

direkt

#2 2014 LÄKARE UTAN GRÄNSER

PAPUA NYA GUINEA

ALLAS KRIG
MOT ALLA

TYFON ELLER KONFLIKT?

KRISERNA
VI INTE
GLÖMDE

GUINEA Närkamp mot ebola

På väg in till
ebolapatienter i
Conakry, Guinea.
Läkare Utan
Gränser är den
enda hjälp-
organisationen
som behandlar
patienterna.



MEDECINS SANS FRONTIER
LÄKARE UTAN GRÄNSER

Innehåll #2

»Attacker mot sjukhus och personal tvingar oss till självvrannsakan: finns det över huvud taget en framtid för oberoende och opartisk humanitär hjälp i konflikter?» / sidan 6

Kriser vi minns

I Direkt skriver vi ofta om glömda kriser. Men det finns också kriser som får stort genomslag i medierna och stor respons bland givarna. De har ofta några gemensamma nämnare: det rör sig om naturkatastrofer som inträffar plötsligt, de drabbar områden och människor som vi kan relatera till och inga andra stora kriser konkurrerar om uppmärksamheten för tillfället. Men den kanske allra viktigaste faktorn är det som forskare kallar för *tron på en rättvis värld*. Vad som menas med det kan du läsa mer om på sidan 16.



ÅSA NYQUIST BRANDT
REDAKTÖR

I det här numret av Direkt skriver vi också om ebola och om utbrottet som just nu plågar Guinea, Sierra Leone och Liberia. Och så besöker vi Papua Nya Guinea, ett land som inte befinner sig i krig men som ändå är plågat av våld. Trevlig sommar!



/ 8



/ 16



/ 24

ÖGONBLICK I VÄRLDEN / sidan 3

SIGNERAT:

OVISS FRAMTID FÖR HUMANITÄR HJÄLP

Vad händer när humanitära principer inte räcker till? / sidan 6

Närkamp mot ebola

TEMA: Än en gång har ett utbrott av blödarfebern ebola drabbat Afrika. Anna Sjöblom var i Guinea för att vårda de drabbade. / sidan 8

KRISERNA VI INTE GLÖMDE

Vilka kriser får oss att öppna plånboken – och vilka väljer vi bort? / sidan 16

PORTRÄTTET: JURISTEN SOM HITTARDE HEM

Aurelie Ponthieu kämpar för flyktingars rätt i EU. / sidan 20

JUST NU / sidan 23

Allas krig mot alla

I Papua Nya Guinea har våldet blivit normen. Läkare Utan Gränser är en av få organisationer på plats. / sidan 24

KARTAN: Det här gjorde vi 2013. Axplock ur årsredovisningen. / sidan 28

TILL SIST: Medarbetare frisläppta i Syrien, en resa i svart-vitt och ett smaskigt recept. / sidan 30

OMSLAGSBILD / SAM TAYLOR, GUINEA

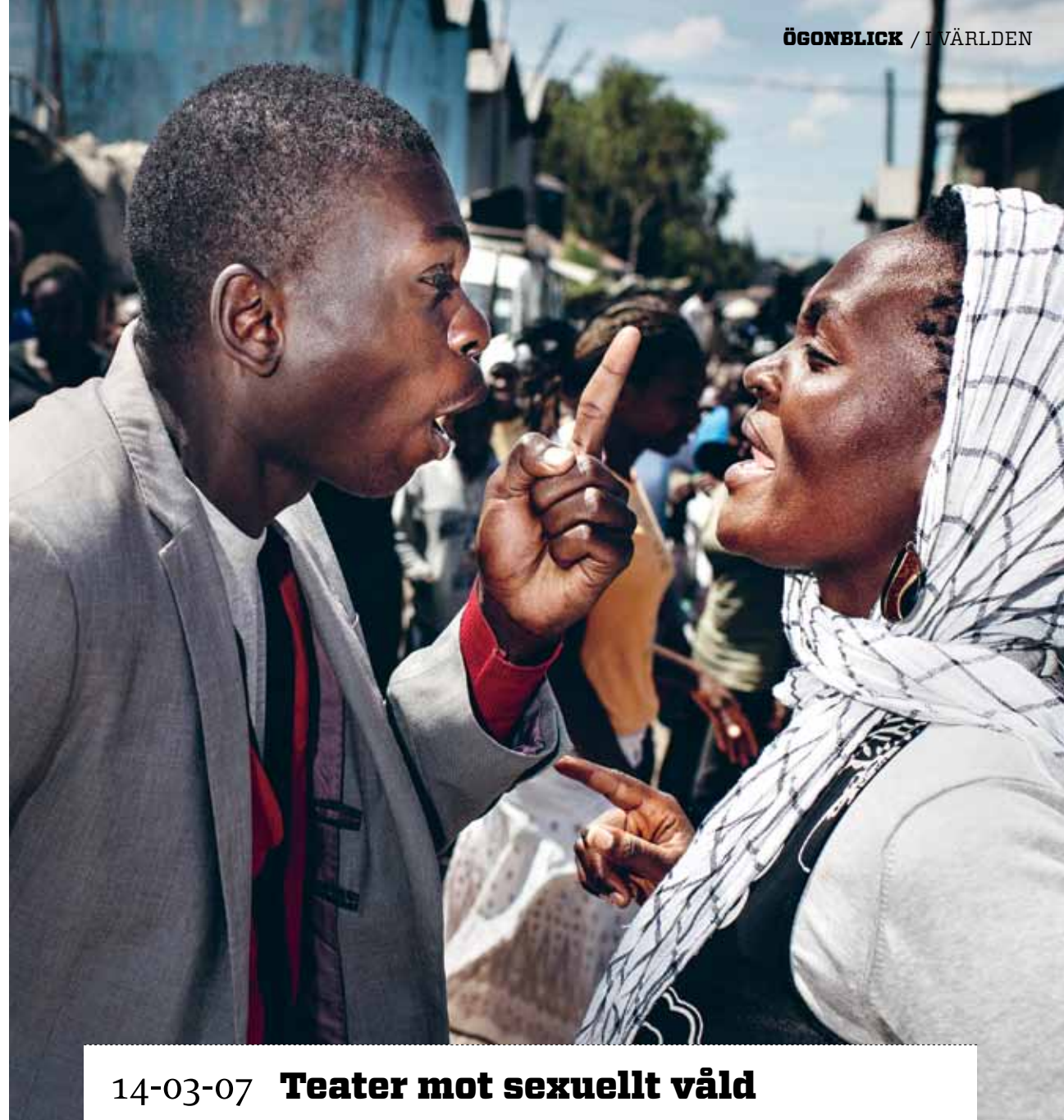


BILD MATTHIAS STEINBACH

14-03-07 Teater mot sexuellt våld

KENYA. Mathare är ett av de största slumområdena i Kenyas huvudstad Nairobi. Sexuellt våld och annat våld mot kvinnor är ett stort problem i området, liksom i många överbefolkade och fattiga stadsdelar. Sedan 2008 driver Läkare Utan Gränser en klinik i Mathare för människor som utsatts för sexuellt våld där

de kan få både medicinsk vård och psykosocialt stöd. I mars besökte våra team flera olika slumområden i Nairobi för att genom musik och teater sprida kunskap om vår klinik och samtidigt motverka förekomsten av sexuellt och annat könsrelaterat våld. För att förebygga graviditeter och sexuellt överförbara sjuk-

domar, som till exempel hiv, är det viktigt att kvinnan snabbt kommer under behandling efter en våldtäkt. Kliniken i Mathare är öppen dygnet runt för att öka tillgången till vård. I stadsdelen arbetar vi också sedan länge med att ge behandling mot hiv och tuberkulos som är ett stort problem i slumområdena.



Ett nyfött barn undersöks på sjukhuset i Khost, Afghanistan. BILD ANDREA BRUCE

2014-06-03 Finland

Förra sommaren blev jag plötsligt väldigt sjuk. Jag kunde inte andas. Jag gick till en läkare som upptäckte att jag hade vätska i lungorna. Det visade sig att jag hade multiresistent tuberkulos. När jag hörde det fylldes hela min kropp och min själ av skräck. Jag förstod att allting i mitt liv kommer att förändras. Jag var rädd för hur min man skulle reagera, min familj och mina vänner. Läkaren berättade att behandlingen är svår med jobbiga biverkningar. Jag frågade vad det betyder, vad som kommer att hända med mig. Han svarade inte riktigt. Det beror nog på att allt är möjligt med de här tabletterna. Och jag har haft många hemiska biverkningar. Tidigare var mitt liv perfekt, allt var så bra, jag var lycklig. Nu handlar allting om att jag är sjuk.

/Hanna, tbc-patient och bloggare på blogs.msf.org/tb

2014-05-07 Afghanistan

En patient som kom in till oss var mer uppriven än många andra. Hon hade tre döttrar hemma och kom till oss med en fullgånge död son i livmodern. Vi satte igång förlossningen, vilket kan vara mer smärtsamt (både fysiskt och psykiskt) när barnet är dött, och hon vrålade ut sin smärta. En annan patient försökte lindra hennes plågor genom att massera henne på ryggen och viska lugnande – mellan sina egna sammandragningar. Förlossningsavdelningar i fattiga länder är spartanska och oförlåtande. Men de kan också vara en plats för den mest universella godhet och ömsesidiga omtanke.

