

## Verdens helse

### Ny malariamedisin gir håp

Kombinasjonspreparatet chlorproguanil/dapson er en ny og billig malariamedisin utviklet for å møte behovet i den fattige del av verden. Det gis som tabletter i tre dager og kan brukes hos pasienter med ukomplisert (mild til moderat alvorlig) malaria. Preparatet er effektivt, har få bivirkninger og er bedre enn flere av de gamle malariamedisinene. Det kan også brukes av personer som har resistente parasitter (1).

Preparatet *Lapdap* er registrert til bruk i Storbritannia og vil snart bli tilgjengelig i Afrika. Behandlingen av en voksen person koster to kroner. Behandlingen av barn er billigere. Andre nyere malariamedisiner koster omtrent hundre ganger så mye.

Mer enn en tredel av verdens befolkning lever i risiko for å få malaria. Omtrent 300 personer, vesentlig i Afrika, dør av falciparum malaria hver time, døgnet rundt, året rundt. Hvert døgn dør det like mange personer av malaria som SARS-epidemien krevde våren 2003. Flere mennesker dør av malaria i dag enn for 30 år siden. Årsaken til denne alarmerende utviklingen er økende resistens hos parasitten, særlig mot billige antimalariamidler (som klorokin), folkevandringer, ofte som et resultat av krig, befolkningsøkning, manglende forebyggende tiltak og sammenbrudd i helsevesenet i mange utviklingsland, særlig i Afrika.

Arbeidet med å utvikle chlorproguanil/dapson startet i Kenya i 1980-årene. Dr. Bill Watkins forstod at selv om sulfadoxin-pyrimethamine var et effektivt malariamiddel, så forble legemidlene i blodet i svært lang tid og økte risikoen for resistensutvikling. Forskere i England studerte derfor alternativer med liknende preparater, men med en kortere halveringstid (1).

Chlorproguanil/dapson likner på sulfadoxin-pyrimetamin, men utvikler mindre resistens. Preparatet er utviklet av Glaxo-SmithKline (GSK), i samarbeid med WHO og forskere i England. Utviklingskostnadene har GSK, WHO og UK Department for International Development delt mellom seg. Erfaringene med å utvikle chlorproguanil/dapson er viktig for dette nye samarbeidet om å frembringe nye medisiner til bruk i u-land (1).

#### Bernt Lindtjorn

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

#### Litteratur

1. Lang T, Greenwood B. The development of Lapdap, an affordable new treatment for malaria. *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 162-8.

## Internasjonal medisin

# Mot en kunnskapsbasert nødhjelp

Selvsagt måtte det til slutt også komme krav om at nødhjelpen skulle være kunnskapsbasert (1, 2). Det er mange gode grunner til å finne ut *hva* som bør gjøres *når* i katastrofe- og konfliktsituasjoner.

Ikke minst er ressursmangelen en god grunn: Verdens helseorganisasjon har f.eks. per juni 2003 bare fått løfter om donasjoner til dekning av 20 % av behovene i Afghanistan, 4 % i Angola og 8 % i Irak i sin appell for 2003 – bare for å ta begynnelsen av alfabetet (3).

Det er når ressursene er små at behovet for å bruke dem riktig er mest påtrengende. Samtidig understreker dette et annet alvorlig poeng: det er vanskelig å først gjennomføre de høyest prioriterte tiltakene når man ikke vet når ressursmangel vil stoppe arbeidet. Og her skal det også minnes om at implementeringen av nødhjelp er et lappeteppes av tiltak – til dels ukoordinerte – iverksatt av et stort antall ulike organisasjoner. Mye tyder på at nødhjelpsprogrammene kunne vært mer effektive hvis de hadde vært basert på den best tilgjengelige kunnskap, hadde hatt profesjonelt personell med tilstrekkelig opplæring samt at det ble sørget for tidligere og bedre planlegging og koordinering (4, 5).

### Mer forskning

Mange av de humanitære organisasjonene er som andre store byråkratier; de unge og uerfarne er i felten, oftest er de yngste og mest uerfarne i de farligste og vanskeligste jobbene som ingen andre vil ha. Oppover i hierarkiet finner du folk hvis felterfaring ligger langt tilbake i tid. Og i svært mange organisasjoner er både institusjonell hukommelse og læring svak. Hvis det i beste fall blir foretatt en evaluering av en konkret nødhjelpsinnsetning, havner resultatet i hovedkvarteret mens fotfolket enten har reist hjem eller til andre områder hvor de risikerer å videreføre feiloppfatninger og repetere ineffektive tiltak. Bare sjelden finner fotfolkets felterfaringer nåde for tidskriftsredaksjonenes krav (6), og kunnskapsbasen går derved glipp av et stort og uvurderlig læringspotensial.

Samtidig er det en økende erkjennelse av behovet for forskning på nødsituasjoner. I rangeringen av global sykdomsbyrde ventes krig og katastrofer å rykke oppover på årsakslisten frem mot 2020, fra 12. til åttende plass. Men denne rangeringen av krigsrelatert død og sykdomsbyrde er

utelukkende basert på sykkelighet og dødelighet som er forårsaket av vold. De fleste konflikter viser betydelig overdødelighet på grunn av indirekte årsaker, slik som redusert matsikkerhet, sammenbrudd av helse- og andre tjenester og økonomisk stagnasjon. Dødsfall som skyldes underernæring og infeksjonssykdommer, overstiger ofte antall døde som følge av den direkte volden eller den umiddelbare katastrofen. For det siste tiåret er ratio mellom indirekte og direkte døde i konflikter anslått til 9 : 1 (7, 8).

### Hvilken type forskning trengs?

Det er behov for å kartlegge de direkte og indirekte resultatene av katastrofer og konflikter, å identifisere riktig strategi i ulike nødsituasjoner og for å utvikle tilpassede helsetjenester. Data som beskriver krigens virkninger på folkehelsen og helsetjenester, blir nå i økende grad samlet inn, men effektiviteten av mange humanitære initiativ er ikke adekvat evaluert.

Det er videre behov for å finne de mest kostnadseffektive tiltakene som kan redusere den økte sykdomsbyrden. På grunn av økt befolkningsvekst, ikke minst i slummen i storbyene, og klimatiske endringer som kan gi opphav til stadig økende antall katastrofeaffiserte, er det behov for å utvikle effektive forebyggende og forberedende tiltak. Risikovurderinger og tidlig varsling forut for katastrofer og konflikter er blitt mer pålitelige og legger grunnlaget for en betydelig bedring på området.

Det er naturligvis en rekke overlappende områder mellom konflikt- og katastrofefeltet, mellom helseforskningen i konflikt- og postkonfliktsituasjoner og ikke minst linken til utvikling og fattigdomsagendaen.

Det såkalte Sphere-prosjektet, som har definert minimumsstandarder for nødhjelp, baserer seg på den best tilgjengelige kunnskap og har etablert en slags «gullstandard». Mindre kunnskap har vi om det postakutte stadiet, som åpenbart har problemstillinger som i noen grad skiller det fra det akutte stadiet.

Forskning på humanitær bistand på dette stadiet har blant annet påvist assosiasjoner

mellom redusert dødelighet for barn under fem år og økt vannforsyning utover Sphereprosjektets minimumsstandard på 20 liter per døgn, og mellom økt antall kvalifiserte helsepersonell lokalt og dødelighet (9).

Forskning i nødssituasjoner medfører utfordringer både av praktisk og etisk karakter. Heller ikke finansieringen av slik forskning er uproblematisk. Ettersom det ikke dreier seg om «utvikling» er ikke utviklingsmidler tilgjengelig. Og siden det heller ikke regnes som «nødhjelp», får ikke forskningen nødhjelpsmidler som er tiltenkt direkte befolkningsrettede tiltak.

### Psykososiale intervensjoner

Et av de områdene hvor det haster mest med å styrke kunnskapsbasen er psykososiale intervensjoner. Psykososialt arbeid er i dag blitt et kjerneområde innen nødhjelpen. Over hele verden yter en hærskare av mentalhelseprogram rådgiving som skal forebygge og behandle posttraumatisk stressforstyrrelse. Diagnosen er omdiskutert og har sitt utspring i medikaliseringen av amerikanske Vietnam-veteraner (10), men verre er det at ingen effekt er påvist og at tiltaket kan virke til å skape ofre ved å fokusere på individuell sykdom og svikte erkjennelsen av at krig og flukt er kollektive erfaringer som krever en samfunnsmessig, politisk respons (11). Diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse og de humanitære organisasjonenes psykososiale program blir også angrepet for å være utløpere av vestlig kulturimperialisme (12).

Det finnes ingen universell respons på en så stressfull hendelse som krig. Og til tross for at noen ofre utvikler betydelig psykiatrisk og sosial dysfunksjon, er sammen-

hengen mellom den traumatiske erfaringen og resultatet ikke entydig. Noe av problemet for kunnskapstilegnelsen består i at litteraturen beskriver sykehuspopulasjoner av flyktninger i Vesten. Fra Nord-Irland, som er unntaket i denne sammenheng, har det i løpet av de siste 30 årene ikke vært påvist noen økt effekt på henvisningsratene til psykiske helsetjenester.

Et alternativt forslag til mentalhelseprogram med følgende komponenter er lansert: en vurdering av mental helsetilstand i befolkningen ved hjelp av kulturelt tilpassede redskaper, en studie av samfunnets mestringsevne, støtte til kollektive tilpasningssystemer og hjemmebasert omsorg for mentalt syke (13). Det vil ta tid før slike program erstatter mentalhelseprogrammene som fokuserer på posttraumatisk stressforstyrrelse.

Program som ikke er kunnskapsbaserte og som konsentreres om medisinske strategier for å mestre individuelle sykdommer, risikerer å gjøre mer skade enn gagn ved å undergrave rehabilitering av samfunnet – og kan komme til å repetere mange gamle synder i nødhjelpsarbeidet da somatisk sykdom ble behandlet med kliniske og sykehusbaserte intervensjoner.

En kunnskapsbasert nødhjelp er naturligvis et ubetinget gode. Likevel er det også ofte behov for å se til sidene: Nødhjelpens mål om å unngå overdødelighet og oversykelighet på grunn av katastrofer, krig eller konflikt må nødvendigvis medføre samarbeid med myndighetene; de samme myndighetene som ofte vil måtte eksponeres når helsepersonell vitner om brudd mot menneskerettighetene. Heri ligger en interessekonflikt og en utfordring for en effektiv og etisk forsvarlig nødhjelp. For selv om det å dokumentere brudd på

menneskerettighetene og vitne om menneskelige lidelser ikke i seg selv kan reduseres til et målbart resultat, konstituerer denne funksjonen i dag en essensiell form for kunnskap i nødhjelpsarbeidet.

### Berit Olsen

berols2@online.no  
9690 Havøysund

### Litteratur

1. Banatvala N, Zwi AB. Public health and humanitarian interventions: developing the evidence base. *BMJ* 2000; 321: 101–5.
2. Robertson DW, Bedell R, Lavery JV, Upshur R. What kind of evidence do we need to justify humanitarian medical aid? *Lancet* 2002; 360: 330–3.
3. [http://www.reliefweb.int/fts/reports/pdf/ocha\\_16\\_2003.pdf](http://www.reliefweb.int/fts/reports/pdf/ocha_16_2003.pdf) (7.6. 2003).
4. Waldman R. Prioritising health care in complex emergencies. *Lancet* 2001; 357: 1427–9.
5. Burkle FM. Lessons learnt and future expectations of complex emergencies. *BMJ* 1999; 319: 422–6.
6. Collins S. Changing the way we address severe malnutrition during famine. *Lancet* 2001; 358: 498–501.
7. Stewart F. Root causes of violent conflict in developing countries. *BMJ* 2002; 324: 342–5.
8. Murray CJL, King G, Lopez AD, Tomijima N, Krug EG. Armed conflict as a public health problem. *BMJ* 2002; 324: 346–9.
9. Spiegel P, Sheik M, Gotway-Crawford C, Salama P. Health programmes and policies associated with decreased mortality in displaced people in postemergency phase camps: a retrospective study. *Lancet* 2002; 360: 1927–34.
10. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ* 2001; 322: 95–8.
11. Summerfield D. War and mental health: a brief overview. *BMJ* 2000; 321: 232–5.
12. Pupavac V. Therapeutising refugees, pathologising populations: international psycho-social programmes in Kosovo. New issues in refugee research. Working Paper Nr. 59, 2002. <http://www.unhcr.ch/publications>
13. Toole M. Improving psychosocial survival in complex emergencies. *Lancet* 2002; 360: 869.