

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 Satellifes E-Drug Forum (www.essentialdrugs.org/edrug) nyttig informasjon.

Bernt Lindtjørn

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 Avdelingen 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-landsopdrag 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. Fostervann hos gravide i Mosambik var ofte bakterierikt. Fosteret svelger det infeksjose fostervannet, og barnet fødes med kongenital lungebetennelse som kan utvikle seg til neonatal sepsis. Perinatal dødelighet var også forårsaket av prematur fødsel, lav fødselsvekt, placentalløsning 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 mødredødelighet innen år