

direkt

#1 2013 LÄKARE UTAN GRÄNSER

En sexårig pojke
i Tadjikistan med
multiresistent
tuberkulos, en
sjukdom som nu
sprider sig över
världen.

**SOCIALA
MEDIER**
ATT GILLA
ELLER
INTE GILLA

SYRIEN
PÅ PLATS
I KRIGET

TUBERKULOS

Hostan som aldrig försvann



MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

Innehåll #1

»Om vi verkligen menar allvar med att få ner mödradödligheten så måste kvinnor få tillgång till kostnadsfri sjukvård.« / sidan 6

Skillnaden mellan liv och död

På senare år har den medicinska forskningen lett till stora framsteg när det gäller behandling av flera globala hälsohot, däribland hiv/aids och malaria. Samtidigt finns en grupp sjukdomar där inga nya mediciner tagits fram, inga vacciner och inga diagnosverktyg. Det handlar om sjukdomar som framför allt drabbar människor i fattiga länder, som kala azar, afrikansk sömnsjuka och Chagas sjukdom. Men också om tuberkulos som länge ansågs besegrad i västvärlden och därför försvann från forskarnas dagordning. Nu är tbc – lungsoten – på väg tillbaka till vår del av världen och denna gång i en extremt svårbehandlad form. Men nu har också forskningen satt fart och i vintras godkändes det första nya läkemedlet mot tbc på nästan 50 år. Kanske är det de fattigas chans.



ÅSA NYQUIST BRANDT
REDAKTÖR

Läs mer om tbc och andra bortglömda sjukdomar i det här numret av Direkt.



/ 8



/ 20



/ 27

ÖGONBLICK I VÄRLDEN / sidan 3

SIGNERAT: MAMMORNA BEHÖVER INTE DÖ

Ambulanser och akutvård kan rädda liv. / sidan 6

Den glömda hostan

TEMA: Allt fler drabbas av resistent tuberkulos.

Men vägen tillbaka är lång och plågsam – och många når aldrig ens fram. / sidan 8

PORTRÄTTET:

PÅ UPPDRAG I SLUTET LAND

Läkaren Peik Brundin behandlade internflyktingar i Burma. / sidan 16

JUST NU / sidan 19

Att gilla eller inte gilla

Vilken betydelse har sociala medier för Läkare Utan Gränser? / sidan 20

PÅ PLATS I KRIGETS SYRIEN

»När himlen är blå kommer helikoptrarna.« / sidan 24

KARTAN: I FOKUS 2013 / sidan 28

TILL SIST / Postkodlotteriet, intervju med volontären Ingrid Rinman och ett spännande boktips. / sidan 30

OMSLAGSBILD / RON HAVIV, VII

BILD SAM PHELPS



12-11-14 I monsunens kölvatten

PAKISTAN. Barnen fiskar i de översvämmade fälten längs Kheer Thar-kanalen i Sind-provinsen i Pakistan.

Mer än tre miljoner människor drabbades av översvämningarna som följde i monsunregnens spår i höstas. Hela byar längs med kanalen dränktes av vattenmassorna och hus

kollapsade över invånarna. Många förlorade allt de ägde, inklusive jobbet som lantbruksarbetare på de omgivande fälten. Istället har de tvingats bli daglönare i staden Jacobabad i närheten.

Det stillastående vattnet har dragit till sig mygg och ökat spridningen av malaria. Även

diarré, hud- och luftvägsinfektioner, liksom skabb, har ökat lavinartat. Läkare Utan Gränser har bistått befolkningen med tält, rent vatten, hygienartiklar och latriner. Mobila sjukvårdskliniker har besökt provisoriska läger dit de drabbade sökt sig i väntan på att vattnet ska sjunka undan.



Flyktingar i Jamam-lägret väntar på att ta malariatest. BILD PAULA BRONSTEIN

13-01-25 Sydsudan

I går träffade jag en ny flykting. En kvinna. Hennes by brändes förra året. Hon gömde sig i bushen med sina barn. Familjen splittrades. Två av barnen hamnade i Sydsudan, medan hon bodde med de andra fem barnen i ett flyktingläger på andra sidan gränsen i Sudan. Hon har inte hört ifrån dem på ett år. Hennes man dog för en månad sen. Då bestämde hon sig för att lämna sina fem barn där och gå över gränsen för att hitta de två andra. Hon följde med en liten grupp som gått nattetid i två veckor för att komma hit. Hon är gravid i sjätte månaden. Magen putar rejält under klänningen, men det verkar inte besvära henne. Ryggen är rak. »Jag var tvungen att gå nu, sen hade jag blivit för stor. Jag måste få se mina barn«.

Kvinnorna ställs inför så svåra beslut här. Vilket barn ska jag välja? Ska jag stanna eller gå över gränsen? Jag undrar hur jag hade valt. Om jag hade varit lika stark.
/ Monika Oswaldsson, psykolog

12-12-19 Malmö

Jag jobbar i Malmö som värvare. Att vara värvare innebär att träffa otroligt många människor av olika slag. Dessa människor kommer du sedan att prata med och förhoppningsvis vill de efter ert möte ge pengar till Läkare Utan Gränser. För att detta ska fungera krävs det att du är en god människa och inte är rädd för att visa det. Godhet smittar.
/ Tin Tin Frisk, värvare för Läkare Utan Gränser

17

Det är 17 månader sedan våra kollegor Blanca Thiebaut och Montserrat Serra kidnappades. Den 13 oktober 2011 fördes de bort från Dadaab-lägret i Kenya. Våra tankar är med dem varje dag.

13-01-20 Colombia

Det var i Los Angeles, ett av Buenaventuras mindre lyckligt lottade områden. Runt omkring oss låg nedgångna trähus som saknade både en och två väggar. Vi var här för att se över de vattentankar som Läkare Utan Gränser installerat för en tid sedan, och vi inledde dagen med att informera om vikten av rent vatten och vilka sjukdomar som smutsigt vatten kan leda till. Under ett av informationspassen satte jag mig på en plank på marken och fick



BILD KARINE BODART, BUENAVENTURA

sällskap av en söt men smutsig liten tjej. Hon berättade hur hennes mamma hade lovat henne en födelsedagspresent så snart de hade pengar. Gjorde ont i hjärtat att höra, men hon pratade på och vi satt kvar där hand i hand.

Lite senare blev vi bjudna på lunch hos en familj. Så otroligt fint av några som knappt har pengar för dagen. Hade inte hjärta att säga att jag inte äter kött när bordet dukades med kycklingsoppa och lasagne. Jag tänker ofta på dem jag träffade i Los Angeles. Besöket gav mig ett varmt minne – och dessutom ett gäng livliga magparasiter...
/ Sophia Wengelin, administratör

BILD PRIVAT



Hur gick det för de somaliska flyktingar som 2011 sökte skydd i Etiopien?

»Första gången jag kom till lägret i Liben var det fullständigt kaos. Nu får flyktingarna den hjälp de behöver.«

» I samband med undernäringskrisen i Somalia var det tiotusentals flyktingar som sökte sig till Liben i södra Etiopien. När jag kom dit första gången fanns där 40 000 flyktingar. Nu är de runt 120 000. Men även om det fortfarande förekommer undernäring har läget stabiliserats. Fast det tog lång tid innan hjälpinsatserna kom

igång, för många organisationer tog det tid att samla in pengar och få alla tillstånd och många flyktingar dog. I vårt näringscenter ökade antalet barn från 1 000 till 13 000. Det var fruktansvärt, att se många undermålda barn på en gång och inte veta om de skulle överleva eller om de redan var för svaga. Samtidigt har jag aldrig under mina 13 år med

Läkare Utan Gränser känt mig så stolt över det vi gör. På extremt kort tid kunde vi mobilisera både personal och pengar. Och i ett sådant här kritiskt skede, när det verkligen handlar om liv och död, är det helt avgörande.«

Ulli Hedberg, sjuksköterska och medicinsk koordinator i Etiopien i 2,5 år.

Mammorna behöver inte dö

För en kvinna i Sierra Leone är risken att dö i barnsäng 200 gånger högre än för en kvinna i Sverige. Men så skulle det inte behöva vara. Att drastiskt sänka mödradödligheten är fullt möjligt, även i de fattigaste länder.

Trots att mödradödlighet i stor utsträckning går att förhindra är det fortfarande en av de allra vanligaste dödsorsakerna för kvinnor i låginkomstländer. Medan vi här i Sverige nästan aldrig hör talas om graviditeter och förlossningar med dödlig utgång är detta vardagsmat i ett land som Sierra Leone. Eller i Tchad och Somalia, de båda länder där mödradödligheten enligt FN skördar flest liv.

Att så många kvinnor dör strax före, under eller efter förlossningen beror egentligen inte på att de drabbats av särskilt komplicerade medicinska tillstånd. Oftast är de unga och friska och i många fall skulle deras liv gå att rädda. Men då behöver de få tillgång till akut vård av utbildad personal, det måste finnas möjlighet att använda sugklocka eller utföra kejsarsnitt när värbarnet har dragit ut på tiden, ge blodtransfusioner när kvinnan förlorat mycket blod, behandla havandeskapsförgiftningar och infektioner. Förutom förlossningskomplikationer står aborter och missfall för en betydande del av mödradödligheten.

Att det egentligen inte är så

komplicerat att förhindra mödradödlighet gör ju verkligheten ännu mer upprörande. I de globala millenniemål som världssamfundet enades kring år 2000 är målet om att få ner mödradödligheten ett av de mål som har sämst chanser att uppfyllas till 2015.

Extremt bråttom

Ett problem är förstås att förlossningskomplikationer är svåra att förutse och kan uppstå snabbt. Detta var något som jag blev varse när jag jobbade i Iriba i östra Tchad 2006. Till sjukhuset kom kvinnor som genomgått helt normala graviditeter och påbörjat förlossningen i hemmet, till en början utan problem, och sedan plötsligt fick komplikationer. Då kunde det bli extremt bråttom. Stämningen i förlossningssalen var mycket spänd då snabba beslut behövde fattas. Ofta handlade det om liv eller död. Det gällde också att få med mammans anhöriga på tåget när kejsarsnitt bedömdes vara den enda utvägen att rädda livet på mor och barn.

Jag är inte barnmorska och arbetade egentligen dagtid i flyktinglägret en bit bort. Ibland på kvällarna var jag med under för-

lossningarna och bidrog med enkla medicinska insatser. Läkare Utan Gränsers sjukhus i Iriba var relativt välutrustat, en läkare som kunde utföra kejsarsnitt fanns bara ett "radiosamtal" bort och all sjukvård var gratis. Men på andra håll i landet gapade läkemedelsskåpen tomma och anhöriga var tvungna att bege sig till marknaden för att köpa det som behövdes i medicinväg, även i fall där läget var akut. Dessutom var de tvungna att betala för sjukvården. Vårdavgifter – både för behandlingar, eftervård och läkemedel – har visat sig vara en starkt bidragande orsak till att människor som redan lever på marginalen inte söker vård förrän deras tillstånd blivit livshotande. Det är ett stort problem att det på



BILD MSF

»STÄMNINGEN I FÖRLOSSNINGSALEN VAR MYCKET SPÄND DÅ SNABBA BESLUT BEHÖVDE FATTAS. OFTA HANDLADE DET OM LIV ELLER DÖD.«

så många platser i världen saknas vårdpersonal och att många sjukvårdssystem är underfinansierade. Om vi verkligen menar allvar med att få ner mödradödligheten så måste kvinnor få tillgång till kostnadsfri sjukvård.

Ambulans räddar liv

Numera bedriver Läkare Utan Gränser egna forskningsprojekt, för att vi ska kunna lära oss mer om vilka resultat våra insatser gör, för att jämföra arbetssätt och hela tiden kunna förbättra våra projekt.

Under förra året gjordes till exempel en intressant studie i Burundi och Sierra Leone om just mödrhälsa. I Burundi, med en av världens högsta siffror för mödradödlighet, startade Läkare Utan Gränser ett projekt 2006 efter att ha identifierat två orsaker till att kvinnor med graviditetskomplikationer inte fick den hjälp de behövde: det saknades sjukvård som var inriktad på förlossningsvård och neonatalvård. Det var dessutom långt och svårt att ta sig till de befintliga sjukvårdsinrättningarna vilket ofta ledde till att kvinnan kom dit för sent. För att snabbt kunna transportera kvinnor i behov av akut vård till vårt sjukhus införde Läkare Utan Gränser därför en ambulansservice.

I studien tittade Läkare Utan Gränser på de medicinska orsakerna till att gravida kvinnor sökt akut förlossningsvård och gjorde en bedömning av hur många dödsfall som hade förhindrats tack vare ambulanssystemet och den akuta

förlossningsvården. Resultatet visar att mödradödligheten i Kabezi, det område där vi jobbar, uppskattas ha sjunkit från 800 till 208 fall per 100 000 födselar, det vill säga en minskning med hela 75 procent. Det motsvarar den minskning av mödradödligheten som finns uppsatt i Millenniemål 5. I Bo i Sierra Leone, där en liknande modell har införts, uppskattas mödradödligheten hittills ha sjunkit med 61 procent.

En vanlig föreställning är att akut förlossningsvård är för dyrt för många fattiga länder. Vår studie visar att det är en kostnadseffektiv insats som kostar cirka 30 kronor per invånare i området.

Många knäckfrågor kvar

Inom Läkare Utan Gränser är vi medvetna om att många knäckfrågor finns kvar att lösa vad gäller finansiering och inte minst tillgång till utbildad sjukvårdspersonal. Dessutom handlar det förstås om att stärka kvinnors roll i samhället mer generellt och om politisk vilja att satsa på kvinnor. Klart är ändå att det är fullt möjligt att sänka mödradödligheten drastiskt genom att ge tillgång till akut förlossningsvård. För en humanitär organisation som Läkare Utan Gränser räknas varje liv.



FRÅN BLOGGEN

»Jag frågar min kollega Thandeka vad som är det mest utmanande med att arbeta med tuberkulospatienter. Hon svarar att det mest utmanande, och även det mest tragiska, är alla de personer som inte kommer tillbaka för att få sitt testresultat. De personer som försvinner ur vår kontroll trots att de är sjuka och borde få behandling. Kanske förnekar de inte bara sin sjukdom för sina nära och kära utan också för sig själva. Att ändra attityden mot tuberkulos är den största utmaningen vi, och kanske hela Swaziland, står inför just nu.«



BILD MSF

Irja Sandin,
personaladministratör,
Swaziland

Hostan som världen glömde

I 50 år ansågs tuberkulos vara besegrad. Inga nya mediciner togs fram, inga vacciner eller diagnosverktyg. I dag vet man att det var ett misstag – än en gång håller tbc på att bli ett globalt hälsohot. Och ett av de värst drabbade länderna är Indien.

TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT



Det är sen eftermiddag i Bombay, Indiens största stad, och på Läkare Utan Gränsers klinik för patienter med hiv och tuberkulos har personalen samlats för att gå igenom dagens händelser. En av läkarna är orolig för sin patient, en svårt sjuk kvinna som övertalats av sin make att följa med på begravning i hembyn, trots att hennes ena njure håller på att lägga av. En annan patients odlingar har varit negativa två gånger i rad och nu håller alla tummarna för att det ska fortsätta på samma sätt. En tredje, en ung tjej, har svårt med motivationen. Kanske behöver hon stöd av psykolog för att orka fortsätta behandlingen?

Och så där fortsätter de. Bollar siffror och medicinska förkortningar. Framgångar och bakslag. Det är läkare, sjuksköterskor, psykologer och socialarbetare. Sen bjuder nån på fredagspizza och kall läsk. Ute är det 40 grader varmt och alla fönster står på vid gavel – det gör de alltid eftersom ventilation är avgörande för att minska smittspridningen. Den tunga doften från trädens röda och gula blommor tränger in i rummet. Det märks att regnsäsongen är på väg, för varje dag blir det nu allt fuktigare och molnigare.

60 procent bor i slummen

Inte i något annat land i världen finns det så många människor med tuberkulos (tbc) som i Indien. Tre miljoner beräknas vara drabbade, det är en femtedel



Läkare Utan Gränser jobbar på många håll i Indien med att behandla patienter med hiv och multiresistent tbc som inte får hjälp av det offentliga hälsosystemet. BILD SAMI SIVA, MANIPUR

av den globala sjukdomsbördan och varje år dör 330 000 indier i sjukdomen. Även om vem som helst kan drabbas är det värst i storstädernas slum. Precis som det var i vår del av världen för bara ett par generationer sedan.

I Bombays växande slumområden – här bor 60 procent av stadens invånare – är det trångt och instängt, ofta delar 7-8 personer på ett rum, det finns knappt någon ventilation, inga fönster

»Ofta får du tre mediciner av läkaren men den fjärde måste du köpa själv. Kanske gör du det, kanske inte. Det beror på om du har råd.«

och ibland ingen el till fläkten. Och att använda skyddsmask för mun och näsa under hela den tid som behandlingen tar – två år för de former av tbc där bakterierna utvecklat resistens mot de mest effektiva läkemedlen, så kallad multiresistent tbc – är det inte många som klarar.

Måste köpa medicin själv

Sedan larmet gick på vintern 2012 om att man på ett sjukhus i Bombay påträffat patienter som var resistenta mot samtliga läkemedel har de indiska myndigheterna börjat ta tbc-epidemin på större allvar. På de statliga sjukhusen finns numera gratis medicin även mot multiresistent tbc. Men det offentliga systemet är fortfarande ofta ineffektivt, de fattiga känner sig diskriminerade och illa behandlade. På många håll tvingas de tillbringa flera timmar i överfulla väntrum innan de får träffa doktorn – vilket är näst intill omöjligt för en daglönare eller en mamma med många barn.

Och om de ändå får träffa doktorn är det långt ifrån säkert att de får alla mediciner de behöver, berättar Sherry DuBois, fältkoordinator för Läkare Utan Gränsers verksamhet i Bombay.

– Ofta är det så att du får tre mediciner av läkaren men den fjärde måste du köpa själv. Kanske gör du det, kanske inte. Det beror på om du har råd. Och även om du har råd att påbörja behandlingen kanske du slutar efter några månader när pengarna är slut, eller när hostan gått över.

– Men att inte fullfölja behandlingen kan få förödande konsekvenser, fortsätter hon. Risken är stor att tbc-bakterierna utvecklar resistens mot medicinen och att man smittar andra i sin omgivning.

För att slippa förnedringen och de långa väntetiderna vänder

sig många patienter, även de fattiga, till den privata sektorn. Den består av ett virrvarr av läkare, homeopater, alternativmedicinare, apotekare och laboratoriepersonal som konkurrerar om kunderna genom att erbjuda en »quick fix« mot alla slags problem: »Hosta? Då är det nog tuberkulos. Köp de här tabletterna så blir du bra igen.« »Biverkningar? Sluta med den här medicinen så känns det säkert bättre.«

– De mediciner mot multiresistent tbc som finns tillgängliga i dag ger väldigt svåra biverkningar, säger Homa Mansoor, en av läkarna på kliniken i Bombay. Ungefär var femte patient blir psykotisk, en del blir döva, andra förlorar känseln i armar och ben. Vid flera tillfällen har det hänt att våra patienter gått tillbaka till sin husläkare som hävdar att de fått fel dos och att det är därför de har biverkningar. Så läkaren ändrar dosen eller tar bort någon medicin, trots att detta innebär livsfara för patienten.

Förödande behandling

– Det är den privata sektorn som driver på ökningen av multiresistent tbc, fortsätter hon. Till exempel genom att ge tbc-medicin till någon som inte har aktiv tbc. Det kan vara förödande den dag hon faktiskt blir sjuk och skulle behöva behandling, då är hon förmodligen resistent.

En person med multiresistent tuberkulos måste vara oerhört motiverad för att orka ta sig igenom den långa och komplicerade behandlingen, säger Homa. De allra flesta behöver psykosocialt stöd för att klara av det.

– Men något sådant stöd finns nästan aldrig att tillgå, vare sig inom den offentliga eller den privata sektorn.

Det senaste läkemedlet mot tbc lanserades för närmare 50 år

»Den privata sektorn driver på ökningen av multiresistent tbc, till exempel genom att ge tbc-medicin till folk utan aktiv tbc.«



Stödsamtal på kliniken i Bombay.

BILD CRISTINA DE MIDDLE

sedan, därefter gick forskningen in i en dvala som varade i många år – eller ungefär lika länge som sjukdomen ansågs besegrad i den köpstarka västvärlden. Men under alla dessa år har befolkningen i Indien och andra länder i Asien och Afrika fortsatt att smittas, insjukna och dö av tbc. Sedan Sovjetunionens sammanbrott, och nedmonteringen av den statliga tbc-kontrollen, har epidemin också fått starkt fotfäste i flera av de forna Sovjetrepublikerna. Och på senare år, inte minst i hiv/aidsepidemiens kölvatten och efter flera mindre epidemier i västvärlden, har världssamfundet fått upp ögonen för att tuberkulos i själva verket utgör ett globalt hälsoproblem.

För Läkare Utan Gränsers tbc-patienter i Bombay, liksom för alla som drabbats av resistent former av sjukdomen, är vägen till ett tillfrisknande mycket lång. Om de över huvud taget når fram. Av patienter med multiresistent tbc är det totalt sett bara en femtedel

Den dagliga dosen
mediciner. Många
patienter med multi-
resistent tbc måste
ta 20 tabletter
om dagen.

BILD SAMI SIVA



som får rätt behandling och av dessa är det bara runt hälften som tillfrisknar. Så ineffektiva är medicinerna, och så svår är behandlingen att fullfölja.

Spyr i väntrummet

Varje dag utom söndag går de indiska patienterna till ett så kallat DOTS-center för att ta sin medicin under uppsikt av sjukvårdspersonal. Detta system – Directly observed therapy short-course – infördes 1994 av Världshälsoorganisationen WHO för att minska risken att patienterna avbryter behandlingen i förtid. Och därmed inte bara riskerar sin egen hälsa utan även sprider resistenta former av tbc. Men för den enskilde är det ett system med många svårigheter, förklarar Hanna Kaskinen, finländsk sjuksköterska och samordnare för Läkare Utan Gränsers uppsökande verksamhet i Bombay.

– Tanken med DOTS är att patienterna ska få hjälp med motivationen och att de ska få sin medicin på en klinik som ligger nära bostaden. Men det är svårt att hitta DOTS-center som ställer upp. De flesta är skolade inom ayurveda eller någon annan alternativ riktning, de vet mycket lite om medicinska biverkningar

eller hur man ger injektioner, som patienterna behöver varje dag de första 6-9 månaderna.

– Dessutom spyр patienterna ofta när de har tagit sina tabletter, fortsätter hon, och det är förstas ganska jobbigt på en liten mottagning med fullt av folk i väntrummet.

När tbc-patienterna väl har påbörjat behandlingen kan de periodvis må ganska bra och kunna jobba. Men de kan också vara så dåliga att de behöver sjukhusvård under en längre eller kortare period. Varje dag åker Hanna och hennes team runt bland Bombays sjukhus och besöker de patienter som för tillfället är inskrivna där.

– Sjukhusen ger dem ingen mat och inga mediciner. Det finns ingen som hjälper dem till toaletten om de är för svaga för att klara det själva. Många har en familj som ställer upp men om de inte har det brukar vi betala någon för att göra det.

Donerar mediciner

Just i dag ska Hanna ta med sig en fläkt till en av Läkare Utan Gränsers patienter på det privata sjukhuset Somaiya. Där är man bättre på det här med smittskydd än på de statliga sjukhusen, berättar hon, men det finns inga fläktar

på rummen. Och utan ventilation ökar risken kraftigt att smittan sprids till familjemedlemmar som hälsar på.

Innan vi åker till Somaiya svänger vi förbi det statliga tbc-sjukhuset Sewri. Där är också flera patienter inskrivna, de som inte har råd att betala för privatvården, och nu vill Hanna donera läkemedel mot multiresistent tbc till sjukhuset. Läkare Utan Gränsers kommer själva inte hinna använda medicinerna innan de går ut några månader senare, så mot löfte om att använda dem inom föreskriven tid doneras de till Sewri.

Varje dag är en utmaning

– Att behandla patienter med multiresistent tbc är en utmaning varje dag, säger Hanna. Det är så lätt att förlora dem, för att de inte orkar med biverkningarna eller för att de är den enda i familjen med en inkomst och inte kan gå till jobbet iförd mask. För att kunna besegra tbc måste vi få fram bättre och mer effektiva mediciner. Det måste också bli lättare att diagnostisera tbc så att patienter med resistenta former får rätt behandling på en gång. Bara då har vi en chans att vinna över sjukdomen. ■

Livsfarlig obalans

Medicinsk forskning kan innebära skillnaden mellan liv och död. Men även om utvecklingen går framåt är några sjukdomar lika bortglömda som alltid – de som varje år drabbar miljoner människor i fattiga länder.

Vi får inte slå oss till ro bara för att utvecklingen har gått framåt inom vissa områden. Det finns fortfarande en livsfarlig brist på balans mellan läkemedelsforskning å ena sidan och de globala hälsobehoven å den andra. Nu måste man hitta ett hållbart sätt att ta itu med den här obalansen.

Det konstaterar Bernard Pécoul, före detta ordförande för Läkare Utan Gränsers i Frankrike och numera chef för DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative). Denna icke vinstdrivande organisation bildades 2003 efter ett initiativ från Läkare Utan Gränsers, med syftet att utveckla behandlingar mot några av världens allra mest bortglömda sjukdomar, framför allt sömnsjuka, kala azar och Chagas sjukdom. De som kommersiella läkemedelsbolag aldrig ägnade en tanke. Och som inte stod särskilt högt på de offentliga forskningsinstitutens lista heller.

Satsar på nya marknader

Av alla de mediciner och vacciner som forskades fram mellan 2000 och 2011 var det bara en bråkdel som var inriktad på försummade sjukdomar och tuberkulos, som också brukar räknas in i gruppen

bortglömda. Jämfört med tidigare har det ändå skett betydande framsteg, säger Bernard Pécoul. Nya aktörer, inte minst Bill och Melinda Gates Foundation har bidragit otroligt mycket till läkemedels- och vaccinforskning kring försummade sjukdomar.

– Men även bland läkemedelsbolagen har perspektiven delvis förändrats. Under 1980- och 90-talen var de nästan enbart fokuserade på Europa, Nordamerika och Japan. I dag är de intresserade av att få in en fot på nya marknader, både på tillväxtmarknader och i låginkomstländer.

Det finns fortfarande inga pengar att tjäna på behandlingar mot ignorerade sjukdomar, så det handlar snarare om strategiska skäl än att de ska få igen sina investeringar.

– De har också utsatts för ganska hårt tryck utifrån. Att det nu finns flera nya mediciner mot tuberkulos är till exempel ett direkt resultat av tio års påtryckningar.

Utvecklingen av en ny behandling tar många år, åtminstone om den verksamma substansen är helt ny. Vad DNDi framför allt har gjort är därför att försöka hitta nya

användningsområden för redan befintliga substanser, vilket innebär att ett läkemedel kan nå ut till patienten betydligt snabbare.

– Men till skillnad från för tio år sedan har vi i dag även helt nya kemiska substanser i vår portfölj och för närvarande pågår kliniska tester av två läkemedel mot sömnsjuka, ett mot Chagas och ett mot kala azar.

I ett 20-årsperspektiv ser utvecklingen ganska ljus ut, anser han. Fast då gäller det att finansieringen inte sinar och att regelverket kring godkännandet av nya produkter ses över och förenklas.

Många hinder kvar

– Patentsystemet sätter många käppar i hjulet men ett ännu större hinder för att få fram nya mediciner till patienterna är regelverket kring nya produkter. Den tbc-medicin som godkändes av amerikanska myndigheter i december 2012, den första på nära 50 år, blev till exempel bara godkänd att användas tillsammans med den befintliga behandlingen mot multiresistent tbc. Och i den ingår flera mycket giftiga läkemedel. Så även om det är positivt att vi nu äntligen har en ny tbc-medicin på marknaden är det långt ifrån tillräckligt. ■



BILD DNDI



När den här bilden togs 2011 var Phumeza inlagd på Läkare Utan Gränsers klinik. Efter ett år fick hon komma hem. BILD SAMANTHA REINDERS

Phumezas kamp

Sydafrika hör till de länder som drabbats hårdast av tuberkulos.

Bland de tbc-sjuka finns många hivpositiva.

Andra, som Phumeza Tisile, är tidigare fullt friska ungdomar som nu kämpar för sina liv.

Phumeza Tisile bor i kåkstaden Khayelitsha utanför Kapstaden. När hon blev sjuk i juni 2010 pluggade hon på Tekniska högskolan inne i stan och drömde om att jobba med personalfrågor. Men det var ingen vanlig tbc hon hade fått. Inte heller multiresistent tbc, visade det sig när behandlingen misslyckades trots att hon tagit sina mediciner varenda dag.

Phumeza hade smittats av en av de allra värsta formerna, så kallad extremt resistent tbc vilket innebär att bakterierna är motståndskraftiga mot

nästan alla mediciner som finns på marknaden. Phumeza är en av patienterna på Läkare Utan Gränsers klinik Lizo Nobanda i Khayelitsha. Vägen till tillfrisknande har varit lång. I dag är Phumeza döv, vilket är en biverkan av en av medicinerna, hon har gett upp planerna på att plugga vidare och på att någonsin få sitt drömjobb.

Men – viktigast av allt – hon lever. Och hon är på väg att besegra sin sjukdom. Här följer ett utdrag ur hennes blogg som hon skrivit åt Läkare Utan Gränsers under behandlingens gång.

»Saker och ting ser rätt lovande ut. Det verkar faktiskt som om jag närmar mig slutet på den här resan nu.«

Fredag 13 januari 2012

Ni kanske undrar vad fredagen den 13 har med mig och tbc att göra... då kan jag tala om att i dag fick jag ett fruktansvärt besked från min doktor som sa att mitt senaste test var positivt igen. Snacka om otursdag! Min doktor berättade vilka alternativ vi har... antingen att jag slutar med behandlingen och helt enkelt dör eller att jag fortsätter som hittills och hoppas på att provet ska bli negativt igen. Självklart kommer jag att fortsätta med behandlingen. Sen finns det ett alternativ till, och det är att operera bort den del av lungan som är infekterad och fortsätta medicinera för att ta död på vad som eventuellt finns kvar. Men det finns inga garantier för att det kommer att fungera. Jag har varit i helvetet och tillbaka och nu när jag är stark och har gått upp lite i vikt så går allt åt skogen igen. Tuberkulos tog min hörsel ifrån mig och nu vill det ta mitt liv!

25 februari

Jag har varit på CT-röntgen och det var inte som jag hade trott. Det visade sig att båda mina lungor är infekterade. De hittade två körtlar i min vänstra lunga och en i min högra, vilket betyder att operation kommer att bli väldigt väldigt svårt. /.../ Jag har börjat få så många negativa tankar på sistone: varför fortsätta kämpa för något som är omöjligt? Men personalen på Läkare Utan Gränsers klinik säger åt mig att jag inte ska ge upp. Nån sa: ett mirakel kan inträffa. Nu väntar jag på det miraklet.

11 maj

Vad det nu än beror på... Gud kanske... men gissa vad??? Mina provsvar kom och för andra gången i rad var de negativa. Alla på Lizo Nobanda kom fram till mig och var så exalterade att jag började gråta. Jag trodde aldrig att det här skulle inträffa. Det är ett mirakel. Och innan allt detta så åkte jag och doktor Jenny till berget Lions Head här i Kapstaden. Jag sa »Du Jenny, du hade väl inte tänkt att jag ska klät-

tra upp för det där berget...?» Och hon svarade helt lugnt »Jo, självklart«. Jag behövde förstås en knuff nu och då men så stod jag där uppe och såg ner på Kapstaden. Jag kunde inte fatta det.

29 augusti

Jag är äntligen utskriven från tbc-centret. Nu är jag hemma och får mina mediciner på den lokala kliniken. Alla mina testresultat har varit negativa sedan i januari. Och det är inte längre tal om operation, vilket känns bra. Vi är åtta personer som får samma mediciner och vi har startat en stödgrupp där vi kan prata om allt, framför allt om biverkningarna av linezolid*. Förutom dem finns det inget som stoppar oss.

6 november

Det har varit lite problem med att få en av medicinerna på den lokala kliniken, förutom det så är allt tillbaka till det normala igen. Jag har förlorat räkningen över alla negativa testresultat. Saker och ting ser rätt lovande ut, det verkar faktiskt som om jag närmar mig slutet på den här resan nu.

Läs mer om Phumezas och andras kamp mot tbc på <http://blogs.msf.org/tb/>

* Linezolid är ett antibiotikum som kan ge svåra biverkningar som illamående, sömnrubbningar, blodbrist, njursvikt och ökad infektionskänslighet. Tillsammans med andra läkemedel, och som en sista utväg, ger Läkare Utan Gränser linezolid till patienter med de svåraste formerna av tbc. Övriga tbc-mediciner står den sydafrikanska regeringen för.

FAKTA

- För första gången på närmare 50 år har ett nytt läkemedel för behandling av multiresistent tuberkulos godkänts. Läkemedlet, bedaquiline, ska användas i kombination med redan existerande läkemedel. Detta innebär ett problem eftersom flera av dem orsakar svåra biverkningar. Ytterligare ett par läkemedel väntas bli godkända inom kort.
- Ett nytt diagnosverktyg har också tagits fram. Det som man oftast använt hittills – mikroskopisk undersökning av upphostningar – har över hundra år på nacken. Den nya metoden kan ge svar inom två timmar och dessutom visa på resistens mot det vanligaste läkemedlet.
- Under 2011 behandlade Läkare Utan Gränser totalt i världen 30 700 patienter för tuberkulos och 1 060 för multiresistent tuberkulos.

»Burma har varit slutet så länge. Befolkningen förstår inte att vi är opartiska och ger vård till dem som behöver det bäst.«

I Rakhine-provinsen i västra Burma pågår en konflikt i det tysta. Hundratusen människor har drivits på flykt, hela byar har bränts ner och hälso- och sjukvårdspersonal som försöker bistå de drabbade hotas och trakasseras. Läkaren Peik Brundin kom nyligen hem efter att ha jobbat två månader i flyktinglägren.

Vad gick ditt uppdrag ut på?

– Egentligen skulle jag ha åkt till norra delen av Rakhine-provinsen och jobbat med primärvård och tuberkulos. Men precis när jag åkte, i oktober, bröt nya oroligheter ut med demonstrationer mot Läkare Utan Gränser och andra internationella organisationer, så vi blev tvungna att ställa in verksamheten. Istället jobbade jag med mobila kliniker i flyktinglägren som vuxit upp kring provinshuvudstaden Sittwe sedan konflikten inleddes i juni.

Vad handlar konflikten om?

– En stor majoritet av de fördrivna är så kallade rohingyas. Det är en muslimsk minoritet som är utsatta för omfattande diskriminering. De betraktas inte som burme-

PEIK BRUNDIN

ALDER / 37 år

BOR / Stockholm

JUST NU / Arbetar på barnkliniken på sjukhuset i Sundsvall, som en del av specialiseringen till infektionsläkare.

DÄRFÖR LÄKARE UTAN

GRÄNSER / Det känns bra att få åka ut och hjälpa folk som verkligen behöver oss, där det märks omedelbart att vår insats gör nytta. Det här var mitt tredje uppdrag, efter Libyen och Sierra Leone. Det går att improvisera fram medicinska lösningar med begränsade resurser och även med ett litet team som i Burma tror jag att många flyktingar kände hopp mitt i allt elände.

OM TIO ÅR / Då är jag färdig infektionsläkare och bor och verkar i ett land där Läkare Utan Gränser är aktivt och har med mig familjen.

ser och är statslösa, trots att de har levt sida vid sida med majoritetsbefolkningen i hundratals år. Men i juni inträffade en incident, med en kvinna som våldtogs av tre rohingyas. Den händelsen utlöste en

våldsspiral som har lett till att hundratals byar bränts ner och fler än hundratusen människor tvingats på flykt. Nu lever de i provisoriska läger, utan tillgång till sjukvård och rent vatten.

Men man ska också komma ihåg att rohingyas även tidigare saknade alla rättigheter. Deras hälsosituation har i många år varit förfärlig och det var svårt för dem att få tillträde till sjukhusen. Läkare Utan Gränser har jobbat 20 år i Burma, inte minst med rohingyas.

Men varför demonstrerar befolkningen mot Läkare Utan Gränser?

– Det är bara en liten grupp som gör det, även om de hörs och syns väldigt mycket. De anklagar oss för att vara pro-muslimska och säger att vi är finansierade av islamistiska organisationer. Den vårdcentral som vi egentligen skulle ha öppnat i Sittwe, och som framför allt riktade sig till majoritetsbefolkningen där, påstod de var en täckmantel för vår pro-muslimska verksamhet. Därför fick man lägga ner verksamheten under en period. Istället





»En tjej jobbade för oss i hemlighet eftersom hon inte ville utsätta sin familj för några svårigheter.«

kom en förfrågan från burmesiska hälsomyndigheter om vi kunde bidra med vård i flyktinglägren.

Vilka behov såg du i lägren?

– Det handlade framför allt om sjukdomar som var kopplade till levnadsvillkoren och den dåliga hygien i lägren. Det var mycket infektionssjukdomar, bland annat diarréer, luftvägsinfektioner och hudsjukdomar. Det fanns också en hel del tuberkulos, vi försökte identifiera tbc-patienterna för att återinsätta behandlingen. I samband med att de flydde hade de tbc-sjuka patienterna tvingas avbryta behandlingen. Detta kan leda till att man blir resistent mot medicinerna. Dessutom fanns det mycket malaria i lägren.

Rakhine ligger i ett delta-

område. Har internflyktingarna tillgång till rent vatten?

– Ja, det finns rent vatten men många vågar inte lämna lägren för att hämta vatten i dammarna en bit därifrån, av rädsla för att råka ut för våld. Istället är de hänvisade till det vatten som finns i lägren som ofta är förorenat och som de delar med djuren. Det var stor brist på latriner så barnen bajsade överallt. När det sen blir över-svämnningar så sprids det förorenade vattnet och risken för smittspridning ökar. Men vi tog kontakt med en annan organisation och de skickade ut vatten- och sanitetsexperter som kunde följa med vår båt. De kunde då rena det värst förorenade vattnet och dela ut filter till varje tält. Så nu kan flyktingarna själva rena sitt vatten.

Hur var det att jobba i ett delat landskap, gick det att ta sig fram?

– Vi åkte båt, så resandet styrdes av tidvattnet. Jag gick upp fem på morgonen och åkte iväg med båten. Vid åtta-nio var vi framme vid något av lägren. Efter att ha satt upp utrustningen hade vi tre-fyra timmar på oss att träffa patienter innan vi var tvungna att packa ihop och bege oss hem igen till Sittwe där vi bodde. Landskapet var fantastiskt, men ibland var det lite opraktiskt. Det hände ganska ofta att vattnet hade hunnit sjunka så snabbt att vi inte kunde ta kanoten tillbaka ut till den stora båten. Då fick vi ta utrustningen på axlarna och vada i gyttnan.

Vad hände med patienter som behövde sjukhusvård?

– När jag var där fanns det ingen ambulansbåt, så då var det ganska komplicerat. Vi försökte ta med oss en patient då och då på vår båt men det var inte så lätt. En gång ville vi ta med en gravid kvinna som hade förlängt värkar-

bete. Men vår kapten sa nej, han var rädd att råka ut för repressalier om det skulle komma fram att han hade haft en muslimsk passagerare ombord, även om det handlade om en kvinna med akut vårdbehov. Som tur var löste det sig. Medan vi försökte hitta en alternativ lösning fick vi ett meddelande från lägret att hon hade fött sitt barn och att båda mädde bra.

Hur påverkade konflikten den lokalanställda personalen?

– De blev trakasserade, både muslimer och buddhister. De fick hotbrev där man ifrågasatte varför de jobbade för oss. Flera av dem kände sig väldigt illa mods, framför allt de som själva var från Sittwe och var en del av lokalsamhället. En tjej jobbade för oss i hemlighet eftersom hon inte ville utsätta sin familj för några svårigheter. Men till slut gick det inte, så då slutade hon tyvärr. För att lösa det här problemet var vi tvungna att rekrytera personal från den största staden i landet, Rangoon. För dem var det mindre komplicerat eftersom de inte är en del av konflikten på samma sätt. Men det är väldigt svårt att hitta kvalificerad personal som är beredd att arbeta för oss i Rakhine.

Varför har det blivit så här, tror du?

– Burma har varit ett slutet land så länge. Befolkningen känner inte till hur internationella organisationer fungerar, de förstår inte att vi är opartiska och ger vård till dem som behöver det bäst. De har fått höra så mycket propaganda under så många år, och nu vågar de äntligen tala ut och kritisera sånt som de inte gillar eller är rädda för. Det är kanske inte så konstigt. Men nu måste regeringen agera och göra klart för folk att det inte är acceptabelt att utsätta hälso- och sjukvårdspersonal för hot och våld. ■

HAITI / Sjukvård i spillror



Ermsolida Linot, 17 år, och Cindy Jerome, 21, på Chatuley-sjukhuset i Leogane.

BILD EMILIE RÉGNIER

▶ Tre år efter jordbävningen i Haiti är sjukvårdssystemet fortfarande i spillror. Läkare Utan Gränser ansvarar i dag

för fyra sjukhus i landet och bistår framför allt med akutvård samt mödra- och förlossningsvård. Flera koleraepide-

mier har drabbat befolkningen och sedan 2010 har över en halv miljon insjuknat i kolera. Sedan flera humanitära organisationer dragit sig tillbaka tar nu Läkare Utan Gränser emot fler patienter än tidigare.

– De flesta haitier hade inte tillgång till vård före jordskalvet. Antingen saknades vårdinrättningar eller så hade de inga pengar. Från början hade vi tänkt stanna tills återuppbyggnaden kommit igång och vi kunde lämna över ansvaret till landets hälsovårdsmyndigheter. Men det kommer troligen att dröja länge än, säger Joan Arnan, landansvarig i Haiti.

MALI / VÅRD I STRIDERNAS SPÅR

Striderna i norra Mali har avtagit men de medicinska behoven är omfattande. Många människor har tvingats fly och drabbas nu av diarréer



Sjukhuset i Timbuktu.

BILD TREVOR SNAPP

och hudsjukdomar till följd av bristande hygien och akuta luftvägsinfektioner som orsakats av damm och vind. Många har också högt blodtryck och magkatarr, antagligen till följd av höga stressnivåer. Läkare

Utan Gränser har team på plats på flera håll i norra Mali, och tillsammans med inhemsk sjukvårdspersonal försöker man bistå de utsatta människorna. Många malier har flytt till grannländerna och även där finns Läkare Utan Gränser på plats.

KONGO / PÅ FLYKT UNDAN VÅLDET

På flera håll i Kongo-Kinshasa är läget ytterst spänt. I Katangaprovinsen är tusentals civila på flykt efter sammanstötningar mellan regeringsstyrkor och Mai-Mai-milis. Även i östra Kongo-Kinshasa möter Läkare Utan Gränser människor som utsatts för våld och sexuella övergrepp. I och runt flyktinglägren i Goma har våldtäkter blivit en del av vardagen. Läkare Utan Gränser bistår med sjukvård, vaccinerar mot mässling och bygger duschar och latriner.



Att gilla eller inte gilla - är det frågan?

Närmare 300 000 fans på Facebook. Drygt 4 500 följare på Twitter. För Läkare Utan Gränser har sociala medier blivit ett allt viktigare verktyg för att nå ut med information. Men att nån gillar en på Facebook eller skickar vidare en tweet – spelar det någon roll egentligen?

Haiti, januari 2010. Det är fem dagar efter den förödande jordbävningen och Läkare Utan Gränser team jobbar dygnet runt för att ta hand om skadade. Ett flygplan med mer personal och utrustning är på väg in men nekas landningstillstånd av det amerikanska flygvapnet som i kaoset har tagit kontroll över flygplatsen i Port-au-Prince. Planet dirigeras om till grannlandet Dominikanska republiken, därifrån får man sedan ta landvägen till Haiti.

Men varje minut är dyrbar, i det här skedet går människoliv fortfarande att rädda, och Läkare Utan Gränser protesterar mot beslutet i ett pressmeddelande och några rader på Twitter, »Doctors Without Borders Cargo Plane With Full Hospital and Staff Blocked

From Landing in #Haiti«. En av dem som fångar upp meddelandet på Twitter är Ann Curry, nyhetsankare på den amerikanska tv-kanalen NBC. Hon skickar vidare till sina följare, de är drygt en miljon, och nu når meddelandet även US Air Force. Inom en halvtimme svarar de henne: »We are working on it«. Vi jobbar på det.

Och några timmar senare kan Läkare Utan Gränser plan landa i Port-au-Prince och räddningsarbetet fortsätta.

Det var förstas inte bara twittrandet som gjorde att Läkare Utan Gränser fick sitt tillstånd. Bakom kulisserna pågick ett lika intensivt påtryckningsarbete med hjälp av traditionella medel som



»För oss som inte kan lägga så mycket pengar på annonser och som ofta tvingas trola med knäna är sociala medier ett fantastiskt verktyg.«

telefonsamtal och mail. Men snabbheten, interaktiviteten, och möjligheten att nå ut offentligt till så många på en gång, gör sociala medier som Twitter och Facebook till ett extremt effektivt kommunikationsverktyg. Inte minst för en akutorganisation som Läkare Utan Gränser, som alltid har tiden och bristen på resurser att tampas med.

Över huvud taget blev jordbävningen i Haiti ett slags genombrott för Läkare Utan Gränser när det gäller användningen av sociala medier. På Youtube visades fältarbetarnas egna videoklipp på kollapsade byggnader och läkare och sjuksköterskor som tog hand om skadade i hastigt upprättade operationssalar. På Facebook publicerades starka, känsloladdade blogginlägg och bilder. Det var omedelbart och nära och gavs svar från allmänheten blev enormt. På bara några veckor ökade antalet följare på Facebook med 400 procent. Folk uttryckte sitt stöd och engagemang, de delade informationen med sina vänner och många valde också att skänka pengar till arbetet i Haiti.

Just den här möjligheten, att låta folk ta del av verksamheten och på ett konkret sätt visa vad det är man gör, nästan samtidigt som det händer, har skapat helt nya möjligheter att bygga relationer och att öka interaktiviteten. Det säger Ingrid Holmberg, ansvarig för webb och sociala medier på Läkare Utan Gränser i Stockholm.

– Facebook gör att folk känner att de kommer nära oss och vår verksamhet. De kan kommentera och ställa frågor. Att följa oss på Facebook blir lite grann som att vara en del av organisationen.

– För oss handlar det både om att berätta vad vi gör, fortsätter hon, för att öka trovärdigheten och tilliten till oss som organisation, och att lyfta fram glömda kriser som kanske inte får så mycket uppmärksamhet på andra håll.

Stefan Ronge, kreativ chef på webb- och pr-byrån Deportivo och med lång erfarenhet av samarbete med ideella organisationer, tycker att sociala medier på ett positivt sätt tvingar organisationerna att bli mer konkreta.



– Många är alldeles för abstrakta när de berättar om vad de gör och varför det är viktigt. Men genom bilder, filmer och texter på Facebook och Youtube blir det lätt att vara konkret och bjuda in allmänheten. Och folk gillar ju att diskutera och kommentera, vi är sociala varelser som vill kommunicera.

– Läkare Utan Gränser har 298 000 fans på Facebook, fortsätter han. Det vill säga 298 000 personer att föra en potentiell dialog med. Det är en omvälvande utveckling som också innebär ett stort ansvar. Men om man lägger ner den tid som behövs för att följa upp, besvara frågor och så vidare, är sociala medier ett otroligt effektivt redskap.

En revolution för möjligheterna att kommunicera och interagera, menar många. Ett förytligande och förenklande av verkligheten där allt som är komplicerat väljs bort, menar andra. Ja, hur är det egentligen med den information som sprids via sociala medier? Går det att berätta om den humanitära krisen i Sydsudan på de 140 tecken som är maxgräns på Twitter? Eller om patentstrider kring nya tuberkulosmediciner på Facebook där man samtidigt konkurrerar om uppmärksamheten med hundratals andra "vänner"?

Enligt Ingrid Holmberg är det sällan några problem att sammanfatta verksamheten i några få rader, utan att behöva ge avkall på sanningen. Det snabba flödet i Läkare Utan Gränser akuta insatser lämpar sig väl för kortfattade och regelbundna uppdateringar.

Tvärtom anser både hon och Stefan Ronge att närvaron på sociala medier kan öka trovärdigheten hos en organisation som Läkare Utan Gränser.

– När man jobbar med sociala medier har man ju människor på andra sidan hela tiden, säger Stefan. Man öppnar upp för alla möjliga sparringpartners som ställer krav, i betydligt större utsträckning än när det gäller material som publiceras på hemsidan. Det kan dyka upp frågor som man inte alls var beredd på men som man då måste besvara ganska omgående för att behålla trovärdigheten. Det här tvingar organisationen att bli transparent, och det är ju väldigt positivt.

Men i snabbheten och enkelheten finns också utmaningarna – det vill säga bristen på kontroll över vad som publiceras. När det blivit så lätt för vem som helst att publicera vad som helst, då ökar också risken för övertramp. Som till exempel att en fältarbetare i ord eller bild exponerar sina patienter. Eller att känslig säkerhetsinformation sprids på ett sätt som kan utsätta andra för fara.

– För oss som organisation är det bara positivt om fältarbetarna själva bloggar om sina upplevelser. Men vi har vissa etiska regler som vi går igenom innan de åker ut. Det gäller att hitta balansen, att inte lägga munkavle på någon men också att påpeka riskerna som det faktiskt kan innebära i fält om man publicerar fel sorts information.

Svenskarna är ett av världens mest uppkopplade folk. En miljon använder Facebook, medelåldern kryper stadigt uppåt och användningsområdena vidgas. Det finns också runt 300 000 Twitterkonton i Sverige i dag, vilket innebär att mediet har blivit lite bredare och inte längre enbart vänder sig till opinionsbildare.



Men sen då? När man har tryckt på gilla-knappen eller retweetat något som man tyckte var intressant? Har man gjort sitt då eller finns där ett djupare engagemang?

Enkelheten med Facebook och andra sociala medier är både en tillgång och en förbannelse, konstaterar Stefan.

– I Sverige är vi väldigt bra på att gilla nåt på Facebook och i allt större utsträckning också på att skicka vidare information på Twitter. Men det räcker ju inte. Det där engagemanget måste också på något sätt omsättas i handling, annars kan det stanna vid en tom gest. Det kan till exempel handla om att öka insamlingen till ett visst ändamål men kanske snarare, och viktigare, till att folk får mer kunskap.

– Men i det stora hela är det ju som med pins, de där knapparna på jeansjackan med namn på olika rockband, fortsätter han. Det handlar om mig och min identitet och jag vill visa att jag stödjer det här, oavsett om det är en popgrupp eller en humanitär organisation. Och det man gillar vill man ju dessutom gärna sprida vidare till sina kompisar.

Även om insamling inte är huvudsyftet kan närvaron i de sociala medierna både ge mer pengar och spara in på kostnader, förklarar Ingrid.

– Vi har märkt det både i samband med den humanitära krisen i Sydsudan och den stora undernäringskatastrofen på Afrikas horn. När vi publicerade bilder på Facebook och uppmanade folk att skänka pengar till verksamheten ökade gåvorna direkt. För oss som inte kan lägga så mycket pengar på annonser och som ofta tvingas trola med knäna har sociala medier blivit ett fantastiskt verktyg. ■



Katrin Kisswani tillsammans med teamet under arbetet i den tillfälliga operationssalen. BILD MSF

»Det normala livet har upphört«

I drygt två månader ledde sjuksköterskan Katrin Kisswani arbetet vid Läkare Utan Gränser klinik i Syrien, nära gränsen till Turkiet. Här berättar hon själv om sina upplevelser.

Den trakt där vårt fältsjukhus ligger är inte lika hårt drabbad av striderna som områden längre in i landet. Men situationen förblir extremt labil och farlig. Nästan dagligen attackeras byarna av granater och av helikoptrar som släpper bomber. För befolkningen har de här attackerna förödande effekter och många av våra patienter har kross- och splitterskador som de fått när husen de vistats i kollapsat.

Trakten är så vacker, och på molnfria dagar ser man bergen. Men skönheten är bedräglig – samma klara blåa himmel är ett tecken på att helikoptrarna

kommer. Vissa dagar släpptes bomber mitt i byarna och vi fick ta hand om de skadade, däribland kvinnor och barn, på vårt fältsjukhus. En person var död redan vid ankomsten, andra behövde opereras, de hade inre blödningar och en äldre kvinna fick sin fot amputerad till följd av splitterskador.

Även när helikoptrarna inte släpper några bomber kan de orsaka stor skada. Vid det här laget är människor så rädda för dem att så fort de hör det smattrande ljudet av en helikopter får de panik, och det leder till trafikolyckor, motorcyklar som kör in i bilar eller in i väggar. En gång behandlade

Katrin Kisswani. BILD MSF



Nödhjälp delas ut till flyktingarna. BILD NICOLE TUNG

vi ett barn som befann sig på taket till sitt hus när helikoptrarna kom. Han blev så rädd att han hoppade och föll flera meter ner på marken. När han kom in till oss hade han hjärnskakning och andningssvårigheter, men som tur var kunde vi ge honom den behandling han behövde och han blev återställd.

NÄR STRIDERNA INTENSIFIERAS brukar patienterna anlända i vågor. Till en början kan det vara svårt att avgöra om det vi ser är början på något mycket större, om ännu fler och ännu svårare skadade är på väg in, eller om situationen håller på att lugna ner sig. Då ställs man inför svåra val. Ska man börja operera en skadad patient och hoppas att ingen med mer akuta skador kommer in? Eller ska man avvakta ifall det kommer in svårt skadade som behöver opereras omedelbart? Att få information om vad som händer är knepigt. Men det är något vi måste förhålla oss till, helt enkelt. Och det är själva grunden vid akuta insatser i den här typen av kontexter.

Konflikten är en ständig källa till rädsla och oro

hos befolkningen. Vi bistår många internflyktingar som har flytt från områden där striderna är ännu mer intensiva och för dem har det normala livet upphört, det liv där man har mat för dagen, bränsle, vatten, barnen går i skolan och man har en idé om vad framtiden kommer att föra med sig. Allt sånt är borta. Vi möter barn med depression som inte kan äta eller sova. Vi delar ut filter, hygienartiklar och plastdunkar till vatten. Dessutom har vi mobila kliniker för att nå dem som inte kan ta sig till vårt fältsjukhus.

Även om många av våra patienter har krigsrelaterade skador ägnar vi också mycket tid åt

»Trakten är så vacker, och på molnfria dagar ser man bergen. Men skönheten är bedräglig. Samma blåa himmel är ett tecken på att helikoptrarna kommer.«

grundläggande hälso- och sjukvård och åt kroniska sjukdomar, som högt blodtryck, hjärtsjukdomar, astma, diabetes och liknande. Tillstånd som blir allt vanligare och drabbar patienterna allt hårdare eftersom hälso- och sjukvårdssystemet i Syrien mer eller mindre har kollapsat. Vi hade en cancerpatient som var i behov av cytostatika. Han kom till oss i ett sent skede och allt vi kunde erbjuda var smärtlindring.

Det finns också massiva problem när det gäller mödrälsösvård. Gravida kvinnor har i princip ingenstans att ta vägen och tvingas föda hemma, och förhoppningsvis lyckas de få tag i en barnmorska. Det här är något som blir allt vanligare och därför bistår vi vid vanliga förlösningsfall och vid behov gör vi också kejsarsnitt. Ibland när vi inte kan behandla någon, eller inte har resurser att ta hand om en akutpatient, försöker vi ordna transport till sjukhus i Turkiet. Det kan vara väldigt komplicerat.

NÄR LÄKARE UTAN GRÄNSER började jobba i Syrien var vi inriktade på att ta hand om krigsskadade. Det är så klart fortfarande en stor del av vad vi gör. Men konflikten i landet har nu pågått i två år och under den tiden har hälsosystemet bokstavligen upphört att existera på många håll, vilket innebär att folk inte längre har tillgång till någon hälso- och sjukvård över huvud taget. Därför har grundläggande vård blivit en allt viktigare del i vårt arbete. Men behoven är enorma, av all slags vård. ■



Katrin Kiswani på väg in i Syrien. BILD MSF

»Det var bara att hoppas att allt skulle gå bra«

Att ha koll på säkerheten var en av Katrin Kiswanis viktigaste uppgifter. Inte helt lätt när man är på en plats utan tillstånd.

Du var projektkoordinator i Syrien, vad innebär det?

– Min huvuduppgift har varit att se över säkerheten och att följa med i hur konflikten utvecklas, om det påverkar vårt jobb och om vi måste anpassa insatsen. Dessutom har jag koordinerat själva insatsen, såväl logistiken som administrationen.

Hur gör man för att bedöma säkerheten i ett land som Syrien?

– I Syrien ändras ju situationen hela tiden, olika grupperingar deltar i striderna och det påverkar i sin tur regeringens agerande. Det är svårt att få en klar bild över vad som är på gång. Mitt jobb handlade mycket om att prata med olika parter, både med ledare för stridande grupper och med representanter för andra humanitära insatser. Men det har

varit väldigt svårt eftersom vi inte har haft någon direkt kommunikation med regeringen. Så vi har varit tvungna att enbart förlita oss på den information vi har fått från den andra sidan.

Har Läkare Utan Gränser fortfarande inte fått något officiellt tillstånd att jobba i Syrien?

– Nej, det har vi inte. Vi försöker föra en dialog med regeringen, inte minst eftersom vi vet att det finns behov av humanitära insatser även på deras sida av stridslinjen, men än så länge har vi inte lyckats. Vi vill också gärna ha kontakt med dem för att bättre kunna bedöma säkerheten.

Utsätter sig fältnätbetarna också för fara?

– Det är ett fullskaligt krig där vi befinner oss och varje dag hör vi bombattacker. Men eftersom

det är så nära turkiska gränsen är just det området där vårt sjukhus är beläget inte lika utsatt som andra områden. Men det hände vid ett par tillfällen att helikoptrarna bombade bara några kilometer bort. Det är väldigt osäkert, vi har ingen kontroll, saker bara händer runtomkring en och då är det bara att hoppas att allt ska gå bra.

Hur får ni in all utrustning?

– Vi är ju där utan tillstånd och det innebär förstås en del svårigheter när det gäller logistiken. Vi behöver väldigt mycket till våra projekt, det handlar om utrustning, läkemedel och annat materiel till mobila kliniker och fältsjukhuset. Och även personalen måste ju ta sig in och ut ur landet på något sätt. Det gäller att vara kreativ.

Du är en av tre svenska fältnätbetare som ingår i Läkare Utan Gränserns akutpool, vilket innebär att du när som helst kan skickas ut igen. Vad blir det närmast?

– Först ska jag vara ledig några veckor. Sedan får vi se, det beror ju på var behoven är störst. Men det kan bli Syrien igen, det är det land som tar mest resurser från akutpoolen just nu. ■



Unga syrier i ett flyktingläger i Deir Zenoun i Bekaa-dalen, Libanon. BILD MICHAEL GOLDFARB

Humanitär kris bland flyktingar

En kvarts miljon syrier har tagit sin tillflykt till Libanon. Där är de skyddade från kriget – men de humanitära behoven växer.

Konflikten i Syrien har lett till en enorm flyktingkris. Enligt FN:s flyktingorgan UNHCR har en miljon människor tagit sig till grannländerna Turkiet, Jordanien, Egypten och Irak. Och enbart i Libanon finns i dag runt 250 000 syriska flyktingar som försöker klara den hårda vintern nästan helt utan humanitärt stöd. Det visar Läkare Utan Gränserns rapport "Misery behind the war zone" från i januari.

Libanon har öppnat gränsen för flyktingarna. Men för att få humanitärt stöd från regeringen måste de vara registrerade och detta är en process som inte har fungerat, visar intervjuer med 2 100 flyktingfamiljer som legat till grund för rapporten. Ungefär en fjärdedel av de intervjuade uppgav att de inte hade fått någon hjälp

alls, medan 65 procent sade att det stöd de fick inte täckte familjens behov.

– Vi är i en extrem situation, vi har inte tillräckligt med mat och vi vet inte vem vi ska vända oss till för att få hjälp. Den enda mat vi får är den som våra libanesiska grannar ger oss av solidaritet. Som vuxna kan vi äta en gång om dagen, men vi kan inte begära av våra barn att göra detsamma. Om vi inte fruktade bombningarna i Homs skulle vi återvända omedelbart, säger en av de intervjuade flyktingarna.

Inte råd med behandling

De svåra levnadsförhållandena bidrar till att flyktingarnas hälsa försämras. Undersökningen visar att fler än hälften är inkvarterade i undermåliga bostäder, till

exempel garage, ofärdiga byggnader och skolor som tillhandahåller uselt skydd mot väder och vind. Övriga flyktingar hyr bostäder vilket för det flesta innebär en enorm påfrestning eftersom de inte längre har någon inkomst.

Mer än hälften av de intervjuade har inte heller råd med behandling av kroniska sjukdomar och nästan en tredjedel har tvingats avbryta behandlingen eftersom det var för dyrt att fortsätta. Flyktingarna saknar också tillgång till vaccinationer för barnen, receptbelagda läkemedel, mödra- och förlossningsvård och grundläggande hälsovård.

Trappar upp insatsen

Läkare Utan Gränser har gett humanitärt stöd till syriska flyktingar i Libanon sedan i november 2011. Bland annat bistår teamen med gratis sjukvård i Tripoli och på olika håll i Bekaa-dalen. Den svåra situationen för flyktingarna gör att organisationen nu trappar upp arbetet ytterligare. Dessutom pågår insatser för att bistå syriska flyktingar i Jordanien och Irak. ■

På plats 2013

Malaria i Kambodja och tuberkulos i Sudan. Kriserna i Syrien, Kongo och Sahel. Det är några exempel på vad Läkare Utan Gränser kommer att prioritera 2013.

Det är ekonomiskt kända tider i Europa nu och det märks också inom Läkare Utan Gränser. I flera länder i Sydeuropa, som själva dras med massarbetslöshet och finansiell oro, har gåvorna till Läkare Utan Gränser minskat drastiskt.

– Någon sådan utveckling har vi inte sett i Sverige. Här har vi kanske drabbats mindre hårt av krisen. Hur som helst har våra givare inte dragit in på månadsgåvan till Läkare Utan Gränser, vilket vi är mycket tacksamma för, säger generalsekreterare Johan Mast.

– Totalt sett inom organisationen minskar resurserna och en del planerade projekt kommer inte att bli av, fortsätter han. Samtidigt gör vi en del nya satsningar, framför allt sådana som kan vara till gagn för många av våra patienter och på lite längre sikt.

Humanitära kriser

Ett exempel är ett projekt i Kambodja för att minska resistensutvecklingen mot malarialäkemedel som är baserade på artemisinin, det mest effektiva sättet att behandla malaria i dagsläget.

– Det är den kombinationsbehandlingen som vi använder mest i våra projekt och att allt fler nu blir resistenta kan ge väldigt allvarliga konsekvenser i alla malariadrabbade länder.

En annan prioritet under året är behandling av multiresistent tuberkulos som varje år drabbar minst en halv miljon människor. Att behandla denna form av tuber-

kulos kan ta flera år och de mediciner som finns tillgängliga ger ofta mycket svåra biverkningar.

Precis som varje år kommer också de stora humanitära kriserna att ta mycket tid och resurser i anspråk. Alla de pågående kriserna, som Syrien, Kongo, Sydsudan och Sahel, beräknas fortsätta under 2013. Även behandling av hivpatienter kommer att fortsätta under året.

Privata medel

– Vi märker rent allmänt att det blir mer och mer arbete för oss i samband med konflikter och andra omfattande kriser, inte minst eftersom det finns allt färre andra aktörer i sådana områden. Det beror till viss del på att arbetet har blivit farligare, det krävs mer analys och bättre kontakter med lokalbefolkningen. Detta är något som alla humanitära organisationer känner av, vi också. En annan orsak till att vi kan vara på plats är att vi kan agera mer självständigt än många andra eftersom vi till en så stor del finansierar verksamheten med privata medel.

Under 2012 jobbade Läkare Utan Gränser i 74 länder. I år kommer det förmodligen att bli ungefär lika många.

/ ÅSA NYQUIST BRANDT

GREKLAND

Den ekonomiska krisen har lett till att flera grupper inte har tillgång till sjukvård, till exempel papperslösa migranter. Även på andra håll i Europa har tillgången till statlig sjukvård försämrats radikalt det senaste året. Förutom i Grekland har Läkare Utan Gränser projekt i Frankrike och Italien.



BILD SOPHIA ARISTOLIA

SUDAN

Ett nytt projekt för behandling av tuberkulospatienter i huvudstaden Khartoum.



BILD FINBARR O'REILLY

AFGHANISTAN

Mödravård på sjukhuset i Khost i sydöstra Afghanistan. Sjukhuset öppnade våren 2012 men efter sex veckor avbröts verksamheten när en bomb exploderade inne på sjukhuset. Då hade personalen redan bistått vid 600 förlossningar. Arbetet återupptogs i höstas.



BILD JACQUE CORTIER

BAHRAIN LIBYEN SYRIEN

I samband med den så kallade arabiska våren har helt nya behov av hjälp uppstått i Nordafrika och Mellanöstern. Länder som Syrien, Bahrain och Libyen har haft ett fungerande sjukvårdssystem men i samband med oroligheterna har stora grupper blivit utestängda.



BILD NICOLE TUNG



Näringscentret i Goronyo i Nigeria. BILD OLGA OVERBEEK

38 miljoner för att rädda liv

POSTKODLOTTERIET / I februari blev det klart att Läkare Utan Gränser får 29 miljoner kronor från Svenska postkodlotteriet. Det är pengar som kommer att göra stor nytta i organisationens livräddande insatser runtom i världen. Sedan 2007 har vi varje år fått stöd från Postkodlotteriet som bland annat har gått till akut- och primärvård i Kongo-Kinshasa och tuberkulosbehandling i Karakalpakstan i Uzbekistan.

I år fick vi också ett extra anslag på 9 miljoner kronor inom ramen för Specialprojekt 2013. Detta är en särskild satsning för att bidra till att FN:s millenniemål uppfylls. Tillsammans med forskningsinstitut, akademiska institutioner och lokala människorättsorganisationer tilldelades Läkare Utan Gränser pengarna för ett hiv/aidsprojekt i KwaZulu-Natalprovinsen i Sydafrika. Målet med projektet är att minska förekomsten av hiv- och tuberkulosrelaterade sjukdomar genom att använda behandling som prevention. Den senaste forskningen visar nämligen att behandling av hiv inte bara räddar liv utan även hindrar viruset från att spridas vidare.

DIREKT / ges ut av **LÄKARE UTAN GRÄNSER**. Tidningen är ett verktyg för att informera om de övergrepp och missförhållanden vi bevittnar, 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** Johan Mast **E-POST** direkt@msf.org **GRAFISK FORM** Anders Birgersson **ADRESS** Läkare Utan Gränser, Gjörwellsgatan 28, Box 340 48, 100 26 Stockholm **TELEFON** 010-199 32 00 **FAX** 010-199 32 01 **WEBB** www.lakareutangranser.se **TRYCK** Norra Skåne Offset, ISSN 651-3347 **PLUSGIRO** 90 06 03-2 **BANKGIRO** 900-6032 **FRÅGOR OM GÅVOR** 010-199 33 00 eller givarservice@msf.org

BOKTIPS / Pojken i resväskan

Redan på titeln förstår man vad den här boken handlar om: barn som far illa. Och den litauiske pojken Mikas hör onekligen till en av de mest utsatta grupperna i dagens Europa – barn som köps, säljs och dumpas som grönsaker på en lördagsmarknad.

Den danska författarduon Lene Kaaberbøl och Agnete Friis har tagit sig an detta stoff med hull och hår. I deckaren *Pojken i resväskan* blir sjuksköterskan Nina ombedd av en väninna att hämta en väska i en förvaringsbox. »Du som alltid vill rädda alla« säger väninnan sarkastiskt innan hon lägger på luren och försvinner för gott. När Nina öppnar väskan hittar hon en liten pojke. Och naturligtvis vill hon rädda honom. Fast bränd som hon är från jobbet med flyktingar undviker hon såväl polisen som sjukvården.

Nina har tidigare jobbat i fält för en humanitär organisation och engagemanget i pojken får henne att minnas alla andra barn som hon mött i livet och som farit illa. Det är på sina håll rätt klyschigt. Men starkt, oroväckande och obehagligt. Och oavbrutet spännande.



Albert Bonniers förlag,
285 sidor



Ingrid Rinman. BILD MSF

VOLONTÄREN / Ingrid Rinman skänker sin tid

Du är volontär på Läkare Utan Gränser i Stockholm, hur kommer det sig?

Jag arbetade tidigare som sjukgymnast och ville göra något i min egen värld som gör nytta. På den tiden, i början på 1990-talet, låg Läkare Utan Gränser i Stockholm nära min förra arbetsplats Sabbatsbergs sjukhus. Jag

hade tidigare haft planer på att åka ut och göra en insats i fält men eftersom det inte fanns så många projekt inom rehabilitering så lade jag de planerna på hyllan.

Vad gör du?

Jag jobbar en dag i veckan, framför allt på givarservice. Jag svarar i telefon för inkommande gåvor och tar emot gåvobeställningar. Ofta handlar det om att folk skänker pengar till Läkare Utan Gränser i samband med begravningar istället

för blommor. Några enstaka gånger handlar det om bröllop och födelsedagar. I snitt tar jag emot 35 samtal per dag för 10 000 kronor.

Tillsammans med några andra volontärer planerar jag, köper och lagar mat till möten och seminarier. Jag bemödar mig alltid om att det inte ska kosta mer än 20 kronor per portion så jag cyklar runt stan för att handla i lågprisaffärer. Jag har också startat föreningen för volontärer, FILUG (Frivilliga inom Läkare Utan Gränser).

Varför vill du bidra med din tid?

Det är ett sätt att hålla sig alert, jag måste till exempel kunna lite om datorer. Just kontakten med människor i telefonen är väldigt givande, och så känner jag mig hemma här också. Det är också roligt att se hur verksamheten har utvecklats under åren från fem-sex personer när jag började till det 40-tal personer som arbetar här i dag.

GÅVA / En miljon från sparare

Genom Swedbank Roburs Humanfond har Läkare Utan Gränser fått 1 miljon kronor till det medicinska humanitära arbetet, pengar som kommer att användas där de behövs mest.

Det var på Alla hjärtans dag som Swedbank Roburs Humanfond delade ut sammanlagt 37 miljoner kronor

till Läkare Utan Gränser och 70 andra ideella organisationer. Pengarna kommer från Swedbank och sparbankernas kunder som sparar i den ideella fonden Swedbank Robur Humanfond. Sedan starten har spararna totalt skänkt 876 miljoner kronor till olika ideella organisationer.

– Vi är mycket tacksamma för gåvan som kommer att



BILD NICHOLE SOBECKI, SYDSUDAN

användas i humanitära kriser runtom i världen, säger Johan Pettersson, insamlingsansvarig på Läkare Utan Gränser.



GER DINA INVESTERINGAR RESULTAT?

Snart är det dags för bolagsstämmor och förhoppningsvis medföljande aktieutdelningar. Vi vill därför påminna om att du kan ge bort din aktieutdelning skattefritt till Läkare Utan Gränsers insatser runt om i världen.

Gå in på **www.lakareutangranser.se/aktieutdelning**, läs mer och låt dina investeringar ge garanterad vinst i form av räddade liv. Tack!

