

direkt

FÖRRÄDISKT LUGN
I ÖSTRA KONGO
KAMPEN MOT HIV
ÄR INTE VUNNEN

KVALITET I VÅRDEN
ATT GÖRA GOTT – ELLER GÖRA NYTTA?



MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

#2 2010 | HUR GÖR MAN NÄR FLERA HUNDRA STÅR I KÖ?

KVALITET ÄR NÅGOT SOM JAG som sjuksköterska aldrig vill tumma på. Det räcker inte med att säga att vi ska försöka göra så gott vi kan utan alla som behandlas av Läkare Utan Gränser ska få en vård som håller god standard. Men hur gör man när flera hundra patienter står i kö? Jag minns första dagen vi öppnade kliniken i slummen i Nairobi. Vid halv



BILD JONAS BORG

KRISTINA BOLME KÜHN
ORDFÖRANDE
LÄKARE UTAN GRÄNSER

åtta stod det 350 patienter i kö utanför byggnaden, de första hade kommit redan vid tre-tiden på morgonen. I det läget kan det vara lätt att öka takten och minska på kvaliteten, vi vill ju så gärna hjälpa alla!

De första dagarna jobbade vi utan rast innan vi insåg att vi måste prioritera bättre, både för att orka med och för att inte göra mer på bekostnad av kvaliteten. Som ansvarig för projektet var det då en stor hjälp att kunna luta sig mot Läkare Utan Gränserns standardiserade medicinska manualer.

EN VIKTIG DEL I LÄKARE UTAN GRÄNSERS påverkansarbete bygger på våra egna erfarenheter i fält. Men att samla fakta och utvärdera arbetet får inte stanna som en tyst kunskap internt inom organisationen, därför använder vi de nya kunskaperna till att påverka internationella aktörer. Hivbehandling är ett av de områden där Läkare Utan Gränserns påverkansarbete har haft stor framgång. För tio år sedan var livsuppehållande antiretroviral behandling en ekonomisk omöjlighet i många länder. I dag, efter intensiva

påtryckningar och konkreta bevis på att det fungerar, är det ingen som ifrågasätter att även de fattigaste länderna ska ha tillgång till behandling. Men vi får inte stanna där – nu gäller det att fortsätta trycka på så att fler hivpositiva kan få livet tillbaka med hjälp av behandling.

Det här numret av Direkt handlar om vad kvalitet betyder för Läkare Utan Gränser. Dessutom följer vi med sjuksköterskan Lisa Rydell ut på landsbygden i östra Kongo-Kinshasa och besöker Khayelitsha i Sydafrika. Trevlig läsning!

»Jag minns första dagen vi öppnade kliniken i slummen.
VID HALV ÅTTA STOD 350 PATIENTER I KÖ.«



LÄKARE UTAN GRÄNSER är en medicinsk, humanitär organisation som räddar liv och lindrar nöd. Vi är opartiska, neutrala och oberoende och gör våra insatser där vi behövs mest.



MEDAN SJUKHUSET I CHOCO-DISTRIKTET I COLOMBIA RUSTAS UPP BEHANDLAS PATIENTERNA I ETT FÖRE DETTA KAPELL. BILD MADS NISSEN

BALANS MELLAN HJÄRTA OCH HJÄRNA

Läkare Utan Gränser har ett ansvar gentemot sina patienter: att alltid ge bästa tänkbara vård. Men för att kunna göra det räcker det inte med viljan att göra gott. Man måste också ha tillräckliga kunskaper för att verkligen göra nytta.

TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT

Det började på en medicinsk konferens. Rony Zachariah stod i talarstolen och försökte övertyga de andra konferensdeltagarna om att det visst var möjligt att behandla hivpositiva i Afrika med de nya kombinationsbehandlingarna, de som i västvärlden redan hade förvandlat hiv från en

dödsdom till en kronisk sjukdom som man kunde leva med.

Men åhörarna var skeptiska. Inte kunde man väl använda denna komplicerade behandling i stor skala, inte i de allra fattigaste och värst drabbade länderna.

Typiskt Läkare Utan Gränser, sa de till

Sömnsjuka ger svåra symtom i form av sömnrubbingar och mentala problem. Utan rätt behandling dör man. Läkare Utan Gränsers klinik i Tambura, södra Sudan. | BILD JUAN CARLOS TOMASI

Rony. Så mycket passion, och så lite vetenskapliga belägg.

– För mig blev detta en vändpunkt. Jag förstod att om vi ska ha en chans att påverka måste vi kunna lägga fram bevis för att vår modell fungerar, berättar Rony, som i dag är chef för enheten för operationell forskning vid Läkare Utan Gränsers Brysselsektion.

– Det handlar inte om att konkurrera med den vanliga akademiska forskningen, utan om att agera när vi ser något som inte fungerar, fortsätter han. Vi får aldrig acceptera att fattiga människor ska få sämre vård, bara för att de är fattiga.

Direkt relevans för fältarbetet

Många år har gått sedan konferensen och numera är kombinationsbehandling med antiretroviraler standard i hela världen, även om ekonomiska begränsningar gör att långt ifrån alla hivpositiva har tillgång till det. Och för ett par år sedan ändrade Världshälsoorganisationen WHO sin policy angående behandling av malaria. Eftersom så många blivit resistenta mot den gamla klorokinbehandlingen rekommenderar WHO numera artemisininbaserad kombinationsbehandling, så kallad ACT, vilket är något som Läkare Utan Gränser kämpat för i flera år.

Det visade sig alltså att Rony hade rätt: tack vare operationell forskning har Läkare Utan Gränser kunnat förändra internationell medicinsk praxis. Det som ofta börjar med ett konstaterande ifrån fältpersonalen – det här fungerar inte – kan leda fram till att även fattiga och utsatta befolkningsgrupper får tillgång till vård av hög kvalitet.

– Det är inte så konstigt som det kanske verkar. Vi är en medicinsk organisation som arbetar på platser i världen dit akademiska institutioner sällan hit-



tar, som exempelvis mitt i väpnade konflikter, i våldsamma slumområden eller bland internflyktingar. All forskning som vi gör föds ur ett direkt behov i fält, när vi märker att de behandlingsmodeller som finns inte fungerar, att det inte finns diagnosmetoder eller andra verktyg som är anpassade till de fattiga och komplexa situationer där vi befinner oss.

– Den forskning som vi gör har alltid en direkt relevans för fältarbetet, fortsätter han. Den måste leda till att vi blir bättre på det vi gör, annars har den ingen mening.

Lär av misstag och framgångar

Det räcker inte med att göra gott. Man måste också göra nytta.

Så enkel är den princip som styr Läkare Utan Gränsers arbete. Och ett sätt att försöka göra så stor nytta som möjligt är att utvärdera insatserna. Genom att lära av tidigare misstag – men också av framgångar – behöver man inte uppfinna hjulet varje gång man

»Vi får aldrig acceptera att fattiga människor får sämre vård, bara för att de är fattiga.«



åker ut för att bistå vid en ny jordbävning eller ännu en väpnad konflikt. Det förklarar Anneli Eriksson, Läkare Utan Gränser före detta ordförande och numera samordnare för en nybildad utvärderingsenhet.

– Akutinsatser går aldrig som på räls. Men de går alltid att göra bättre. Efter tsunamin 2004 insåg vi till exempel att risken för skadade att utveckla stelkramp på sätt och vis hade glömts bort. En lärdom som vi tog med oss var därför hur viktigt det är att tidigt vaccinera mot stelkramp i den här typen av katastrofer. En annan erfarenhet vi gjorde efter tsunamin, liksom efter den stora jordbävningen i Pakistan 2005, är att psykologisk krisbearbetning kan vara avgörande för att människor ska orka bygga upp tillvaron igen, säger hon och fortsätter:

– I Pakistan såg vi också hur de förnödenheter som delas ut efter en katastrof måste anpassas. I ett bergsområde, när vintern är på väg, måste människor kunna skydda sig mot kylan. På våra

kliniker fick vi in den ena brännskadan efter den andra och det visade sig att människorna gjort upp eld inne i de tält man hade fått, för att värma sig. Därför var det viktigt för oss att vinteranpassa hjälpen till dem som förlorat sina hem och istället dela ut till exempel korrugerad plåt för temporära bostäder.

Kvantitet eller kvalitet

Inom Läkare Utan Gränser pågår en ständig diskussion om balansen mellan kvantitet och kvalitet. När ska man eftersträva riktigt högkvalitativ vård i mindre skala och när ska man försöka ge medicinsk vård till så många som möjligt? När ska folkhälsoperspektivet styra och när måste individen få stå i fokus?

På den frågan finns inga enkla svar, menar Anneli, det är situationen i sig som avgör. I katastrof- och krigssituationer försöker Läkare Utan Gränser till exempel oftast assistera så många som möjligt, medan man i andra situationer kan rikta in sig på att göra skillnad inom ett visst område som är negligerat av andra. Det kan också handla om att visa på möjligheten för speciell medicinsk behandling, som mot sömnsjuka eller hiv/aids.

Som humanitär medicinsk organisation har Läkare Utan Gränser ett ansvar gentemot varje patient man behandlar, säger Anneli, och därför måste man sträva efter tillräckligt bra kvalitet i alla sammanhang. Här blir forskning, utvärdering och förstås den dagliga uppföljningen viktiga instrument.

Inga enkla val

– Men man måste komma ihåg att Läkare Utan Gränser inte kan göra allt åt alla. Ibland kan vi behandla sjukdomar som leder till döden och som andra kliniker och sjukhus inte hanterar eftersom de menar att vården är för komplicerad eller resurskrävande. Andra gånger är det den mest basala primärvården som saknas och behöver stödjas. De operativa valen är inte alltid självklara eller enkla.

Att värna om kvaliteten på vården innebär inte att målet alltid måste vara

JU MER ANTIBIOTIKA – DESTO MER RESISTENS

Sedan antibiotika introducerades under 1900-talets första hälft har bakteriella infektioner som diarréer och luftvägsinfektioner varit möjliga att bota. Ändå är de fortfarande den främsta dödsorsaken bland barn i låg- och medelinkomstländer, till följd av brist på tillgång till behandling.

Och nu går de inte heller längre att bota överallt. Varje år dör hundratals barn i världen eftersom de är resistenta mot den antibiotika som finns tillhands för dem. Kanske är de till och med ännu fler – hur omfattande problemet med antibiotikaresistens egentligen är på global nivå är det ingen som vet. Vad man däremot vet är att för tio år sedan hade många av barnen kunnat räddas.

Det berättar Anna Jansson, doktorand vid Karolinska Institutet och ansvarig för ett nystartat projekt inom Läkare Utan Gränser med syftet att begränsa spridningen av antibiotikaresistens i projekten.

– Ju mer antibiotika vi använder, desto större blir problemet med resistens. Det gäller över hela världen, men till skillnad från i rika länder har befolkningen i fattiga länder betydligt färre läkemedel att välja mellan.

Det finns även andra orsaker till att resistensutvecklingen brer ut sig. I många av de länder där Läkare Utan Gränser arbetar är det till exempel svårt att diagnostisera rätt infektion eftersom det inte finns tillräckliga resurser för laboratorier som kan utföra bakterieodlingar.

– Om det då kommer in en mamma med ett barn som har lunginflammation händer det ofta att man ger det antibiotika, för säkerhets skull, trots att man inte säkert vet att lunginflammationen orsakas av bakterier, och i så fall av vilka, säger Anna.

»Man måste ge passionerade människor verktyg att göra ett så professionellt arbete som möjligt.«

att höja den så mycket som möjligt, konstaterar Rony Zachariah. Tvärtom kan forskning handla om att säkerställa att kvaliteten inte försämras alltför mycket, till exempel vid införandet av förenklade behandlingsmodeller som passar i miljöer utan utbyggd infrastruktur eller när antalet patienter ökar kraftigt.

Ett konkret exempel är den decentraliserade hivbehandling som används på många håll i Afrika och som innebär att sjuksköterskor vidareutbildas för att själva kunna initiera och följa upp ARV-behandling, en uppgift som vanligtvis är förbehållen läkare. Bakgrunden är den enorma bristen på läkare och annan utbildad sjukvårdspersonal i Afrika.

Vården får inte bli sämre

– Att förenkla en behandling så att vi når 300 patienter om dagen istället för 25 – är det dålig kvalitet? Nej, vi tycker inte det. För oss handlar det alltid om att få ner dödssiffrorna. Samtidigt är det förstås väldigt viktigt att vården inte blir sämre när patienterna träffar en sjuksköterska istället för en läkare.

Varken för Rony eller för Anneli finns det egentligen några djupare motsättningar mellan kvalitet och kvantitet. För båda handlar det om att höja blicken, om att ta ett steg tillbaka och fundera över om man faktiskt erbjuder den bästa tänkbara vård i ett givet ögonblick. Om att inte fastna i rutiner och gammal vana. För, som Anneli säger:

– Man måste hitta en balans mellan hjärta och hjärna, och ge passionerade människor verktyg att göra ett så professionellt arbete som möjligt. ●



HAITI. | BILD PRIVAT

FRÅN KAOS TILL RUTINER I HAITI

När en hel stad har kollapsat och operationssalen är förlagd till en container – kan man då samtidigt fundera över kvaliteten på vården?

Läkaren Katja Wallander kom till Haiti tre veckor efter den förödande jordbävningen i januari. De första utländska teamen stod beredda att åka hem efter att ha jobbat dygnet runt med att rädda liv.

Arbetet hade gått in i en andra fas – färre livshotande krosskador hade lämnat plats för ökat fokus på postoperativ vård, som till exempel behandling av infektioner och omläggningar av operationssår.

Men det rådde fortfarande kaos, berättar Katja, som var medicinskt ansvarig på en postoperativ avdelning på Mickey Mouse-sjukhuset – inrymt i ett före detta dagis.

– Medicinskt hade man kommit väldigt långt men organisatoriskt hade man hamnat på efterkälken. Det fanns inga dagliga rutiner. Ronder förekom lite hur som haver och det saknades mediciner eftersom ingen hade beräknat konsumtionen ordentligt. Det var helt enkelt väldigt rörigt, vilket påverkade kvaliteten.

Jordbävningen i Haiti var en exceptionell händelse. Utländska fältarbetare som åkte dit, även de mest erfarna, blev alldeles omskakade av vad de såg och upplevde, framför allt i

början. Och den första tiden gällde det också att rädda så många liv man kunde, varje minut var dyrbar. Men även om ytterst få har erfarenhet av en situation som den i Haiti, där en huvudstad blir så totalt förstörd, hade man nog ganska snart kunnat införa mer rutiner, tror Katja.

– Min övertygelse är att man även vid en så omfattande katastrof tjänar på att ta fem minuter och fundera igenom vad som behöver göras och hur.

Redan kort tid efter ankomsten började Katja alltså försöka skapa mer struktur i arbetet; hon införde dagliga ronder och morgonmöten liksom fasta arbetsområden för personalen, hon utsåg en ansvarig sjuksköterska och identifierade vilken utbildning som personalen var i behov av, till exempel hur mycket smärtlindring man ska ge, hur ofta blodtryck och feber ska kontrolleras och hur resultaten ska dokumenteras.

– Det är viktigt att det finns ramar för arbetet. Genom att ta ett steg tillbaka och fundera igenom hur arbetet ska göras blir vården både bättre och effektivare.

/ ÅSA NYQUIST BRANDT



LÄGER FÖR INTERNFLYKTINGAR I CHARSADDA-DISTRIKTET. | BILD EYMERIC LAURENT-GASCOIN / MSF

PÅ FLYKT UN DAN VALDET I PAKISTAN

De senaste åren har våldet trappats upp i Pakistan. Strider mellan regeringsarmén och militanta grupper har lett till att ett par miljoner människor flytt sina hem. Att nå fram till dem som behöver hjälp blir allt svårare.

I ett par år har Pakistan legat på Läkare Utan Gränser lista över världens tio värsta humanitära kriser, men i medierna hörs relativt lite om situationen för människorna i landet. I kontrast till den intensiva medierapporteringen från krigets Afghanistan framstår Pakistan nästan som en säker plats att bo på.

Inget kunde vara mer fel.

– När jag var där i april inträffade en explosion 600 meter från ett sjukhus där vi jobbar i nordvästra delen av landet. De som skadades i den attacken fick akutvård snabbt, men så är det sällan. Över hela landet har bristen på säkerhet lett till problem med tillgången till sjukvård och attackerna gör ju inte saken bättre, säger Läkare Utan Gränser generalsekreterare Dan Sermand som nyligen tillbringade några veckor i

Pakistan för att stödja koordinations-teamet på plats.

Bombräder av det här slaget kan äga rum när som helst och var som helst vilket leder till total brist på trygghet, både för lokalbefolkningen och för hjälparbetarna. Läkare Utan Gränser har till exempel vid flera tillfällen tvingats

avsluta eller minska insatserna till följd av säkerhetsproblem. Senast i februari förra året dödades två av organisationens medarbetare, två läkare på väg i ambulans för att hämta skadade i Swatdalen.

Utöver otryggheten påverkas också arbetet av att det ofta är svårt att få tillträde till de områden där hjälp behövs.

– Det är på sätt och vis svårare att arbeta i Pakistan än i Afghanistan. De pakistanska myndigheterna vill ha kontrollen över hjälpinsatserna i landet och vi måste ständigt argumentera för vårt oberoende och för att få tillträde, inte minst till de områden som kontrolleras av militanta grupper, säger Dan.

Miljontals människor har de senaste åren flytt undan de interna striderna i Pakistan eller tagit sig över gränsen från Afghanistan. Läkare Utan Gränser, som tidigare framför allt bedrivit barn- och mödrahälsovård, har på senare år utökat aktiviteterna i Pakistan och arbetar numera även längs den konfliktdrabbade nordvästra gränsen med stöd till sjukhus och med ambulans-transporter.

– Vi måste ständigt föra en dialog med både de militanta grupperna och regeringssidan för att förklara våra principer, att vi är opartiska och oberoende, och på så sätt försäkra oss om att vi kan göra vårt jobb. Misstänksamheten är stor mot utländska organisationer och vi måste visa att vi inte har några politiska motiv utan endast är på plats för att ge vård och hjälpa människor, säger Dan.

/ PONTUS WESTBERG EKERLJUNG

FAKTA | PAKISTAN

Läkare Utan Gränser finns på plats i Pakistan sedan 2000. De senaste åren har man startat flera akutprojekt i den våldsdrabbade Nordvästra gränsprovinen och de Federalt administrerade stamområdena, områden som båda gränsar mot Afghanistan. För att möta de stora behoven av sjukvård bistår Läkare Utan Gränser bland annat med akutvård och ambulanstransporter. Dessutom jobbar man med barn- och mödrahälsovård i den fattiga Baluchistan-provinen. För att bibehålla sitt oberoende tar Läkare Utan Gränser inte emot statligt stöd för sin verksamhet i Pakistan, utan driver projekten enbart med hjälp av gåvor från allmänheten.



BILD JUAN CARLOS TOMASI, MAROCKO

NYA RAPPORTER: **SEXUELLT VÅLD OCH UTSATTA MIGRANTER**



SEXUELLT VÅLD: Kvinnliga migranter som försöker ta sig till Europa utsätts för sexuellt våld i Marocko.

Minst en tredjedel av kvinnorna, varav många minderåriga, utsätts för övergrepp av såväl myndighetspersoner som kriminella. Det visar en rapport från Läkare Utan Gränser som nu uppmanar den marockanska regeringen att sätta stopp för övergreppen och förbättra vården för de drabbade.

UTSATTA MIGRANTER: Tusentals migranter i Sydafrika, varav en majoritet är zimbabwier, lever under fruktansvärda levnadsförhållanden och har ytterst begränsad tillgång till hälso- och sjukvård. I en uppföljning till en rapport som Läkare Utan Gränser gjorde för ett år sedan visar det sig att situationen inte har förbättrats sedan dess. Nu kräver organisationen att migranterna får tillgång till skydd och att deras behov av hälso- och sjukvård och av tak över huvudet tillgodoses.

Läs mer på www.lakareutangranser.se



BILD KATE GERAGHTY, KONGO-KINSHASA

2009 | **LÄKARE UTAN GRÄNSER I SIFFROR**

Trots det instabila ekonomiska läget ökade Läkare Utan Gränserns intäkter under 2009. Läs mer om året som gick i explocket från årsredovisningen.

Insamling

Trots det instabila ekonomiska läget ökade intäkterna från allmänhet och företag med 4,5 procent jämfört med 2008, från 195,6 miljoner kronor till 204,4 miljoner kronor under 2009. Av de 204,4 miljoner kronorna i insamlade medel var det mesta gåvor från cirka 136 000 privatpersoner i Sverige. Bidragen från Sida uppgick till 117,2 miljoner kronor, jämfört med 107,7 miljoner kronor 2008.

Rekrytering

Under 2009 påbörjade 86 fältarbetare 96 uppdrag i fält för Läkare Utan Gränserns svenska sektion. De arbetade i 33 länder, varav drygt hälften var i Afrika. Bland fältarbetarna var 24 procent läkare, 38 procent sjuksköterskor och 38 procent icke-medicinsk personal.

Kommunikation

Under 2009 förekom Läkare Utan Gränser i snitt 147 gånger i månaden i svenska medier. Några av de ämnen som lyf-

tes under året var situationen för migranter och flyktingar i Europa, tuberkulos och malaria. Webbplatsen hade i snitt 19 000 besökare i månaden, en ökning med 7,3 procent jämfört med 2008.

Påverkansarbete

Påverkansarbetet fokuserade bland annat på vikten av tillgång till hälso- och sjukvård och på hur patientavgifter och andra kostnader är ett stort problem för många människor i de länder där Läkare Utan Gränser arbetar. Andra ämnen som togs upp var bristen på forskning kring tuberkulos och den humanitära situationen i Kongo-Kinshasa, Somalia och Afghanistan.

Fördelning av 2009 års kostnader

Kostnader ideella ändamålet:

88,6 procent

Insamlingskostnader:

8,9 procent

Administrativa kostnader:

2,5 procent

De länder som fick mest pengar från Läkare Utan Gränserns svenska sektion var Kongo-Kinshasa, Sudan och Niger.

Läs mer på www.lakareutangranser.se

BILD FREDERIC COURBET

SOMALIA | **SYNEN TILLBAKA MED KIRURGI**

Under en intensiv vecka i april genomfördes ett ögonkirurgiskt projekt vid sjukhuset i Galcayo South, Somalia. Drygt 600 personer genomgick ett kirurgiskt ingrepp för att få synen tillbaka. Att människor förlorar synen är vanligt i Somalia,

eftersom den stora bristen på läkare gör att även enkla ögoninfektioner oftast förblir obehandlade. Projektet, som fick stöd av Läkare Utan Gränser, leddes av en somaliskfödd kirurg som tillfälligt återvände till hemlandet från Storbritannien.





JOHAN MAST. | BILD MIKAEL SILKEBERG

NY GENERALESEKRETERARE | JOHAN MAST

Johan Mast är Läkare Utan Gränser's nye generalsekreterare. Han efterträder Dan Sermand, som lämnat posten efter nästan sex år.

Vem är du?

– Jag är 31 år och kommer ursprung-

ligen från Höga Kusten. Jag har en examen i pedagogik och kan väl kalla mig själv organisatör, om jag ska välja yrke. De senaste fem åren har jag varvat arbete för Läkare Utan Gränser i fält som logistiker och koordinatör (tre uppdrag

i Sudan, dessutom Kongo-Kinshasa, Kenya och Sierra Leone) med arbete på hemmaplan inom projektledning och formgivning. Jag kommer närmast från Folke Bernadotteakademin där jag arbetade som biträdande utbildningschef. När jag kan är jag i Ådalen och snickrar på en stuga som jag började bygga på för några år sedan. Fast jag misstänker att den kommer att få lämna plats för Läkare Utan Gränser i några år framöver...

Varför Läkare Utan Gränser?

– Det är en organisation som jag har förtroende för. Jag respekterar grundprinciperna om neutralitet, om att bistå där vi behövs mest, oberoende av politik och religion, och att alla människor som befinner sig i nöd har rätt till hjälp. Våra fälthandläggare jobbar i de svåraste och mest bortglömda områden och tvekar inte att höja rösten om de ser något som är fel. Dessutom är det väldigt givande att få chansen att hjälpa andra människor.

Vad blir viktigast att göra nu?

– Att hjälpa till att inspirera och förmedla till såväl allmänhet som beslutsfattare varför det arbete som Läkare Utan Gränser gör är så viktigt och hur man kan förändra situationen till det bättre. Det är också viktigt att finnas till hands för kollegor, att kunna avlasta och hjälpa till att prioritera och över huvud taget se till att arbetet flyter på så bra det bara går. Jag är otroligt stolt och ödmjuk över att ha fått chansen att återigen arbeta för Läkare Utan Gränser!

LÄSARFRÅGAN | HUR HAR MAN RÅD ATT JOBBA FÖR ER?



Jag har länge undrat över hur det fungerar att vara volontär rent

ekonomiskt. Hur har man råd att åka ut i världen och jobba gratis för er? De flesta har ju kostnader hemma i form av bil, bostad, barn mm.

De som arbetar för Läkare Utan Gränser får lön, även om den är låg. Ingångslönen är drygt 10 000 kr i månaden och är tänkt att hjälpa till att täcka löpande kostnader hemma under tiden man är i fält. På plats får man sina omkostnader betalda. I takt med erfarenhet och ansvar ökar sedan ersättningen och många som jobbar för oss

tjänar mellan 10 000 och 20 000 kronor. Men det är också viktigt för oss att bibehålla volontärandan, därför ligger våra löner lägre än på de flesta motsvarande arbetsplatser.

Har du också en fråga om Läkare Utan Gränser? Ring eller mejla. Adressen hittar du på baksidan.

VÅLDET LURAR I GRÖNSKAN

Vid första anblicken tycks Kalonge i östra **KONGO-KINSHASA** mest bestå av olika nyanser av grönt. Men under ytan lurar våldet, och för befolkningen är livet hårt och otryggt. Direkt följde med sjuksköterskan Lisa Rydell ut i bushen.

TEXT OCH BILD MALIN LAGER

Det är långt från Stockholm till östra Kongo. Resan går via Rom, Etiopien, Uganda och Rwanda. Vidare med taxi över gränsen från Rwanda till södra Kivu. Till sist en bilfärd i rödbrun lervälling genom nationalparken Kahusi-Biega. Fyra dagar, tolv fastkörningar och fem bärgningar senare är målet i sikte – Kalonge. En liten by som hälsar mig välkommen med ett fyrverkeri av färger, dofter och ett rogvande sorl av människor och djur. Här arbetar sjuksköterskan Lisa Rydell sedan september 2009.

– I flera år har jag drömt om att åka till just Kongo, berättar hon. Det har alltid lockat mig, det stora mytomspunna landet mitt i Afrika. Så när de ringde från Läkare Utan Gränser och frågade

om jag ville åka dit så tackade jag ja på en gång.

– Och det är just så här jag fantiserade om att det skulle vara att jobba i fält, fortsätter hon. Utan el, rinnande vatten, telefoner och internet, i en bergsby nära folket och naturen. Precis som i Kalonge.

Vi promenerar runt i byn och både barn och vuxna hejar glatt på Lisa och hennes kollegor. Teamet bor mitt i Kalonge i ett litet hus med solpaneler på taket. Det glest flätade bambustaket som omgärdar huset lockar till tjuvkik från förbipasserande. På framsidan finns en volleybollplan med ett nät tillverkat av ett gammalt myggnät och silvertjej, och på baksidan hoppar kaniner och marsvin i en inhägnad – inte för att de är

så söta utan för att så småningom hamna på middagsbordet.

Det är vackert i Kalonge. Men ytan är förrädisk och där under lurar en annan verklighet. Det skoningslösa våldet fortsätter i oförminskad takt och sammandrabbningar mellan den kongolesiska armén FDLR och olika rebellgrupper har tvingat hundratusentals människor på flykt. Under 2009 anlände tusentals internflyktingar till Kalonge-distriktet från angränsade regioner.

Gör en insats här och nu

– Allt blir så konkret. Att vara på plats och med egna ögon bevittna alla dessa tusentals flyktingar i långa, långa rader längs vägarna berör mig enormt. Samtidigt känns det bra att vi är på plats.

Även om vi inte kan förändra något i långa loppet gör vi ändå en insats här och nu, konstaterar Lisa.

Känslan av frustration och vanmakt kan också fungera som en motor, berättar hon. Som ansvarig för fem vårdcentraler i distriktet har hon ett späckat arbetschema, med ett besök i veckan på varje klinik. Till det kommer också diverse pappersexercis som utbetalning av löner och ansvaret för projektets apotek. Men det är resorna ut till vårdcentralerna som ger henne energi och som gör att hon orkar med de långa arbetspassen.

Just den här dagen ska hon och kollegan Christophe Dumba, även han sjuksköterska, åka till vårdcentralen i Fendula. Och precis som vanligt är det avfärd redan vid halv sju på morgonen, dåliga



vägar gör att färden kan ta över sex timmar. Sen återstår ett par timmars arbete på kliniken med att ta emot patienter och ge stöd åt den lokala personalen.

– Jag och Christophe försöker maximera vårt arbete på plats. Jag bidrar med min erfarenhet och Christophe har dessutom kunskaper om Kongo, om hur man pratar med lokala ledare och hur man närmar sig befolkningen på rätt sätt. Vi lär oss av varandra.

Läkare Utan Gränsers projekt i Kalonge startade 2008 med hälso- och sjukvård till det växande antalet intern-

flyktingar i området, liksom med stöd till distriktssjukhuset i Kalonge och till vårdcentralerna på landsbygden. Diagnoserna varierar, men de vanligaste sjukdomarna som behandlas är luftvägsinfektioner, malaria och diarrésjukdomar. Människorna är extremt fattiga och många av dem har tvingats lämna sina hem hals över huvud och försöker nu odla mat intill de tillfälliga bostäderna. Resultatet blir näringsfattig och ensidig kost som kassava eller ris och bananer, vilket i sin tur leder till att de mindre barnen ofta drabbas av undernäring.

Många munnar att mätta

Vid första anblicken är det svårt att tro att det finns undernäring här. Det tropiska klimatet dränker landskapet i olika



LISA RYDELL PÅ BESÖK I FENDULA. (OVAN)
FASTKÖRNING I NATIONALPARKEN. (T.H.)

nyanser av grönt så långt ögat når. Jorden är fuktig och bördig. På den lokala torsdagsmarknaden säljs frukter, färskt kött och grönsaker i alla dess slag.

Lisa förklarar också att undernäring i sig inte är det största problemet.

– Det råder inte någon direkt matbrist, men problemet är att människor är fattiga och varje kvinna har många munnar att mätta. Undernärda barn är mer utsatta för infektioner, så om vi upptäcker undernäring försöker vi alltid att behandla det också.

Väl framme i Fendula väntar barnen i den lilla undernäringsmottagningen. Många barn på bänkarna har det för undernäring så typiska färglösa håret. Byborna iakttar Lisa nyfiket och lite misstänksamt. En kvinna som sitter halvt gömd under sin sjal darrar av skräck. Jag frågar varför hon är rädd och får veta att hon aldrig sett en vit människa förut, och att hon har hört historier om hur barn rövas bort av de vita spökena. Till



slut övervinner mamman sin skräck för »spöket« Lisa som – istället för att röva bort hennes barn – ger henne en ransom med näringsberikad jordnötspasta.

Den här dagen träffar Lisa också en sjuk flicka som behöver föras till distriktssjukhuset för vidare vård. För lokalbefolkningen finns knappt några transportmöjligheter, de flesta går till fots. Långa avstånd, liksom bristen på säkerhet, gör att Läkare Utan Gränser ofta

transporterar sjuka patienter i bilen tillbaka till Kalonge.

Det sexuella våldet, som främst drabbar kvinnor men även män och barn, är utbrett i området. Våldtäkt trasar inte bara sönder människor fysiskt utan lämnar psykiska ärr och leder till stigmatisering och social utfrysning. Under 2009 behandlade Läkare Utan Gränser över 6 700 personer som utsatts för sexuell våld, enbart i södra och norra Kivu, och antalet patienter ökar hela tiden. Därför fokuserar nu Läkare Utan Gränser på att ytterligare stärka och utveckla programmet för sexuell våld som omfattar specialiserad sjukvård och psykologiskt stöd till drabbade.

Hopplösheten tar aldrig över

En annan viktig del är att nå ut bland befolkningen med information om hur viktigt det är att söka medicinsk hjälp inom 72 timmar för att förebygga hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar liksom oönskade graviditeter.

– Det sexuella våldet, alla dessa historier, de är hjärtskärande och ibland alltför överkliga för att man ska kunna ta in dem, säger Lisa.

Ja, visst kan det kännas frustrerande, inte minst känslan av att inte räcka till när behoven är så oändliga. Men aldrig någonsin tar hopplösheten över, konstaterar hon.

– Även när det är som allra jobbigast, och känslan att inte räcka till håller mig vaken på nätterna, så vet jag ändå att det finns inget annat ställe i världen som jag hellre vill vara på än just här i Kalonge.●

»JAG ÄR GLAD ATT JAG VÅGADE«

Behovet av fältarbetare som talar franska är större än någonsin inom Läkare Utan Gränser. För Lisa Rydell blev franskakunskaperna nyckeln till drömjobbet.

– Jag har alltid velat åka till Kongo så därför försökte jag verkligen lära mig franska, säger hon.

I botten hade hon skolfranska, som inte räckte särskilt långt. Genom Läkare Utan Gränser fick hon intensivplugga franska på Sidas kursgård i Härnösand men kände sig ändå inte riktigt redo.

– Så då tog jag mina sparpengar och åkte till Frankrike i två månader.

Väl på plats i Kongo märkte Lisa att det där med franska gick bättre än väntat.

– Ute i byarna talar folk swahili så jag pratade med dem via mina kollegor som kunde hyfsad franska. I början var det lite frustrerande men det gick över. Och även om jag inte kunde alla medicinska termer så löste det sig alltid.

– Jag tyckte att det var skönt

att det inte var mitt första uppdrag, fortsätter hon. Men även om det är det första uppdraget så fixar man det. Och nu i efterhand är jag jätteglad att jag vågade åka. Nu har jag ju fått ett nytt språk.

Läs mer om att arbeta i fält.
www.lakareutangranser.se/fieldwork



SVÅRT UNDERNÄRT BARN FÅR HJÄLP ATT ANDAS MED SYRGASMASK. | BILD WILLIAM MARTIN / MSF, NIGERIA

MÄTT – MEN UNDERNÄRD

Än en gång riskerar flera miljoner människor i Västafrika att drabbas av undernäring. Inte för att omvärlden inte vill hjälpa till – utan för att stödet ofta satsas på fel sorts mat. Läkare Utan Gränser finns på plats, bland annat tack vare Postkodlotteriet.

An en gång läser vi om undernäring i Västafrika. I Niger, norra Nigeria och andra länder i Sahelområdet, som löper som ett torrt bälte tvärs över Afrika, riskerar tio miljoner människor att drabbas av akut undernäring.

Denna kris är densamma som med varierande styrka inträffar varje år, i det glapp som uppstår när matförråden tagit slut och den nya skörden ännu inte är mogen. Men till skillnad från 2005, då framför allt Niger drabbades av en omfattande undernäringsskris, är omvärlden betydligt bättre förberedd denna gång. Det förklarar Nathalie Ernould, policyrådgivare inom Läkare Utan Gränser.

Engagemang räcker inte

– De senaste årens finanskris har fått priserna på mat att skjuta i höjden. Så nu ökar antalet undernärda barn igen, vilket har fått världen att reagera. Den här gången är det många som håller

ögonen på utvecklingen i Sahel, både internationella givare som FN och EU och olika humanitära aktörer.

Men trots engagemanget kommer det inte att räcka, fortsätter hon. Först och främst eftersom man fortfarande inte är beredd att bidra med tillräckligt mycket pengar, men också eftersom pengarna används till fel slags insatser.

Varje år satsas runt 2,7 miljarder kronor på livsmedelsbistånd, vilket är en bråkdel av vad som behövs. Och fortfarande dör mellan 3,5 och 5 miljoner barn varje år till följd av undernäring. En starkt bidragande orsak till det är att endast 1,7 procent av livsmedelsbiståndet är anpassat till de behov av näringsrik och varierad kost som små barn har. Den soja- och majs mjölblandning (CSB) som oftast används i dag, räcker för vuxna som behöver bli mätta. Växande barn däremot har helt andra behov.

– Omvärlden satsar redan mycket men

om man verkligen ska komma till rätta med undernäringen i världen måste man bistå med rätt mat, det är det allra viktigaste. Och för små barn innebär det en näring som innehåller mjölk, vilket är dyrt. För givare, som ofta är hårt pressade ekonomiskt, kan det vara frestande att fortsätta med det minst dyra alternativet.

Förändringar tar tid

Runt 20 miljoner barn i världen lider av den allvarligaste formen av undernäring, enligt Världshälsoorganisationen WHO. För att de ska bli friska räcker det inte med mat. Istället använder sig Läkare Utan Gränser av RTUF (Ready to Use Therapeutic Foods) som innehåller rätt sammansättning av kolhydrater, fetter, protein och spårämnen.

Inför den förestående undernäringsskrisen i Västafrika har FN:s livsmedelsorgan WFP lovat att fördubbla stödet. Organisationen har också antagit en nutritionsstrategi där det ingår en förbättrad variant av CSB, som bland annat innehåller mjölk.

Men Nathalie är ändå inte nöjd.

– Från början var ju mathjälp ett sätt för rika länder att bli av med sina egna överskott. Så jämfört med det har vi förstås kommit ganska långt. Men alla förändringar tar tid och dessutom är det en kostnadsfråga. Ju högre kvalitet på maten, desto mer kostar den. Och när man tänker på hur många barn som riskerar att drabbas av akut undernäring har jag svårt att se hur de föreslagna åtgärderna ska räcka.

/ ÅSA NYQUIST BRANDT

FAKTA | NIGERIA

Tillsammans med Afrikas horn och södra Asien tillhör norra Nigeria och de andra länderna i Sahel världens så kallade »hot spots« när det gäller undernäring. Under 2009 drabbades norra Nigeria av svår torka vilket har lett till den allvarliga situationen i dag. Läkare Utan Gränser arbetar bland annat i Goronyo i norra Nigeria. Till detta projekt går också en del av de pengar som Läkare Utan Gränser har fått från Postkodlotteriet.



SEDAN HENNES DOTTER DOG I AIDS TAR THENJIWE MADZINGA HAND OM THINA, SINELIZWI (BILDEN T. H.) OCH TRE ANDRA BARNBARN. | BILD REUTERS / FINBARR O'REILLY

ÄN ÄR KAMPEN INTE VUNNEN

Flera miljoner hivpositiva har fått livet tillbaka, tack vare hivläkemedel. Men nu tappar framstegen fart. Trots att nio miljoner människor ännu inte har tillgång till medicinerna satsas allt mindre resurser på hivbehandling.

TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT

Snart är det dags för fotbolls-VM och världens blickar riktas mot Sydafrika. För första gången någonsin har mästerskapen förlagts till ett afrikanskt land och förväntningarna är höga: spelen ska förena den splittrade nationen och tillresta fans från hela världen kommer förhoppningsvis att bidra till ett välbehövligt ekonomiskt uppsving.

Samtidigt, i skuggan av fotbollscirkusen, pågår en kris som det i vanliga fall talas tyst om: hiv/aidsepidemin, med centrum i länderna i södra Afrika.

Under det senaste decenniet har den

förbättrade tillgången till antiretrovirala läkemedel (ARV) gett flera miljoner människor livet åter. För sju år sedan var det bara två procent av alla som hade behov av ARV-behandling i södra Afrika som också fick behandling – i dag är den siffran 42 procent.

Men fortfarande kräver hiv/aids två miljoner människors liv varje år, varav närmare tre fjärdedelar i södra Afrika. Och fortfarande finns runt nio miljoner människor i världen som skulle behöva behandling men som inte har tillgång till någon eftersom landet de bor i inte har råd att tillhandahålla ARV till sin befolk-

ning eller för att det saknas sjukhusstrukturer och personal som kan initiera behandling.

Finanskrisen har satt spår

De flesta länder i Afrika söder om Sahara är fortfarande starkt beroende av externt stöd för sina program för hivbehandling. Ändå kommer nu allt fler tecken på att de internationella givarna inte är så angelägna längre om att satsa långsiktigt på kampen mot hiv. Den ekonomiska krisen har satt sina spår, liksom nya ideologiska och politiska prioriteringar. Istället för att utöka det

finansiella stödet till behandling – vilket skulle behövas för att uppfylla löftet om att alla ska ha tillgång till behandling år 2010 – har det avtagande intresset lett till att tunga finansieringsorgan som Globala Fonden och PEPFAR (US President's Emergency Plan for AIDS Relief) aviserat att man troligtvis kommer att tvingas skära ner på stödet till ARV-behandling framöver.

Mobil befolkning

Ingenstans i världen lever så många människor med hiv som i Sydafrika.

Närmare 19 procent av befolkningen mellan 15 och 49 år är hivpositiva, det innebär 5,7 miljoner varav runt 850 000 får ARV-behandling. Redan i dag beror över hälften av alla dödsfall i Sydafrika på hiv/aids och utan en kraftig expansion av tillgången till behandling kommer den andelen snart att stiga.

I Khayelitsha, en fattig kåkstad i utkanten av Kapstaden, är situationen både bättre och sämre än på många andra håll. Sämre, eftersom det är fat-

tigt, våldsamt och drygt 30 procent av befolkningen i reproduktiv ålder har hiv. Men också bättre, eftersom man här har utvecklat en modell för att förebygga och behandla hiv som i stort sett fungerar, trots fattigdom och dåligt utbyggd infrastruktur.

– Befolkningen i Khayelitsha är väldigt mobil, de jobbar här men har sin familj någon annanstans, eller tvärtom. Därför är det inte alltid så lätt för dem att komma till kliniken för behandling, berättar läkaren Emma Åkerlund som nyss återvänt efter att i tre månader ha jobbat för Läkare Utan Gränser i Khayelitsha.

För att underlätta för patienterna har hälsomyndigheterna startat flera mindre kliniker i området, berättar hon. Dessa så kallade city-kliniker tillhandahåller gratis prevention och behandling, och några av dem även behandling mot tuberkulos. På grund av den kroniska läkarbristen har man dessutom infört en decentraliserad behandlingsmodell, initierad av Läkare Utan Gränser, som innebär att en stor del av det kliniska arbetet utförs av sjuksköterskor i stället för läkare. På så sätt kan läkaren, som åker runt mellan de olika klinikerna, ägna sig åt mer komplicerade medicinska fall.

Och detta nydanande sätt att arbeta har också gett resultat: drygt 13 000 hivpositiva får i dag ARV-behandling på någon av city-klinikerna, antalet nyinfekterade har planat ut samtidigt som andelen nyfödda med hiv har minskat till 3,3 procent.

Tvingas avbryta behandling

Men för att denna framgångsrika modell ska kunna leva vidare krävs långsiktigt finansiellt stöd. Ett antal studier har också visat att kraftiga satsningar i kampen mot hiv/aids ger globala vinster på längre sikt. Utan löften om utökade bidrag från de största givarna kan behandlingsprogrammen inte byggas ut i den takt som är nödvändig, nya patienter inte tas emot och patienter som redan får ARV riskerar i förlängningen att tvingas avbryta behandlingen.

Så långt har det ännu inte gått i Khayelitsha. Tvärtom har Sydafrika, som ett av få länder i regionen, infört

»Redan i dag beror över hälften av alla dödsfall i Sydafrika på hiv/aids.«

Världshälsoorganisationen WHO:s nya rekommendationer om att ARV-behandling ska sättas in på ett tidigare stadium i sjukdomen. Dessutom ska ett av läkemedlen i första linjens ARV-behandling bytas ut mot ett som ger mindre biverkningar men är tre gånger så dyrt.

– När jag var där hade man inte ändrat riktlinjerna än, säger Emma. Det kändes inte så kul att ge patienterna det gamla läkemedlet när man visste att det finns bättre som vi har tillgång till i vår del av världen. Och så kunde man inte ge dem det!

Förbättringar kostar pengar

Ett annat avgörande problem är att många patienter så småningom utvecklar resistens mot något av läkemedlen som ingår i kombinationsbehandlingen. I rika länder finns då en rad alternativ att ta till, men det gör det inte i Khayelitsha.

– Jag såg inte så många hivpatienter som hade blivit resistent. Men det kommer att bli så, och om de då inte får tillgång till andra läkemedel vet jag inte vad som ska hända.

WHO:s nya rekommendationer – om de följs – innebär att gapet mellan hiv-behandlingen i fattiga och rika länder minskar betydligt. Till exempel är det inte längre självklart att hivpositiva i Afrika ska behöva hålla tillgodo med läkemedlet stavudine, som bland annat kan ge svåra nervskador.

Men alla förbättringar kostar pengar. Liksom det faktum att allt fler människor numera lever med hiv.

Nu gäller det att någon är beredd att betala. ●



KHAYELITSHA. | BILD KENNETH TONG /MSF



MUSIK FÖR LIVET
Musik som helande kraft. Det är tanken bakom projektet "Funk For Life". Nils Landgren Funk Unit har spelat in en skiva med samma namn där en del av intäkterna går till Läkare Utan Gränser. Här kan du köpa skivan: www.funkforlife.com

Tid är också pengar
Har du tid över? Bor du i Stockholm med omnejd och vill hjälpa oss som volontär här på kontoret? Skriv då ett mejl till office-sto@msf.org
Vi söker alltid engagerade människor som vill vara en del av våra värvarteam på Stockholm, Göteborg och Malmös gator och torg för att värva nya givare till Läkare Utan Gränser. Är du intresserad? Läs mer: www.lakareutangranter.se/tjanster

DUBBEL VINST!!
Genom att prenumerera på en lott i PostkodLotteriet stödjer du bland annat Läkare Utan Gränserns arbete. Så förutom att du själv har chans att vinna så bidrar du även till att rädda liv.
www.lakareutangranter.se/postkodlotteriet

Hurra!
Studentfiranden, bröllop och födelsedagar - våren är full av tillfällen att säga grattis. Skicka gärna våra e-vykort för att uppvakta någon du tycker om!
www.lakareutangranter.se/evykort

MEDECINS SANS FRONTIERES LÄKARE UTAN GRÄNSER
PG: 90 06 03-2
Varje dag föda hundratusentals barn världen över. Många av dem behöver medicinsk hjälp för att få en framtid. Liksom deras mammor. Läkare Utan Gränser är en humanitär organisation som arbetar i omkring 45 länder runt om i världen med att förse utsatta människor med medicinsk vård de annars inte skulle ha tillgång till.
www.lakareutangranter.se

DITT STÖD BEHÖVS.
www.lakareutangranter.se

MEDECINS SANS FRONTIERES LÄKARE UTAN GRÄNSER

direkt

ges ut av **LÄKARE UTAN GRÄNSER**. Tidningen är ett verktyg för den del av vårt arbete som tar vid när den medicinska och humanitära delen inte räcker till – att höja rösten och informera om de övergrepp och missförhållanden vi bevitnar, att vara en katalysator för förändring. Vi vet att ord inte alltid kan rädda liv men vi vet också att tystnad kan döda.
REDAKTÖR Åsa Nyquist Brandt **ANSVARIG UTGIVARE** Dan Sermand **E-POST** direkt@msf.org **GRAFISK FORM** Anders Birgersson
ADRESS Läkare Utan Gränser, Gjörwellsgatan 28, Box 340 48, 100 26 Stockholm **TELEFON** 08-55 60 98 00 **FAX** 08-55 60 98 01
WEBB www.lakareutangranter.se **TRYCK** Norra Skåne Offset, ISSN 651-3347 **OMSLAG** Avdelningen för neonatal vård på San Francisco-sjukhuset i Choco, Colombia © Mads Nissen

»Dina gåvor används alltid där behovet är som störst«

Plusgiro **90 06 03-2** Bankgiro **900-6032**

Frågor om gåvor: 08-5560 9810 eller givarservice@msf.org