

direkt

#2 2017 LÄKARE UTAN GRÄNSER

Läkare Utan Gränsers team har förstärkt bron på vägen mot byn Nzeret i Kongo där det pågår ett mässlingsutbrott.

**MIGRANTER
I LIBYEN**

INLÅSTA OCH
TORTERADE

ZIMBABWE

BOTAD PÅ
FEM MINUTER

VACCIN

Räddaren i nöden



MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

Innehåll #2

»Många, inklusive politiker på hög nivå, verkar tycka att tusentals dödsoffer är ett rimligt pris för att slippa flyktingar och migranter.« / sidan 6

Billigare och bättre vaccin!

Rapporterna duggar tätt. Mässling i Västsverige. I Stockholmstrakten. I Skåne.

Mässling är en av de mest smittsamma sjukdomar som finns och slår till exempel ebola med hästlängder. Den hör också till de farligaste, speciellt för undernärda barn, och på våra kliniker är den en vardaglig syn.

Men det finns ett super-effektivt och billigt vaccin. Gammalt och väl beprövat har det räddat miljontals liv. Fast det skulle kunna

rädda ännu många fler.

I det här numret av Direkt skriver vi om varför vaccin är så viktigt och varför vi kämpar för lägre priser och

bättre anpassade produkter.

Till sist – hoppas att ni alla får en härlig sommar. Vi ses i höst.



/ 8



/ 20



/ 24

ÖGONBLICK I VÄRLDEN / sidan 3

SIGNERAT: VÅR INSATS PÅ MEDELHAVET ÄR ETT SVAR PÅ EU:S MISSLYCKANDE.

Av Anna Sjöblom. / sidan 6

Räddaren i nöden

TEMA: Vaccin hör till de mest effektiva sätten att rädda liv. Men för att stoppa utvecklingen mot allt sämre vaccintäckning behövs billigare och bättre vaccin. / Sidan 8

PORTRÄTTET:

Mats Blennow vårdar de svårast sjuka nyfödda barnen. / sidan 16

Inlåsta och torterade

I Libyen är handel med människor vardag. / sidan 20

TRAGEDIN SOM KAN FÖREBYGGAS

I Zimbabwe använder Läkare Utan Gränser en enkel metod för att förebygga livmoderhalscancer. / sidan 24

KARTAN

Axplock från året som gått. /sidan 28

TILL SIST: Roger Akelius vald till Årets insamlare, boktips från Burundi, och tre frågor till en söt volontär. / sidan 30

OMSLAGSBILD / DIANA ZEYNEB ALHINDAWI

BILD SIEGFRED MODOLA



17-03-21 Flytt dags för kliniken

SYDSUDAN. Läkare Utan Gränser team förbereder sig för att flytta en mobil utomhus-klinik från ett ställe till ett annat i Thaker i norra Sydsudan. Efter tre år av väpnad konflikt är befolkningen i områdena Leer och Mayendit hårt drabbade, inte minst är tillgången till sjukvård ytterst begränsad. Många har tvingats fly flera gånger när frontlinjen

ryckt närmare och även Läkare Utan Gränser har varit tvungna att evakuera sina team från flera platser. I september förra året startade vi ett decentraliserat projekt för att kunna bistå med primärvård runt om i byarna. Genom ett nätverk av lokala hälsoarbetare, hälsoinformatörer och personer som jobbar för att främja kvinnors hälsa – och som alla utgör en del av lokal-

samhället – har vi kunnat bistå denna mycket utsatta befolkning. Personerna som ingår i nätverket har utbildats i att identifiera och vårda patienter med vanliga sjukdomar som luftvägsinfektion, malaria och vattenburna sjukdomar. De lever mitt i samhällena, och när människor tvingas lämna en plats på grund av strider så följer sjukvårdarna med.



Läkaren Johan Berg tittar till en patient på sjukhuset i Bangassou.
BILD BORJA RUIZ RODRIGUEZ/MSF

2017-05-17 Centralafrikanska republiken

Jag har hela tiden vetat om att det funnits en risk att striderna i regionen skulle nå hit, jag hade bara inte förstått att de skulle komma så snart. Människor vågade inte lämna sina hem och utanför var det dödyst. Det enda ljud som hördes var skottsalvor som avfyrades då och då.

På söndagen fick jag äntligen åka till sjukhuset. Kvarteret intill stod i brand och vi hörde fortfarande skottlossning på håll. De enda personerna som vågat ta sig till sjukhuset var de som sårats i striderna. Stora delar av befolkningen var på flykt. Vissa gömde sig i skogen, andra inne i staden. Det var svårt att inte tänka på alla de som inte vågade ta sig till sjukhuset. Vi vet att det betyder att många människor i behov av vård kommer att dö utan behandling.

/ Johan Berg, läkare, Bangassou

2017-03-21 Stockholm

Packningen har varit ett ångestberg. Jag tror att det är min hjärnas sätt att kanalisera den monumentala ångest jag känner inför uppdraget som helhet, till något som ändå är någorlunda greppbart. Men ändå. Hur många par skor packar man? Vad har man för arbetskläder? Hur mycket personliga guldkantsgrejer kan man tillåta sig att ta med? Och så förstås: osten.

Ända sedan jag gick den förberedande kursen har det trummats in som ett mantra: »Ni ska ta med en present till ert team och den presenten ska vara OST«. Det är tydligen svårt att få tag på ost... och så ja, Läkare Utan Gränser är ju

när allt kommer omkring en fransk organisation i grunden... Så nu ligger den där. 500 gram Västerbottenost och 400 gram Comté.
/ Ludvig Bolinder, läkare, på väg till Kongo-Kinshasa

2017-05-24 Sydsudan

De flesta som kommer till vår tuberkulomottagning är barn. Det är ingen rolig behandling, så vi gör vad vi kan för att muntra upp barnen när de kommer hit.

Ett av sätten brukar vi skämtsamt kalla BTT- ballon treatment therapy. Vi har fått ett paket med ballonger skickat till oss som man kan göra figurer av. Så i dag fick jag användning av mina kreativa egenskaper när jag producerade ballonghundar på löpande band. Det visar verk-



BILD MSF

ligen att all ens kunskap och alla färdigheter man har kan komma till nytta i fält!
/ Johanna Lönn, sjuksköterska, Bentiu

150

kronor räcker till en tredagars malariabehandling för 24 personer.

BILD MSF



Omvärlden larmar om svält i östra Afrika - varför gör inte vi det?

»Ibland väljer vi att inte slå på stora trumman, även när andra organisationer och FN gör det.«

» Först och främst utgår vi alltid från de behovsbedömningar våra team gör på plats och vår förmåga att svara på de behov som finns. Efter en naturkatastrof kanske de akuta medicinska behoven är begränsade och de insatser som behövs mer relaterade till återuppbyggnad. Då vore det ju direkt felaktigt av oss att till exempel starta en stor insamlingskampanj. Ett annat exem-

pel är FN:s senaste appell om svältkatastrofen i Sydsudan, Nigeria, Somalia och Jemen.

Vi anser att det är viktigt att nyansera bilden av läget i de olika länderna. I Sydsudan och Nigeria har våra team sett oroande nivåer av undernäring i vissa områden men inte i andra. Inget av våra projekt i Jemen har rapporterat en betydande ökning av undernäring just i år. Mer pengar är ju inte heller alltid lösningen

på problemet. För att kunna hjälpa människor måste vi nå dem. Och för att kunna göra det måste de stridande parterna respektera sjukvården och sluta attackera de som försöker hjälpa befolkningen. Det problemet kan inga insamlingskampanjer i världen lösa, och därför föredrar vi icke öronmärkta medel.«

Hanna Broberg, kommunikationschef.

Hur många människoliv är det värt?

Kritiken mot räddningsverksamheten på Medelhavet växer runt om i Europa. Många, inklusive politiker, verkar tycka att tusentals dödsoffer är ett rimligt pris för att slippa flyktingar och migranter. Skamligt och för mig obegripligt, skriver Anna Sjöblom.

Samtidigt som jag skriver det här lastar kollegor av kvarlevorna efter sex personer i en hamn på Sicilien. De har hittats utanför Libyens kust av ett räddningsfartyg. För sent.

Det är nu tredje sommaren i rad som Läkare Utan Gränser har fartyg på Medelhavet för att rädda människor ur livsfarliga båtar och föra dem i säkerhet i Italien. Under förra året kunde 21 000 personer undsättas enbart av våra fartyg. Ingen vet säkert hur många liv som gått till spillo.

Vi lever i ett Europa där många, inklusive politiker på hög nivå, tycker att tusentals drunkningsoffer är ett pris man får betala för att »skydda» Europa från flyktingar och migranter. Där insatser för att rädda människoliv ifrågasätts, misstänkliggörs och anklagas för att bryta lagar och utgöra en del av smugglingsverksamheten. De senare påståendena hör i och för sig till de mer extrema. Men vi möter också andra, lite mer nyanserade ifrågasättanden som även de speglar den pågående avhumaniseringen av flyktingar och migranter.

Ett argument som ofta lyfts fram bland dem som är emot

räddningsverksamheten är att den utgör en så kallad *pullfactor*, det vill säga att vetskapen om att det finns räddningsfartyg på internationellt vatten gör att fler människor försöker korsa havet till Europa. Faktum är att tusentals människor försökte ta sig över Medelhavet redan innan vi och andra organisationer fanns på plats. Mellan januari och april 2015 dog 5 000 personer på sträckan mellan Libyen och Italien. Det har inte heller varit hjälporganisationer som stått för det största antalet räddningsinsatser utan kommersiella fartyg, italienska kustbevakningen och Frontex.

Det som är viktigast att komma ihåg är ändå att båttrafiken från Libyen knappast skulle upphöra om vi och andra inte längre var kvar på Medelhavet. Båtarna skulle fortsätta komma, med skillnaden att ännu fler människor skulle drunkna.

En annan kritik som framförts handlar om att hjälporganisationer skulle agera i en laglig gråzon, eller till och med samarbeta med smugglare. Detta är ingenting som Läkare Utan Gränser gör. Redan från start har vi varit väldigt tydliga med att vår målsättning är att göra allt vi kan för att rädda

så många liv som möjligt. Lika tydliga har vi varit med att vi följer både nationell och internationell lag, liksom den italienska kustbevakningens instruktioner om var och när vi ska ingripa.

Samtidigt får vi inte vara naiva; samtliga aktörer som arbetar på Medelhavet utnyttjas på ett eller annat sätt av smugglarna. Dessa har ändrat sina strategier och placerar numera människor i knappt sjödugliga båtar som nätt och jämt klarar att ta sig ut från libyskt farvatten och med nästan tom bränsletank. Smugglarna vet i vilket område vi verkar och att vi kommer att försöka rädda de människor som är ombord. Och på samma sätt anpassas deras verksamhet efter politiska beslut och



BILD ALEXANDER UGULA

»SAMTIDIGT FÅR VI INTE VARA NAIVA; SAMTLIGA AKTÖRER SOM ARBETAR PÅ MEDELHAVET UTNYTTJAS.«

försöken att hindra människor från att ta sig över havet.

EU:s och därmed även Sveriges strategi, tydligt satt på pränt i Maltadeklarationen för några månader sedan, liknar närmast ett försök att resa murar till havs och stoppa överfarten mellan Libyen och Italien. EU ger finansiellt stöd till den libyska kustbevakningen som för några veckor sedan utsatte människor i sjönöd för en oerhörd fara genom att öppna eld under en redan dramatisk räddningsaktion.

Vi är fullt medvetna om att sök- och räddningsinsatser inte är en långsiktig lösning. Men att låta människor drunkna på havet eller hindra dem från att försöka ta sig ut ur Libyen – av många betraktat som ett helvete på jorden – kan heller aldrig vara en lösning. Det är skamligt och för mig obegripligt. Därför står vi fast vid vårt krav på säkra och lagliga vägar till Europa.

Precis som sök- och räddningsinsatserna inte är lösningen på problemen på Medelhavet är humanitärt arbete sällan en långsiktig lösning över huvud taget. Att vi just nu vårdar flera tusen barn som svävar mellan liv och död i akut undernäring i Nigeria, Jemen och Sydsudan kommer inte att stoppa konflikten eller hindra nästa undernäringskris. Våra insatser genom medicinska nätverk i Syrien kommer aldrig att stoppa kriget där. Humanitärt arbete är ofta som ett plåster på ett sår. Eller

som att släcka en brand. Det är insikter som denna som ibland fått mig att vilja gråta när jag varit ute i fält som sjuksköterska. När jag stått där framför ungar som tillfrisknat från diarré eller malaria och jag samtidigt vet att de skrivs ut från vårt sjukhus till en tillvaro präglad av stor osäkerhet. Och att vår lilla insats aldrig kan ändra på detta.

Samtidigt tillbringar våra team på Medelhavet och i södra Europa många timmar tillsammans med människor som klarat sig igenom de kanske mest dramatiska ögonblicken i livet. Vi får höra deras berättelser från flykten. Från den tillvaro de lämnade bakom sig i hemlandet, helvetet under resan, dödshoten och tortyren i Libyen. Och i det mötet skapas förståelse för anledningen till att de utsatte sig för risken.

Till dem som anser att Läkare Utan Gränser och andra organisationer riskerar att bidra till att fler människor kommer till Europa skulle jag därför vilja ställa frågan: Hur många människoliv är det värt? Hur många kvinnor, män och barn ska behöva drunkna innan samvetet säger stopp?



FRÅN BLOGGEN

En av de saker som jag har fått lära mig i egen-skap av medicinsk team-ledare är att dricka te. Oändliga mängder te. Med sjuksköterskorna, killarna i labbet, farmaceuterna, förlossningsläkarna, städarna, chaufförerna och logistikerna. Men också med de traditionella helarna, lokala myndigheter, byäldsten, polischefen och översten.

Varje kopp te uppenbarar nya saker: senaste nytt, vad som händer i samhället etc. Denna information är väldigt värdefull. Det är information som jag behöver för att fatta alla de beslut som måste fattas varje dag för att vårt arbete ska bli så bra som möjligt. Tur att jag alltid älskat te!

/ Tessa Thiadens, Sydsudan



BILD MSF



Smart vaccin

Varje år dör 1,5 miljoner barn av sjukdomar som hade kunnat förebyggas med vaccin. Och i flera länder där Läkare Utan Gränser jobbar blir nu vaccintäckningen allt sämre. Lösningen? Bland annat lägre priser och anpassade vaccin.

TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT

Barn på ön Kassa väntar på att bli vaccinerade mot mässling. Ön ligger några kilometer utanför Guineas huvudstad Conakry där ett mässlingsutbrott konstaterades i början av året.
BILD MARKEL REDONDO



En flicka blir vaccinerad mot mässling i Bas-Uele-provinsen, Kongo-Kinshasa. BILD DIANA ZEYNEB ALHINDAWI

» Jag funderar över vad barn som Muhammed upplever. Många av de barn vi träffar går igenom så mycket i livet i en väldigt tidig ålder – krig, konflikter, att konstant vara på flykt och en förskräcklig hunger. Det är saker som är svåra att förhindra. Men sjukdomarna? Dem kan vi förhindra. Om vi kan skydda barnen med vaccinationer får de i alla fall en chans att överleva resten av eländet.»

Sjuksköterskan Mary Jo Frawley vet vad hon talar om. I 17 år har hon jobbat för Läkare Utan Gränser och otaliga gånger mött barn som likt Muhammed drabbats av lunginflammation, mässling, hjärnhinneinflammation

eller diarré. Smittsamma sjukdomar som de riskerar att dö av. Just den här pojken, Muhammed, som hon vårdade på en av Läkare Utan Gränserns kliniker i Nigeria, tillfrisknade från sin lunginflammation. Han kom i tid till kliniken och antibiotikan fungerade. Men varje år beräknas 1,5 miljoner barn under fem år dö av sjukdomar som hade kunnat förebyggas med hjälp av vaccin.

– Det är som ett brev på posten. När barnen vaccineras mot exempelvis mässling sjunker dödligheten. I mässling har dödligheten i världen sjunkit med 75 procent sedan man införde två doser vaccin, säger Ann Lindstrand, barnläkare, fältarbetare för Läkare Utan Grän-

ser och numera ansvarig för det nationella vaccinationsprogrammet vid Folkhälsomyndigheten.

Systemet är skört

– Därför blir jag så frustrerad när folk säger att en sjukdom som mässling inte är så farlig, fortsätter hon. Det är den visst. Framför allt i länder där barn ofta har fler hälsoproblem, som malaria eller undernäring, men den är farlig i Europa och Sverige också. Just nu har vi till exempel stora utbrott i Rumänien och Italien, hittills har 20 barn dött i Rumänien.

Efter tillgång till rent vatten är vaccin det mest effektiva sättet att rädda liv och främja människors hälsa. De omfattande rutinvacci-



Det gäller att nå ut till alla barn. Om det inte går att köra bil får man ta motorcykeln eller också får man gå. BILD DIANA ZEYNEB ALHINDAWI

nationsprogram som Världshälsoorganisationen introducerade på 1980-talet, numera standard i hela världen, har inneburit att 2–3 miljoner barns liv räddas varje år. I programmen ingår vaccin mot ett tiotal sjukdomar, däribland flera som länge utgjorde de största hoten mot barns liv och hälsa.

Men systemet är skört, säger Ann Lindstrand. Så fort rutinvaccinationerna tappar fart finns en risk att sjukdomarna blossar upp igen.

– Det ligger så att säga i deras natur, eftersom de är så smittsamma.

Den kurva över vaccinations-täckningen i världen, som så länge pekade uppåt, har också på senare år börjat plana ut och på sina håll

till och med vända nedåt igen. I dagsläget saknar miljontals barn ett fullgott skydd mot de dödligaste sjukdomarna. Och de blir allt fler.

– På senare år har vi varit inblandade i ett antal mässlingsutbrott och då har det blivit tydligt att rutinvaccinationsprogrammen i låg- och medelinkomstländer har försvagats, säger Pieter-Jan van Eggermont, humanitär rådgivare på Läkare Utan Gränser.

– I vissa fall beror det på konflikter, som i Syrien där sjukvårdssystemet brakat samman. På andra håll handlar det om att vacciner mot vissa sjukdomar är för dyra eller att det logistiskt är svårt att nå ut.

För att fler barn ska få ta del

av de livräddande vaccinen är det framför allt två saker som måste till, vid sidan av det viktiga arbetet att stärka länders sjukvårdssystem, säger han.

Priset måste sänkas på vaccin mot rotavirus som orsakar diarré och på pneumokockvaccinet mot lunginflammation. Dessutom måste fler vaccin anpassas till de förhållanden som råder i låginkomstländer.

Länder tvingas välja

Vi börjar med priset. I dag är det 168 gånger dyrare att vaccinera ett barn jämfört med 2001. Och i stort sett hela ökningen beror på introduktionen av vaccin mot rotavirus och pneumokocker.

»Det är skamligt att en så stor del av budgeten ska ätas upp av en produkt som industrin redan har gjort storvinst på.«



Oral vaccinering mot polio i Centralafrikanska republiken. BILD PIERRE-YVES BERNARD/MSF

Rutin eller kampanj?

Rutinvaccinationer ges året runt på vårdcentraler framför allt till de riktigt små barnen. WHO rekommenderar ett paket som innehåller vaccin mot 11 sjukdomar. Vaccinationskampanjer däremot utförs antingen som en reaktion på ett utbrott av en specifik sjukdom för att förhindra spridning, eller som en förebyggande åtgärd i högriskområden, till exempel ett flyktingläger. Dessutom genomförs ibland så kallade kompletterande vaccinationer mot vissa sjukdomar i områden där många barn aldrig fick hela vaccinationsprogrammet som små, till exempel på grund av en väpnad konflikt.



Dags att packa ner 17 000 isklampar i kylväskorna inför vaccineringskampanj mot gula febern i Kinshasa, Kongo. BILD DIETER TELEMANS

– De här vaccinerna är otroligt viktiga eftersom de kan förhindra några av de främsta dödsorsakerna bland barn under fem. Men för många länder är priset så högt att de tvingas välja mellan de här vaccinen och andra hälsofrämjande satsningar.

Det är inte heller bara enskilda länder som drabbas av de höga priserna. Även Gavi, en global vaccinallians som köper upp vaccin åt de fattigaste ländernas vägnar, tvingas i dag lägga en oproportionerligt stor del av sin budget på pneumokockvaccinet, säger Pieter-Jan. En liknande utveckling syns i enskilda länders bistånds-

budgetar, inklusive Sveriges.

– Det är skamligt att en så stor del av budgeten ska ätas upp av en produkt som industrin redan har gjort storvinst på. Tänk hur mycket mer man skulle kunna göra för de här pengarna!

Företag vill få betalt

Hur har det då kunnat bli så här? Hur kan ett läkemedelsbolag – eller två bolag som det handlar om när det gäller pneumokockvaccinet – själv bestämma priset på en produkt som är så avgörande för hälsa och överlevnad?

Det är så systemet är uppbyggt, konstaterar Pieter-Jan.

Det är vinstdrivande företag som tillverkar vaccin, inte länder och inte humanitära organisationer. Och företagen vill få betalt för sina investeringar.

– Det kan man ju förstå. Problemet är att de har hämtat hem sina kostnader för länge sedan, ändå fortsätter de att hålla de här artificiellt höga priserna. Men nu räcker det med vinst, tycker vi.

Den andra utmaningen – att vaccinerna så sällan är anpassade till förutsättningarna i fattiga länder – är något som Läkare Utan Gränser konfronteras med nästan överallt.

Kylskåp utan el. Personal som inte är utbildad. Familjer som tar

med sig barnen för en första dos men sedan aldrig återvänder för påfyllnadsdosen eftersom de bor för långt bort och inte har råd med transport.

Komplicerad kylkedja

Systemet innehåller många hinder – därför måste nya vaccin utvecklas som är anpassade till denna verklighet, menar Läkare Utan Gränser. Till exempel när det gäller värmekänsligheten. De flesta vaccin är godkända för att användas så länge de håller 2–8 grader. Hela vägen, från tillverkning till dess att sprutan sätts i barnets arm. I länder där medeltemperaturen

ofta passerar 40 grader och kylskåp och säker elförsörjning snarare är undantag än regel, är detta minst sagt komplicerat.

– Mer värmetåliga vaccin skulle innebära en enorm skillnad. Då skulle vi slippa hålla på med den komplicerade kylkedjan bestående av kylväskor och klampar, och risken för att vaccinet förstörs längs vägen skulle minska avsevärt, säger Pieter-Jan.

Vaccin som bara behöver tas i en dos skulle också vara avgörande.

– För en mamma som måste gå i fem timmar med minstingen till vårdcentralen skulle det ju betyda otroligt mycket om hon inte



Vaccinationskampanj mot hjärnhinneinflammation i Niamey i Niger. BILD SARAH PIERRE/MSF



Mässlingsvaccinet lastas på båten till Kassa i Guinea. Vaccinet måste hålla rätt temperatur hela vägen fram till barnen.
BILD MARKEL REDONDO

behövde återkomma så många gånger. Om vaccinet kunde ges på något annat sätt än intramuskulärt skulle det också få stor betydelse eftersom det på många håll är ont om utbildad personal.

Länder halkar efter

År 2010 togs en global handlingsplan för vaccin fram av WHO, Unicef, Gates Foundation och flera andra aktörer. Målet med handlingsplanen är att alla barn år 2020 ska ha tillgång till vaccin mot de farligaste sjukdomarna.

Den halvtidsrapport som kom förra året var emellertid ingen uppmuntrande läsning, konstaterar Ann Lindstrand.

– Själva planen är jättebra. Men vi ser nu att allt fler länder halkar efter. 25 länder rapporterade lägre

vaccintäckning 2015 än 2010. Det gäller inte minst flera länder där Läkare Utan Gränser jobbar, som Syrien, Somalia och Afghanistan. Men även i Europa blir vaccintäckningen sämre. I Ukraina är det uruselt. Till viss del beror det på oroligheterna i östra delen men också om politisk ovilja.

– Att vi har introducerat de nya vaccinerna mot rotavirus och pneumokocker i rutinprogrammet är en stor framgång, fortsätter hon. Men det innebär inte att vi får börja slarva med de gamla, som difteri och stelkramp. Vad som krävs nu är att ländernas sjukvårdssystem byggs upp och att vaccinerna alltid är tillgängliga. Annars finns en risk att den ena sjukdomen efter den andra börjar öka igen. ■

Vilken sjukdom skulle du helst se ett vaccin mot?

THOMAS SILFVERBERG:
Svaret måste bli malaria. Och jag tror att det kommer.

ANN LINDSTRAND:
Ett malariavaccin vore ju fantastiskt. Men även ett hivvaccin förstås. Och så ett bättre vaccin mot tuberkulos.

PIETER-JAN VAN EGGEMONT:
Med tanke på hur mycket pengar som avsatts till att få fram ett vaccin mot hiv vore det utmärkt om man äntligen lyckades ta fram ett sådant.

FRÅN BLOGGEN / TEXT THOMAS SILFVERBERG

För ett par år sedan deltog läkaren Thomas Silfverberg i en omfattande vaccinationskampanj mot mässling i Katanga-provinsen i Kongo-Kinshasa. Här är ett utdrag ur hans blogg.

Det är morgon. Vi ska ut på Kabambasjön för att vaccinera barnen mot mässling. Människorna här bor på små sumpiga gräsbevuxna öar där vattnet sipprar in mellan tårna när man går omkring. Troligtvis har de aldrig blivit folkräknade eller fått någon vaccination. /.../

VÅR BÅT MED vaccinationsteamet stannar till vid en av öarna. Vi når inte fram till själva fasta land, utan måste hoppa ner i den vattentäckta gräsbetäckta dyn. Jag som är tyngre än kongoleserna sjunker ned till knäna. Vi når snart vassnåren och den lite fastare marken (som ändå fortfarande fluktuerar under kroppstyngden) där den

levande mässlingsvaccinet i överarmen. Det blir mycket skrik, och ibland rinner en tjock droppe blod nedför överarmen på ett barn. Stämningen är glad, uppsluppen, även om det finns en och annan som vägrar låta sina barn vaccineras. Kanske är det för att jag är med, en vit man – en musungu, som kanske bidrar till misstänksamheten. Det finns rykten om att de vita har en dold agenda av att ta barnens kroppsorgan för organhandel eller ta barn för människohandel. Jag försöker förklara att jag har arbetat på mässlingssjukhuset i Mulongo i tre veckor, och jag har redan sett fem barn som dött i komplikationer till mässling. Att det är viktigt med vaccination för att skydda barnen. Men det tjänar inget till. Kanske försvinner mitt budskap i översättningen till det lokala språket kiluba.



NÄR VI HAR LÄMNAT ön blir det snart tyst. Utombordsmotorn har stannat. Allt som hörs är kväkande grodor och en fiskare som passerar sjungandes för sig själv i sin båt. Vackra

»En mor vadar genom midjedjupt vatten med sitt barn i famnen för att komma fram till oss.«

här lilla öns familjer bor, fyra stora familjer med många barn. De samlas på en gång och står och lyssnar i sina trasiga kläder när vi förklarar varför vi har kommit och att vi vill vaccinera barnen mellan 6 månader och 10 år mot mässling. En teammedlem ropar ut informationen i megafon, och det dröjer inte länge innan ett par familjer till kommer förbi i sina båtar. En mor vadar genom midjedjupt vatten med sitt barn i famnen för att komma fram till oss.

Barnen registreras, tvättas av på insticksstället och får varsin spruta med det

blå-lila, gula och vita näckrosor ger färg till omgivningen. En tunn svart orm ringlar i vattenytan med sikte på solen som nu står i nordöst.

Vi fortsätter från ö till ö. På eftermiddagen delas teamet upp då utombordsmotorn inte fungerar längre. Vaccinationerna fortsätter i ett par lånade träkanoter. Vaccinationerna kommer att fortsätta ytterligare fyra dagar innan tillräckligt många barn har blivit vaccinerade eftersom fler familjer än beräknat hittades på dessa halvt sjunkande, halvt flytande öar. «

»Många av föräldrarna vågar inte knyta an till sina nyfödda barn för tidigt av rädsla för att förlora dem.«

Läkaren Mats Blennow har ägnat hela sin karriär åt att vårda nyfödda barn med särskilda behov. För några år sedan beslutade han sig för att använda sin kompetens i länder där barn- och mödradödlighet är ett långt större problem än i Sverige. Sedan dess har han varit på tre fältuppdrag för Läkare Utan Gränser, två gånger i Jordanien och nu senast i Nigeria.

Vad innebär ditt yrke?

– Jag är neonatolog, vilket innebär att jag arbetar med att ge vård till nyfödda barn som är sjuka eller har särskilda behov till följd av komplikationer vid födelsen. Jag ser till att de får näring, värme och ett bra medicinskt omhändertagande. Många barn som kommer till oss har problem med att andas själva vid födelsen, och då hjälper vi dem med andningsstöd. Eller så har barnet någon typ av infek-

MATS BLENNOW

- Arbetar som överläkare inom neonatologi sedan 30 år tillbaka.
- Forskar på det nyfödda barnets hjärna och tillträdde nyligen som prefekt vid Karolinska Institutet.
- Entusiastisk fritidsdykare som gärna åker på dykresor till nya spännande platser.

tion som behöver behandlas med läkemedel.

Varför är det viktigt att bistå med detta i de länder där Läkare Utan Gränser arbetar?

– Problematiken ser olika ut. De uppdrag jag gjorde i Irbid i Jordanien under 2015 och 2016 fokuserade på förlossnings- och nyföddhetsvård till de runt 140 000 syrisk flyktingar som fanns där då. Sedan 2014 har icke-jordanier inte längre tillgång till fri sjukvård och därmed inte heller förloss-

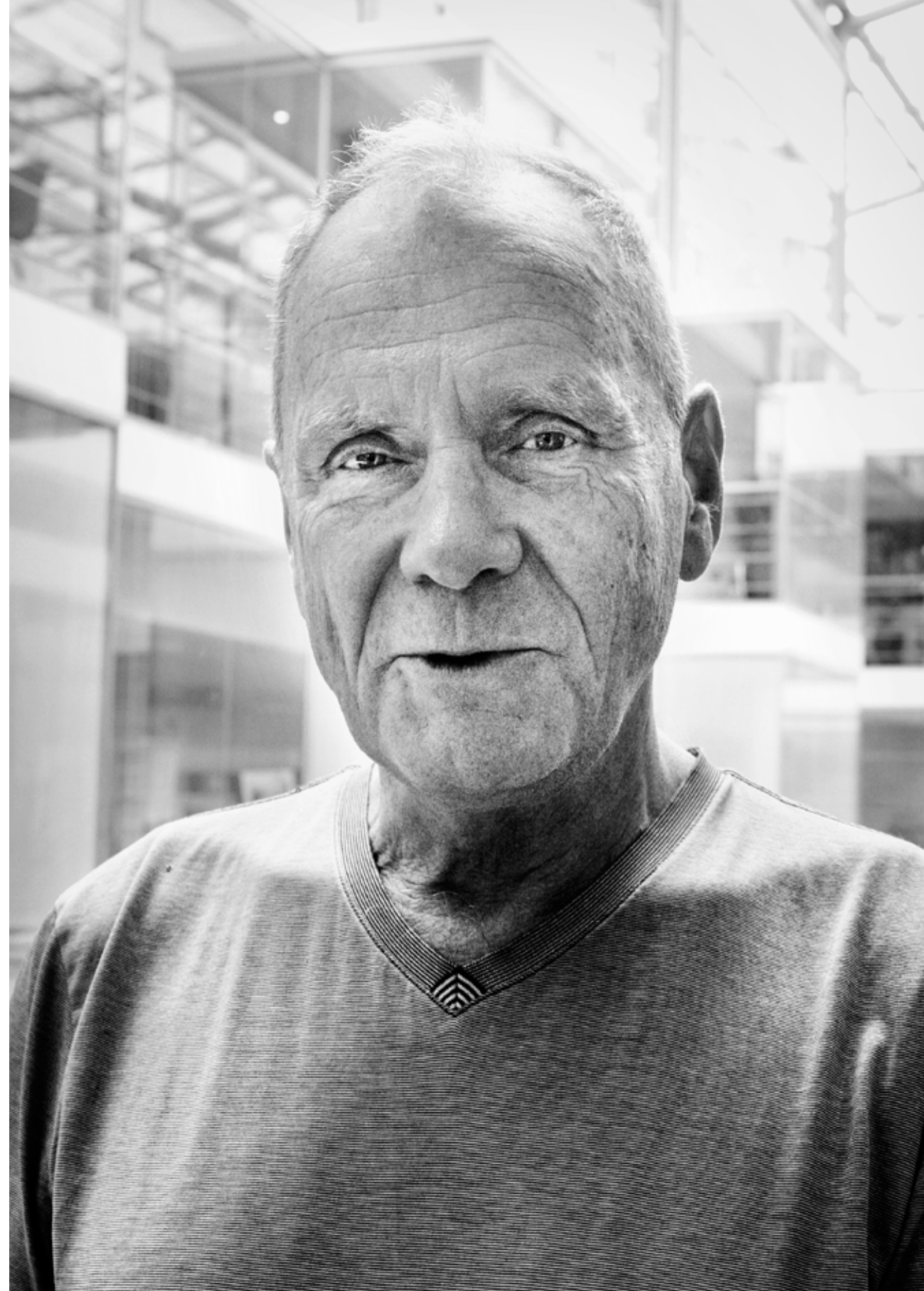
ningsvård. Därför startade Läkare Utan Gränser en förlossningsenhet och en nyföddhetsavdelning i regionen.

Och i Nigeria?

– I Nigeria är dödligheten bland nyfödda barn och deras mödrar skyhögt. Som kvinna löper du runt två procents risk att avlida under graviditeten, och en femtedel av de barn som vårdas för särskilda behov efter födelsen skrivs inte ut levande. För mig som läkare från Sverige var det helt chockerande siffror. Jag har insett att den vård vi kan erbjuda nyfödda i Sverige är ytterst få förunnad – i länder som Nigeria ser verkligheten helt annorlunda ut.

På vilket sätt?

– Här har vi högteknologisk neonatalvård, till exempel respiratorvård och avancerad kirurgi, som är ovanlig i andra länder. Finansieringen av sjukvården ser också annorlunda ut. I Nigeria





Mats med en av trillingarna som överlevde mot alla odds. BILD MSF

är resurserna för att ta hand om sjuka barn små och patientflödena mycket stora, så man får hitta ett nytt sätt att arbeta på. Det finns dessutom ett helt annat panorama av infektioner. Många mammor har nedsatt immunförsvar och kan inte försvara sig och sina foster mot svåra bakteriella infektioner. Dessutom måste föräldrarna betala både för platsen på sjukhuset och för läkemedlen, vilket är en utmaning för många.

Berätta mer om ditt senaste uppdrag?

– Jag arbetade på Läkare Utan Gränser förlossningsklinik i Jahun i norra Nigeria. Delstaten Jigawa, där Jahun ligger, är Nigerias fattigaste och gränsar till den oroliga delstaten Borno. Kliniken tar emot uppemot 10 000 kvinnor varje år, och inläggningarna till neonatalavdelningen skedde direkt från förlossningsavdelningen dörr i dörr. Avdelningen har runt 20 platser, men det var inte ovanligt att det vårdades 25–30 barn där.

Hur såg arbetet på avdelningen ut?

– Det kommer in barn i olika tillstånd. Många är underviktiga,

många har drabbats av syrebrist vid födseln. Barnen är ofta i behov av antibiotika eftersom det är mycket vanligt med infektioner hos mödrarna. De här bakterierna riskerar att skada eller till och med döda fostret eller det nyfödda barnet. När man jobbar i en miljö där en femtedel av barnen som läggs in avlider upplever man många sorgliga ögonblick. Under min värsta natt i Jahun var det fyra barn som avled. Många av föräldrarna vågar inte knyta an till sina nyfödda barn för tidigt av rädsla för att förlora dem.

Fanns det inga ljusglimtar?

– Jo, absolut. Majoriteten av de 1 000 barn som varje år läggs in på neonatalavdelningen i Jahun skulle inte överleva utan vår hjälp. Det är en fantastisk känsla att dagligen kunna ändra framtiden till det positiva för väldigt sjuka barn. En patient jag minns starkt var en tvillingflicka vars mamma dog under förlossningen. Flickan var liten och undernärmd och behövde särskild vård, medan hennes syster mädde bra och kunde åka hem till byn med pappan. Vi var några på avdelningen som tog

henne till våra hjärtan. En av våra favoritsysselsättningar var att turas om att hålla henne för att ge henne mänsklig kontakt. Successivt började hon må bättre och växa. När hon var fyra veckor gammal mädde hon tillräckligt bra för att bli utskriven. Det är ofta en utmaning att få tag på föräldrar och släktingar som bor i svårtillgängliga byar långt från sjukhuset, men vi lyckades till sist få tag på flickans pappa som tillsammans med hennes moster kom och hämtade flickan.

Det var vanligt med tvillingfödslar?

– Ja, en gång var jag med om en trillingfödslar där alla tre, och även mamman, överlevde mot alla odds. Mamman var extremt svårt sjuk i en havandeskapsförgiftning och förlossningen gick inte framåt. Vi diskuterade möjligheten till kejsarsnitt, men narkosläkaren och förlossningsläkaren bedömde att hon inte skulle överleva en narkos, eller ens en ryggbedövning. Till slut kom vi överens om att förlösa henne på operation. Vår förlossningsläkare förlöste trilling nummer ett med hjälp av tång och otroligt nog så var bebisen ganska pigg. Redan efter någon minut kunde jag hjälpa mamman att hålla pojken hud mot hud, samtidigt som trilling nummer två och tre föddes spontant.

Du som varit läkare i över 30 år, varför sökte du dig till Läkare Utan Gränser nu?

– Jag kan inte säga att det varit en livslång dröm för mig att jobba för Läkare Utan Gränser, men med tilltagande ålder så har nyfikenheten inför att jobba med mitt område i andra delar av världen vuxit fram. Och jag måste säga att det är nog ett av de bästa beslut som jag har fattat i mitt liv. ■

CENTRALAMERIKA / På flykt undan våldet



Stödgrupp för kvinnliga migranter, Tenosique, Mexiko. BILD MARTA SOSZYNSKA/MSF

En försummad flyktingkris pågår i Centralamerika. Människor som flytt

undan våldet i Honduras, Guatemala och El Salvador, riskerar att längs vägen till Mexiko

och USA än en gång utsätts för våld, utpressning och kidnappningar. Tillgången till vård och stöd är dessutom mycket begränsad. Det visar Läkare Utan Gränser rapport »Forced to flee«, som bygger på intervjuer med 467 patienter som vårdats på våra kliniker i Mexiko.

Vi har arbetat i landet sedan 2012, bland annat i tillfälliga flyktingläger och med mobila kliniker längs järnvägsspåren där många människor vistas.

PATENT / 55 000 € FÖR EN BEHANDLING

Läkare Utan Gränser har lämnat in en invärdning till europeiska patentverket EPO mot företaget Gileads patent på läkemedlet sofosbuvir. Aktionen, vars syfte är att öka tillgången till behandling mot hepatit C för ett rimligt pris,



Hepatit C-behandling i Pakistan. BILD SAADIA KHAN

genomfördes tillsammans med andra organisationer i 17 länder. Länder där Gilead har monopol på sofosbuvir kan inte importera eller producera generiska läkemedel, vilket gör att människor inte får tillgång till behandling.

I Europa kostar en tolv veckors behandling med sofosbuvir 55 000 euro, samtidigt som studier visat att tillverkningskostnaden är mindre än en euro per tablett. – Det är ingen vits med ett effektivt läkemedel om personer och länder inte har råd att köpa det, säger Isaac Chikwanha, Läkare Utan Gränser expert på hepatit C.

JEMEN / KOLERA I KRIGETS SPÅR

Det kolerautbrott som pågår i Jemen riskerar att spridas bortom all kontroll. Kriget i Jemen, som eskalerade i mars 2015, har haft en stor påverkan på landets redan svaga sjukvårdssystem. Många vårdinrättningar har tvingats stänga och det är brist på dropp och vätskesättning som är viktiga vid behandling av kolera. Läkare Utan Gränser har på kort tid behandlat drygt 12 000 kolera patienter på 13 platser i landet.

Bakom Libyens murar

Inlåsta, torterade, berövade all kontakt med familj och hemland. Så ser verkligheten ut för flyktingar och migranter i Libyens interneringsläger. Läkare Utan Gränser finns på plats för att ge sjukvård och försöka upprätthålla mänsklig värdighet.

»I samma stund som jag kom till Libyen blev jag tillfångatagen. De höll mig i ett läger tills de insåg att jag inte hade några pengar. Så gör de alltid, spärrar in folk och torterar dem för att få familjerna att skicka pengar. De slog mig många gånger, men jag hade ingen familj att ringa. De använder det tillhygge som är närmast. Om det är ett järnrör så tar de det. De slår en med baksidan av geväret. De binder ihop ens händer och fötter och placerar en på magen, ibland flera dagar i sträck. På dagen skiner solen obarmhärtigt, på natten är det iskallt. Man får inget att äta. Detta är den slags tortyr jag talar om.«

Ett vittnesmål från en ung man från Eritrea, räddad på Medelhavet av Läkare Utan Gränser fartyg.

Det hade lika gärna kunnat vara någon annans historia. Så många är vittnesmålen från Libyen bland de människor som räddas ur rangliga gummibåtar på Medelhavet. Så likartade är beskrivningarna av interneringslägren där så många av dem blir instängda. Så genomsyrade av grymhet och hänsynslöshet.

Ändå kan man säga att de som plockas upp av räddningsfartygen är de lyckligt lottade. De har tagit

sig levande genom öknen, de har överlevt mötet med kriminella ligor och beväpnade miliser som härjar inte bara i Libyen utan ofta längs hela rutten – de som har gjort handel med människor till sitt levebröd.

– Från det ögonblick de lämnar sitt land och fram till dess att de lyckas ta sig ut ur Libyen riskerar dessa människor att utsättas för våld. De blir utpresade och säljs som arbetskraft. Kvinnor utsätts för sexuella övergrepp och tvingas in i prostitution. De blir slagna och torterade, säger Tara Newell, akut-samordnare inom Läkare Utan Gränser.

Läkare Utan Gränser har varit på plats i Libyen sedan 2011. Det var då den så kallade arabiska våren inleddes, diktatorn Muammar Khadafi störtades och hoppet om en demokratisk utveckling spirade i hela regionen.

Men det dröjde inte länge förrän kaoset tog vid och sedan dess har olika väpnade grupper, även sådana med kopplingar till IS, stridit om herraväldet. Den FN-stödda samförståndsregeringen, med säte i hamnstaden Tripoli, har svårt att komma överens och stödet från befolkningen är bräckligt.

Den bristande säkerheten och den ekonomiska kollapsen har gjort vardagen till en kamp för en stor del av befolkningen. Hälso- och sjukvården är hårt drabbad, inte minst eftersom en stor del av den medicinska personalen lämnade landet i den arabiska vårens efterdyningar. I de värst konflikt-drabbade områdena har Läkare Utan Gränser bistått med såväl läkemedel och utrustning som med utbildning av sjukvårdsmyndigheternas personal i akutkirurgi.

Men sedan finns också den andra humanitära krisen, den som utgörs av de hundratusentals migranter och flyktingar som befinner sig mitt i detta laglösa inferno och som är ännu mer utsatta än den inhemska befolkningen. De vars liv nästan alltid ligger i människosmugglarnas händer.

Läkaren Sarah Giles som arbetat på räddningsfartyget Aquarius skriver så här i sin blogg:

»Våra passagerare berättar om

hur de blivit slagna och våldtagna i lägren och hur de tvingats svälta. Medan tortyren pågår ringer smugglarna upp familjen, tanken är att när de hör skriken ska de bli mer motiverade att skicka pengar.«

Kommer pengarna är fångarna fria att resa vidare. Kommer det inga pengar – om familjen inte har råd eller om det inte finns någon familj att ringa – kan de bli kvarhållna i lägren i många månader, sålda som arbetskraft eller tvingade till prostitution.

I dag har Läkare Utan Gränser mobila sjukvårdskliniker i sju interneringsläger – eller »skyddsläger« som de libyska myndigheterna kallar dem – belägna i huvudstaden Tripoli och dess omgivning. Samtliga drivs av de officiella myndigheterna.

Det finns även många andra läger dit våra team inte har tillträde – hur situationen är för människorna som hålls där känner vi inte till.



Vad vi däremot vet är att oavsett vilka som driver lägren har de en sak gemensamt: människor som sitter inlåsta betraktas som handelsvaror.

– Det finns en hel ekonomi uppbyggd kring dessa människor, säger Tara. Enligt en rapport utgörs 33 procent av Libyens ekonomi av pengar som kommer från handeln med människor.

– Våra team har samlat in många vittnesmål om tortyr och övergrepp som har begåtts av smugglare och fångvaktare, fortsätter hon. I lägren har vi mött människor som lidit otroligt av hudsjukdomar, luftvägsinfektioner, diarré, brännskador eller benbrott. Det är extremt trångt, i vissa läger har man bara 0,4 kvadratmeter per person. Så jag vet varför vi är där. För att ge vård och lindra lidandet hos sjuka, desperata och utsatta människor.

Något annat som teamen bevittnat är den omfattande undernäringen. Att vuxna människor blir akut undernärda är högst ovanligt men i lägren har Läkare Utan Gränser team mött många som är påtagligt avmagrade. I vissa läger kan det gå flera dagar utan att de intagna får något att äta över huvud taget. Och den mat de får innehåller mycket lite näring, ofta rör det sig om enbart makaroner. En kvinna som lämnat Libyen och undsattes av Aquarius på Medelhavet vägde 36 kilo, istället för sina vanliga 58 kilo.

– Maten i lägren serveras i en stor skål. Det innebär att de som är starkast också är de som får mest mat. De andra, de svaga, sjuka, barnen, blir utan, säger Hassiba Hadj-Sahraoui, humanitär rådgivare inom Läkare Utan Gränser.

Vid behov bistår därför Läkare Utan Gränser team med näringsrik mat, med vatten och försöker även på andra sätt förbättra levnadsförhållandena för människorna i lägren.

Små, små steg som inte innebär att lägren lever upp till godtagbar standard men som gör stor skillnad för de berörda personerna, säger Tara.

– Våra medarbetare pratar med dem och ser dem i ögonen. De känner sig sedda och behandlade som människor.

– Men att vi jobbar i lägren är inte helt oproblematiskt, fortsätter hon. Å ena sidan vill vi hjälpa de intagna här och nu, vi vill att de ska överleva, vi vill minska deras lidande och förbättra situationen för dem. Men å andra sidan vänder vi oss emot den här illegala interneringen av människor och vill inte känna oss som en del i systemet. En av de största utmaningarna med att arbeta i Libyen är att läget inte är svart eller vitt. Vi rör oss i en gråzon och det måste vi acceptera. ■

»Tortyr är inte en sjukdom«

Många av de flyktingar och migranter som Läkare Utan Gränser möter i sitt arbete har utsatts för tortyr eller annat extremt våld. Tillsammans med grekiska myndigheter och en annan organisation driver vi sedan 2014 ett projekt i Aten där drabbade individer får medicinsk och psykologisk vård, och dessutom juridiskt stöd. Vi har även ett liknande projekt i Rom.

Projektkoordinatorn Ioanna Kotsioni berättar varför tidiga insatser för människor som utsatts för tortyr kan vara avgörande för deras hälsa:

»Tortyr är inte en sjukdom, det är en traumatisk erfarenhet som förstör ens självkänsla och värdighet. Därför är det så viktigt att de drabbade får en möjlighet att hitta tillbaka till känslan av att de har ett värde och att de kan lita på andra människor. För att åstadkomma detta arbetar vi på många olika nivåer. De får träffa läkare, psykologer,

sjukgymnaster och socialsekreterare.

För att kunna bistå med mer specialiserad behandling har vi ett brett nätverk med läkare och specialister som hjälper till utan ersättning. Till exempel jobbar vi med tandläkare och käk- och ansiktskirurger så att de som har förlorat sina tänder till följd av våld kan få proteser.

Nästan alla som kommer hit till kliniken i Aten har utsatts för våld i sina ursprungsländer och många gånger är det orsaken till att de flydde. Även under resan förekommer ofta våld, framför allt om de tillbringat längre tid i transitländer som Libyen.

Det som de här människorna har upplevt lämnar ofta djupa sår, både psykologiska och fysiska, som kräver lång vård och behandling.



Ioanna Kotsioni.
BILD BASTIAN FISCHER

Många lider av kronisk smärta. Andra har brännskador efter att ha utsatts för elchocker. En del är gravida till följd av våldtäkt, de kan ha fått olika urin- och könsrelaterade problem eller sexuellt överförda sjukdomar efter att ha utsatts för sexuella övergrepp. Det som är så bra här på kliniken är att vi har möjlighet att arbeta långsiktigt, att se hur våra patienter blir bättre och hur de klarar av att integreras i lokalsamhället. Det händer att före detta patienter ringer till oss från andra europeiska länder eller från någon av de grekiska öarna där de har fått jobb, bara för att säga hej. Vi har hjälpt dem att återfå självkänslan och gå vidare i livet. Det känns väldigt bra.«

En tragedi som kan förebyggas

Livmoderhalscancer är en av de vanligaste dödsorsakerna bland kvinnor i många länder. Så även i Zimbabwe, där 1 000 dödsfall inträffar varje år. I provinsen Masvingo använder Läkare Utan Gränser en enkel men effektiv metod för att stoppa en tragedi som kan förebyggas.

När Magaret Muza fick höra att det lokala sjukhuset erbjöd screening för att upptäcka tidiga tecken på livmoderhalscancer bokade hon genast en tid. Hon tänkte på sin äldsta dotter, som dog av sjukdomen.

– Hon berättade inget för oss, så när vi väl fick reda på det var det för sent, säger Magaret.

Magaret gick i två timmar längs den dammiga grusvägen till sjukhuset, en av sex platser som erbjuder förebyggande vård

av livmoderhalscancer i distriktet Gutu. Efter att ha fått lägga sig bekvämt på en säng började undersökningen. En kamera visade närbilder på livmoderhalsen på en skärm bredvid. På bilderna syntes vita fläckar runt livmoderhalsen. Sjuksköterskan förklarade att det var precancerösa lesioner, eller fläckar av infekterade celler, som utan behandling kan utvecklas till aggressiv cancer.

Dör i tysthet

Först blev Magaret rädd att hon också hade cancer och tänkte att hon aldrig skulle ha råd med den långa, dyra behandlingen i huvudstaden Harare. Men sjuksköterskan förklarade att hon kunde få en fem-minuters behandling, kryoterapi, där man använder flytande kväveoxid för att frysa lesionerna och stoppa dem från att utvecklas ytterligare.

Behandlingen var smärtfri, berättade sköterskan, och allt skulle



Magaret Muza.

läka snabbt. Magaret skulle till och med kunna gå hem efteråt.

För många kvinnor i lägin-komstländer är chanserna att diagnostiseras och få behandling för livmoderhalscancer extremt små. I Zimbabwe är vårdcentraler och små sjukhus sällan utrustade med röntgen och laboratorierna ligger i storstäderna. Utan sjukförsäkring är kostnaderna för vävnadsprov, så kallade biopsier, kirurgi och behandling enorma vilket gör att många kvinnor, särskilt ute på landsbygden, avstår diagnos och behandling och istället dör i tysthet.

Detta innebär att screening i ett tidigt skede och förebyggande behandling av livmoderhalscancer i fattiga länder är väldigt viktigt.

– Livmoderhalscancer påverkar livet på alla tänkbara sätt, säger Severine Caluwaerts, förlös-

Ngonidzashe och hennes man Hastings bor i en by nära Gutu. Tack vare Läkare Utan Gränser fick hon hjälp att ta sig till kliniken i Harare.



ningsläkare och gynekolog. Du kan blöda mycket, bli inkontinent eller känna mycket smärta. För en organisation som Läkare Utan Gränser, som oftast arbetar med akuta situationer, kan det här projektet tyckas ovanligt. Men det är tragiskt att kvinnor dör av en sjukdom som kan förebyggas med de effektiva behandlingar som finns nu.

Kvinnor som Magaret är en av anledningarna till att Läkare Utan Gränser stödjer hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i Gutu. På fem sjukhus ute på landsbygden har kvinnor nu tillgång till cancer-screening och behandling med kryoterapi. Ett sjätte centrum stöds av FN:s befolkningsfond, UNFPA.

Sedan projektet startade 2015 har fler än 6 500 kvinnor undersökts och 558 har fått behandling med kryoterapi. Kvinnor som behöver mer omfattande vård hänvisas till huvudstaden Harare. Läkare Utan Gränser organiserar transport till och från Harare och täcker alla sjukvårdskostnader.

Växande kunskap

Det finns en växande kunskap om sjukdomen bland kvinnor i Zimbabwe. Men utan ordentlig information om sjukdomen och hur man testar sig är det svårt att förebygga riskerna.

På sjukhusen i Gutu bedriver därför sjuksköterskorna upplysningsarbete i väntrummen, medan hälsoinformatörer åker runt i byarna och besöker kvinnorna i deras hem för att öka kunskapen om livmoderhalscancer och hur sjukdomen går att förebygga.

– Det finns många missförstånd kring sjukdomen, säger Mercy, en av sjuksköterskorna. Ibland skäms kvinnorna eftersom det är en sexuellt överförd sjukdom.

Sex månader efter Magarets screening och kryoterapi återvände hon till sjukhuset för en uppföljning.

– De sa att allt såg bra ut, säger hon glatt. Jag är glad att jag fick reda på att jag hade de här sjukliga förändringarna. Det var en chans för mig att få behandling och bli botad. ■



»Det var häftigt att få höra att proverna kunde rädda liv.«

NGONIDZASHE, 28 ÅR

»Jag bor i byn Mahachi med min man som är elektriker. Vi har tre barn, en liten odlingslott med tomater och några höns. Både min man och jag är hivpositiva men inte barnen, tack och lov.

När jag hörde talas om screeningen för livmoderhalscancer vid sjukhuset i Gutu gick jag dit frivilligt, trots att jag inte hade ont. Det var häftigt att få höra att proverna kunde rädda liv. Jag lyssnade till all information som fanns om provet och sjuksköterskan förklarade varje steg i screeningen. När den var klar visade hon en mängd skador som täckte 75 procent av min livmoder.

Det gick inte att få behandling i Gutu, utan jag skulle bli tvungen att åka till huvudstaden Harare. Men det hade vi inte råd till och jag blev mycket rädd.

I februari 2016 fick jag ett samtal från Läkare Utan Gränser som erbjöd sig att täcka alla kostnader. Jag fick bilskjuts till kliniken i Harare där jag fick min behandling och var hemma igen samma kväll.

Beskedet att jag inte hade cancer gjorde mig mycket lycklig. Efter ett år visade en ny screening att jag inte hade några skador kvar. I fortsättningen kommer jag att gå på undersökning en gång om året.«

»Jag är glad att jag har en man som stödjer och tar hand om mig.«

FLORENCE, 50 ÅR

»I januari 2016 började jag känna mig allt svagare och fick blödningar. Jag gick till sjukhuset i Gutu där sjuksköterskorna förklarade att det kunde röra sig om livmoderhalscancer.

Jag åkte till ett annat sjukhus för att lämna ett vävnadsprov, en biopsi. Jag hade inte råd, men grannar i min hemby lånade mig pengar.

Biopsin visade att jag hade cancer i andra stadiet på livmoderhalsen, och läkaren på provins-sjukhuset rekommenderade mig att operera bort livmodern (hysterektomi). Men jag hade helt enkelt inte pengar till detta.

Nu försöker jag arbeta med mina grannars odlingar, men jag är för svag. Jag är glad att jag har en man som stödjer och tar hand om mig, och fem barn som också hjälper till.«

Fotnot: I juli 2016, efter intervjun, bekostade Läkare Utan Gränser Florences hysterektomi. Men det var för sent. Den 18 januari i år avled hon. Hennes make Selestino arbetar nu som hälsoinformatör för Läkare Utan Gränser med uppgiften att stärka medvetenheten om livmoderhalscancer i samhället.



»Vi längtade så efter att få ett gemensamt barn.«

BEAUTY, 36 ÅR

»När jag mötte Charles för sex år sedan levde jag med hiv och hade tre barn. Men han ville ändå gifta sig med mig och vi längtade så efter att få ett gemensamt barn.

För sju år sedan förlorade jag min storasyster i livmoderhalscancer. Den upptäcktes alltför sent. Jag var orolig för att sjukdomen skulle drabba mig också. I september 2015 fick jag värk i magtrakten. Då berättade en vän om screeningen på Gutu-sjukhuset och jag åkte dit.

Provresultaten visade att jag hade skador som inte kunde behandlas på det lokala sjukhuset. Läkare Utan Gränser körde mig till kliniken i Harare och stod för kostnaden. Efter undersökningen fick jag rekommendationen att ta bort livmodern.

Då upptäckte jag att jag var gravid. Vi ville båda ha barnet, även om min man var kluven eftersom han var rädd att förlora mig.

Genom hela graviditeten gick jag på regelbundna kontroller och läkaren bokade in mig på ett planerat kejsarsnitt för att minska riskerna. Vårt barn är nu två veckor och vi är så lyckliga. Jag har fått rådet att göra ett nytt cancertest sex veckor efter förlösningen. Nu när vi har ett barn, är jag redo för vilken behandling som helst, även en hysterektomi.«

2016 – ett utmanande år

2016 var på flera sätt ett utmanande år. Fler människor än någonsin dog på Medelhavet. Attackerna mot sjukvården fortsatte. Men det fanns också många ljusglimtar. Här är ett axplock från vår årsredovisning.

De humanitära utmaningarna var stora under 2016. Akut undernäring i Nigeria. Orkanen Matthew på Haiti. Tilltagande våld i Sydsudan, Centralafrikanska republiken och Afghanistan. Samtidigt fortsatte bomberna att falla över sjukhus och kliniker i Syrien och Jemen. Bristen på respekt för krigets lagar och det faktum att sjukhus, patienter och personal hamnar i skottlinjen gjorde det svårare att nå fram till de som behöver vår hjälp allra mest.

Samtidigt som våra räddningsbåtar undsatte 21 603 personer var 2016 det dödligaste året hittills på Medelhavet. Över huvud taget blev bristen på säkra och lagliga vägar för människor att söka skydd i Europa en allt viktigare fråga för oss under förra året. EU:s flyktigavtal med Turkiet under våren blev droppen, och kulminerade i beslutet att sluta ansöka om finansiering från EU och dess medlemsländer. Därigenom vill vi ta ställning mot att Europa lägger ut omhändertagandet av människor som söker skydd i EU på entreprenad.

Men 2016 innehöll även flera ljusglimtar. Vi genomförde en omfattande vaccinationskampanj mot gula febern i Kongo-Kinshasa: våra team vaccinerade 760 000 personer på tio dagar. Vår långvariga kamp för att fattiga ska få tillgång till livsviktiga läkemedel och vaccin rönt framgång då läkemedelsbolaget Pfizer, liksom tidigare GSK, sänkte priset på sitt pneumokockvaccin mot lunginflammation. Det svenska folket visade en enorm generositet och vi fick under året in 723 miljoner kronor, pengar som är livsviktiga för vi ska kunna fortsätta vårt arbete. Utan det stora engagemanget från privatpersoner, stiftelser och företag, liksom hängivenheten hos våra medarbetare, skulle vi aldrig kunna utföra vårt arbete. ■

Till de här länderna skickades svenska fältarbetare under 2017.



ANDREW MCCONNELL/PANOS PICTURES, HAITI



GUILLAUME BINET/MYOP, GREKLAND



- Av de insamlade medlen gick mest pengar till följande:
1. Europa (flyktingar/migranter)
 2. Sydsudan
 3. Haiti
 4. Kongo-Kinshasa
 5. Centralafrikanska republiken

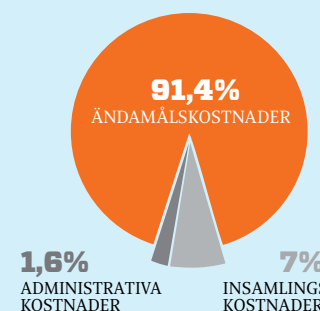




BILD DOMINIC NAHR

GodEl / **FLER FÅR VÅRD I LANKIEN**

Konflikten i Sydsudan har pågått i över tre år och befolkningen har drabbats hårt av undernäring, våld och epidemier. Med hjälp av stöd från bland annat elbolaget GodEls kunder finns vi på plats på sjukhuset i Lankien i Jonglei och driver även mobila kliniker i området. GodEls kunder valde i år att skänka 1,1 miljoner kronor till vårt arbete i Lankien och totalt sedan 2008 har vi fått 10,3 miljoner kronor för vårt projekt där.

ROGER AKELIUS / **Årets insamlare**



Under årets Insamlingsforum, som arrangeras av branschorganisationen FRII, utsågs Roger Akelius till Årets insamlare. Titeln vann han tack vare den kampanj som han tillsammans med Läkare Utan Gränser och Dagens Industri drog igång i slutet av förra året.

Kampanjen gick ut på att Roger Akelius lovade att matcha varje krona som donerades till Läkare Utan Gränser i december. Och kampanjen gav minst sagt resultat – efter Akelius matchning landade den totala summan för månaden på otroliga 261 miljoner kronor, till skillnad från de 70–80 miljoner som vi brukar få in i december.

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 Mari Mörth **E-POST** direkt@msf.org **GRAFISK FORM**

Anders Birgersson, Åse Bengtsson Helin **ADRESS** Läkare Utan Gränser, Fredsbergsgatan 24, Box 47 021, 100 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 GÄVOR 010-199 33 00 eller givarservice@lakareutangranser.se

BOKTIPS / **Burundi inifrån**

Berättelsen börjar i maj 2015. I det lilla östafrikanska landet Burundi ger sig människor ut på gator och torg för att protestera mot att presidenten, i strid med konstitutionen, planerar att ställa upp för omval. Men förhoppningarna i de folkliga protesterna kommer snart på skam. Skott faller. Människor flyr.

De svenska journalisterna Anna Roxvall (text) och Johan Persson (bild) är på plats, både den gången i maj 2015 och vid flera senare tillfällen. I den fängslande reportageboken *Burundi inifrån* beskriver de hur det som från början av många uppfattades som en afrikansk variant av den arabiska våren snart förvandlas till brutalt förtryck.

Medan kulorna viner letar sig de båda reporterna envist allt närmare de människor som det faktiskt handlar om. Flyktingarna som tagit sig till grannländerna, journalisterna som stannat kvar för att rapportera. De unga männen som tar till vapen. Det är en rykande aktuell skildring av ett land där den sköra freden har övergått till blodigt kaos. Men som i stort sett har hamnat i fullständig radioskugga.

Myteri förlag



»Läkare Utan Gränser är en livgivande organisation för oss äldre«

Lena Torbjörnsson har arbetat ideellt för Läkare Utan Gränser till och från i över tio år. Hennes engagemang har innefattat allt från att skramla med bössa på stan, starta insamlingar bland grannar, till att hjälpa givare via telefon.

Lena har också startat den omåttligt populära traditionen att bjuda Läkare Utan Gränserns personal på fika och är numera »Godis-Lena« med hela organisationen.

Hur kom du i kontakt med Läkare Utan Gränser?

– Det var i slutet på 90-talet. Jag gick på en föreläsning med »kastrofläkaren« Johan von Schreeb och blev väldigt drabbad av hans berättelser. Jag minns särskilt hans berättelser om hur viktigt det är att få barn att skratta under behandling. Han hade konstruerat jongleringsbollar av ris och förbandsmaterial för att underhålla dem. Efter hans föreläsning bestämde jag mig för att börja skänka pengar till Läkare Utan Gränser.

Men ditt engagemang stannade inte där?

– Nej, jag började volontärjobba på Läkare Utan Gränserns kontor på fredagseftermiddagar, efter mitt vanliga jobb. När de andra tog fredagsfika åkte jag till Läkare Utan Gränser och diskade

och städade i köket. Jag gillade idén med fika på fredagar så jag började köpa med mig litegrann. Då jobbade nog runt 20 personer på kontoret – i dag är vi ju över 100 inklusive volontärer. Nu är jag pensionär och är på Givarservice två dagar i veckan. Eftersom söt-saker är så uppskattat på kontoret så försöker jag komma ihåg att köpa godis och ställa i köket vid varje månadsslut. Ett år fick jag ett julkort från Läkare Utan Gränser där det stod »God Jul, Godis-Lena!« Det var väldigt roligt.

Hur är det att arbeta som volontär?

– Jag brukar säga att Läkare Utan Gränser är en livgivande organisation, inte bara runtom i världen utan även för oss äldre som volontärjobbar här på kontoret. Vi håller oss vitala tack vare gemenskapen. Och alla dessa fantastiska fältarbetare som jobbar för oss! Det säger jag ofta till våra givare när jag pratar med dem i telefon.

/ Sanna Gustafsson

BILD VANN LIBESSART/MSF, SYDSUDAN



VI BEHÖVER FLER SOM DU!

→ talong på baksidan

VI BEHÖVER FLER SOM DU.

Varför stödjer du Läkare Utan Gränser? Fota en av bilderna nedan och lägg upp i sociala medier. Eller skicka till någon du vill rädda liv tillsammans med. Så hjälper du oss att nå fler som bryr sig. Sådana som du.

JAG STÖDGER LÄKARE UTAN GRÄNSER

FÖR ATT DE SOM BEHÖVER
DET MEST – OAVSETT VILKA DE ÄR –
SKA FÅ TILLGÅNG TILL VÅRD.

BLI MÅNADSGIVARE DU MED PÅ
LAKAREUTANGRANSER.SE

JAG STÖDGER LÄKARE UTAN GRÄNSER

FÖR ATT MILJONTALS
FLYKTINGAR SKA FÅ VÅRD
OCH ETT VÄRDIGARE LIV.

BLI MÅNADSGIVARE DU MED PÅ
LAKAREUTANGRANSER.SE



Alla gillar riktig post. Klipp ut, sätt på ett frimärke och skicka till någon som förhoppningsvis vill vara med och hjälpa människor i nöd.

HEJ! VILL DU RÄDDA LIV MED MIG?

Jag stödjer Läkare Utan Gränser som hjälper människor i nöd att överleva. Vill du vara med? Bli månadsgivare på lakareutangranser.se så räddar vi liv tillsammans varje dag.

PLATS
FÖR
FRIMÄRKE