

Svindelpreparater et økende problem

■ Kriminelt forfalskede legemidler er et økende problem både i vestlige land og i utviklingsland. I USA har et parti med heparin forårsaket 81 dødsfall siden november 2007 pga. en tilsatt skadelig kontaminant (1). De amerikanske legemiddelmyndighetene (FDA) tror kontaminanten (oversulfonert kondroitin-sulfat), som er strukturelt veldig likt heparin og omtrent 100 ganger billigere, kan ha blitt tilsatt med vilje (2). Partiene med heparin kom fra en kinesisk underleverandør til Baxter International.

FDA har hatt en åttedobling i antall forfalskningssaker fra 2000 til 2006. I flere utviklingsland regnes det som sannsynlig at 10–30 % av medikamentene er forfalskninger. Slike forfalskninger er problematiske av flere grunner: mangel på aktiv ingrediens eller farlige kontaminanter kan føre til dødsfall, og små mengder av den aktive ingrediensen kan føre til økt resistensutvikling. Dette er særlig et problem med uekte antimalariatabletter (artemisin) i Asia og Afrika. I Sørøst-Asia er 33–53 % av disse kriminelle forfalskninger (3).

Kriminelle bruker sofistikerte metoder for å unngå at forfalskningene skal oppdages ved standard laboratorietester. I USA er det antatt at omsetningen av uekte preparater innen 2010 vil komme opp i 75 milliarder dollar (2).

I en epidemiologisk studie av kriminelle forfalskninger av artemisin i Sørøst-Asia ble det påvist at tabletter inneholdt antibiotika, paracetamol, eldre antimalariastoffer og safrol, som er et karsinogen (3). Mange av forfalskningene kom fra Kina. Studien, som ble gjort i et samarbeid mellom Verdens helseorganisasjon, Interpol og helsepersonell, har ført til flere arrestasjoner. Dette samarbeidet kan være en modell i arbeidet mot kriminelle og forfalskede legemidler.

Oda Riska

oda.riska@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Kishimoto TK, Viswanathan K, Ganguly T et al. Contaminated heparin associated with adverse clinical events and activation of the contact system. *N Engl J Med* 2008; 358: 2457–67.
2. Combating counterfeit drugs. *Lancet* 2008; 371: 1551.
3. Newton PN, Fernández FM, Plançon A et al. A collaborative epidemiological investigation into the criminal fake artesunate trade in South East Asia. *PLoS Med* 2008; 5: e32.

Anestesi og krig i Faryab

Anestesiprojektet i Afghanistan er et forsøk på å bygge opp et nytt afghansk helsevesen og har etter hvert fått høy prioritet blant politikere og forsvarsledelsen i Norge. I Meymaneh står lokale krefter nå for driften av anestesivdelingen på sykehuset mer eller mindre på egen hånd.

Juli 2006. Vi er på vei til Meymaneh Provincial Hospital nordvest i Afghanistan. Det er ikke mange milene til Turkmenistan og Usbekistan i nord og til Iran i sørvest bak de gule fjellene. Når regnet kommer, blir fjellene grønne, men det har vært lite grønt de siste årene. Det er tørke og grobunn for lite annet enn fanatisme og anarki. Med ryggsekk, splintvest, maskingevær og en glock på hoften kjennes solen hetere og den drøye kilometeren ned til sykehuset lengre. Gatene er tørre og støvete, liksom kollene som kranser byen. Rufsede unger løper barbeinte rundt oss og ler, peker og hilser. Kvinner kaster blikk bak sine burkaer. Skjeggete menn stirrer. Vi er sju i følget, av disse fire soldater som vokter utenfor mens vi arbeider bak sykehusveggen.

Vi holder til i den norsklede militærleiren i byen, et fremmed fort i en gammel bankbygning. Der har den norske stabiliseringsstyrken barrikadert seg siden høsten 2005, da vi tok over etter britene. Omkring 150 mann er innlosjert her, inkludert et par dusin finner og en håndfull latviere. Vi lever trangt og spartansk, selv til en militærleir å være. Rundt oss lever mer enn en million mennesker i et føydalt samfunn. Det regionale sykehuset har drøye 100 senger, fordelt på kirurgisk, indremedisinsk og obstetriske-gynekologisk avdeling samt enheter for tuberkulose, malaria og leishmaniasis. Det blir fort trangt om plassen. Ubemidlede, som ofte trenger flere dager for å komme

til sykehuset, tvinges til andre alternativer. Her gjelder «survival of the fittest».

Bakgrunn for anestesiprojektet

Da Norge tok over ansvaret for stabiliseringsstyrken i Faryab-provinsen i Nordvest-Afghanistan høsten 2005, ble det bestemt at styrken skulle støttes med et kirurgisk team som ledd i beredskapen. Primæroppdraget var å kunne foreta livreddende kirurgisk behandling og stabilisering av hardt skadet militærpersonell. Dette er viktig, da Meymaneh ligger i et isolert område og til tider er vanskelig tilgjengelig. Vintrene og sandstormene kan på sitt verste umuliggjøre evakuering. Veiene ut av provinsen er i hovedsak bygd for klover. Behovet for støtte ble tydeliggjort vinteren 2006, da leiren ble stormet av en mobb på nærmere 1 000 rasende mennesker. Hendelsen kunne fort ha eskalert til en blodig massakre i god regional tradisjon.

Senere på våren 2006 var Forsvarets overlege i anestesi på befaring ved det regionale sykehuset sammen med den afghanske helsedirektøren i provinsen. Møtet var kommet i stand i konferanse med Verdens helseorganisasjon (WHO) i Genève med tanke på at vår kirurgiske enhet kunne brukes til bedring av lokalbefolkningens helsetilbud, et tilbud som i beste fall kunne betegnes som marginalt. Konklusjonen etter besøket var at tilbudet var svært spartansk og med betydelig behov for strukturert kompetanseheving, oppfølging og situasjonstilpasset utstyr. Samtidig ble det klart at anestesitilbudet til befolkningen stod langt tilbake – i realiteten var det ikke-eksisterende. Dette samsvarte med resten av helsetjenesten i denne utarmede regionen.

Det var svært få uavhengige hjelpeorganisasjoner i området pga. sikkerhetssituasjonen. Det ble derfor inngått en avtale mellom WHO og Forsvarsdepartementet og Utenriksdepartementet i Norge. Denne avtalen formaliserte et pilotprosjekt ved Meymaneh Provincial Hospital, der det norske kirurgiske teamet skulle være ansvarlig for å etablere et anestesiprojekt i regionen. Det ble skrevet en intensjonsavtale mellom WHO, det afghanske helsedepartementet og den norske ambassadøren i Kabul på vegne

Brev fra Afghanistan

