationen kanske inte når fram är att ungdomar och lärare befinner sig på olika kunskapsnivåer (Jarlbro 2004). Vi har själva genom egen erfarenhet sett en förändring i svenska skolans läroplan vilket visar på att man försöker förbättra detta för att på ett mer effektivt sätt få kontakt med ungdomarna. I Bakau försöker man utöka med rollspel och smågruppsdiskussioner för att få ett bättre resultat.

I båda länderna kräver man att barer och restauranger har tillstånd för att sälja alkohol och detta kontrolleras genom regelbundna inspektioner. I Sverige såväl som i Gambia är alkohol lagligt och droger är förbjudna. Man känner dock en stor maktlöshet på hälsocentraler, ungdomsmottagningar och liknande då både alkohol och droger är lättillgängliga för ungdomarna. Anders Romelsjö redogör i sitt kapitel ”Att förbättra alkoholvanor”, i boken Preventiv medicin, att priset, tillgången och samhällets attityd gentemot alkohol spelar en viktig roll för ungdomars alkoholvanor och inställning till alkoholkonsumtion (Romelsjö 1999).

### **Skada på kroppen eller stärkt självförtroende?**

I Varberg har man en aktivitet som kallas ”föräldrar på stan” som syftar till att ge trygghet till ungdomar och ge dem mindre valfrihet under stökiga helger och högtider. Detta föräldraengagemang finns inte vad vi har sett i Bakau. Vår känsla var att föräldrarna inte har någon aning om vad deras tonårskillar sysslar med på kvällarna medan kontrollen på tonårsflickor verkar bättre. Detta beror nog på Gambias kulturella acceptans och mer toleranta inställning till män och pojkar. Man har inte så stora problem med alkohol i Gambia då majoriteten av befolkningen är muslimer. Islam förbjuder alkohol och kanske också droger men detta såg vi att man tolkade efter sin egen fördel eller (nackdel). Vi upplevde under vår vistelse i Gambia att droger används i lika stor utsträckning i Gambia som alkohol konsumeras i Sverige eller till och med mer. Ju mer tid vi tillbringade i landet desto mer såg vi av deras avslappnade attityd gentemot droger samt hur utbrett det egentligen var. Det finns ingen åldersgräns för alkoholkonsumering i Gambia och detta beror på att det är förbjudet enligt religionen.

Informationen om alkohol och droger i Sverige har på senare år fokuserats på att ge ungdomarna en styrka och självförtroende att våga säga nej. Skräckpropagandan runt alkohol och drogers förödande konsekvenser på kroppen har visat sig inte fungera. Flera forskare påpekar att information innehållande skräckpropaganda kan leda till att mottagaren ignorerar budskapet. I Gambia fokuseras informationen om alkohol och droger på dess biverkningar på kroppen och hjärnan med fokus på droger då alkohol inte är ett lika stort problem eftersom det är förbjudet enligt islam.

### **Lärdomar**

Våra viktigaste lärdomar i detta avsnitt är att i Sverige mobiliserar föräldrar, i flera olika städer, olika grupper för att hålla koll på sina ungdomar, detta sker inte i Bakau där många pojkar kan röra sig fritt i samhället på kvällar och nätter medan flickor inte kan göra det i samma utsträckning. Föräldrarna tar alltså ingen aktiv roll i att kontrollera sina ungdomar men de har bättre kontroll på flickorna än på pojkarna. Efter diskussioner med lokalbefolkningen har vi förstått att respekten för äldre har minskat drastiskt vilket vi också uppleva i Sverige. Frågan är vad det beror på? Är det ändrade attityder, annorlunda uppfostran eller ett mer individualistiskt samhälle som påverkar eller vad ligger bakom denna komplexa fråga? Den

information som ges i skolan gällande alkohol och droger har visat sig inte fungera (Wallin 2006). Trots kunskap fortsätter man med samma metod vilket vi tycker är slöseri med tid och resurser. Dock så fokuserar man i Sverige på självförtroende och att våga säga nej medan man i Gambia inriktar man sig i stort på skadeverkningar på kroppen och hjärnan. Vi tycker Sveriges metod är mer nyskapande och i just detta fall kanske Gambias skolverk kan ta lärdom av oss. Sveriges attityd gentemot alkohol är relativt liberal medan vi har en sträng drogpolitik. Gambias attityd gentemot droger är relativt liberal medan man har en sträng alkoholpolitik, då det är förbjudet enligt Islam. En alkoholpåverkad person i Sverige väcker ingen speciell uppmärksamhet och detsamma gäller en drogpåverkad person i Gambia. Vi tycker detta är en skrämmande utveckling vi ser och det gäller de båda länderna. Svenskar är uppväxta med strängare regler gällande droger får man en chock när man ser hur utbrett droganvändningen är i Gambia och hur det är socialt accepterat att endast pojkar använder det.

## **Utvärdering**

Vad gäller utvärdering har vi inte lyckats finna några likheter inom detta område länderna emellan. Möjligtvis finns utvärderingar i Gambia men kanske ligger de på en högre nivå eller så är det ett missförstånd mellan oss och informanterna. I Sverige går vi till en överdrift vad gäller vad som skall utvärderas. Vi lägger ut ofantliga summor på utvärderingar och där kanske endast ett fåtal kommer till nytta och där resultatet används i praktiken (Lindgren 2007). I Gambia har vi genom intervjuerna fått fram att ett motsatt förhållande råder. Inga resurser läggs på utvärderingar och möjligen finns inte kunskapen om det. Kanske skulle det optimala vara att mötas på mitten. I Sverige för Smittskyddsenheten statistisk över vaccinationer och sjukdomar. Utvärdering görs fortlöpande, vilket allmänheten inte tar del av men man sätter tilltro till systemet. På hälsocentret i Bakau sker inga utvärderingar utan man låter processen ha sin gilla gång så länge det fungerar.

Sveriges alkohol och drogvänor utvärderas av Folkhälsoinstitutet. Inte heller här gör Gambia någon utvärdering. Preventivt arbete behöver utvärderas och speciellt när det kommer till ett så kontroversiellt ämne som alkohol och droger. De metoder som används för att förebygga konsumering kanske egentligen gör mer skada än nytta och med det menar vi att om man uppmärksammar och informerar ämnet på ett felaktigt sätt kan detta ge ungdomarna en känsla av spänning för ämnet istället för att inse de farliga konsekvenserna.

## **Det preventiva perspektivet och våra resultat**

Som beskrevs i det teoretiska perspektivet i början av uppsatsen består prevention av primära, sekundära och tertiära åtgärder. Utefter problemets nivå beslutar man sig för vilken strategi man vill använda sig av. Vi har fokuserat på primär prevention i första hand då vi anser att detta är en av de viktigaste strategierna inom folkhälsa. Från våra resultat kan man se att Bakau, Gambia försöker arbeta primärt inom infektionssjukdomar då de har kunskapen om att detta ger stora hälsovinster i det långa loppet men resurserna räcker inte till. Detta beror på att mycket av det preventiva arbetet sker på sekundär och tertiär nivå vilket är mycket kostsamt och att forskning och forskningsanslag saknas inom t.ex. malaria. Inom området vatten och avlopp är man i ett första stadie och här bedrivs främst sekundärt och tertiärt arbete. Detta innebär att när förorenat vatten uppmärksammas varnas befolkningen och området sätts i karantän etc. I Sverige har vi ett väletablerat system där primärprevention bedrivs effektivt. Vi har ett fungerande vatten- och avloppssystem och detta parallellt med vårt

vaccinationsprogram undanhåller vi de flesta infektionssjukdomarna. Sekundärt och tertiärt arbete bedrivs genom hälso- och sjukvården med endast ett fåtal fall inom infektionssjukdomar.

Om vi går vidare med vår andra huvudkategori alkohol och droger har vi fått förklarat för oss att i Gambia bedrivs endast primärt arbete i form av information i skolan. Man utför inga drogtestar eller alkoholtester av vare sig polis eller statlig myndighet och vad vi har kunnat utröna finns inga uttalade åtgärdsstrategier vid missbruk. Man är till viss del medveten om problemet men vi anser att detta behöver uppmärksammas och åtgärdas av staten för att få effekt. Med andra ord saknar vi åtgärder inom alla preventionsnivåer men främst behövs ett mer fokuserat arbete på primärnivå då detta kan motverka missbruk. I Sverige däremot har vi åtgärdsstrategier på alla preventionsnivåer, t.ex. genom ”Anonyma alkoholister” och socialtjänsten. Även här befinner sig det primära arbetet på skolan men även inom föreningslivet och man försöker utveckla metoder för att nå fram till ungdomarna på ett mer effektivt sätt. I det svenska samhället finns hjälp att få, i allt ifrån hälso- och sjukvården till frivilliga organisationer, både på sekundär samt tertiärnivå.

