



Psykiatri i Irak

Stigma, medicinsvindel og ingen psykiatere

Status januar 2014, baseret på videnskabelige- og medierapporter.

Morten Sodemann, Indvandrermedicinsk Klinik

Forfatter og ansvarlig:

Professor, overlæge

Morten Sodemann

Indvandrermedicinsk klinik

Infektionsmedicinsk Afdeling Q

Odense Universitetshospital

Morten.sodemann@rsyd.dk

Tlf. 60111923

Kan downloades elektronisk fra :

www.ouh.dk/indvandrerklinik

26. januar 2014

Resume

Psykisk syge med behandlingsbehov er ilde stedt i Irak. Psykiatrien i Irak er præget af stigma, korrupsion, udbredt medicinsvindelse, vilkårlighed i leverancer, manglende politisk interesse og alvorlig mangel på psykiatere (1 per million indbyggere). Der er eet psykiatrisk hospital i landet. Hvis patienterne overvinder den udbredte stigma i familien og blandt venner, og dermed får lov til at søge behandling, vil de sjældent have adgang til læger med psykiatrisk uddannelse, og en del "læger" har ingen lægelig uddannelse. Der tilbydes ikke psykoterapeutiske behandling, der er ikke distriktspsykiatriske eller psykologisk kyndige til at støtte behandlingsforløbet. Den eventuelle medicin, som under en tiendedel af patienterne vil have adgang til, er med 20 -30 % sandsynlighed enten uvirksom falsk medicin eller udløbet medicin. Det vil ikke være muligt for lægen at foretage de nødvendige blodprøvekontroller til patienter som er i behandling med anti-psykotisk medicin eller depression, der alvorligt kan påvirke knoglemarven, hjernens temperaturregulation og hjerte aktivitet. Uforudsigelighed i medicin leverancer udbredt pga. korrupsion, mange konkurrerende internationale interesser og risiko ved transport. I store områder af Irak er der stort set ingen læger pga. sikkerhedsrisikoen. Der er for praktiske formål ingen standard psykiatriske behandlingsmuligheder i Irak, selv på et minimumsniveau. Præmisserne for den politiske beslutning om at basere hjemsendelse af Irakiske flygtninge, i behandling med psykofarmaka, på tilgængeligheden af deres medicin i hjemlandet (gennem MEDCOI) er forkerte, da de savner et lægefagligt grundlag: Medicinen er med foruroligende sandsynlighed forfalsket og behandlingen kan ikke kontrolleres med blodprøver. Forskere tøver ikke med at kalde forfalsket medicin salg for mord. Tilgængeligheden af psykofarmaka på apoteker i Irak er sporadisk og uforudsigelig. Der er i praksis ikke adgang til psykiatriske speciallæger og den ledsagende psykoterapeutiske behandling og støtte, som er lige så vigtig som psykofarmaka, tilbydes ikke i Irak. De internationale menneskerettigheder, gældende for krigs ofre, siger specifikt, at det ikke er tilladt, at sende patienter til et område med ringere behandlingsmæssig standard end den allerede startede behandling. Det er, set på et lægefagligt grundlag, ikke forsvarligt for nuværende, at sende psykiatrisk syge flygtninge til Irak.

Psykiatri i Irak

Psykiatriske lidelser er et af Iraks største helbredsproblemer, hvor mere end hver 3. har betydelige psykiatriske problemer uden adgang til behandling [1, 2]. Iraks psykiatriske behandlingssystem er ikke i stand til at opfylde de enorme behandlingsmæssige behov, der er i landet [3]. Systemet er hospitalsbaseret og bygger på at psykiatere leverer behandling af indlagte patienter og ambulante tjenesteydelser, selv om der kun er et psykiatrisk sygehus, der varetager længerevarende hospitals behandling i landet (Al Rashid Hospitalet i Bagdad) [4]. Tidligere rapporter har anslået, at der er færre end 100 psykiatere i hele Irak og de fleste af dem har kun lidt eller ingen formel psykiatrisk uddannelse [5]. Andre fagfolk på området, såsom kliniske psykologer, sygeplejersker eller socialrådgivere, findes ikke [6]. Der ydes ikke psykoterapeutisk behandling i landet og hvis der er tale om behandling er der udelukkende tale om u-superviseret behandling med anti-psykotisk medicin med mange bivirkninger.