/ Samantha Pace, gynekolog, Kabul

2014-06-04 Pakistan

Häromdagen kom en man till kontoret och bjöd alla på pakistanska sötsaker. Min kollega Waqar berättade att mannen var socialarbetare i sin by och att han tidigare hjälpt Läkare Utan Gränser med att sprida information om vårt sjukhus i byn. Sedan hade hans egen fru drabbats av komplikationer under förlossningen och han hade i ilfart fått föra henne till vårt sjukhus. Hans fru hade varit illa därän men läkarna hade förlöst bebisen och båda mamman och barnet hade klarat sig. »Jag visste att ni hade ett bra sjukhus redan innan«,



BILD MSF

sa han. »Men jag visste inte att ni en dag skulle rädda livet på min egen familj.«

Det var en ovanlig gåva till oss alla den dagen. En dag när livet vann över döden, här på vårt lilla sjukhus i en av de mest utsatta delarna av Pakistan.

/ Jenny Carlbon, projektsamordnare, Peshawar

1 291 664

Så mycket i bidrag har vi fått av stiftelsen GodEl till vårt arbete i Lankien, Sydsudan.

BILD MSF



Hur gick det till när ni upptäckte kolera i flyktinglägret i Sydsudan?

»Vi hade varit oroliga för ett kolerautbrott i flera veckor. Förhållandena i lägret var så usla.«

» En dag kom en man i 30-årsåldern in på kliniken i lägret i Juba, Sydsudans huvudstad. Han hade diarréer och kräkningar och var extremt uttorkad trots att han bara haft symptom i mindre än ett dygn. Det är ett tecken på kolera, eftersom man torkar ut väldigt snabbt. När jag såg hans avföring tänkte jag direkt att det måste

vara kolera. Kolera orsakar vattniga diarréer och det luktar nästan ingenting. Snabbtestet var positivt. Efter några dagar fick vi även svar från labbet i Nairobi som bekräftade att det var kolera. Det första vi gjorde var att isolera honom och sätta in dropp mot uttorkning som är det riktigt farliga med kolera. Sen la vi honom i en speciell säng med ett hål i

mitten. Under hålet står en hink med tvåprocentig klorinlösning. Man samlar avföringen och spyorna i hinken och innan man slänger innehållet lägger man klorinlösning ovanpå så att alla kolerabakterier dödas. Som tur var överlevde mannen och blev helt återställd efter några dagar.« Emma Massey, sjuksköterska, jobbade i två månader i flyktinglägret.

Osäker framtid för humanitär hjälp i konflikter

Den urholkning av internationell humanitär rätt som vi bevittnar när sjukhus plundras och sjukvårdspersonal attackeras tvingar oss till självvrannsakan: finns det en framtid för oberoende och opartisk humanitär hjälp i konflikter? undrar Pieter-Jan van Eggermont.

Iöver 40 år har Läkare Utan Gränser strävat efter att snabbt vara på plats när krig eller våldsamheter bryter ut. Vårt CV innehåller insatser i några av modern historias mest namnkunniga konflikter: Rwanda, Tje-tjenien, Bosnien, Biafra samt ett stort antal krig som inte har fått lika stort utrymme i tv-nyheter och tidningar.

Trots att vi som regel inte använder oss av väpnat skydd eller militäreskort är tillfällena där vi inte kunnat jobba eller blivit medvetet attackerade relativt få. Denna utsatthet, som ju är en del av själva naturen i vårt humanitära uppdrag, har aldrig fått oss att ge upp övertygelsen om att humanitära principer är den mest effektiva skyddsvästen mot kulor och gevärspipor. Och än i dag är det tydligt att vår logotyp på tröjor och flaggor mitt i krigszonen oftast skänker acceptans och trovärdighet.

De senaste åren har vi ofta påpekat riskerna med manipulation av humanitär hjälp som poli-

tiskt verktyg och vilka risker som finns när civila hjälpinsatser sammankopplas med militära mål. Samtidigt har det visat sig svårt att dra en direkt linje mellan dessa trender och förekomst av enskilda incidenter. Vad vi däremot med säkerhet kan konstatera är att vi på senare år har konfronterats med ett antal konflikter där vår verklighetsbild – att vår säkerhet garanteras av att vi jobbar utifrån de humanitära principerna och av vår flagga och logotyp – har fått sig en allvarlig töm.

I länder som Syrien, Centralafrikanska republiken och Sydsudan finns en djupt oroväckande utveckling med systematiska attacker mot vår personal och sjukvårdsanläggningar. Denna utveckling tvingar oss att fundera över själva grundvalen i vår identitet som medicinsk humanitär organisation.

Vård i slummen

Säkerhetsincidenter har såklart alltid förekommit, och det är en vetlig fråga att ställa sig om det verkli-

gen är så att antalet riktade attacker mot Läkare Utan Gränser har ökat. För att få svar på den frågan lanserade vi förra året projektet Sjukvård i skottlinjen (Medical Care Under Fire) med syftet att kartlägga och analysera de situationer där våld mot sjukvården förekommer och har förekommit i våra projekt.

Den fullständiga urholkning av internationell humanitär rätt som vi bevittnar när sjukhus plundras, sjukvårdspersonal attackeras eller hotas – utan något som helst fördömande från de inblandade parterna – tvingar oss och aktörer som



BILD TERESE PERMAN

»VÅR TRADITIONELLA UPPGIFT HAR ALLVARLIGT PÅVERKATS AV DE VÅLDSAMMA ATTACKERNA RIKTADE MOT VÅR VERKSAMHET«

Internationella röda korskommittén till självvrannsakan: finns det över huvud taget en realistisk framtid för oberoende och opartisk humanitär hjälp i konflikter?

Nyligen besökte jag sjukhuset som Läkare Utan Gränser driver i ett av världens största slumområden, Kibera i Kenyas huvudstad Nairobi. Förutom primärvård och behandling mot hiv och tuberkulos bistår vi med behandling av sexuellt våld, ett vanligt fenomen i den här typen av miljöer, samt behandling av kroniska sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. I frånvaro av en regering som kan eller vill ta ansvaret för att se till att fattiga människor får tillgång till sjukvård i dessa slumområden har Läkare Utan Gränser tagit på sig att bemöta de enorma behoven av sjukvård.

Liv och död

Sedan 1990-talet har Läkare Utan Gränser ständigt ökat antalet projekt med syftet att ge vård till utsatta grupper som i övrigt saknar tillgång till behandling och vård. Den snabba ekonomiska utvecklingen som lyfter länder i Latinamerika, Asien och Afrika från låginkomst- till medelinkomstländer gör att folk i allt större utsträckning lämnar landsbygden och bosätter sig i städerna, med snabbt växande slumområden till följd. Detta utmanar

de oftast redan svaga hälso- och sjukvårdssystemen. I praktiken är detta en fråga om liv och död, och enligt den definitionen att betrakta som en humanitär kris.

En osäker framtid

Vår traditionella uppgift att verka i krig och konflikter – ofta på platser där inga andra internationella aktörer finns på plats – har allvarligt påverkats av de våldsamma attackerna riktade mot vår verksamhet, våra patienter eller vår personal.

Nu står vi inför en osäker framtid vad gäller frågan var vi har möjlighet att göra skillnad. Huruvida vi tillåts vara på plats för att rädda liv i krigszonen är beroende av den politiska viljan hos stridande parter att respektera krigets lagar, och inte låta sjukvård förbli ett mål i krigföringen. Det är viktigare än någonsin att vi kan föra fram budskapet om vad vi står för: opartisk och oberoende hjälp till de mest utsatta både i krig och i fattigdom.



BREV FRÅN FÄLT

»Människorna i flyktinglägret Tomping i Juba sitter i en fruktansvärd situation. Sextio procent av patienterna som vi behandlar på våra kliniker är sjuka på grund av levnadsförhållandena i lägret. Området de bor på är alldeles för litet för så många personer. Det finns så lite utrymme att det till och med är förbjudet att ha sängar inne i lägret. Efter en kraftig regnskur står vattnet en halvmeter högt på vissa ställen i lägret. Människorna måste lyfta upp de få ägodelar de har i tälten för att de inte ska förstöras av vattnet.«



BILD MSF

Stefan Liljegren, projektansvarig, Juba, Sydsudan



Närkontakt med ebola

I Guinea i Västafrika har ett utbrott av ebola skakat om befolkningen. Anna Sjöblom, sjuksköterska och medicinsk humanitär rådgivare på Läkare Utan Gränser i Stockholm, var på plats för att vårda de sjuka.

TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT

En patient har anlänt till ebolakliniken i Guéckédou. En sjuksköterska tar hand om henne medan familjen väntar på andra sidan staketet, för att minska risken för smitta.