I Gambia och även i Sverige finns en medvetenhet och vilja att jobba mer primärt då detta i längden leder till både ekonomiska vinster såväl som individuella hälsovinster som vi redogjort i bakgrunden. Skillnaden länderna emellan beror bl.a. på resurser, organiseringsmöjligheter, prioriteringar och kunskap m.m. Vi hoppas detta uppmärksammas i båda länderna och kan utvecklas till det bättre i framtiden.

## Slutsats

Trots många skillnader och olika arbetssätt så existerar det i Gambia ett ordnat kaos som fungerar, detta innebär att det finns inga handlingsplaner eller färdiga strategier dock fungerar ändå arbetet på hälsocentret. De har ett gott samarbete hälsocenter emellan och det existerar inget ”prestigeproblem” på marknivån. Mentaliteten som råder är att resurser är knappa men man gör det man kan med de resurser man har. Man behöver en bättre infrastruktur, ett fungerande vatten- och avloppssystem som leder bort restvatten från bostäderna och till sist det som vi anser vara mest problematiskt är att man inte kontrollerar att individerna är friska innan de vaccineras. Detta innebär t.ex. att en HIV-infekterad person inte får rätt behandling, inte får något fullgott vaccinationsskydd samt att pengar slängs i sjön. Detta är dock väldigt svårt att kunna göra någonting åt då de inte har de resurser som krävs för att kunna testa alla. Man resonerar istället som så att det är bättre med en populationsstrategi, då man kan hjälpa fler människor lite, än en riskgruppsstrategi där endast ett fåtal får mycket hjälp.

I Sverige har vi ett exemplariskt och välordnat system där få faller mellan stolarna, vilket vi har fått bekräftat genom våra intervjuer. Man har bra kontroll på statistik och sjukdomsmönster vilket leder till att man kan göra prioriteringar och kan vara mer kostnadseffektiv. Dock uppfattar vi det som att det råder en stor rädsla för att misslyckas på grund av prestige och ekonomi. Om man inte har en fullfjädrad handlingsplan så gör man ingenting åt problemet. I många fall tycker vi att det kanske bättre att handla i liten skala än att vara medveten om problemet men att inte försöka göra någonting åt det. Ett annat problem som vi uppmärksammat och som inte är kostnadseffektivt, är Sveriges ”utvärderingsmonster” (Lindgren 2007) som innebär att allt skall utvärderas men det är inte alltid resultaten kommer till användning.

I båda länderna har man genom vaccinering i stort sett lyckats med att utrota de vanligaste barnsjukdomarna. Detta är en mycket positiv utveckling vilket visar tydligt på vaccinet betydande roll. Detta till trots fann vi en skillnad i attityden gentemot vaccination. Vi uppfattade att i Gambia finns en större vilja att vaccinera sina barn än i Sverige då man är rädd för bieffekter. Vi ser detta som en oroande utveckling men det kanske är svårt som förälder att inte påverkas av ovetenskaplig mediepåverkan från t.ex. dagstidningar.

HIV/AIDS situationen är också problematisk och komplex i hela världen. Dess sätt att sprida sig är ett kontroversiellt ämne som många gånger är svårt att prata om. I de länder där situationen är som värst har man minst resurser för att kunna göra något åt det och till det tillkommer att ämnet ofta är tabubelagt. Här krävs en öppenhet från staten och från andra organisationer i samhället så att man vågar tala om ämnet utan att bli utfrysad och att genom samtal sprida kunskap om problemet.

Något som vi observerat och tror skulle vara bra för t.ex. Sverige är att ta del av det familjära och sociala skyddsnät som befolkningen i utvecklingsländerna själva skapat. Man finner trygghet och social tillhörighet med grannar och familj, något som inte existerar på samma sätt i t.ex. Sverige, där det är ett mer individualistiskt samhälle.