Irak har en massiv mangel på psykiatrisk ekspertise, udtaler den tidligere psykiatriske rådgiver for den irakiske sundhedsminister, nu national chef for sundhedsuddannelser Sabah Sadik bekymringer i et interview i The Lancet i 2011 [7]. Halvdelen af landets læger har forladt landet og halvdelen af sundhedscentre har ikke læger tilknyttet [4]. Læger er migreret til sikre områder af Irak og det er nu meget svært, at få læger til at arbejde bestemte steder, f.eks. i Bagdad [8]. Den irakiske sundhedsminister udtalte i 2013, at mange

læger slet ikke er uddannet som læger, men udskriver recepter og undersøger patienter [9]. Psykiatrisk behandling og psykiatriske speciallæger mangler altid i Irak, bemærker han, med kun én psykiater per 300 000 mennesker før 2003, er tallet nu nede på mellem én og fire psykiatere pr million indbyggere [10]. Der er ingen lokale psykiatriske behandlingstilbud udenfor Bagdad. "I 1990'erne udvandrede et stort antal ledende psykiatere," forklarer han. "Det sidste strå var volden i 2006 og 2007." Sundhedsministeren mener det er urealistisk, at de flygtede psykiatere vil vende tilbage til Irak.

Der mangler stabile medicin leverancer, selv på de store hospitaler [11, 12]. Der er ingen strategi for distribution af medicin og der er ikke enighed mellem krigs koalitionen medlemmer om strukturen (privat eller offentlig) og det har alvorligt begrænset distribution af medicin, som anses for kaotisk og uforudsigelig [7, 13]. Korruption og mangel på kontrol med medicin giver hyppige og langvarige huller i medicin leverancerne [14].



Figur 1. Patient med depression: medicin efter konsultation hos læge i Mellemøstligt land

I et helt nyt survey er det dokumenteret, at kun 1 ud af 5 (20 %) med alvorlig psykose får medicinsk behandling i august 2013 [6, 15]. Et andet studie fra 2013 fandt at kun 10 % med alvorlig psykisk lidelse havde adgang til medicinsk behandling [10]. Fordelingen af medicin og hospitals udstyr er stadig en høj risiko aktivitet som af samme grund kun udføres sporadisk og medicinen når sjældent frem [4]. 67 % af irakiske læger svarer i en interview undersøgelse, at essentiel medicin (basal livsnødvendig medicin defineret af WHO) mangler i over halvdelen af tiden [16]. Irakiske læger siger deres største problem er at der hele tiden mangler medicin og at de ikke kan planlægge behandling [17]

Stigma i forhold til psykiatriske lidelser er betydelige i Irak og betyder at det ofte er svært for patienter, at få lov til at modtage behandling fordi familien ikke giver tilladelse. Psykiatriske lidelser er et svaghedstegn og en selvforskyldt tilstand [18]. Der er af samme årsag ingen lovgivning om psykiatrisk behandling i Irak, fordi det aktivt nedprioriteres [19]

