



Farmaceuter utan Gränser
Sverige

Sammanfattningar och länkar från höstens föreläsningsserie i Uppsala

Under hösten 2006 har Farmaceuter utan Gränser haft ett samarbete med Internationella utskottet på Farmaceutiska Studentkåren i Uppsala, och detta utmynnade i tre föreläsningar på kårhuset Pharmen i Uppsala. Vi kommer fortsätta till våren och liknande upplägg kommer framöver också finnas i Göteborg. Vill du vara med och jobba med detta, kontakta info@fug.se.

Här följer en sammanfattning av vad vi fick lära oss och lite matnyttiga länkar för er som vill veta mer!

4 oktober 2006: Moçambique – ett land märkt av fattigdom och krig.

Sjukhusapotekschefen Lena Idman från Gotland berättade om sitt arbete i Moçambique under nästan 2 år i mitten av 90-talet. Regnoväddret till trots var det en välfylld sal som fick lyssna till Lenas berättelse om livet och arbetet i bl.a. Maputo – Afrikas Manhattan – skyskrapor med trasiga hissar och traditionella hyddor på bakgårdarna, unga människor som aldrig upplevt fred och god mattillgång, men som däremot hade tillgång till vapen.

Efter fredsavtalet 1992 mördades 1 miljon människor, många av dessa nyckelpersoner inom hälso- och utbildningssektorn, ytterligare 1 miljon flydde landets gränser. Andra utmaningar för landet efter fredsavtalet var transportproblem p.g.a. dåliga vägar och vägbanditer, en korruption som av [SIDA](#) beskrevs som epidemisk och en inflation som låg på 45 %.

Lena åkte på uppdrag av norska SIDA ([NORAD](#)), hon fungerade som rådgivare till Hälsoministeriet och skulle kartlägga hela landets läkemedelsdistribution. Läkemedel importeras, lagerhålls och distribueras ut till provinserna från 12 centrallager i landet. Ett problem var att Läkemedelsbudgeten till 98 % bestod av donationer och att biståndsgivare krävde internationell upphandling av läkemedel, vilket ledde till att lokala producenter sällan anlätades. Dessutom samordnades ej donationer, man visste inte när de skulle komma. Ofta i de fall det var läkemedel som donerades, så stod dessa läkemedel ej på den nationella läkemedelslistan (FNM) vilket ledde till att de blev stående i lagret. Läs mer här från WHO <http://www.fug.se/info.php> om problem med läkemedelsdonationer.

Läkemedelslistan hade när Lena arbetade i Moçambique inte uppdaterats på 10 år och som i ett fall med donerade tbc-läkemedel var det rätt substans men fel beredningsform, vilket ledde till att det ej kunde användas. Stora provinser lade kanske beställningar så sällan som 3 gånger per år, att jämföra med Sverige där apotek får leveranser varje dag. Det som beställdes var framför allt antiinfektiva medel och nästan inga analgetika alls, till exempel använde de 0.08 % av Sveriges användning av opioider.

Lena rekommenderar andra att åka på liknande uppdrag, visst finns det frustration – men glädjen tar över!

Läs mer om Moçambique:

WHO: <http://www.who.int/countries/moz/en/>

Amnesty: <http://www2.amnesty.se/ar98.nsf/d6a67f85ba087e8fc125662600241655/cdcc242c609846f6c125661f00486ef6?OpenDocument>

Läs mer om bistånd: www.sida.se, www.norad.se

Litteratur: The Distribution of Pharmaceuticals to the National Health Service in Mozambique, FIP Poster, Vancouver, 5 sep 1997.

1 november 2006: Malaria och lunginflammation, med fokus på vård av barn.

Årets första snöstorm hade drabbat Uppsala och den ursprungliga föreläsaren Karin Källander hade akut fått åka iväg utomlands på uppdrag – då hoppade forskaren Helena Hildenwall från avdelningen för Internationell Hälsa (IHCAR), Karolinska institutet in i stället. Stort tack Helena!