Det är skrämmande att se hur utbrett droganvändandet är i Bakau. Folk är drogpåverkade på arbetstid eller när man är sysslöslös vilket många kan vara på grund av t.ex. dålig ekonomi. I Sverige däremot tåmpas vi istället mer med alkohol användning, vilket är ett stort problem med t.ex. mer liberal inställning, fler tillfällen då alkohol konsumeras (after work) och även ett förändrat dryckesmönster.

Det här arbetet har inte gått ut på att lägga fram ett system som bättre än det andra, utan vi ville påpeka likheter eller skillnader i upplevelsen av det preventiva arbetet som leder till att vi kan lära av varandra. Situationen är nu sådan att det är viktigt att jobba förebyggande då sjukdomspanoramat förändras, globaliseringen får en allt större roll och vi får nya miljö- och klimatförhållanden. Vi vill därför avsluta med att ännu en gång citera Geoffrey Rose:

*"It's better to be healthy than ill or dead. That is the beginning and the end of the only real argument for preventive medicine. It is sufficient"*



## Källförteckning

Allébeck, P. Utvärdering av preventiva insatser. I: Orth-Gomér, K. & Perski, A. (1999) *Preventiv medicin i teori och praktik- en metodik för bättre folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Beaglehole, R., Bonita, R. & Källström, T. (1995) *Grundläggande epidemiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Beaglehole, R & Bonita, R (2004) *Public health at the crossroads – Achievements and prospects. Second edition*. United Kingdom: Cambridge university press

Björkman, A & Lundström, P. (2007) *Barnen behöver inte dö*. Online: Aftonbladet. Tillgänglig: <http://www.aftonbladet.se/vss/debatt/story/0,2789,1069019,00.html>. (2007-05-26)

Björkman, S. (2006) *Afrikas värld i skolan - en litteraturstudie om Afrikabilden i skolans geografiböcker*. Göteborgs universitet: Rapportnummer: VT06-3050-02.

Brodin, H & Andersson, A. (1998). *Hälsoekonomins grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Cassel, M. (2007) *Vaccination av barn*. Online: Sjukvårdsupplysningen. Tillgänglig: <http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=24604>. (2007-05-22)

Creutzer, M. (2005) *Vad gör vi i alkoholfrågan?* Stockholm: FHI Tillgänglig: <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/alkoholfragan0504.pdf> (2007-05-22)

Fombonne, E et al.(2006) *"Pervasive Developmental Disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and Links With Immunizations."* Online: Pubmed. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=PubMed> (Sökord: immunization, autism, measles) (2007-05-22)

Forsberg, M. (2005) *Ungdomar och sexualitet*. Stockholm: FHI. Tillgänglig: (<http://www.fhi.se/upload/ar2006/Rapporter/r200618Ungdomarochsex0605.pdf> (2007-05-22)

Gunnarsson, R. (2002) Kvalitativ deskriptiv metod. Online. Tillgänglig: <http://www.infovoice.se/fou/bok/kvalmet/10000067.htm> Citerar: Bodgan, R & Taylor, S.J. (1984) *Introduction to qualitative research methods*. The search for meaning. Second edition. New York: Wiley and Sons. (2007-05-23)

Gunnarsson, R. (2007) Kunskapsansats- kvalitativt eller kvantitativt perspektiv? Tillgänglig: [www.infovoice.se](http://www.infovoice.se). (se: kunskapsansats) citerar: Åsberg, R. (2001) Det finns inga kvalitativa metoder – och inga kvantitativa heller för den delen. Det kvalitativa-kvantitativa argumentets missvisande retorik. *Pedagogisk Forskning i Sverige*. 2001;4:270–292.

Hansson, A. (2004) *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.

Hedin, G. Medicinsk och annan information om resor och infektioner på Internet. I: Mårdh, PA.(1998) *Rese- och migrationsmedicin*. Lund: Studentlitteratur.

Jarlbro, G. (2004) *Hälsokommunikation – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

- Lindgren, L. (2007) *Föreläsning utvärdering - i kursen Vetenskapliga teorier och metoder*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Meeuwisse, A. (2003) *Barnvaccinationer*. Karlshamn: Blekinge forsknings - och utvecklingsenhet.
- Norlund, A. Hälsoekonomisk utvärdering av insatser för folkhälsa. I: Orth-Gomér, K. & Perski, A. (1999) *Preventiv medicin i teori och praktik- en metodik för bättre folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Notter, L. E. & Hott, J.R. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*, Studentlitteratur, Lund.
- Orth-Gomér, K. & Perski, A. (1999) *Preventiv medicin i teori och praktik- en metodik för bättre folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Romelsjö, A. Att förbättra alkoholvanor. I: Orth-Gomér, K. & Perski, A. (1999) *Preventiv medicin i teori och praktik- en metodik för bättre folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur
- Rose, G. (1995) *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University press.
- Scriven, A. & Garman, S. (2005) *Promoting health- global perspectives*. New York: Palgrave MacMillan.
- SIDA. (2006) *Varmare klimat minskar tillgången till rent vatten*. Stockholm. Tillgänglig: <http://www.sida.se/sida/jsp/sida.jsp?d=693&a=25390> (2007-05-26)
- Sundin, J. Vägen mot ett längre liv. I Carlsson G. Arvidsson, O. (1994) *Kampen för folkhälsan*. Stockholm: Natur och kultur.
- Svanström, L.(2003) *Sjukdomslära*. Lund: Studentlitteratur.
- Triches, R. (2007) *Helig dusch ska bota dem från aids*. Online: Aftonbladet. Tillgänglig: <http://www.aftonbladet.se/vss/nyheter/story/0,2789,1037864,00.html> (2007-05-22)
- Vedung, E. (1993) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: studentlitteratur.
- Wallin, E. (2006) *Primärprevention - Vad säger forskningen om effektiva metoder för att förebygga alkoholrelaterade problem?* Stockholm: CAN.
- WHO. (2002) *The world health report 2002 – reducing risks, promoting healthy life*. France: WHO. (2007-05-23)
- WHO. (2005) *Climate and health*. Online: Media centre. Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/> (2007-05-23)
- WHO. (2006) Online: WHO. Tillgänglig:

[http://www.who.int/immunization\\_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tscoveragebcg.htm](http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tscoveragebcg.htm) (2007-05-22)

WHO. (2007) *Frequently asked questions*. Geneva: WHO. Tillgänglig: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (2007-05-22)

Weinehall, L. Att förbättra folkhälsan i lokalsamhället - om Norsjömodellen. I: Orth-Gomér, K. & Perski, A. (1999) *Preventiv medicin i teori och praktik- en metodik för bättre folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Werkö, L. (2003) *Global folkhälsa – tar vi vårt ansvar?* Lund: Studentlitteratur.

Winroth, J. & Rydqvist L-G. (2002) *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion*. Huddinge: SISU Idrottsböcker.

## Bilaga 1

Sverige		Gambia	
Barnets ålder	Vaccin	Barnets ålder	Vaccin
		Födelse	BCG Polio dos 1 Hepatit B dos 1 Hib B
		1 mån	Polio dos 2
		2 mån	DTP +Hib dos 1 Hepatit B dos 2 Polio dos 3
3 mån	DTPertussis dos 1 Hib dos 1 Polio dos 1	3 mån	DTP+Hib dos 2 Polio dos 4
		4 mån	DTP+Hib dos 3 Hepatit B dos 3
5 mån	DTPertussis dos 2 Hib dos 2 Polio dos 2	5 mån	
		9 mån	Gula febern Mässling Polio dos 5
12 mån	DTPertussis dos 3 Hib dos 3 Polio dos 3	12 mån	DTP+ Hib dos 4
18 mån	MPR dos 1		
5-6 år	DTP dos 4 Polio dos 4		
6-8 år	MPR dos 2		
14-16 år	DTP dos 5		

**Tabell 1. Vaccinationsprogram Sverige och Gambia**

Förklaring

**DT** = Vaccin mot difteri och tetanus (stelkramp)

**DTPertussis** = Vaccin mot difteri, tetanus och pertussis (kikhosta)

**Hib** = Vaccin mot hämofilus influenza typ b

**MPR** = Vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund

**BCG** = Vaccin mot Tuberkulos

Källa: (Cassel 2007) (WHO Immunization 2006)