Forfalsket medicin er et omfattende og globalt problem, hvis betydning ikke kan overvurderes [20]. Falsk medicin er blevet kaldt "Mord med forfalsket medicin" af en gruppe anerkendte forskere sidste år i et anset

uafhængigt sundhedsvidenskabeligt tidsskrift og der er nu dokumenterede dødsfald pga. udbredt svindel med medicin i Østen og Mellemøsten [21, 22]. Falsk medicin er et omfattende og særligt alvorligt problem i Irak. Problemet er rapporteret af mange uafhængige kilder og medicinen stammer fra andre Mellemøstlige lande og fra Fjernøsten [23-25]. I eet tilfælde kunne man med sikkerhed påvise at andelen af falsk virkningsløs medicin i Kurdistan var 18 % [26]. Problemet er så udbredt at det udgør en betydelig risiko for patienter. Medicinen sælges ikke kun til private apoteker, men også til de offentlige hospitaler, herunder psykiatriske hospitaler. I et interview i 2012, sagde en repræsentant for de Kurdiske sundhedsmyndigheder at der var "ubegribeligt store mængder af falske medicin produkter på apoteker og sygehuse". Samme repræsentant bemærkede at der også var stor mængder udløbet medicin [27]. I en nylig fangst af medicin smuglere fandt man medicin for millioner af dollars, med originalt udseende pakninger fra alle de største medicinal firmaer i verden, men ingen af pakningerne indeholdt aktiv medicin [28]. I Kurdistan f.eks. er over 90 % af "apotekerne" uregistrerede medicinudsalgssteder, som sælger udgået medicin uden overvågning og de er ikke en del af det normale informationssystem hvor medicin trækkes tilbage eller ændres afhængigt af den nationale kvalitetskontrol. Dvs. at 9 ud af 10 butikker er helt uden for kontrol hvad angår salg af falsk, uvirksom eller udløbet medicin og prisfastsættelse[26].



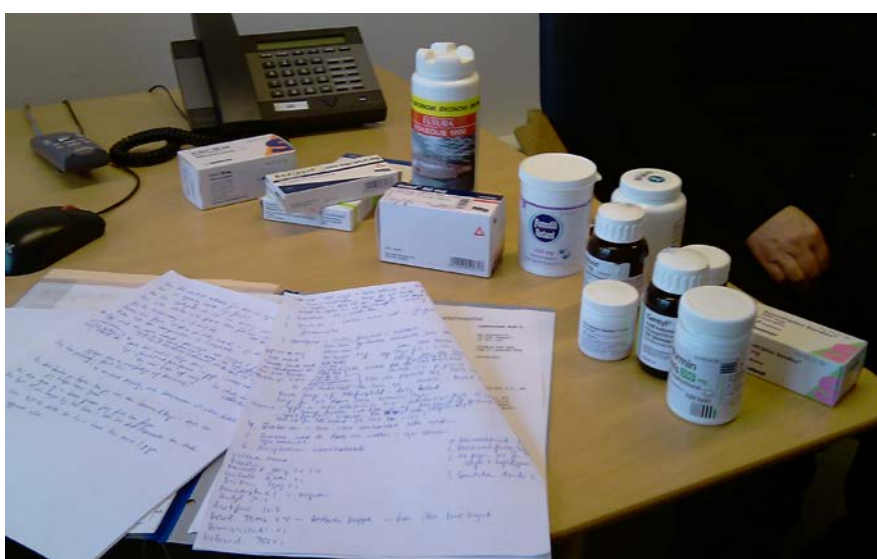
Figur 2. Medicintaske efter konsultation hos psykiater i Mellemøstligt land

Irakisk Kurdistan

Et nyt studie påviser at der er udbredt mangel på medicin og læger i Kurdistan [29]. Kurdistan har efter irakiske forhold en særligt dårlig medicin forsyning og medicin opbevares under skadelige forhold viser samme studie. Undersøgelsen i Kurdistan fandt, at læger vælger ofte den dyreste medicin importeret fra vesten da den anses for at være bedre, men også langt dyrere og hyppigere virkningsløs kopi medicin. Der sælges desuden ofte medicin, der er forældet. Essentiel medicin sælges af ansatte i sundhedsvæsenet til det sorte marked, som patienterne derfor er tvunget til at anvende med højere medicin priser til følge. Det nye survey fandt ingen fungerende blodprøve laboratorier [29]. Moderne medicinsk behandling med psykofarmaka kræver blodprøve kontroller for bivirkninger og for at kunne styre dosis efter koncentrationsmålinger af medicin i blodet. Det er ikke muligt i Irak.