BILD AMANDINE COLIN



Teamet är på hembesök hos Finda Marie Kamano som har drabbats av extrem trötthet, kräkningar och dysenteri. Det visar sig att hon har ebola och två dagar senare dör hon. BILD SYLVAIN CHERKAOU



Epidemiologen Michel Van Herp förklarar för befolkningen i Gbando vad ebola är och hur man kan undvika att bli smittad. BILD JOFFREY MONNIER



En laboratorie-assistent går iväg med ett blodprov från en misstänkt ebolapatient. Svaret kommer inom några timmar. BILD SYLVAIN CHERKAOU

Det var i mars som myndigheterna deklarerade att ett utbrott av blödarfebern ebola hade inträffat i det västafrikanska landet Guinea. Senare hittade man även fall i Sierra Leone och Liberia. Det händer inte ofta, men varje gång ebola drabbar ett land ringer varningsklockorna: sjukdomen är extremt smittsam, de sjuka får svåra blödningar och många dör inom loppet av ett par dagar. För vissa former av sjukdomen är dödligheten så hög som 90 procent.

När Anna Sjöblom i slutet av april kom till Conakry, huvud-

stad i Guinea och en av de platser som drabbats av utbrottet, var situationen relativt lugn. I det nedgångna koleracentret på statliga Donka-sjukhuset, av Läkare Utan Gränser omvandlat till ebolaklinik, fanns fortfarande åtta patienter inskrivna. Men den första paniken, som infann sig när man konstaterade de första fallen, hade klingat av.

– När en så allvarlig och smittsam sjukdom konstateras i en storstad är det så klart extra komplicerat och stor risk för spridning, säger Anna Sjöblom som nu är tillbaka på kontoret i Stockholm.

– Tidigare utbrott har ofta ägt

rum i mer avgränsade områden på landsbygden, fortsätter hon. Ofta har det rört sig om några samhällen där många har drabbats. Men smittan har inte spridit sig vidare på samma sätt. Den här gången såg vi att smittan snabbt spred sig till andra områden och dessutom till huvudstaden. Därför var alla rädda.

Inget botemedel

De första fallen av ebola – de första någonsin i Guinea – konstaterades i mars i fyra olika distrikt i sydöstra delen av landet. Till Conakry kom epidemin lite senare. Som sjuksköterska var Anna en del av det team som

behandlade patienterna. Eller snarare – som vårdade dem. Det finns ingen bot mot ebola, det enda man kan göra är att behandla symtomen och de komplikationer som uppstår. Och ju tidigare patienterna kommer desto större chans att de klarar sig. Dessutom är isoleringsvård viktig för att skydda resten av befolkningen från smitta.



ANNA SJÖBLOM

– De sjuka får diarréer och kräkningar så vi gav dem vätskeersättning vilket minskade risken att de skulle dö av uttorkning. De fick mat och näring. Om de hade hög feber behandlade vi den. Om

de hade andra infektioner fick de antibiotika. Så även om det inte finns någon medicin eller speciell behandling mot ebola så ökar chansen till överlevnad om man kommer in till kliniken i tid.

På sina tidigare fältuppdrag har Anna noterat att folk gärna söker upp Läkare Utan Gränser kliniker för att få hjälp med vård och behandling mot olika sjukdomar. Riktigt så var det inte den här gången. Många drog sig för att komma till ebolakliniken och fick övertalas av personalen eller anhöriga.

– Det stora lyxhotellet nere vid stranden var helt tomt. Det fanns flygbolag som ställde in alla flyg. Senegal stängde sin gräns. Och

när jag skulle åka hem pratade jag med medicinstudenter som stod på flygplatsen och screenade alla som skulle lämna landet. De hade stått där i en månad.

Stor okunskap

Hos hälso- och sjukvårdsmyndigheten gick jourtelefonen varm. En del som ringde hade symtom som kunde vara ett tecken på ebola, medan andra hade skurit sig och var rädda att de hade insjuknat eftersom de börjat blöda.

Över huvud taget är okunskapen om den här sjukdomen stor, inte bara i Guinea och andra drabbade länder utan även här i Sverige och i andra rika länder där



Sia Bintou har besegrat ebola och är nu omgiven av sin familj. För många före detta patienter är det svårt att komma tillbaka till sin by eftersom rädslan för sjukdomen är så stor bland befolkningen. SYLVAIN CHERKAOU

sjukdomen ibland framställs som någonting taget ur en undergångsfilm från Hollywood. Och ju mindre kunskap, desto större utrymme för missförstånd.

Ett exempel är den attack på Läkare Utan Gränser klinik i Macenta i sydöstra Guinea som ägde rum i april. Det var en grupp ur lokalbefolkningen som kastade stenar på byggnaderna och bilarna eftersom de trodde att det var Läkare Utan Gränser personal som hade fört in sjukdomen i landet. Ingen kom till skada, men kliniken fick stänga under en period och under tiden fick patienterna vård av en läkare från hälso- och sjukvårdsministeriet.

– Man kan förstå att lokal-

befolkningen blev oroad. Vi har sett liknande reaktioner tidigare i andra länder. Därför är det så viktigt med information, att folk får kunskap om sjukdomen, hur den sprids och vad man kan göra för att stoppa viruset.

Säkerheten har sitt pris

Hur var det då att vårda patienter med ebola? Var hon själv rädd?

Nej, säger Anna, rädd var hon aldrig. Läkare Utan Gränser har lagt ribban så högt när det gäller säkerhetsrutiner att risken att smittas i det närmaste är obefintlig.

– Men familjemedlemmar och sjukvårdspersonal är ofta de första att smittas och därför måste man förstås vara extremt försiktig. Det

som är farligt är om man skulle råka sticka sig på en nål när man tar blodprov på en patient. Därför var vi alltid två sjuksköterskor närvarande vid provtagningen så att den ena kunde lugna patienten och den andra ta blodprovet. För övrigt var vi så inpackade i skyddsutrustning att det var helt omöjligt att bli smittad.

Men säkerheten har också sitt pris. Och det var ett pris i form av extrem värme. I den drygt 35-gradiga hettan i Conakry var det en sann utmaning att krypa in i skyddsmunderingen och gå in till patienterna. Varje besök till vårdavdelningen planerades därför noga, läkemedlen gjordes i ordning innan och uppgifter till

journalföringen, som till exempel patienternas temperatur, fick ropas ut över staketet eftersom ingenting fick föras ut på andra sidan igen, inte ens en bit papper.

I max 1,5 timmar fick de stanna hos patienterna. Men till följd av hettan försökte de klara av besöken på en halvtimme. Därefter vidtog den omständliga proceduren att ta av sig skyddskläderna på ett säkert sätt.

– Det fanns otroligt noggranna rutiner för hur man skulle göra så jag kände mig hela tiden trygg. Samtidigt innebar skyddsmunderingen att vi inte alls kunde få samma nära kontakt med patienterna som vi brukar ha, de ser bara våra ögon, inte om vi ler. Vi håller också en viss distans till dem när vi är inne i salen. Och det kändes sorgligt.

Men det fanns också ljusglimtar i arbetet. Som när före detta patienter kom tillbaka för att hälsa på och tacka personalen. Och när flera av dem började jobba för Läkare Utan Gränser som uppsökande informatörer.

De åkte runt i byarna och berättade om ebola, vilka symptom man ska vara uppmärksam på, vart man vänder sig om man är orolig och – inte minst – att det går att överleva, vilket de ju själva var bevis för.

– Ebola är en fruktansvärd sjukdom. Men den behöver inte innebära en dödsdom, framför allt inte om man får vård i tid, konstaterar Anna. ■

»Ebola är en fruktansvärd sjukdom. Men den behöver inte innebära en dödsdom.«



Alla kläder och stövlar som personalen haft på sig inne i behandlingsområdet desinfekteras med klorin. BILD SYLVAIN CHERKAOU

FAKTA EBOLA

Ebola orsakas av ett virus. Sjukdomen har fått sitt namn från Ebolafloeden i Kongo-Kinshasa där de första utbrotten inträffade 1976. Ungefär samtidigt inträffade även ett utbrott i Sudan.

Ebola är en blödarfeber där blodets koaguleringsförmåga avtar. De första symtomen påminner om malaria eller influensa, med feber, muskelvärk och utmattning. I nästa fas uppstår magsmärtor, kräkningar och ungefär hälften av fallen utvecklar olika former av blödningsar. Virus angriper de inre organen och när blodet inte längre koagulerar rinner det ut ur kroppsöppningar som näsa, ögon och öron. Det kan även tränga

ut rakt genom huden. När detta stadium inträffar dör patienten av inre blödningar.

Efter de första konstaterade utbrotten av ebola 1976 dröjde det 15 år innan ett nytt utbrott ägde rum. Sedan dess har sjukdomen dykt upp vid flera tillfällen i olika länder i Afrika, bland annat tre gånger i Uganda. I samband med det nuvarande utbrottet har fall även konstaterats i Guineas grannländer Liberia och Sierra Leone.

