

Essensielle legemidler

Essensielle legemidler er kostnadseffektive medisiner som er viktige sett ut fra et folkehelseperspektiv. Begrepet innebærer at noen medisiner er viktigere enn andre.

Erfaringer fra Norge var en del av grunnlaget da Verdens helseorganisasjon (WHO) opprettet den første listen med 208 essensielle legemidler i 1977. Siden er listen revidert 13 ganger og tilpasset tilgangen på nye legemidler. Dette arbeidet har synliggjort den store mangelen på livsviktige medisiner i u-land.

WHO har nå samlet informasjon om 316 essensielle legemidler og gjort informasjonen tilgjengelig over Internett (<http://mednet3.who.int/eml>). Hensikten er å hjelpe legemiddelkomiteer og helseinstitusjoner. Listen gir også god generell informasjon om mange sykdommer og behandling av disse. Det er således mulig å finne råd om behandling for sykdommer som strongyloidiasis, trypanosomiasis og tropiske sår. Informasjonen vil være til hjelp for hjelpeorganisasjoner og helsepersonell som skal arbeide i u-land. Informasjonen er ren tekst og dermed tilgjengelig også for land med dårlig Internett-forbindelse.

Organisasjonen Leger uten grenser arbeider også for å bedre tilgangen på livsviktige legemidler (www.accessmed-msf.org). For dem som ønsker å delta i en diskusjonsgruppe om disse spørsmålene, gir Satellites E-Drug Forum (www.essentialdrugs.org/edrug) nyttig informasjon.

Bernt Lindtjøm

bernt.lindtjorn@cih.uib.no
Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen

Internasjonal medisin

Den beste prevensjon er barns overlevelse

– «Befolkningsproblemet» og de mange barna i fattige land har en forklaring. Fertilitet er ikke noe man kan eller bør bekjempe som en farsott. Det beste prevensjonsmiddel er barns overlevelse, mener Staffan Bergström, som gjennom forskning og klinisk virksomhet har fått innsikt i fattigdommens patologi. Han etterlyser en «ektoskopisk» tilnærming til internasjonale helsespørsmål – evnen til å se utover til de virkelige og dramatiske sammenhenger.

Mitt første kjennskap til professor Staffan Bergström fikk jeg under et besøk i Maputo i Mosambik. I forbindelse med etablering av samarbeid mellom de medisinske fakulteter i Maputo og Trondheim oppsøkte vi gynekologisk avdeling ved universitetssykehuset Central Hospital (1). Leger og sykepleiere spurte oss nysgjerrig: «Dere kjenner vel professor Bergström?» med utvetydig forventning om et positivt svar. Jeg nølte litt, men min kollega kom meg i forkjøpet og svarte kjapt: «Selvfølgelig». At Staffan Bergström hadde satt spor etter seg på sykehuset og spesielt på avdelingen, fikk vi mange bevis for, og alle så frem til hans neste arbeidsopphold ved sykehuset. Senere har jeg ved flere anledninger møtt han både i Maputo og ikke minst på sommerkurs på hans feriested på Gotland (2). På vegne av Avdelningen för internationell hälsa ved Karolinska Institutet (3) inviterer han afrikanske, asiatiske og europeiske forskere som arbeider med reproduktiv helse til workshop en ukes tid.

– Bergström, du er spesialist i obstetikk og gynekologi, men hva ligger til grunn for ditt store engasjement i internasjonal medisin?

– I skoletiden var jeg meget fascinert av «befolkningsproblemet». Det ledet til at jeg valgte å studere medisin og siden disputere innen eksperimentell reproduksjonsforskning med vinkling på antiøstrogen og «angrepiller». Senere fikk jeg i flere år u-landsoppdrag og økt innsikt i fattigdommens patologi: De mange barn har en forklaring. Fertilitet er ikke noe man kan eller bør bekjempe som en farsott. Det beste prevensjonsmiddel er barns overlevelse. Dette er fundamentalt. Samtidig er jeg selv sagt meget positiv til prevensjonsmidler, og jeg er en overbevist tilhenger av selvbestemt abort.