Konklusion:

Samlet set er psykisk syge med behandlingsbehov meget ilde stedt i Irak. Psykiatrien i Irak er præget af stigma, korruption, udbredt medicinsvindel, vilkårlighed i leverancer, manglende politisk interesse og alvorlig mangel på psykiatere (1 per million indbyggere). Der er eet psykiatrisk hospital i landet. Hvis det lykkes patienterne at overvinde den udbredte stigma i familien og blandt venner, og dermed får lov til at søge behandling, vil de sjældent have adgang til læger med psykiatrisk uddannelse, og en del "læger" har ingen lægelig uddannelse. De vil ikke kunne modtage den psykoterapeutiske behandling, der er standard i andre lande og der er ikke distriktspsykiatriske eller psykologisk kyndige til at støtte dem i behandlingsforløbet. Den eventuelle medicin, som under en tiendedel af patienterne vil have adgang til, er med 20 -30 % sandsynlighed enten uvirksom falsk medicin eller udløbet medicin. Det vil ikke være muligt for lægen at foretage de nødvendige blodprøve kontroller til patienter som er i behandling med anti-psykotisk medicin eller depression, der alvorligt kan påvirke knoglemarven, hjernens temperatur regulation og hjerte aktivitet. Uforudsigelighed i medicin leverancer udbredt pga. korruption, mange konkurrerende internationale interesser og risiko ved transport. I store områder af Irak er der stort set ingen læger pga. sikkerhedsrisikoen. Der er for praktiske lægelige og patientmæssige formål ingen psykiatriske behandlingsmuligheder i Irak bedømt på eksisterende videnskabelig litteratur og medie rapporter. Præmisserne for den politiske beslutning om at basere hjemsendelse af Irakiske flygtninge, i behandling med psykofarmaka, på tilgængeligheden af deres medicin i hjemlandet (gennem MEDCOI) er forkerte, da de savner et lægefagligt grundlag: Medicinen er med foruroligende sandsynlighed forfalsket og behandlingen kan ikke kontrolleres med blodprøver. Tilgængeligheden af psykofarmaka på apoteker I Irak er sporadisk og uforudsigelig. Der er i praksis ikke adgang til psykiatriske speciallæger og den ledsagende psykoterapeutiske behandling og støtte, som er lige så vigtig som psykofarmaka, tilbydes ikke i Irak. Der er således intet lægefagligt grundlag for at sende psykiatrisk syge flygtninge til Irak. . De internationale menneskerettigheder, gældende for krigsofre, siger specifikt, at det ikke er tilladt, at sende patienter til et område med ringere behandlingsmæssig standard end den allerede startede behandling. Det er tilfældet ved hjemsendelse til fortsat behandling af denne patient gruppe til Irak.



Figur 3. Irakisk PTSD patient's medicin

Kilder

1. MSF. *Report Medicin sans Frontiere Iraq: Mental healthcare helps Iraqis rebuild their lives* 2013; Available from: http://www.msf.org/sites/msf.org/files/english_iraq_mental_health_final_report.pdf.
2. Girma, S., et al., *Iraq Family Health Survey 2006/7*. Ethiopian Journal of Health Development, 2013. **21**(3): p. 216-231.
3. IRIN. *Iraq 10 years on: War leaves lasting impact on healthcare*. 2013.
4. Sadik, S. and A.-M. Al-Jadiry, *Mental health services in Iraq: past, present and future*. Editorial board, 2006: p. 1.
5. Al-Obaidi, A., B. Budosan, and L. Jeffrey, *Child and adolescent mental health in Iraq: current situation and scope for promotion of child and adolescent mental health policy*. Intervention, 2010. **8**(1): p. 40-51.
6. Bolton, P., *Mental health in Iraq: issues and challenges*. The Lancet, 2013. **381**(9870): p. 879-881.
7. Webster, P.C., *Iraq's health system yet to heal from ravages of war*. The Lancet, 2011. **378**(9794): p. 863-866.
8. Fernandez Gustavo, B.P., *Where confl ict's medical consequences remain unchanged*. The Lancet, 2013. **381**: p. 1.
9. Laura, G. *A healthy shape*. 2013; Available from: <http://www.zenithonline.de/english/home/business/healthcare-in-iraq/>.
10. Themedicalindependent, *Toxic fallout of war in forgotten Iraq*, in *themedicalindependent.com*. 2013.
11. Rudaw.net, *Insufficient medication at major hospital in Iraq's Kurdistan capital, Erbil*, in *Kurdnet*. 2012.
12. Shabila, N., et al., *Iraqi health system in kurdistan region: medical professionals' perspectives on challenges and priorities for improvement*. Conflict and Health, 2010. **4**(1): p. 19.
13. Lewytzyj|, M., *Rebuilding Iraq - confronting access to quality healthcare, providers and medicine*, in *Examiner.com*. 2009, Examiner.com.
14. Reilly, C., *Iraq's once-envied health care system lost to war, corruption*. 2009, McClatchyDC: Washington DC.
15. Al Hilfi, T.K., R. Lafta, and G. Burnham, *Health services in Iraq*. The Lancet, 2013. **381**(9870): p. 939-948.
16. Burnham, G., et al., *Understanding the impact of conflict on health services in Iraq: information from 401 Iraqi refugee doctors in Jordan*. The International Journal of Health Planning and Management, 2012. **27**(1): p. e51-e64.
17. Khalil, M.A., *Toward More Humane and Effective Economic Sanctions: With Special Reference to Iraq*. Southwestern Economic Proceedings, 2012. **31**(2): p. 13-26.
18. Sadik, S., et al., *Public perception of mental health in Iraq*. International journal of mental health systems, 2010. **4**(26): p. 1-11.
19. Sharma, S. and J. Piachaud, *Iraq and mental health policy: a post invasion analysis*. Intervention, 2011. **9**(3): p. 332-344.
20. Caudron, J.M., et al., *Substandard medicines in resource-poor settings: a problem that can no longer be ignored*. Tropical Medicine & International Health, 2008. **13**(8): p. 1062-1072.
21. Newton, P.N., et al., *Manslaughter by fake artesunate in Asia—Will Africa be next?* PLoS Medicine, 2006. **3**(6): p. e197.
22. Newton, P.N., M.D. Green, and F.M. Fernández, *Impact of poor-quality medicines in the 'developing' world*. Trends in pharmacological sciences, 2010. **31**(3): p. 99-101.

23. Bate, R. *The deadly world of fake medicine*. 2012 17 Jul 2012.
24. Miller, H.I., *Fake And Flawed Medicines Threaten Us All*, in *Forbes*. 2012, Forbes.
25. Bate, R., *Phake: the deadly world of falsified and substandard medicines*. 2012: Rowman & Littlefield.
26. Mohammad, M., *Iraqi Kurds Suffering From Counterfeit Drugs*, in *AlMonitor*. 2012, Almonitor.
27. AlsumariaTV. *Counterfeit medications in Iraqi markets, an alarming occurrence* 2012 8 May 2012; Available from: <http://www.alsumaria.tv/mobile/news/56380/iraq-news>.
28. Benoit, F., *No cure for fake drugs*, in *The Wall Street Journal*. 2010, The Wall Street Journal: New York.
29. Tawfik-Shukor, A. and H. Khoshnaw, *The impact of health system governance and policy processes on health services in Iraqi Kurdistan*. *BMC international health and human rights*, 2010. **10**(1): p. 14.