I dagsläget finns ingen bot mot ebola. Försök pågår att ta fram ett vaccin men enligt WHO kommer det förmodligen att ta lång tid innan något vaccin finns tillgängligt.

»Det som rinner nerför kinderna är inte svett utan tårar, sprungna ur maktlöshet och frustration.«



I april var sjuksköterskan Luis Encinas på plats i Macenta i sydöstra Guinea, där han ansvarade för Läkare Utan Gränser akutsatser. Här skriver han själv om ett dygn på isoleringsenheten.

IDAG BÖRJAR MIN BERÄTTELSE kl 4.30 på eftermiddagen. Jag ska möta Macenta-sjukhusets ledning och läkare tillsammans med min kollega Kathleen, som ska ersätta mig från och med imorgon. Jag har bett att få komma tillbaka till isoleringsenheten för att träffa mina patienter igen. Vi går mot den före detta pediatrika avdelningen som ligger avsidet och isolerad på andra sidan sjukhusområdet. Stigningen är svag, men hettan och luftfuktigheten gör oss snabbt varma och svettiga.

Varje gång jag närmar mig isoleringsenheten inser jag vilket enormt arbete vi har åstadkommit. Under den korta stund det tar oss att gå upp för återstoden av den lilla kullen till ingången fylls jag av en känsla av tillfredsställelse. Efter att ha tvingat i oss en halv liter vatten sätter vi på oss våra stövlar och gröna kirurgkläder. Vi följer ett strikt protokoll för skyddskläder: sjukhushandskar, munskydd, heltäckande overaller, en huva som snörs åt på tre ställen med enkla knutar, varken för tight eller för löst, bara så pass att ansiktsmasken kan sticka fram. Sedan ett par andra handskar, denna gång kirurgi-

handskar. Jag funderar på behovet av sterila handskar. Jag antar att dessa är de enda på marknaden. Sedan avslutar vi överallerna med tejp och sätter på oss glasögon, eller skidglasögon som vi kallar dem för att de är så enorma. Avslutningsvis undersöker vi lufttätheten i våra dräkter. Efter de sista justeringarna är vi redo att gå in på isoleringsenheten, dit vi tar med oss medicin, mat och vatten.

Vi går den långa korridoren fram till det första rummet. Det är ett stort, mörkt rum med ett tiotal sängar, denna eftermiddag ligger två av våra tre patienter där – ett gift par som togs in för snart en vecka sedan. Jag minns dem mycket väl. Jag hade träffat dem innan, då jag var hemma hos dem och hjälpte dem att tvätta den lilla kroppen efter det sista av deras barn. Känslorna är tunga, tystnaden som bly. Jag försöker fokusera på det pågående ögonblicket. Jag ser på mannen som ligger utsträckt på sängen.

HAN VERKAR LE MOT MIG. Jag tänker att han känt igen mig, och ler tillbaka. Då inser jag att han bara kan se konturerna av mina ögon och i detta halvdunkel kan han knappast känna igen mig. Jag talar långsamt och han svarar på knapphändig franska att han mår bra. Han sätter sig upp själv, men har svårt att hålla sig uppe. Vi ger honom hans mediciner, färskt vatten och serverar honom hans måltid. Jag önskar jag kunde sitta ner bredvid honom och tala med honom, lyssna på honom, lugna honom.

»Jag har ingen styrka kvar. Jag har förlorat allt«, säger han. Han äter sin mat och tittar hela tiden bort mot sin fru. Tiden går... tick-tack, tick-tack. Jag har tappat tidsbegreppet, men gissar att ett tiotal minuter redan passerat.

Vi går bort till hans fru, som då de kom in till sjukhuset hade varit så full av värdighet, av styrka. Hon hade försäkrat mig att inget kunde hända henne och det tog oss lång tid att övertyga henne att, rent kliniskt, så var hennes tillstånd oroande. Hon hade följt med sin man som sällskap, för att mata honom. »Jag kommer hit så att han inte ska lämnas ensam«, talade hon om för mig den där dagen. Idag har hon inga krafter kvar och har svårt att lyfta sin arm tillräckligt för att vi ska kunna ta tempen på henne. Hennes kropp är tung. Vi försöker sätta henne upp på sängen. Kathleen talar med henne hela tiden och kontrollerar hennes dropp. Vi byter hennes droppslang därför att blodet koagulerat i den.

Hon förblir inte stilla en enda minut. Hon är febrig, svag och svettig. Vi hämtar två och handdukar och börjar tvätta henne. Några meter bort stirrar hennes man maktlöst på oss. Han talar med henne på toma, men hon svarar inte. Och tiden stannar inte, de små visarna tycks gå upp i hastighet, de far fram som galningar.

JAG LÄGGER EN FUKTIG HANDDUK på hennes huvud. Hon mumlar något men vi, till och med hennes man, har svårt att förstå vad. Hennes tillstånd har försämrats så kraftigt på mindre än 48 timmar att jag har svårt att känna igen henne. Jag försöker få kontakt med hennes man en sista gång. Jag vet inte varför, men jag har en känsla att han kommer att överleva. I alla fall hoppas jag det. Plötsligt intalar jag mig att jag kan ha fel om hans diagnos, att han kanske bara är gammal, och att trots att han har förlorat och begravt fem familjemedlemmar, kanske ändå bara har ryggont, lite feber och helt vanlig diarré. Plötsligt är min hjärna ett kinesiskt pussel och jag virrar bort mig i mina tankar. Jag måste hitta fokus igen. Hur som helst, ikväll när vi får resultaten från labbet kommer vi att veta med säkerhet.

Min kollega säger att hon börjar bli varm. Jag tittar på henne. Hennes glasögon är fuktiga av imma och pärl droppar syns på hennes ansiktsmask. Vi får snabba på. Jag stänger dörren bakom mig med en medkännande blick bakåt mot paret i sängarna. Jag försöker ge dem all min styrka. Jag kan inte sluta tänka på dem. Hettan utanför börjar bli outhärdlig.



Trots alla skyddsåtgärder försöker personalen skapa lite närhet med patienterna genom att prata med dem och se dem i ögonen. BILD SYLVAIN CHERKAOU

Det känns som om jag hade Loffa, en flod i Guinea, rinnande nerför min rygg och ansikte, men det som rinner nerför kinderna är inte svett utan tårar. Tårar sprungna ur min maktlöshet och frustration.

PATIENTEN I RUM NUMMER två skrevs ut igår så vi går mot det sista rummet. Därinne finns en tredje patient, en ung man på 22 år. Så fort vi kommer in reser han sig i sin fulla längd. Han ler och talar fullt förståelig franska. Han ställer många frågor. Jag har en känsla att han har turen med sig. Han har ingen feber och verkar vara vid god vigör. Vi talar om för honom att vi väntar på labbresultaten som ska komma klockan 18.30. Han beväpnar sig med tålmod.

Det är dags att gå tillbaka. Vi går efter varandra. »Kontrollören« och »sprayaren« kommer och vi börjar klä av oss skyddskläderna lager för lager, adrenalinet och koncentrationen är på topp. Jag låter Kathleen gå först. Slutligen är vi klara och går ut. Den friska luften och kontakten med världen utanför gör att vi känner oss återupplivade. Kläderna närmast kroppen är dyngsura och klibbar sig fast. Mina tankar är ännu inne i första rummet, hos det gifta paret. Mannens leende och kvinnans beslutsamhet att resa sig har etsat sig fast i mitt minne.

Vi går tillbaka till huvudentrén där sjukhuschefen ansluter. »Jag har fått labbrapporterna«. Tystnad. Vi kastas tillbaka i verkligheten. »Tre positiva svar...«.

Luis Encinas är före detta styrelsemedlem i svenska Läkare Utan Gränser. En version av denna text publicerades i spanska El País 5 maj 2014. Översättning Vera Näsström.

Kriserna vi inte glömde

Jordbävning eller väpnad konflikt. Ebola eller malaria. Afrika eller Asien. För den som vill engagera sig eller skänka pengar finns mycket att välja på. Men vad är det som avgör vilken kris man väljer – och vilken man väljer bort?

Aret är 2004, det är strax efter jul. Jag befinner mig utomlands på semester och har varken läst eller sett några nyheter på flera dagar. Så går jag förbi en löpsedel: en stormvåg i sydöstra Asien. Tiotusentals döda, kanske ännu fler. Jag kastar mig in på närmaste internetcafé och läser allt jag hittar om katastrofen. Tänker på alla jag känner som tillbringer julen i Thailand. Tänker... kanske någon av dem också har drabbats. Och så sätter jag över en gåva till två olika hjälporganisationer.

Det skulle visa sig att jag inte var ensam. Efter åtta dagar förklarade Läkare Utan Gränser dåvarande generalsekreterare att organisationen stängde sin

öronmärkta insamling till tsunamin. Då hade man fått in 40 miljoner euro och det var osäkert om man skulle kunna använda mer pengar än så till den akuta insatsen i de drabbade områdena.