– I Afrika er alle tall store, for befolkningsvekst, for insidens og prevalens av sykdom. Du nevnte for meg at i 1982 i Maputo var det årlig 50 000 forløsninger ivaretatt av

seks leger. Blir ikke oppgavene for overveldende?

– Nei, du får jo utrettet så mye, gjerne med små midler og liten intervensjon. Det er mange takknemlige oppgaver og man ser ofte umiddelbart gode resultater. Og tenk på forskningspotensialet! Det er 250 tilfeller av eklampsi hvert år, i Sverige er det bare en håndfull tilfeller over flere år. Det var 4–5 dødfødte hver dag, men hvilken patologi lå til grunn for slike tragiske svangerskapsutfall? Vi leger var ganske sikre på at patologien var en annen enn i Norden. Spørsmålene var utfordrende og måtte besvares.

– Hva fant dere?

– Vi fant at dødfødsler blant annet kunne skyldes forstervannsinfeksjonssyndrom, et samvirke mellom kvinnens ernæringsstatus og det intrauterine miljø. Foster vann hos gravide i Mosambik var ofte bakterierikt. Fosteret svelger det infeksjøs foster vannet, og barnet fødes med kongenital lungebetennelse som kan utvikle seg til neonatal sepsis. Perinatal dødelighet var også forårsaket av prematur fødsel, lav fødselsvekt, placentalskade og membranruptur. Mikrobiologiske prøver viste 90 % korioamnionitt og 25 % E coli-bakterier i blodet ved steril obduksjon av dødfødte barn. Om man forsker i utviklingsland, blir man belønnet med mange positive funn som kan vise sikker sammenheng! Vi fant også en lav sosioøkonomisk profil hos kvinner som mistet sine barn. Fattigdom og ernæringssvikt var fellestrekk. Det må også nevnes dårlig seksuell hygiene og uheldig seksuell praksis.

Ektoskopisk tilnærming

– WHO har erklært som et utviklingsmål for 2015 at maternell dødelighet skal reduseres med 75 % i forhold til nivået i 1990. Hvor realistisk er dette?

– Kairo-konferansen i 1994 om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter hadde en halvering av møredødelighet innen år

2000 som målsetting, men dødeligheten har økt! Det er ingen tegn til at den reduseres. Barnedødeligheten har imidlertid gått ned. Kvinner dør under graviditeten og i fødsel – også fordi fødselshjelpere er blitt mindre aktive under fødsel i frykt for å bli smittet av HIV. Kvinner dør etter komplikasjoner ved abort og av infeksjoner i barseltiden. Man kan for øvrig anta at det er en stor underrapportering av mødre-dødelighet.

– Hva kan gjøres?

– Det må investeres i fødselshjelpere og transport, slik at fødende som trenger assistanse får den av kyndige fagfolk, og ikke minst generell obstetrisk ektoskopi.

– Obstetrisk ektoskopi?

– Dagens vestlige medisin tenderer til å være «endoskopisk», i betydningen introvert, der vi sysler med små spesielle ting uten å se de store sammenhenger. Endoskopi betyr å «se innvendig». Ordet ektoskopi kan brukes til å betegne det å «se utover» – se de virkelige og dramatiske sammenhenger. En ektoskopisk tilnærming er nødvendig for å løse mange folkehelseproblem og spesifikke helsespørsmål i utviklingsland. La meg nevne ett eksempel fra India. Mange gravide er anemiske og behandles med jerntilskudd, et typisk endoskopisk tiltak; vi ser den lille detaljen som må korrigeres. Men årsaken til anemien kan ofte være hakeorm i tarmen, som forårsaker blødning. Denne hakeormen spres ved avføring som blir liggende på bakken. Kvinnene går barfott og smittes. Denne sirkelen med reinfeksjoner kan bare brytes ved å bygge latriner. Det er ingen jernmangelanemi, men en latrinemangelanemi! Det er nødvendig med tiltak utenfor helsevesenet, men latriner har lav prestisje i forhold til medisinsk intervensjon.

Fattigdommen dreper

– De barnerike familier...

Staffan Bergström avbryter. – Er fertilitet en sykdom? Multiparitet er farlig for kvinner. Joda, prevensjonsmidler er tilgjengelig, men jo høyere spedbarnsdødelighet, jo høyere barnetall. Man må kompensere tap. Den endoskopiske tilnærmingen er fødselskontroll, men den ektoskopiske tilnærmingen vil være god svangerskaps- og mødreomsorg og gode levekår for barn. En holistisk løsning. Nok engang kommer fattigdom inn i bildet. I Nigeria er det ingen relasjon mellom multiparitet og maternell mortalitet for de velstående, men sammenhengen er åpenbar for fattige kvinner, slik situasjonen var i Sverige for 200 år siden. Fattigdom dreper.

– Abort? Vi kan rette blikket mot India igjen, der ble det innført legal abort på 1970-tallet. Det utføres 6,7 millioner aborter årlig i India, hvorav fire millioner kan betegnes som illegale utført av ukyndige. Legalisering var ikke nok, man må ha personell også. I India kan bare leger utføre en provosert abort, og det kreves et par titalls tusen ekstra legeårverk for å ivareta bare den oppgaven. Selv om India i årtier har hatt legal abort, viste en nylig undersøkelse at 35 % av befolkningen mente at abort var ulovlig. Globalt dør 1 000 kvinner per 100 000 illegale aborter, mens tallet på døde ved legale aborter er 0,6. Årlig dør 90 000 kvinner etter abortkomplikasjoner.

– Jeg drister meg til å foreslå en endoskopisk løsning: lett tilgang på prevensjonsmidler?

– Ingen land har løst abortproblemet med prevensjon. I Norden vil 20 % av alle graviditeter termineres. Hvordan skal fattige land klare det bedre? Det billigste prevensjons

middel er ifølge UNESCO fire års skolegang. Analfabetismen er en svøpe for kvinner både helsemessig og sosialt. Hadde India på 1950-tallet satset rupiene sine på utdanning heller enn på prevensjon og sterilisering, ville de ha kommet nærmere målene.

– Den samme utviklingen har vi sett i Norge: Barnetallet ble redusert før allmenn tilgang på prevensjon.

– Nettopp, folk i Norden for hundre år siden hadde motivasjon, vilje og kunnskap om begrensning av barneflokk.

– WHO har ambisiøse mål som til stadighet fornyes, men i mindre grad realiseres. Vi har begge en forkjærighet for Afrika, men utviklingen innen folkehelsen gir ikke stor grunn til optimisme med tanke på HIV- og AIDS-epidemien?

– Jeg er optimist! 30 års arbeid svekker ikke min optimisme, snarere tvert imot! Jeg oppmuntrer alltid mine studenter: «Ut og reis!» Det er mye helsearbeid som må gjøres og resultatene lar ikke vente på seg.

Berit Rostad

berit.rostad@medisin.ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7489 Trondheim

Litteratur

1. Rostad B. I kjølvannet av kolonitiden. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1094–5.
2. Rostad B. Reproduktiv helse i utviklingsland. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3613.
3. Department of Public Health Sciences, Division of International Health (<http://www.phs.ki.se>) (21.10.2003).



I India behandles mange gravide med jerntilskudd, selv om de er anemiske fordi hakeorm i tarmen forårsaker blødning. Det er nødvendig med tiltak utenfor helsevesenet, men bygging av latriner har lav prestisje, sier Staffan Bergström som har vært professor i internasjonal helse ved Karolinska Institutet siden 1996. Foto WHO/P. Virot og Kurt Saake