Infektionssjukdomen malaria, som är både vaccinerbar och behandlingsbar dödar ett barn i världen var 30:e sekund. (WHO)

Årligen dör omkring en miljon människor i malaria, men siffran har stigit de senaste åren, förmodligen beroende på ökad resistens mot antimalaria-läkemedel. De flesta malariainfektioner behandlas i områden med dålig infrastruktur och WHO har därför utarbetat enkla riktlinjer som ska kunna användas effektivt i alla miljöer. (WHO treatment guidelines)

Även luftvägsinfektioner är en av de vanligaste dödsorsakerna hos barn under 5 år. Denna grupp av sjukdomar kan motverkas, dels genom att ge barnen en bättre uppväxtmiljö, och dels genom vaccinering mot vissa av luftvägsinfektionerna. (Källander, 2006)

Länkar till litteratur på nätet:

WHO Malaria behandlingsriktlinjer:
<http://www.who.int/malaria/docs/TreatmentGuidelines2006.pdf>

WHO/Unicef Joint Statement; Management of Pneumonia in community settings, 2004:
http://www.unicef.org/publications/files/EN_Pneumonia_reprint.pdf

WHO - Integrated Management of Childhood Illness:
<http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>

Case Management of childhood fevers in the community. Exploring malaria and pneumonia care in Uganda, Thesis - Karin Källander, IHCAR, Karolinska Institutet, 2006:
<http://diss.kib.ki.se/2006/91-7140-557-7/thesis.pdf>

6 december 2006 – Tuberkulos i världen

Grethe Fochsen, forskare på IHCAR, Karolinska Institutet

Tuberkulos är fortfarande ett stort folkhälsoproblem, västvärlden hade inbillat sig att tbc var utrotad, men så var inte fallet. I dag är situationen sådan att 1/3 av världens befolkning anses vara smittade. Men inte alla dessa har symptom och inte alla har den smittsamma formen. Bor man i samhällen med aktiv tbc så exponeras man för smitta, bor man dessutom trångbott och nära smittade ökar exponeringen och man kanske får en latent infektion. Ett sänkt immunförsvar ger en större risk att utveckla tbc. Därför samexisterar tbc med HIV. Man kan antingen utveckla en smittsam tbc-form eller en icke smittsam form. Den sistnämnda är mycket svårare att diagnostisera och kan så småningom leda till utvecklande av den mer smittsamma formen. Tuberkulos är egentligen inte svårbehandlat, men behandlingen är lång och krävande och kan sträcka sig från sex månader upp till flera år. Om den avbryts i förtid är risken stor för att patienten utvecklar resistent tuberkulos. Utan behandling kan livslängden vara så kort som två år.

WHO rekommenderar en behandlings-strategi som kallas [DOTS](#) (Directly Observed Therapy Short Course). I princip innebär det att medicineringen sker under observation, exv att man tar sig till ett sjukhus eller en klinik och får medicin eller att en volontär besöker hemmet. Detta ökar följsamheten, vilket är otroligt viktigt när det handlar om så pass lång behandlingstid. Men strategin innehåller även en kontrollerad diagnostik baserad på sputum-mikroskopi, standardiserad antibiotikaterapi och att man rapporterar fall och behandlingsresultat.

Positivt med DOTS är att det sätter tbc på den politiska agendan, men för att det ska fungera bra måste man öka tillgängligheten för patienterna som inte alltid kan komma till städerna. Det svåra med DOTS och tbc är att det fortfarande anses som en skamlig sjukdom, man väntar med att söka hjälp och vill helst inte att andra ska misstänka att man drabbats. Då är DOTS-strategin, som innebär kontakt med en klinik eller en stödperson regelbundet, svår att genomföra.

Grethe berättade för oss om tbc-smittade Mr Singh, 35 år, som hon träffade i Indien och som var med i hennes intervjustudie. Fem olika "bydoktorer" och "riktiga doktorer" träffade han innan han fick DOTS och faktiskt blev bättre i sina symptom, men då hade det förflutit lång tid. Efter ett tag kände han sig så pass bra att han slutade ta sina mediciner varpå symptomen kom tillbaka. Så småningom återvände han till bydoktorn för ny konsultation. Det är viktigt att integrera och utbilda den privata och lokala sjukvården som ibland består av självutnämnda bydoktorer. Man får inte glömma bort att de kan vara en viktig faktor för att lyckas bekämpa tbc, då de ofta är första instansen som möter patienterna och kan ställa diagnos och motivera till att ta behandling.

Länkar till litteratur på nätet:

Stop-TB Partnership, WHO (2005) Stop TB partnership Annual report.
<http://www.stoptb.org>

WHO (2006). Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing.
http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html

Rieder H (1999). Epidemiologic basis of tuberculosis control. International union against Tuberculosis and Lung disease: Paris.
http://www.ualtd.org/pdf/en/guides_publications/epidemiologic_basis.pdf

Rieder (2002). Interventions for tuberculosis control. International union against Tuberculosis and Lung disease: Paris. http://www.ualtd.org/pdf/en/guides_publications/interventions.pdf

International Journal of Tuberculosis and Lung disease (IUALTD) homepage:
<http://www.ualtd.org>

Litteratur:

Gandy and Zumla (2003). The return of the white plague.