Ungefär samtidigt, i en annan del av världen, pågick vad som skulle bli känt som sin tids värsta humanitära katastrof. I Darfur-provinsen i Sudan utsattes befolkningen för systematiskt våld och terror. När Läkare Utan Gränser team fick ta del av vittnesmål från människor som flytt till Tchad uppenbarades en obeskrivbar katastrof. Att samla in pengar till den drabbade befolkningen visade sig däremot lättare sagt än gjort.



Varför är det så? Varför öppnade så många av oss plånboken för människor som drabbats av tsunamin i Sydostasien, av jordbävningen i Haiti 2010 eller tyfonen i Filippinerna, men inte för befolkningen i Darfur? Varför väcker den enes nöd inte lika mycket engagemang som den andres?

Enligt Hanna Zagefka, psykolog och forskare vid Royal Holloway-universitetet i London, är det i stor utsträckning en fråga om identifikation.

– Om man känner till ett område där en katastrof inträffar, till exempel om man har varit där på semester, då ökar graden av identifikation med de drabbade. Likaså om det är människor som man tycker tillhör samma grupp, som till exempel har samma religion, samma kön eller samma hudfärg.

I sin forskning har Hanna Zagefka visat på ett starkt samband mellan graden av identifikation och viljan att skänka pengar till hjälporganisationer. Ju mer vi tycker oss tillhöra samma grupp som de drabbade – ju starkare vi-känsla – desto lättare blir det att ta fram plånboken eller mobilen och skänka en gåva.

Men identifikation räcker inte, fortsätter hon. Inte heller att det finns hjälporganisationer på plats som man litar på. För att man som potentiell givare ska fatta beslutet att skänka en gåva måste man också vara övertygad om att pengarna verkligen kommer att göra nytta. Om gåvan används i ett område där det pågår en väpnad konflikt, där makthavarna är genomkorrupta eller i en situation som på något annat sätt är kaotisk och komplex, ja då kanske man hellre skänker sina pengar till människor som drabbats av en vanlig enkel översvämning.

Sen finns det ytterligare ett argument som ofta väger tungt i samband med beslutet att skänka pengar till en viss kris, men inte till en annan.

Det går att sammanfatta med: tron på en rättvis värld.

Enligt denna så kallade Just world belief-hypotes finns det en anledning till att saker och ting sker. Gör man själv gott drabbas man inte av kriser och elände. Annars riskerar man att bestraffas. Det är en moralisk balans som innebär att man själv kan styra sitt öde.

– Folk vill tro att världen är rättvis. Det gör tillvaron så mycket lättare än tanken på att vi skulle vara i händerna på krafter som vi inte kan kontrollera, säger Hanna Zagefka och fortsätter:

– När folk ser oskyldiga människor lida går det

stick i stäv med tron på en rättvis värld och därför blir det psykologiskt obehagligt. För att hantera detta kan man då välja att lägga skulden på de drabbade. Om de i själva verket blir bestraffade för något som de själva har orsakat, då återställs den moraliska balansen och världen blir rättvis igen.

På ett konkret plan innebär detta att folk hellre skänker pengar till människor som drabbats av en naturkatastrof än till de som befinner sig i en väpnad konflikt. Att en tsunami sveper över stora delar av Sydostasien kan ju knappast vara befolkningens fel, går resonemanget. Däremot kan befolkningen i Darfur åtminstone delvis själva bära skulden till sitt öde, till exempel genom att ha gjort motstånd mot regeringen. Därför, visar Hanna Zagefkas forskning, är man mer benägen att skuldbelägga människor i beväpnade konflikter eller andra kriser orsakade av människor än vad som är fallet med människor som drabbats av naturkatastrofer.

Och av samma anledning skänker man hellre sina pengar till den senare gruppen.

– I själva verket vet man ofta väldigt lite om de bakomliggande orsakerna till en katastrof, säger Hanna Zagefka. En naturkatastrof kan ju till exempel också vara orsakad av girigheten hos korrupta politiker. Men eftersom det passar ihop med den egna världsuppfattningen att lägga skulden på dem som drabbats så gör man gärna det när det är möjligt. Och det är betydligt lättare i samband med en väpnad konflikt än efter en naturkatastrof.

David Veldeman är tillförordnad generalsekreterare på Läkare Utan Gränser i Sverige och har lång erfarenhet från uppdrag i fält. Han anser också att det är betydligt lättare att få folk att engagera sig i en naturkatastrof än i en väpnad konflikt.

– En jordbävning eller en orkan är något som händer snabbt, som har en tydlig struktur med en början och ett slut, och allt sånt gör det lättare att ta till sig än många av dagens konflikter. Se bara på Centralafrikanska republiken. Situationen där är så komplex och så svår att förstå. Alla dessa grupper som slåss mot varandra. Det är inte så konstigt att det kan uppstå ett slags trötthet när det gäller konflikter av det här slaget, inte bara bland allmänheten utan även inom givarsamfundet. Därför är det så oerhört viktigt att Läkare Utan Gränser har pengar som inte är öronmärkta, så att vi själva kan avgöra var vi ska göra en insats.

Men hur är det då med Syrien? En av vår tids värsta konflikter med fruktansvärda konsekvenser för civilbefolkningen, inte minst barnen. Och som det har skrivits spaltkilometrar om.

Ändå har det varit svårt att samla in pengar till insatsen för att bistå de drabbade, säger David Veldeman.

– Folk förstår inte vad som händer. Man tänker att det är hopplöst, ingen lösning i sikte. Precis som i Irak. Varje dag får vi rapporter om självmordsbombare men vem bryr sig. Sen får man inte glömma bort religionen. Det finns i västvärlden i dag många som är rädda och till och med fientligt inställda till islam.

Hanna Zagefka är inne på samma resonemang.

– När det gäller Syrien finns det andra psykologiska teorier som förmodligen är mer relevanta än frågan om de drabbades skuld. Till exempel vet vi från våra studier att folk föredrar att hjälpa människor som man anser tillhör samma grupp. Och i dag betraktas muslimer inte som om de tillhör »vär« grupp här i västvärlden. Då spelar det ingen roll att de flesta är helt oskyldiga till konflikten, till exempel alla barn.

Syrien, Irak, Sydsudan. Konflikter som till synes bara pågår och pågår. Och detta är också en viktig anledning till att det kan vara svårt att väcka människors engagemang, säger både Hanna och David. Folk vill känna att det går att göra något, att det rör sig framåt. Som efter tyfonen i Filippinerna där rapporteringen fokuserade lika mycket på befolkningens handlingskraft som på den förödelse som stormen åstadkommit. Det vill säga motsatsen till den gängse rapporteringen från de ovan nämna länderna.

– Centralafrikanska republiken är ännu en sådan situation som kan krossa ens hjärta. Jag tänker att många av de faktorer som jag redan nämnt bidrar till

att det går trögt med insamlingar och engagemang. Krisen uppfattas som framkallad av människor, det finns farhågor om korruption, det är ett långsamt förlopp där någon lösning inte syns till...

Och det är ännu en faktor som bidrar till givarviljan, säger Hanna. Inträffade krisen plötsligt, eller smög den sig på lite successivt? Plötsliga kriser, som naturkatastrofer, blir tydligare och därmed lättare att förhålla sig till. I går stod husen där – i dag gör de inte det längre.



**»ALLA DESSA GRUPPER SOM
SLÅSS MOT VARANDRA.
DET ÄR INTE SÅ KONSTIGT
ATT DET KAN UPPSTÅ ETT
SLAGS TRÖTTHET.«**

Hur är det då med olika sjukdomar? En hastigt uppblossande epidemi av ebola – genererar den större intresse och medkänsla än långsamma sjukdomar som multiresistent tuberkulos?

Kring detta saknas forskning men för David Veldeman är det uppenbart att olika sjukdomar har olika inneboende dramatik som mer eller mindre lockar till engagemang.

– Det finns en sådan dramatik runt ebola. Skyddsutrustningen, blodet, febern, det snabba förloppet. För medierna är det perfekt. Vem bryr

sig om en tuberkulospatient i Uzbekistan när man samtidigt har en ebolaepidemi i Västafrika?

– Ebola är verkligen en mycket allvarlig sjukdom med extremt hög dödlighet, fortsätter han. Men multiresistent tuberkulos är ett betydligt större globalt hälsohot. Det är en sjukdom som drabbar många fler, och den finns dessutom här bland oss i Sverige och Europa. Men den kan aldrig skapa samma apokalyptiska stämning som ebola, och därför kommer den alltid att hamna i skymundan. ■

»Även om de visste hur farligt det är skulle de försöka ta sig till Europa. Det räcker att de känner till en enda person som har lyckats.«

EU stänger sina gränser. Men människor fortsätter att fly, undan konflikter och fattigdom. En liten rännil tar sig till Europa där de ofta lever utan papper och utan tillgång till sjukvård. Enligt Aurelie Ponthieu, humanitär rådgivare vid Läkare Utan Gränser i Bryssel, har Läkare Utan Gränser en självklar roll för att bistå flyktingar och migranter i Europa.

Vad går ditt jobb ut på?

– Jag och mina kollegor träffar medlemmar i EU-kommissionen, EU-parlamentet och andra med inflytande över EU:s politik när det gäller flyktingar och migranter. Genom vår verksamhet i Europa visar vi på konsekvenserna av den förda politiken, att människor tvingas i händerna på smugglare, att de riskerar att dö på vägen och att de som överlever ofta blir inlåsta i läger under vidriga förhållanden.

Varför jobbar Läkare Utan Gränser med migranter?

– För det första är de flesta som kommer till EU i dag flyktingar, inte migranter. De kommer från

AURELIE PONTHEIU

BAKGRUND / Jag är utbildad jurist och inom humanitära frågor. Jag har också jobbat i fält i fem år. Ursprungligen kommer jag från Frankrike men bor numera i Bryssel.

DÄRFÖR LÄKARE UTAN

GRÄNSER / Jag ville jobba i fält, kunna påverka på ett konkret sätt och ta ställning. Jag trodde att jag bara skulle stanna ett kort tag och sen återvända till juridiken. Men jag förälskade mig i organisationen. Så – här är jag fortfarande!

länder som Syrien, Somalia, Eritrea och Afghanistan och om de hade haft möjlighet att söka asyl hade de med stor sannolikhet också fått det beviljat. Men eftersom det i praktiken är omöjligt i deras hemländer vänder de sig till människosmugglare. Ju fattigare de är, desto farligare rutter tvingas de ta. De flesta som ger sig iväg på en resa av det här slaget är relativt friska, annars går det inte. Men färden till Europa, som kan ta upp till ett år, tär på hälsan. Många kvin-

nor blir våldtagna på vägen. De som överlever och tar sig in i EU hamnar ofta i interneringsläger. Det är där som de riktigt allvarliga hälsoproblemen brukar uppstå.

Vilka slags problem?

– Framför allt psykologiska. De låsta lägren som finns på många håll är egentligen tänkta som en sista utväg men inom EU i dag finns en trend att låsa in fler, på längre tid och även personer som är sjuka. I vissa länder, som Storbritannien och Grekland, finns inte heller någon tidsgräns utan man kan bli inlåst på obestämd tid. De har inget att göra, de vet inget om sin framtid och får ofta inte ha kontakt med anhöriga. Kanske får de gå ut en timme på förmiddagen och en på eftermiddagen. Och på många ställen har de inte heller tillgång till hälso- och sjukvård.

Vad bistår Läkare Utan Gränser med?

– De senaste åren har vi haft en rad olika slags projekt i södra Europa. Vi bistår med medicinska undersökningar på landningsplat-





Aurelie samtalar med några patienter i Italien. BILD HALIMATOU AMADOU

ser i Italien och Grekland. Dessutom ger vi sjukvård i vissa mottagnings- och interneringscenter. Men behoven av vård kan vara stora även bland dem som inte är inlästa. Om du lever utan papper, vilket väldigt många gör, är det inte så troligt att du vänder dig till den vanliga hälso- och sjukvården eftersom risken finns att du då blir avslöjad. Läkare Utan Gränser har därför kliniker på flera håll i europeiska länder för så kallat papperslösa. Fram till 2005 även i Sverige (numera drivs den av Röda korset, reds. anm.).

En del av ditt jobb handlar om att analysera flyktingströmmar. Vilka trender ser du i dag?

– De flesta som ger sig iväg blir internflyktingar i sitt eget land eller tar sig över gränsen till ett grannland. Men allt fler försöker ta sig till länder allt längre bort, till exempel Europa. I länder som Afghanistan, Syrien och Somalia får människor väldigt lite hjälp. De tvingas lämna sina hem för att finna säkerhet och ett bättre liv. Att ta sig över en gräns är enkelt om man är desperat. Alla har en

mobiltelefon i dag och många har Facebook- och Twitterkonton. Så de tipsar varandra, diskuterar priser och färdrutten. Det blir också lättare att förhandla med människosmugglare på det sättet.

Det borde ju leda till att även kunskapen om riskerna ökar? Att de vet hur farligt det är att försöka korsa Medelhavet?

– Jo, men de fattar inte alltid välgrundade beslut. De flesta är desperata och det räcker med att de känner till en enda person som har lyckats ta sig till Europa för att de själva också ska ta risken.

Vilken väg tar de flesta?

– Det är olika. När en gräns stängs, öppnas en annan. De allra flesta som kommer illegalt till EU kommer via internationella flygplatser, och stannar kvar när deras visum gått ut. Annars är rutten Libyen–Italien den mest använda och därefter kommer Turkiet–Grekland. Ju fattigare de är, desto farligare väg tvingas de välja. Många från Afrika söder om Sahara har till exempel bara råd att köpa biljett till de allra farligaste och mest överlastade båtarna.

Vad kostar det att ta sig till EU med hjälp av människosmugglare?

– Det beror på vilken väg och varifrån man kommer. Libyen–Italien kostar drygt 17 000 kronor. Om man kommer från ett land långt borta kan det kosta mer än 100 000. Många tror att de som lyckas ta sig hit har gott om pengar eftersom de har betalat människosmugglare. Men de allra flesta tvingas låna från familjen, ibland från hela byn. Så därför vill de inte återvända hem, de måste tjäna pengar för att kunna betala tillbaka.

Varför söker de inte asyl när de kommer till Grekland eller Italien?

– Enligt Dublin-förordningen måste man söka asyl i det första EU-land som man kommer till. Men eftersom så gott som ingen beviljas asyl i Grekland så vill de vidare så snabbt som möjligt. Helst till Tyskland, Sverige eller något annat land med en mer rättssäker asylprocess.

Vad gör EU för att förbättra mottagningsförhållandena?

Inom EU i dag vill man inte ha alltför bra mottagningsförhållanden, eftersom de anses vara så kallade *pull factors*. Den ökade användningen av interneringscenter är till för att avskräcka folk. Men dessa strategier har visat sig inte fungera. Istället för att erbjuda humana mottagningsvillkor satsar regeringar på att förstärka gränskontrollerna utanför EU. Länder som Ukraina, Marocko, Libyen och nu även Turkiet får ekonomiskt stöd för att de ska kunna sätta stopp för flyktingströmmen redan där. Men så länge det finns fattigdom och förtryck kommer det att finnas människor som försöker ta sig hit. Då måste vi ta hand om dem på ett anständigt sätt. ■

KOLERA OCH CHAGAS / Nya behandlingar ger hopp



Mormor Unice Keji sitter bredvid sina tre barnbarn som alla visar symptom på kolera. BILD NICK OWEN SYDSUDAN

Parasitsjukdomen Chagas hör till världens mest försummade sjukdomar och få resurser har investerats i att utveckla nya läkemedel och diagnostiska metoder.

Nu har en ny undersökning visat att snabbtest mot Chagas är lika pålitligt som tester gjorda i laboratorium. Det innebär att diagnostisering av patienter blir lättare.

are och att de därmed kan inleda behandling tidigare.

En annan studie visar att koleravaccin ger snabbt skydd och är effektivt för att förebygga och kontrollera kolerautbrott. Varje år dör 120 000 människor i kolera. Det är Läkare Utan Gränserns epidemiologiska forskningsenhet Epicentre som i samarbete med Guineas hälsomyndigheter har genomfört studien som visade att drickbart koleravaccin gav ett 86-procentigt skydd under det senaste kolerautbrottet i landet 2012.

ATTACK / VÄPNAT RÅN I NDÉLÉ

Den 2 juni utsattes Läkare Utan Gränser för en våldsam attack i Ndélé i norra Centralafrikanska republiken. Det var fyra beväpnade män som på natten bröt sig in i ett av våra hus

och genomförde ett brutalt rån. Attacken skedde endast en månad efter massakern i staden Boguila där 18 personer, varav tre av våra medarbetare, dödades.



Efter attacken avbröts verksamheten på flera håll, som här i ett läger i Bangui. BILD SAMUEL HANRYON

Den senaste tidens våldsamma attacker mot våra sjukvårdsinrättningar och personal vittnar om svårigheterna som hjälporganisationer står inför. Mellan december 2012 och mars 2014 har Läkare Utan Gränser utsatts för 115 säkerhetsincidenter.

ETIOPIEN / AKUT UNDERNÄRDA FLYKTINGAR

Tiotusentals flyktingar från Sydsudan har tagit sig över gränsen till Gambella-regionen i Etiopien. Majoriteten är kvinnor och barn som är extremt svaga när de anländer och många dör inom några dagar. I flyktinglägren är levnadsvillkoren fruktansvärda och brist på rent vatten och latriner bidrar till den höga sjukligheten. Läkare Utan Gränser finns på plats i både transitläger och i flyktinglägret i Lietchuor. Teamen behandlar både undernäring och följsjukdomar som lunginflammation och diarréer.



Läkare Utan Gränser försöker öka kunskapen om sexuellt och familjerelaterat våld på den lokala marknaden i Tari. BILD YANN LIBESSART

Alla mot alla

I Tari i centrala Papua Nya Guinea lever hela befolkningen under konstant press. Risken att råka ut för våld är överhängande – och det är ett våld som de utövar mot varandra. TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT

Landskapet är magiskt, nästan som om det vore hämtat ur Sagan om ringen. Runtomkring den lilla byn Tari höjer sig grönladda bergstoppar och på morgnarna hänger molnen så lågt att de nästan nuddar marken.

Men förutom det amerikanska oljebolag som utvinner flytande gas är det inte många som hittar hit. Det finns en landningsbana, en av få i den här delen av landet,

och det finns elektricitet. För övrigt består byn mest av skjul och hus med halmtak, några butiker och numera även en bank. Och så finns det ett sjukhus, där Läkare Utan Gränser jobbar.

Denna plats, så hårt drabbad av våld att det nästan är svårt att beskriva. Framför allt eftersom det inte är ett land i krig. Åtminstone inte ett krig på det sätt som vi är vana att tänka oss.

I Tari med omnejd är våldet normen. Det är män mot fruar,

bröder mot systrar, fruar mot yngre fruar, grannar mot grannar. Egentligen alla mot alla. Våldet är ett normalt inslag i människornas liv och konsekvenserna är svåra, berättar Hanna Broberg. I vanliga fall jobbar hon på Läkare Utan Gränser i Stockholm men sedan sommaren 2013 är hon personal- och ekonomiansvarig och även logistiker i Tari med ansvar för att allt material finns på plats. Ett uppdrag som sliter och berikar i lika delar.

– Det är otroligt fascinerande att vara här. Människor är så trevliga och öppna. Men så finns alltså det här våldet samtidigt. Det är svårt att förstå. De jag pratar med säger själva att det inte är bra. Samtidigt är det en del av deras kultur och något de har vuxit upp med. Som en av våra lokalanställda uttryckte det: »På Filippinerna dör människor i tyfoner. Här i Tari dödar vi bara varandra«.

Konstant stress

Orsaken till det omfattande våldet är det ingen som riktigt kan förklara, säger Hanna. Det finns teorier om att det hänger ihop med missionärernas intåg, då kvinnor och män plötsligt blev tvungna att leva under samma tak. Eller att det hände något när vägen till Tari byggdes på 1980-talet och kontakten med omvärlden intensifierades. En del säger att det har blivit värre de senaste åren, andra menar att det handlar om gamla klanfejder och att det alltid varit så här.

Förmågan att på några sekunder gå från noll till hundra och bli blyxtförbannade är något som de flesta män är oerhört stolta över. Och kombinationen av aggressivitet och vapen – alla bär kniv – är förödande, säger Hanna.

– Hela befolkningen lever under en konstant stress över att något ska hända. Även om man själv inte har gjort något riskerar man att bli attackerad. Det finns ett slags kompensationsystem som går ut på att om någon gjort något mot mig eller min familj har jag rätt till kompensation, i form av grisar eller pengar. Får jag inte det så har jag rätt att hämnas på vem som helst som tillhör den andra klanen. Därför kan till exempel en kvinna bli våldtagen,



Specialistsjuksköterskan Gabriel Keno tar hand om en kvinna på sjukhuset i Tari. Hon har djupa sår i huvudet efter att ha blivit attackerad av en av de andra fruarna i familjen. BILD KATE GERAGHTY

som hämnd för att hennes bror eller man, eller bara någon från hennes by, har gjort något.

– Men mycket av våldet sker också inom familjen, fortsätter hon. En kvinna som gifter sig med en man som redan har en fru kan vara ganska säker på att förr eller senare bli skadad av fru nummer ett. Dessutom skadar kvinnor sig själva. Det är till exempel inte ovanligt att de hugger av sig fingrarna för att visa att de har blivit förorättade eller utsatta för våld. Det är lite samma sak som unga tjejer gör i västvärlden, när de skär sig själva i brist på möjlighet att ventilera sina känslor.

Läkare Utan Gränser är den enda humanitära organisationen på plats i Tari. Organisationen stöttar det lokala sjukhuset med kirurgi och driver också ett stödcenter för människor som utsatts för sexuellt våld och familjerelaterat våld. Och trots att det varken pågår ett krig eller en humanitär kris av mer klassiskt snitt är behoven enorma. Inte minst av psykologiskt stöd och behandling

vid sexuellt och familjerelaterat våld.

Till Läkare Utan Gränser familjestödscenter kommer framför allt kvinnor som blivit huggna och attackerade av sina män. Många har även blivit våldtagna.

Vågar inte berätta

På stödcentret kan de få både medicinsk och psykologisk behandling. Kommer de inom 72 timmar efter en våldtäkt får de läkemedel som förhindrar eventuell hivsmitta. De får vaccin mot stelkramp och mot hepatit B. Dessutom får de någon att prata med om vad som hänt.

– I Tari betraktas det som kvinnans fel om hon blir våldtagen. Om familjen får reda på vad som hänt är risken stor att hon blir utkastad hemifrån, därför berättar de nästan aldrig för någon vad de varit med om, förklarar sjuksköterskan Kate White som jobbade på stödcentret fram till nyligen.

Men trots att våldet, även sexuellt våld, upplevs som helt

normalt finns det tecken på att något håller på att hända, fortsätter hon. På andra håll i landet finns initiativ som till exempel skyddade boenden för kvinnor och barn som blivit utsatta för våld. Fast fortfarande går det väldigt långsamt.

För Hannas del är tillvaron i Tari rätt så kringskuren. Även om det inte finns någon hotbild mot Läkare Utan Gränser och befolkningen gärna vill ha verksamheten kvar kan hon som kvinna inte gå ut ensam, framför allt inte på kvällen. Teamet bor på sjukhusområdet. Varje söndag går de en promenad tillsammans. Annars håller de sig hemma. I egenskap av inköpsansvarig åker Hanna på regelbundna inköpsresor och då kan det kännas lite nervöst, berättar hon, även om de

alltid gör noggranna säkerhetskontroller innan.

– Men vad jag framför allt oroar mig för är att något ska hända med mina lokala kollegor. De ingår ju alla i klaner och familjer och kan bli utsatta för våld när som helst.

Vardagshjältar

Samtidigt, mitt i detta våldsamma undantagstillstånd som i Tari snarare blivit en regel, finns det ljusglimtar. Som den gången då Hanna var på besök i byarna runtomkring för att informera befolkningen om att Läkare Utan Gränser har en klinik i Tari och att vården är gratis.

Då kändes det plötsligt möjligt att det någon gång ska gå att vända utvecklingen.

– Jag mötte sådana fantastiska

kvinnor, riktiga vardagshjältar. Det är mer eller mindre utbildade sjuksköterskor som alldeles ensamma försöker hjälpa människorna i byarna. Ofta utan att få betalt och med läkemedel på hyl-lorna som har några år för många på nacken. Till exempel ger de kvinnorna p-sprutor, utan att föra in det i deras journaler eftersom det kan vara farligt för dem om deras män får reda på det. På så vis behöver kvinnorna i alla fall inte vara rädda för att bli gravida och då behöver de inte heller säga nej till sex, vilket annars ofta är en anledning till att de blir våldtagna.

Vägrade operation

Det är inte heller så att alla män är barbarer, fortsätter hon och berättar om pappan som kom in i sjukhuset med sin son som hade fått allvarliga brännskador på benen. Först vägrade pappan att låta pojken opereras eftersom han inte fick vara med inne i operationssalen. Till slut förstod han allvaret och gick med på ingreppet.

– Nu går de omkring på sjukhusets gräsmatta hand i hand medan lillkillen försöker sparka boll, vilket är sjukgymnastens knep för att få honom att använda benet. Vi trodde ganska länge att pojken hette Elisabeth men det visade sig att en av sjuksköterskorna hade skrivit fel namn på fel rad. Synd, jag gillade tanken på en kille med namnet Elisabeth i denna värld av karlakarlar. ■

Läkare Utan Gränser började arbeta i Papua Nya Guinea 2007. Sedan dess har teamen bistått fler än 18 000 människor som utsatts för familjelaterat och sexuellt våld med akut medicinsk vård och psykologiskt stöd i Lae, Tari och Port Moresby.



Patienter som väntar vid Läkare Utan Gränserns familjecenter i Tari. BILD YANN LIBESSART

»När jag först kom till sjukhuset var jag orolig. När jag lämnade det var jag glad.«

VITTNESMÅL

Brenda, 16 år

Jag heter Brenda. Jag tror att jag är sexton år gammal. Jag bor tillsammans med mina föräldrar och fyra systrar. På dagarna jobbar jag i trädgården, hjälper mina föräldrar och tar hand om våra grisar. Jag gick i skolan i ettan, men fick sluta på grund av skolavgiften.

En lördag gick jag till kyrkan med min syster. På vägen hem bråkade vi, så jag gick ned till floden där några andra flickor stod och tvättade. Jag mötte en man som jag kände igen från vår by. Han hade ris och mat, och undrade om jag kunde hjälpa honom koka ris. Han bad mig hämta lite grönt i trädgården. Jag misstänkte inget, eftersom jag inte kunde tro något sådant om en äldre man. Han följde efter mig och

fick ner mig på marken. Han hotade mig med kniv och sa att han skulle skära halsen av mig. Sedan våldtog han mig.

Jag var mycket rädd och skämdes. Jag var rädd att mina släktingar inte skulle veta vad en våldtäkt är, och att de skulle tro att det här var mitt eget fel. Jag var rädd att de skulle hugga mig.

Som tur var hade min syster sett alltihop. Hon var så arg över det hon sett att hon berättade för alla i byn. De förstod mig och reagerade inte med våld mot mig, som jag hade trott. De vet att våldtäktsmannen har en lillasyster och de tänker hämnas genom att våldta henne.

Min lillasyster har blivit våldtagen förut, så min pappa känner till familjestödscentret. Eftersom våldtäktsmannen brukar gå till

glädjehuset var pappa orolig för att jag skulle ha fått någon infektion. På söndagen gick min syster och jag till sjukhuset. Läkaren kom och alla talade mycket vänligt med mig.

Det jag oroade mig mest för var att jag skulle ha blivit gravid eller smittats av någon infektion. Läkaren gav mig medicin och sprutor mot hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Jag fick också en hel låda mediciner, men det känns bra att ta dem. Pratmedicinen (samtalet med psykolog, reds anm) var också bra. Det var nytt men jag kände mig mycket bättre och gladare efteråt.

När jag först kom till sjukhuset var jag orolig. När jag lämnade det var jag glad. Om en väninna blir våldtagen en dag ska jag se till att ta henne till stödcentret så fort som möjligt.



Mor och barn på klinken i Tari. BILD YANN LIBESSART

År 2013 i backspegeln

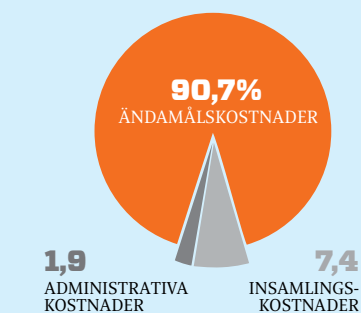
Sydsudan, Centralafrikanska republiken, Filippinerna. För Läkare Utan Gränser präglades 2013 av stora humanitära kriser och en omfattande naturkatastrof. Läs mer i axplocket från årsredovisningen.

Under året samlade svenska Läkare Utan Gränser totalt in 418 miljoner kronor från privata givare och företag. Dessutom fick vi 143,5 miljoner kronor i bidrag från Sida. Den största delen av de insamlade medlen var månatliga gåvor, enskilda gåvor och testamenten.

Fler än 245 000 privata givare bidrog till vårt arbete och bland annat fick vi mer än 136 miljoner kronor av våra drygt 93 000 månadsgivare. Det totala insamlingsresultatet från privatpersoner överträffade vår målsättning, främst på grund av mer insamlade medel i samband med tyfonen Haiyan på Filippinerna och testamenten. Intäkter från testamenten gav oss mer än 80 miljoner kronor. Under året bidrog företag med mer än 32 miljoner kronor genom gåvor och samarbeten. Stiftelser bidrog med över fyra miljoner kronor och Postkodlotteriet med 40,3 miljoner.

De fem länder som svenska Läkare Utan Gränser gav mest pengar till under året var Kongo-Kinshasa, Sydsudan, Filippinerna, Afghanistan och Zimbabwe. Av våra totala kostnader gick 90,7 procent till den ideella verksamheten medan 1,9 procent var administrativa kostnader och 7,4 procent insamlingskostnader.

Under året hade vi 125 fältarbetare ute på totalt 164 uppdrag. De arbetade i 39 länder varav hälften var i Afrika. 30 procent av alla fältarbetare var läkare, 33 procent sjuksköterskor, barnmorskor, psykologer och biomedicinska



\$ De här länderna fick mest pengar av Läkare Utan Gränser 2013.

🚑 Till de här länderna skickades svenska fältarbetare under 2013.

analytiker och 37 procent var logistik, vatten- och sanitetsexperter, ekonomer och personalansvariga. Den stora flyktingkrisen i norra Sydsudan fortsatte under 2013 och i kombination med strider på andra håll i landet var många svenska fältarbetare på uppdrag i Sydsudan. Även tyfonen Haiyan som drabbade Filippinerna i november föranledde en omfattande insats med många svenska fältarbetare på plats. Konflikten i Syrien gick in på sitt tredje år med stora humanitära behov, både inne i landet och i de grannländer som tagit emot syrisk flyktingar. Totalt hade vi 20 fältarbetare på plats i Syrien med grannländer. ■

Titta och lyssna på vår digitala årsredovisning:
2013.lakareutanangraner.se



BILD SEBASTIAO SALGADO (OBS BILDEN ÄR BESKUREN)

En resa i svartvitt

BILDTIPS / I mitten på 80-talet drabbades Etiopien, Mali, Sudan och andra länder i Sahelregionen av en omfattande svältkatastrof. Den brasilianske fotografen Sebastiao Salgado tillbringade mer än ett år med att dokumentera katastrofen som krävde en miljon människors liv. I samarbete med Läkare Utan Gränser fångade han det enorma lidandet – och värdigheten – hos de drabbade. Bilderna väckte både beundran och kritik; de var för vackra, för stiliserade, ansåg många. Men för Salgado blev det upptakten till en lysande karriär, och till många nya samarbeten med Läkare Utan Gränser. I sommar är han aktuell på Fotografiska i Stockholm med utställningen Genesis. I åtta år har han rest runt till platser och bland människor som hittills förblivit opåverkade av den moderna civilisationen. Det är svartvita fotografier som berättar om ett sätt att leva som nästan inte finns kvar längre.

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, Fredsborgsgatan 24, Box 47 021, 101 74 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

SYRIEN / Medarbetare fria

Läkare Utan Gränser bekräftar att de fem medarbetare som fördes bort i Syrien i början av januari har släppts. Vi fördömer bortförandet som tvingat oss att permanent stänga ett sjukhus och två vårdcentraler i Jabal Akkrad-regionen i nordvästra Syrien och lämnat 150 000 människor utan tillgång till sjukvård. De fem medarbetarna fördes bort av en beväpnad grupp i norra Syrien där de arbetade med att ge sjukvård till människor som drabbats av konflikten.

– Den enorma lättnaden över att våra medarbetare är fria och i säkerhet blandas med ilska över förövarnas hänsynslösa agerande, säger Joanne Liu, Läkare Utan Gränserns internationella ordförande.



Vård av syriska flyktingar i Bulgarien. BILD JODI HILTON

RÄTTELSE

I förra numret intervjuades vår läkare Emilia Alfonzo Rodriguez om sitt uppdrag i Centralafrikanska republiken. Emilia heter just så och inget annat.



BILD PRIVAT

RECEPT / Värvarmuffin

Julia Kjellsson, värvare.
Varför har du bakat Läkare Utan Gränser-muffins?

Från början var muffinsen till en välgörenhetskonsert för Läkare Utan Gränser som en annan värvare arrangerade. De skulle sälja kaffe och kakor och eftersom bakning är ett av mina stora intressen ville jag gärna bidra med något som jag bakat och

samtidigt göra lite reklam för Läkare Utan Gränser på muffinsen. Folk tycker ofta att det är roligt med kaffebröd som är lite ovanligt. Jag tror också att det kan bidra till en positiv bild av organisationen om man får se muffins med vår logotyp eftersom det visar vårt engagemang för organisationen.

Vill du också göra Läkare Utan Gränser-muffins? Här är receptet:

Ca. 20 st
4,5 dl mjöl
2-2 dl socker
1 msk bakpulver
100 g vegetabiliskt margarin
1 dl sojagrädde
2-2 dl sojamjolk
3-4 msk kakao
Dekoration
Vit marsipan

Röd och svart
karamellfärg
Nötcreme

Smält margarinet. Rör ihop mjöl, socker, bakpulver och kakao. Vispa ner margarin, sojagrädde och sojamjolk. Blanda väl. Häll i muffins-formar, fyll formen till 3/4 och grädda i 225 grader 10-15 minuter (beroende på hur stora muffins du gör). Känn med en provsticka om muffinsen är klara, provstickan ska då inte vara kladdig. Låt svalna medan du gör marsipandekorationen. Kavla ut marsipanen ganska tunn och tryck sedan ut runda diskar med tex. ett snaps-glas. Måla valfritt motiv med karamellfärgen och en ren pensel. Lägg sedan en disk på varje muffins och spritsa ut nötcremen runt så att disken hålls fast.



POSTTIDNING B
LÄKARE UTAN GRÄNSER
BOX 47 021
100 74 STOCKHOLM

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

HAR NI TID ATT HJÄLPA OSS MED EN SPLITTERSKADA?



BLI
FÖRETAGSVÄN

Ring 010-199 33 00
eller besök oss
på webben.

Alla kan inte vara läkare. Men alla kan
rädda liv. Och med en ganska liten handling
kan ni uträtta stordåd. Utan ert bidrag har
vi gränser. Hoppas ni vill vara med.

www.lakareutangranser.se/foretagsvan


MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER