

International Sundhed 2003

Dansk Selskab for Tropemedicin og International Sundhed

Professor Ib C. Bygbjerg, læge Anita M. Rønn & cand.scient. Flemming Konradsen

Internationalisering medfører både udveksling af varer og viden – og risiko for udveksling af sygdomme. Vi har i den rigere, vestlige del af verden ofte bekymret os om import af smitsomme sygdomme fra andre verdensdele, først kopper og kolera, senere resistente bakterier og alvorlige virussygdomme som hiv, hæmorrhagisk feber, influenza og SARS. Vor »eksport« af ikke-smitsomme, livsstilsrelaterede helbredsproblemer har haft mindre bevågenhed, idet udvikling imod mere industri, bedre infrastruktur og rigeligere kost i sig selv har været betragtet som noget positivt.

Sammenlignes målene for verdens sundhed, som de blev formuleret af WHO for 25 år siden, med FN millennium-målene fra 2000, er der betragtelige ligheder: »Inden 2015 skal andelen af mennesker uden rent drikkevand og uden adgang til basal sanitet halveres; dødeligheden blandt mødre reduceres med 75% . . .«.

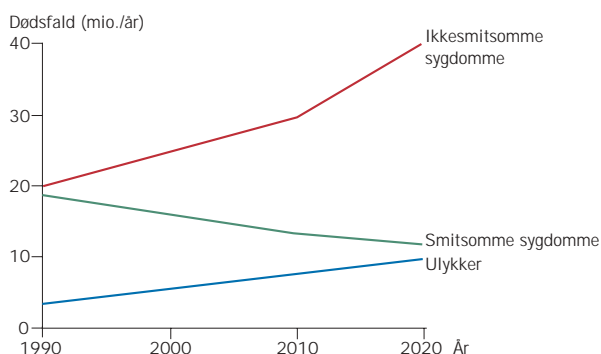
Af nye mål nævnes »standse udbredelsen af hiv/aids og malaria«. WHO udnævnte for ti år siden tuberkulose til at være en global nødtilstand. I 2003 udnævnte FN's generaldirektør aids til det samme.

Men det er ikke kun smitsomme sygdomme, som udfordrer verdens sundhed: WHO's »World Health Report 2001« gjorde opmærksom på, at sindslidelser er det fjerdestørste sundhedsproblem globalt og depressioner den ledende årsag til lidelse. Derfor havde Dansk Selskab for Tropemedicin & International Sundhed ved sin generalforsamling i 2003 som hovedtaler Dr. *Serracino*, som leder WHO's »Cluster in mental health«. I 2001 arrangerede selskabet et seminar om ikke-smit-

somme sygdomme globalt, med særlig fokus på kardiovaskulære sygdomme og diabetes. Ses alene på dødelighed har der siden 1998 været dobbelt så mange dødsfald forårsaget af hjerte-kar-sygdomme som af infektionssygdomme, henholdsvis 30 mio. og 15 mio.

Det er næppe særligt frugtbart at opdele verdens lidelser i infektiøse versus ikkeinfektiøse eller i velstands- versus fattigdomssygdomme. Overalt i verden gennemgår samfund epidemiologisk transition. Det er overbevisende dokumenteret af *La Porte*, at sygdomsmønstre kan forudses. Et samfund i udvikling vil først få fald i infektiøse børnesygdomme, dernæst stigning i ulykker, så type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og ca. fem år senere kræft. Nogle af problemerne med at få overbevist politikere og planlæggere om sygdomsmønstres forudsigelighed og »forebyggelighed« opstår, når sundhedsproblemernes sammenhæng overses. Både alkoholisme, diabetes og aids disponerer for tuberkulose. Rygning disponerer både for lungekræft, diabetes, hjerte-kar-sygdom – og som vist i Indien – for tuberkulose. Det er velkendt, at malaria – foruden at øge risikoen for gravide – er en væsentlig årsag til præmatur fødsel, lav fødselsvægt og aborter. Vanskeligst er det måske at formidle, at de fleste sygdomme før eller senere ender hos de mest upriviligerede, selv »velfærdssygdomme« er et stort problem blandt de fattige i byernes slumområder. Det er heller ikke let at formidle, at »gammelmandssukkersyge«, type 2-diabetes, i udviklingslande overvejende rammer midaldrende og yngre.

For mere end ti år siden beskrev *Barker* hypotesen om, at underernæring i svangerskabet senere medfører øget risiko for type 2-diabetes. Det er nu vist mange steder og er måske en væsentlig årsag til at diabetes type 2 gennemgår en eksplosiv udvikling fra de nuværende ca. 170 mio. tilfælde til skønnet 330 mio. om 25 år, hvoraf 70% vil forekomme i udviklingslande. Det fascinerende ved type 2-diabetes er, at en tidlig indsats kan forebygge epidemien af hjerte-kar-sygdomme. Og mest fascinerende måske, at forebyggelse af underernæring – måske også af infektioner – i svangerskabet og i de(?) første leveår kan hindre type 2-diabetes. Derfor forudsiger vi, at et frugtbart forsknings- og udviklingssamarbejde vil blive udbygget mellem i- og ulande og mellem hospitalslæger og folkesundhedforkæmpere. For de største sundhedsproblemer er vi blevet fælles om.



Figur 1. Forventede dødsårsager i udviklingslande frem til 2020. Kilde: Murray, Lopez. Global burden of disease study. 1996.

Korrespondance: Anita M. Rønn, Epidemiklinikken 5131, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: ronn@dadlnet.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet