

direkt

3 2014 LÄKARE UTAN GRÄNSER

Domizlägret i Irak,
nära den syriska
gränsen. Inte minst
barnen lider av
sysslösheten
och ovissheten.

SYRIEN

I krigets skugga

EBOLA

KUNSKAP
KAN BROMSA
EPIDEMIN

ANTIBIOTIKA

NÅGOT MÅSTE
GÖRAS – NU



MEDECINS SANS FRONTIER
LÄKARE UTAN GRÄNSER

Innehåll #3

»Varför ser det ut så här? Förklaringen är ganska enkel. Det finns inte tillräckligt med ekonomiska incitament för läkemedelsföretagen« / sidan 6

Världen måste agera!

I Monrovia knacker sjuka människor på dörren till Läkare Utan Gränser ebola-klinik, en av mycket få i Liberias huvudstad. De vill bli omhändertagna och isolerade för att inte smitta sina familjer. De är desperata. Men alltför ofta måste våra medarbetare säga nej, det är fullt, åk hem. Några gör det, och smittar förmodligen sina familjer. Andra kommer inte så långt, de dör där, i bilen utanför kliniken.

Redan i somras larmade vi om att läget var utom kontroll. Att det behövs utbildad personal och utrustning för att vårda och isolera smittade, att smittspridningen måste förbättras och rutinerna vid begravningar bli säkrare. Nästan ingen lyssnade. I ett sent skede

har USA utlovat omfattande hjälp till Liberia och några andra länder har hängt på. Men det räcker inte med ord. Det krävs handling – nu.



ÅSA NYQUIST BRANDT
REDAKTÖR



/ 8



/ 22



/ 26

ÖGONBLICK I VÄRLDEN / sidan 3

SIGNERAT: OLÖNSAMMA SJUKDOMAR

Om forskningen ska gå framåt är det dags att tänka om. / sidan 6

I krigets skugga

TEMA: Flera miljoner syrier har flytt till grannländerna. Vi möter patienter och läkare, en dag i krigets skugga. / sidan 8

BREV FRÅN FÄLT: Knöggliga paket och respektfulla möten i Sydsudan. / sidan 16

PORTRÄTTET: ALLTID REDO

Stefan Liljegren är ny medlem i Läkare Utan Gränser akutpool. / sidan 18

JUST NU / sidan 21

EN HISTORISK PARENTES? Vad gör vi när antibiotikan inte fungerar? / sidan 22

Det går att överleva

Ebolaepidemin i Västafrika skördar allt fler offer. Men några överlever – Direkt följde med dem hem. / sidan 26

TILL SIST: Tre frågor om insamling och rafflande bok om en kirurg på jakt efter sin släkt. / sidan 30

OMSLAGSBILD / YURI KOZYREV/NOOR



BILD FAVILA ESCOBIO

14-08-13 Strandsatta i 50 graders hetta

IRAK. I gränsområdet mellan norra Syrien och norra Irak har hundratusentals flyktingar samlats. Det är syrier som flytt undan kriget i hemlandet till den relativa säkerheten i Irak. Sedan i somras finns här också irakier från den yazidiska minoriteten, som tvingades ge sig iväg hals över huvud när den militanta grup-

pen Islamiska staten (IS) erövrade provinsen Ninewa. Runt 200 000 människor beräknas ha lämnat sina hem sedan i början av augusti.

I temperaturer på upp till 50 grader har tusentals människor gått till fots i flera timmar för att nå Syrien och därifrån vidare på lastbilar eller vad de har

kunnat hitta tillbaka över gränsen till Irak igen. Men många är också strandsatta i Sinjarbergen i Irak, omringade av IS. Läkare Utan Gränser arbetar på båda sidor gränsen. Våra team bistår med akutvård, vatten, ambulanser och kan även transportera de svårast sjuka till större sjukhus.



Läkare Utan Gränsers postoperativa klinik, Gaza. BILD CHRIS HUBY

2014-08-13
Gaza

Ibland händer helt otroliga saker. En av våra patienter sitter i rullstol. När jag fick reda på att staden Shujahia där han bor hade utsatts för tung granatbeskjutning och att alla flydde därifrån tänkte jag på honom och undrade hur det skulle gå. Hur flyr man med en rullstol? Och så en kväll när jag såg ett tv-program om flyktfamiljer i en skola så såg jag honom. Han var vid liv. Det var helt fantastiskt.

Med vapenvilan kan vi skicka iväg bilar som hämtar patienter i deras hem och kör dem till Läkare Utan Gränsers klinik. Vi får också nya patienter. De har svåra skador och behöver postoperativ vård och rehabilitering genom sjukgymnastik. Förhoppningsvis kommer vapenvilan att hålla i sig så att vi kan fortsätta vårt arbete.

/ Hazem Abu Malouh, palestinsk läkare som jobbar på Läkare Utan Gränsers postoperativa klinik i Gaza.

2014-07-22
Sverige

Innan midsommar fick jag syn på en dokumentär bildföreställning vid namn The Rains. Den var producerad av den svenske journalisten och fotografen Jacob Zocherman. Den korta filmen visade den fruktansvärt utsatta situationen på regnfyllda lägerplatser för flyktingar i Sydsudan.

Filmen fick mig först att storgråta och sedan bli arg. Arg över att medkänsla och empati alltför ofta stannar vid ett knapptryck på "gilla" eller "Usch så hemskt!" på sociala medier. Det ger inte så mycket konkret hjälp för den som behöver en dos kolera-vaccin för att överleva. Eller en liter rent och friskt vatten. /Berit Bernelycke som startade en egen insamling till förmån för Läkare Utan Gränsers arbete i Sydsudan.

3300

Så många kolera-patienter har vi behandlat i Sydsudan sedan i maj.

2014-08-28
Sydsudan

Vid grinden lägger sig en gammal kvinna ner i leran. Tunnsom ett skelett, utan skor och med trådsliten klänning. Hon gräver i leran med sina ärrade händer, de är så tunna att man kan ana benen. Sakta för hon upp leran till munnen och äter.

Föreställ dig ett trask som svämmats över av avloppsvatten. Ett fält, inte större än 1x1,5 km där 40 000 människor trängs. Försök föreställa dig lukten, av människorna, gyttjan, urinen och avföringen.

Föreställ dig en blind kvinna som står upp hela natten med vatten upp till bröstet, och mödrar som desperat håller



BILD MSF

sina barn intill sig för att skydda dem mot vattnet som stiger.

Föreställ dig barn som dör av diarré eller drunknar i de leriga dammarna. Föreställ dig att när människor går iväg för att samla in ved så riskerar de att bli attackerade, våldtagna eller dödade.

Välkommen till FN-läget i Bentiou, i norra Sydsudan. /Jo Kuper, humanitär rådgivare, Bentiou

BILD PRIVAT



I Jemen saknas tillgång till vård på grund av våld och oro. Hur är läget just nu?

»Våra kirurger opererar våldsoffer varje dag, framför allt skottskador.«

» Det finns mycket vapen i omlopp här i södra Jemen och ett antal beväpnade grupperingar. Inte sällan drabbas civila när säkerhetsstyrkor, separatister och terrorister attackerar varandra. En svag rättsstat och tillgången på vapen gör att även många andra typer av dispyter får en våldsam utgång.

Våra yngsta patienter för tillfället är två små systrar från ett område 30 mil öster om Aden. Sju och åtta år gamla, skjutna i benen. De kom hit en natt förra veckan med sin förtvivlade far, efter att haft oturen att vara på fel ställe vid fel tidpunkt när säkerhetsstyrkor och terrorister drabbade samman. Den ena flickan hade säkert fått ampute-

ra om inte den första läkaren snabbt skickat hit henne. Det har varit ett långt och mödosamt arbete att bygga upp förtroendet hos parterna i konflikten och få dem att acceptera Läkare Utan Gränsers roll som opartisk vårdgivare som behandlar drabbade utan urskiljning. « Mathias Granqvist, projektkoordinator i Aden, södra Jemen.

Vinst eller moral – vad styr forskningen?

I den verklighet där Läkare Utan Gränser jobbar saknas ofta både läkemedel och diagnosverktyg. Men vill vi att människors hälsa och överlevnad ska sättas i främsta rummet är det dags att tänka om, skriver Anna Sjöblom.

En tbc-mottagning i Ukraina. En patient tappar hörseln efter några månaders behandling av toxiska läkemedel.

Hemma hos en familj i Kambodja. Ett barn har fortfarande feber trots en veckas mediciner mot malaria.

Guineas huvudstad Conakry. Ett barn lämnas ensamt efter att båda föräldrarna avlidit i ebola, en sjukdom utan bot.

Detta är den verklighet som Läkare Utan Gränser arbetar i. Det är en verklighet där det ofta saknas läkemedel för att behandla sjukdomar som är ovanliga i vår del av världen. Det är en verklighet utan tillgång till labbtest som inte kräver avancerade laboratorier och där möjligheten att ställa diagnos är minst sagt begränsad. Och där de behandlingar som finns ofta består av uråldriga toxiska läkemedel som ger allvarliga biverkningar.

I många år har Läkare Utan Gränser arbetat för att läkemedel ska tas fram och bli tillgängliga för människor i låginkomstländer. När vi 1999 tilldelades Nobels fredspris var det detta vi bestämde att prispengarna skulle gå till. Bakom beslutet låg inte minst

frustrationen hos våra fältarbetare, som gång på gång tvingas konstatera att det saknas effektiva mediciner och diagnosverktyg till och med för de enklaste sjukdomar. Sedan dess har Läkare Utan Gränser tagit strid mot regeringar och läkemedelsföretag i olika frågor men också själva arbetat hårt för att driva utvecklingen framåt, bland annat genom forskning i våra egna projekt.

Enorma behov

Bara en procent av de nya läkemedel som kommit ut på marknaden de senaste 30 åren har utvecklats för tropiska sjukdomar och tbc. Ändå är behoven enorma av nya läkemedel som är anpassade till sjukdomar och omständigheter i resursfattiga miljöer. Ofta rör det sig om sjukdomar som många av oss knappt har hört talas om, fast de varje år dödar hundratusentals människor. Som kala azar, chagas sjukdom eller afrikanska sömnsjukan. Men även mer välkända sjukdomar, som hiv och tbc, där de behandlingar som finns till exempel inte är anpassade för barn.

Så varför ser de ut så här? Förklaringen är egentligen ganska

enkel. Det finns inte tillräckligt med ekonomiska incitament för läkemedelsföretag att engagera sig i den här typen av forskning. Eller enklare uttryckt – sjukdomarna är inte tillräckligt lukrativa.

Enligt det system som finns i dag måste innovationer betala sig själva, det vill säga satsningar som görs på nya läkemedel ska finansieras genom att bolaget innehar patent på preparatet och därmed inte utsätts för konkurrens under ett antal år.

Lite märkligt är det kanske ändå att det i sammanhanget så sällan talas om vilka stora utma-



BILD KARIN EKHOLM

»BARA EN PROCENT AV DE NYA LÄKEMEDEL SOM KOMMIT UT PÅ MARKNADEN DE SENASTE 30 ÅREN HAR UTVECKLATS FÖR TROPISKA SJUKDOMAR OCH TBC.«

ningar inom folkhälsoområdet som världens står inför, och avsaknaden av satsningar för att möta dessa.

Slutat forska

En av vårens stora följetonger både i Sverige och Storbritannien var den om Pfizers eventuella uppköp av Astra Zeneca. Diskussionen som följde handlade om arbetstillfällen, beskattning, om aktieägarnas intressen, om krisen inom den svenska läkemedelsforskningen. Men det jag själv kommer ihåg mest är det som den inte handlade om – människors hälsa och tillgång till läkemedel.

Oavsett hur det blir med en eventuell sammanslagning utgör båda företagen tydliga exempel på hur det står till i branschen vad gäller satsningar på infektionssjukdomar. Det gäller Astra Zeneca, som i januari stängde sitt forskningscenter i Indien och upphörde med forskning och utveckling runt malaria, tuberkulos och försummade tropiska sjukdomar, för att i stället fokusera på cancer, diabetes och högt blodtryck.

Det gäller också Pfizer, ett av världens största läkemedelsföretag som 2012 stoppade all forskning och utveckling av antiinfektionsläkemedel.

Så om systemet inte fungerar, vad vill då Läkare Utan Gränser se i stället? För det finns alternativ. En modell som både vi och andra

aktörer förespråkar är att frikoppla forskningen från försäljningen, så kallad delinkage. Om finansieringen inte längre vilar på patent och marknadsmonopol ökar möjligheten att ta fram läkemedel som behövs i resursfattiga områden.

En hel del initiativ har satts upp där offentliga medel kanaliseras in i forskningsprojekt. En möjlig väg är en kombination av forskningsanslag och så kallade prisfonder som belöning till den som tar fram ett läkemedel efter särskild specifikation.

Tillgängliga patent

Patentpooler, som har visat sig framgångsrika när det gäller hiv-läkemedel, skulle kunna spela en viktigare roll även för andra läkemedel. Dessa bygger på att den som innehar patent gör detta tillgängligt via en patentpool i utbyte mot betalning av royalties och andra incitament som till exempel statliga anslag. Andra alternativa finansieringsformer fokuserar på samarbeten mellan stater, företag och stiftelser, så kallade Product Development Partnerships, PDPs.

Om vi vill att människors hälsa – och överlevnad – ska sättas i främsta rummet så måste vi våga tänka om.

Anna Sjöblom



BLOGGEN

»Varje dag är nyheterna fulla av ebola. Men bakom all hysteri – var finns medlidandet? Ja, vi är alla väldigt oroliga, det är en plågsam tid. Men bakom rubrikerna finns tusentals personliga öden och tragedier som inkluderar död och utslutning ur gemenskapen. Jag är inte här (i Sierra Leone) eftersom jag är läkare, den medicinska biten när det gäller ebola är rätt grundläggande. Jag är här eftersom jag är människa. Och när jag åker härifrån kommer det också vara för att jag är människa, och precis som alla andra har även jag gränser.«



BILD M5F

Benjamin Black
förlossningsläkare
Sierra Leone

I krigets skugga

Kriget i Syrien har pågått i 3,5 år. För befolkningen har det inneburit enorma umbäranden. Läkare Utan Gränser finns på plats både inne i Syrien och i grannländerna dit många flytt. I det här reportaget får vi möta några av dem som drabbats – en dag i krigets skugga.

Läkare Utan Gränserns klinik i Domizlägret i nordöstra Irak. I lägret bor cirka 60 000 syriska flyktingar. BILD YURI KOZYREV/NOOR



På Ramtha-sjukhuset i Jordanien, nära syrisk gräns, tas syrier som skadats i kriget om hand av Läkare Utan Gränser. BILD TON KOENE



Domizlägret i Irak inrättades till en början för syrisk kurder. I dag lever där drygt 60 000 människor.. BILD YURI KOZYREV/NOOR

Det är tidigt på morgonen. Kriget i Syrien är inne på sitt fjärde år. Fler än 190 000 människor har dödats och uppemot 9 miljoner har tvingats lämna sina hem. Av dessa har 2,8 miljoner flytt utomlands och fler än 6,5 miljoner är internflyktingar i sitt eget land.

Det är siffror som skakar om. Ändå kan det mänskliga lidandet i denna konflikt, det individuella lidandet, ibland tyckas svårt att förmedla. Det lidande som präglar tillvaron både inne i Syrien och i de länder dit människor tagit sin tillflykt.

Visst finns det stunder av normalitet. Frukost med familjen, en fotbollsmatch eller en kopp te med vännerna. Men detta är korta undantag från det stän-

diga sökandet efter säkerhet, någonstans att sova, trygghet och sjukvård.

För Läkare Utan Gränser handlar kriget i Syrien om att bistå med sjukvård. Till en början var vi mest involverade i att ta hand om skador som direkt kunde kopplas till striderna: skador från granatsplitter, skottskador och brännskador till följd av bomber. Senare, i takt med att sjukvården i Syrien kollapsade, började våra team i allt större utsträckning behandla patienter som inte fick medicin mot kroniska sjukdomar som högt blodtryck och diabetes, barn som drabbades av mässling och polio, kvinnor med komplicerade graviditeter och förlossningar.

I det här reportaget möter vi läkare och patienter som är på

flykt undan kriget. Det är tidigt på morgonen i Jordanien, Libanon och Irak, en dag i slutet av 2013. Tyvärr är situationen som den beskrivs i det här reportaget precis lika allvarlig nu som i december förra året.

RAMTHA JORDANIEN

I Ramtha, en stad i nordöstra Jordanien knappt fem kilometer från gränsen till Syrien, är kriget aldrig långt borta. Det märks i det ständiga ekot av explosioner. Och i strömmen av skadade som anländer till Läkare Utan Gränser traumaenhet på sjukhuset i Ramtha.

Haydar Alwash är en av kirurgerna på enheten. Just den här eftermiddagen, i en av krigets pauser, passar han på att utbilda

»Visst finns det stunder av normalitet. Frukost med familjen, en fotbollsmatch eller en kopp te med vännerna.«

personalen i hur man gipsar frakturer på armar och ben, skador som teamet konfronteras med varje dag. Men innan han är klar kommer larmet: två svårt skadade patienter, däribland ett barn, har just passerat gränsen och är på väg till sjukhuset.

– Alla våra patienter har precis blivit skadade i konflikten, säger han. Oftast av bomber eller i samband med skottlossning. Vårt arbete handlar först och främst om att rädda liv, vi gör kirurgiska ingrepp som kan rädda liv eller förhindra amputation.

I Ramtha ansvarar Läkare Utan Gränser för två operations- och två sjukhussalar på det statliga sjukhuset. Alla patienter kommer från Syrien. De slussas vidare till Ramtha genom ett nätverk av läkare som driver fältsjukhus

inne i Syrien men som inte har möjlighet att utföra operationer eller ge den uppföljande vård som svårt skadade personer behöver. Istället förs de över gränsen där ambulanser väntar för vidare transport till Ramtha.

När ambulansen anländer den här eftermiddagen får teamet veta att barnet redan har dött. Den andra patienten, en man med granatsplitter i benet, har en brusten pulsåder och har förlorat mycket blod. Han förs genast till operationssalen.

Även Haydar Alwash skyndar sig dit. Ursprungligen kommer han från Babylon i Irak men tvingades på flykt i samband med Gulfkriget på 1990-talet. I det trånga, smutsiga flyktinglägret fick han hjälp av Läkare Utan Gränser att öppna en klinik för



I Bekaadalen i Libanon har Läkare Utan Gränser både kliniker och uppsökande verksamhet. BILD MOISES SAMAN/MAGNUM

sina medflyktingar. Där och då lovade han sig själv att han en dag skulle jobba för Läkare Utan Gränser – ”för att betala tillbaka”, som han uttrycker det.

Just den här morgonen gick han rond vid halv nio. En av de första patienterna var Sami, 22 år, som opererats fyra gånger på en månad för en skottskada i benet. Sen kom Malik, en 14-åring som förlorat ena benet när hans hus bombades under en bröllopsfest. Därefter gick Haydar Alwash vidare till en 23-årig man med skador på ögon, ben, hand och bröstorg och en liten flicka som förlorade ett ben när hennes hus träffades av en granat som dödade flertalet i hennes familj, däribland hennes lillasyster.

– Vad har hon gjort för att förtjäna detta, att hennes ena ben har amputerats? frågar hennes moster som bor med henne här

på sjukhuset och som själv förlorat sin 16-årige son i kriget.

I en säng lite längre bort ligger Rukaya, 14 år. Hon var ute och gick med sin mamma och en granne när en granat exploderade alldeles intill. Hon minns att det kändes som om hennes ben smälte. Sedan är allt borta – tills hon vaknade upp på sjukhuset i Ramtha och fick veta att hon hade blivit av med båda benen och att hennes mamma var död. Hon har opererats sju gånger och i morgon är det dags igen. Målet är att hon så småningom ska kunna använda de proteser som hon kommer att bli tvungen att ha resten av livet.

Rukaya ser ändå glad ut när hon pratar med doktorn och förklarar att hon tänker få ordning på sitt liv, någon gång. Den styrka, så starkt närvarande även hos många andra patienter,

»Vi gör något som patienterna behöver nu, inte i morgon eller nästa vecka.«



Många patienter måste lära sig att leva med proteser. Kliniken i Amman, Jordanien. BILD KATE BROOKS

bidrar till att Haydar Alwash och hans kollegor står ut med att dag efter dag konfronteras med alla dessa svårt skadade och lemlästade människor. Och även om många patienter precis som Rukaya har en lång rehabilitering framför sig blir doktor Alwash ständigt påmind om varför han och Läkare Utan Gränser är på plats i Ramtha.

– Vi gör något som patienterna behöver nu, inte i morgon eller nästa vecka. Det är ett hårt arbete men samtidigt väldigt konkret. Man ser så tydligt hur viktigt det är, hur avgörande det kan vara för patienterna.

Just den här dagen har det blivit sent innan han kan packa ihop efter den sista operationen. Förhoppningsvis blir det en lugn natt, säger han, han skulle verkligen behöva vila. Men klockan två på morgonen ringer telefonen. Två

unga pojkar är på väg från Syrien, båda med allvarliga sprängskador. Arbetet fortsätter.

I juni 2014 hade Läkare Utan Gränser team i Ramtha gjort 1 315 kirurgiska ingrepp på 430 patienter från Syrien. Vi arbetar även med syriska flyktingar i al-Saatarilägre i Mafraq, i ett mödravårdsprojekt i Irbid och i ett projekt i Amman där vi bistår med rekonstruktiv kirurgi.

DOMIZLÄGRET IRAK

De senaste åren har människor strömmat fram och tillbaka över gränsen mellan Syrien och Irak när konflikterna på båda sidor gränsen avlöst varandra. I Domizlägret i norra Irak bor i dag minst 58 000 syriska flyktingar, i ett läger som när det öppnades 2012 var tänkt att rymma 1 000 familjer. Från början var tillgången till vat-



Kirurgen Haydar Alwash går rond på Ramtha-sjukhuset, Jordanien. BILDER TON KOENE

ten och sanitet extremt otillräcklig och fortfarande är hälsoproblemen många och allvarliga, även om situationen till viss del har förbättrats.

Mustapha Khalil, medicinskt ansvarig på Läkare Utan Gränser klinisk i lägret, flydde själv tillsammans med sin familj från Syrien förra året. Den här morgonen när han kommer till kliniken möts han av dussintals väntande människor och ljudet av gråtande barn. Så är det varje morgon, säger Mustapha.

Inne på avdelningen undersöker Mustapha Khalil en sexårig pojke med öron- och luftvägsinfektioner, sedan en annan pojke som skällats av kokande vatten när en kastrull välte inne i familjens tält. Ett litet barn med urinvägsinfektion, en flicka med ett stort skärsår i fingret som måste sys, och så en äldre kvinna

»Nu vet de inte hur länge de måste vara i exil eller vad som väntar dem när de återvänder.«

som är blek och har svårt att andas.

– Befolkningen i Syrien har lidit länge, säger Henrike Zellman, en av Läkare Utan Gränser psykiologer som tidigare jobbade i lägret. Många familjer har splittrats. Många har skadats, de har förlorat anhöriga och tvingats lämna sina hem. Nu vet de inte hur länge de måste vara i exil eller vad som väntar dem när de återvänder. Om de visste att de skulle bli tvungna att stanna i lägret i såg två månader och sen kunna åka hem igen, då skulle det inte vara så svårt. Men ingen vet. Och denna ovisshet gör människor sjuka.

Antalet patienter som uppvisar symtom på allvarliga psykiska problem ökar, fortsätter hon. När hon jobbade i lägret tog hon och hennes syriska kollegor

emot 7-9 patienter varje dag. De flesta vuxna led av depressioner och oro, medan barnen hade mardrömmar, sömnproblem och kissade på sig. Men att så många mår psykiskt dåligt är inte särskilt konstigt, säger Henrike Zellman.

– De reagerar helt normalt på en väldigt onormal situation.

Under 2013 hade Läkare Utan Gränser 130 000 patientbesök i Domizlägret och ytterligare 50 000 i två andra läger för syriska flyktingar i norra Irak. Hittills i år har behovet av sjukvård varit lika stort.

ARSAL LIBANON

Läkare Utan Gränser kliniker i Arsal, en stad i Bekaadalen i Libanon, har just öppnat för dagen men väntrummet är redan fullt. Män och kvinnor, med barn i

famnen och tröttheten inristad i ansiktet, har slagit sig ner på bänkarna i väntan på att bli undersökta. Till den här kliniken, en av fyra som Läkare Utan Gränser driver i Bekaadalen, kommer människor som annars inte har tillgång till sjukvård.

Det är syriska flyktingar men också palestinier och den bofasta befolkningen. Här kan de få primärvård, vård för kroniska sjukdomar och barn- och mödrahälsovård. Och trängseln i väntrummet talar sitt tydliga språk: behovet av sjukvård, inte minst bland de syriska flyktningarna, är enormt.

I ett av mottagningsrummen tar allmänläkaren Rabih Kbar emot den första av dagens runt 50 patienter, ett antal som stiger kontinuerligt, berättar han. I det andra rummet undersöks gravida kvinnor. Varje dag tar teamet emot 10-12 kvinnor, de allra flesta från Syrien. Förlösningar kan inte genomföras här så kvinnorna får en kupong som täcker kostnaderna för en förlösning på en klinik i närheten.

I dagsläget finns drygt en miljon flyktingar från Syrien i Libanon – ett land med 4,4 miljoner invånare. Men här finns inga organiserade läger utan de måste själva skaffa sig tak över huvudet; i tält, i tomma skolsalar, betongbaracker eller övergivna fängelser.

Avsaknaden av organiserade läger innebär också att många flyktingar inte känner till Läkare Utan Gränser kliniker och inte vet vart de ska vända sig om de behöver sjukvård. Ett viktigt inslag i Läkare Utan Gränser



I Domizlägret har många barn inte gått i skola på länge. Psykiska problem ökar bland både barn och vuxna. BILD YURI KOZYREV/NOOR

arbete är därför den uppsökande verksamheten, informera om att vi finns och identifiera vilka som har behov av sjukvård.

Just den här dagen åker hälsoarbetaren Hanane Lahjiri ut tillsammans med socialarbetaren Sarah Hamood. De kör runt mellan platser där de vet att flyktningarna finns och hittar de dem inte så frågar de sig fram.

– Det blir allt svårare att hitta dem som är i behov av hjälp, förklarar Sarah. Flyktningarna bor på så många ställen, så utspritt, att man inte alltid kan lokalisera dem.

Första stoppet i dag är Abu Ismaelbosättningen, bestående av 30-40 rum i en betongbyggnad som en libanes hyr ut till flyktningarna. Hanane vill kolla

upp en kvinna vars barn dog strax efter födseln. Sen kör de vidare till andra bosättningar där de har möten med lokala ledare, patienter, familjer och alla som kan ge dem information om den allmänna hälsan bland folk. På mötena berättar de också om vilken hjälp som går att få hos Läkare Utan Gränser.

Problemen är många och varierande. Flyktningarna saknar tillgång till vatten, el och bostäder som fungerar under vintern. Många har barn som är sjuka och familjemedlemmar som är kvar i Syrien och inte har hörts av på länge.

En man berättar att han fortfarande förvarar sina ägodelar i bilen eftersom tältet svämmar över varje gång det regnar. En

kvinnas man har förlorat sin man och sitt hem under kriget och har nu även blivit tvungen att skicka iväg sin dotter att bo med en släkting – latrinerna är för långt borta från tältet och det är inte säkert för unga flickor att gå dit efter mörkrets inbrott.

– Vi brukade ha ett bra liv, säger hon.

Vägarna i Bekaadalen slingrar sig upp och ner för kullarna. Vart Läkare Utan Gränsers medarbetare än åker träffar de på människor i behov av hjälp. Och medan kriget fortsätter blir de allt fler. ■

Enbart under 2013 gjorde Läkare Utan Gränser fler än 50 000 medicinska undersökningar i Bekaadalen. En fjärdedel av patienterna var barn under fem år.



Ashraf Al Busani undersöker en patient som föll ner från taket i samband med en bombattack mot Basra, Irak. Den första operationen för 3 år sedan misslyckades och sedan dess har han inte kunnat öppna munnen ordentligt. BILD KATE BROOKS

»Greetings, thank you for receiving this respectful letter on this nice day...«

I våras jobbade sjuksköterskan Elin Bucher på sjukhuset i Gogrial i Sydsudan. I det här utdraget från hennes blogg får vi följa henne under några hektiska dagar.



BILD: ISABEL CORTIHER

28 april

Idag blev en av killarna i sterilen sjuk. Så jag hoppade in där och hjälpte Salva, en av våra lokalt anställda. Han visade hur man slog in instrumenten i paket som man sedan steriliserar. Mina paket såg ut som små knöggliga katastrofer. Salva tittade skeptiskt på mig. Som att han tvivlade på att jag faktiskt var legitimerad sjuksköterska. Hans engelska räckte inte till när jag försökte förklara att steril paketering inte ingår i sjuksköterskeutbildningen i Sverige. Men efter en tio-tolv inslagna paket blev det bättre. Salva tittade på mig och sa: »Hellin, you have a wise mind. You learn fast«. Sen satt vi där i en timme och steriliserade instrument ihop. Salva sjöng sånger på dinka och jag sjöng på Neil Young.

5 maj

Sydsudaneser har ett visst sätt att gestikulera, att tala, som kan upplevas som rätt aggressivt. Om man inte vet bättre. Men nu vet jag bättre. Jag hjälpte den franska barnmorskan Coco på förlossningen idag. Inte för att jag kan något om barnafödande utan för att hon behövde ett par extra händer. Satt i salen och ögnade igenom några journaler när en hand med ett par knäppande fingrar dök upp tre centimeter från mina ögon. Tittade upp. En av de höggravida kvinnorna stod framför mig. Hon viftade med pekfingeret i mitt ansikte »You! you baby!?!« Hon ville veta om jag hade några egna barn. Alltså bara ett trevligt kontaktsökande. »Yesss...« började jag svara. För jag har läst någonstans att man får mer respekt om man är en barnafödande kvinna i de här delarna av Afrika. Men sen kom jag på att det är onödigt att nästla in mig i massa lögnar om hittepå-barn. Man vet aldrig var det slutar. »No, no babies« svarade jag. Coco kom in i samma stund och fick samma fråga. Nej, inga barn hos Coco heller. De fem kvinnorna i rummet tittade på varandra och sen började de skratta. Och de sk-rattade så att tårarna rann. Herregud, vår barnlöshet var så roande att de nästan sattes in i förlossningsmode, eller vad det nu heter. Och sen började de föda barn. Ingen smärtlindring. ALLS. Två av dem klämde ut tvillingpar. När de var klara reste de sig och gick ut till duschen. Sen kom de tillbaka in och hämtade sina bebisar och tog med dem till »mamma-avdelningen«. Inga krusiduller liksom.



BILD: PRIVAT

7 maj

Barn dör väldigt lätt här. Jag har under de tre senaste dagarna sett tre barn dö. Barn som dog av saker de aldrig skulle dött av i Europa eller USA. Abdullhai, vår kenyanska narkosläkare, säger att vi européer/amerikaner måste lära oss att låta barnen som inte kommer överleva, dö. Vi har tydligen svårt för det. Jag har svårt för det. Intensiven i Gogrial är egentligen bara en sal med 8 sängar, tillhörande myggnät och en skylt vid dörröppningen där det står »ICU«. Klockan 18 kommer Akon in. En tvåårig flicka som blivit ormbiten en liten stund innan. Akon skriker av smärta trots smärtlindring, bettet är omlagt men vi har inget motgift vi kan ge. Plötsligt ropar Ryan till mig att komma. Akon har börjat sjunka i medvetande och plötsligt kräks hon. Vi behöver en sug för att suga bort kräket innan hon får ner det i lungorna. Vi har ingen sug på intensiven. Någon springer och hämtar sugen från förlossningen. Det tar en evighet. Akon försvinner bort mer och mer. Sen suger vi rent så gott vi kan. Hjälper henne att andas med en andningsblåsa. Ger henne adrenalin. Jag och Ryan hukar vid flickans säng. Mamma sitter bredvid mig och skriker av ångest... Det är säkert 50 grader varmt. Det känns så. Det droppar ner svett från oss båda på lilla Akon. Jag frågar om det finns något mer läkemedel vi kan ge. Det finns det inte. Jag frågar om det finns något mer vi kan göra för flickan. Det finns det inte... Några minuter senare andas hon inte längre. Mamman sveper in henne i en sjal och lämnar sjukhuset.

10 maj

Jag har börjat lära mig mina 20 sjuksköterskor. Alla är män i 25–30-årsåldern. Jag kan allas namn. Jag vet vilka som är duktiga på att jobba, vilka som är noggranna, som kan blanda läkemedel korrekt, sätta dropp i rätt hastighet. Jag vet vilka som kommer till mig och ber om hjälp när de behöver det och jag vet vilka som inte lyssnar på ett ord jag har att säga och som demonstrativt lägger upp fötterna på bordet och tittar bort när jag kommer in på avdelningen. Och sen har vi sköterskan DMK. Han jobbar på vår akutmottagning och är helt fantastisk på att sätta nålar. Han får in infarter hur lätt som helst på de små utmärklade, intorkade bebisarna. DMK är nästan två meter lång, har stort burrtigt hår där han förvarar sina pennor, färgglada skjortor, utsvängda finbyxor och spetsiga lackskor. Det bästa DMK vet är att skriva brev. Han skriver till både mig och dr Ryan. Breven börjar alltid väldigt artigt: »Greetings, thank you for receiving this respectful letter on this nice day, with all my respect I would like to inform you...«. Och sen följer exempelvis information om att han bytt pass med den andra akutsjuksköterskan Peter. Eller en utläggning om att han måste vara ledig för att hans son blivit ormbiten. Eller att han måste vara ledig för att jordnötterna ska sköras. Han avslutar alltid med: »respectfully reporting to you/DMK«. På ett morgonmöte i veckan räckte han mig ett brev. Det började i vanlig ordning med: »Greetings, with all respect...« och sen följde en utläggning om hans farbror som blivit träffad av blixten kvällen innan. Brevet avslutades med en kort beskrivning av hur ont han hade i

»DMK är nästan två meter lång, har stort burrtigt hår där han förvarar sina pennor.«

sin tand. Efter mötet gick jag fram till DMK och tackade för brevet. Frågade lite hur det var med hans farbror. Han berättade. Frågade lite hur det var med hans tand. Han berättade. Sen stod jag tyst ett tag, för jag tänkte att DMK skulle förklara syftet med brevet. Ville han vara ledig? Behövde han smärtlindring? Men DMK stod också tyst. Till slut frågade jag hur jag kunde hjälpa honom. »No, no Hellin, this letter I just write to inform you«. Bara en liten lägesrapport liksom. Föreställde mig för en sekund hur DMK skulle vara på Facebook. Men tackade, tog med mig brevet och lade det till en växande hög av DMK-brev. På tre veckor har jag fått sju stycken.

»Jag har blivit stoppad av unga talibaner i Afghanistan och tittat in i kanonrör i Palestina. Och då tänkte jag att nu dör jag...«

Kontraktet är underskrivet och väskan packad. Som ny medlem i Läkare Utan Gränser akutpool är Stefan Liljegren beredd att när som helst åka ut i fält. Än så länge vet han inte vad första uppdraget blir men snart ringer telefonen...

Hej Stefan, är du redo att åka iväg nu?

– Ja, jag är utvilad och känner mig taggad. I morgon får jag veta vart de tänker skicka mig, tror jag, och så åker jag väl någon dag senare. Får jag välja åker jag gärna till Sierra Leone eller Liberia och jobbar med ebola. Det känns väldigt viktigt just nu. Men vad det än blir så känns det jättebra.

Vad gjorde du innan du skrev på för akutpoolen?

– I flera år jobbade jag för resebolaget Rosa Bussarna. Men sedan i oktober förra året har jag varit hemma och ledig, med undantag för ett uppdrag med

**STEFAN LILJEGREN
RESVÄSKA ELLER RYGGSÄCK /**

Resväska. Jag har aldrig fattat det där med ryggsäck i fält.

KULTURELLA SKILLNADER /

Jo, de kan vara väldigt tydliga i fält. I Sydsudan ledde jag ett team med fler än 20 olika nationaliteter. Vid utvärderingen efteråt sa min chef till mig att jag behövde förbättra mig på en punkt: jag fick inte vara så strikt när det gäller det här med att komma i tid till möten.

HEMKOMSTEN / Det kan kännas ensamt ibland, det är svårt för vänner och familj att riktigt förstå vad man varit med om. Därför tycker jag att det är väldigt kul att föreläsa, de som lyssnar är ju nästan alltid genuint intresserade.

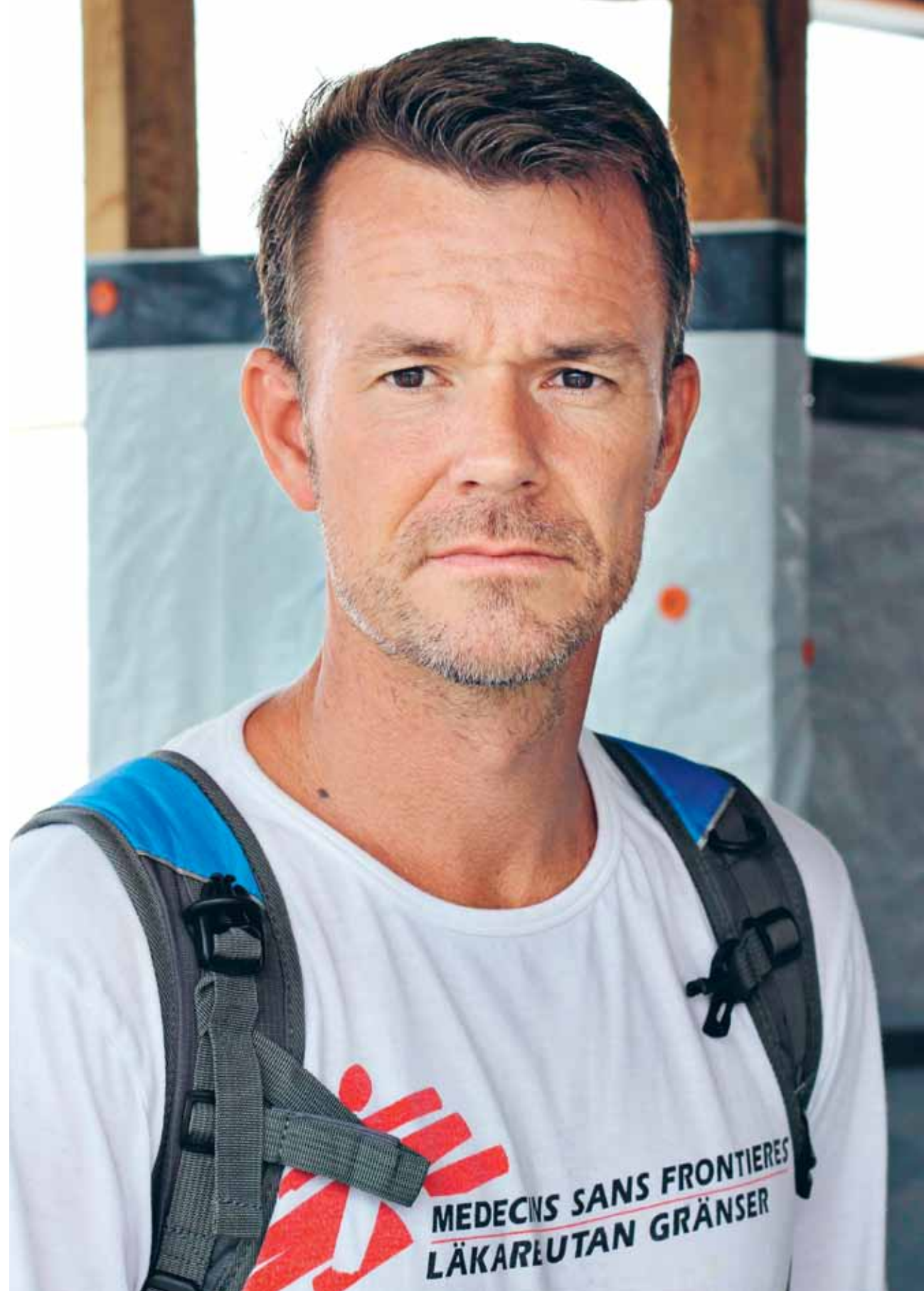
Läkare Utan Gränser i Sydsudans huvudstad Juba. För övrigt har jag haft gott om tid att vila och nu känner jag mig redo för nya uppdrag.

Men det blir inte ditt första uppdrag för oss?

– Nej, innan uppehållet, som varade i tio år, gjorde jag ett antal uppdrag i fält. Det var kul att komma tillbaka nu, jag kände igen mig även om det har blivit en bättre organisation, mer struktur och mer byråkrati. Det kanske låter tråkigt men det var nog nödvändigt.

Hur hamnade du på Läkare Utan Gränser från början?

– Jag åkte jorden runt i ett par år på en väldigt liten budget. På vägen träffade jag en massa folk och de bjöd på vad de hade, allt från mat till skjuts. Och jag hade inget att ge tillbaka. Jag kände att jag ville bidra med något men visste inte vad eller hur. Jag sökte en FN-tjänst i Bosnien, som gruppchef för hantverkarna. Det var 1997. Men det var inte riktigt vad jag hade tänkt mig, inte tillräckligt konkret. I samma veva hörde jag talas om Läkare Utan Gränser och skickade mitt cv till kontoret



»Jag är inte naiv. Jag vet att jag inte är skyddad av min t-shirt med Läkare Utan Gränsers logga«

i Stockholm. Men när jag skulle fylla i ansökningsblanketten kände jag tydligt att jag inte dög så jag la den åt sidan. Sex månader senare ringde de från kontoret och undrade varför jag aldrig hade skickat in ansökan. Och sen gick allting väldigt snabbt. Jag gick en introduktionskurs i Bryssel och två dagar senare satt jag på ett plan till Albanien.

Vad minns du från det uppdraget?

– Det var fantastiskt spännande, otroligt utmanande och efter två månader var jag totalt utsliten.

Vad gjorde du?

– Jag var logistiker. Jag är upp vuxen på ett jordbruk och då får man lära sig lite av varje. Jag har utbildat mig till maskinmekaniker, byggnadstekniker och läst grunder i data. På universitetet läste jag kurser i pedagogik, internationella relationer, freds- och konfliktkunskap och avslutade med en examen i retorik. Så man kan väl säga att jag kan lite om mycket utan att vara expert på någonting.

Vart åkte du efter Albanien?

– Till Östtimor, Afghanistan, Turkmenistan, Västbanken, Etiopien och Afghanistan igen. Det var under mitt andra uppdrag där, 2004 när jag var landansvarig, som fem av våra medarbetare dödades och vi lämnade Afghanistan. Jag var i Schweiz just då men

åkte tillbaka direkt för att ta hand om evakueringen av medarbetarna.

Hur präglas man av en sådan händelse?

– Det låter kanske konstigt, men fram till i dag är det uppdraget det bästa jag har haft. Jag upplevde själv inget personligt hot utan kände mig trygg där jag var. Och tillsammans med den övriga personalen kom vi fram till en bra lösning på hur evakueringen skulle gå till. Det blev en bra process för alla, tror jag.

Förutom Afghanistan har du ju varit i många andra krigsområden också. Blir du någonsin rädd?

– Jag har respekt för situationen, absolut. Jag har blivit stoppad av unga beväpnade talibaner och tittat in i kanonrör i Palestina och då tänkte jag att nu dör jag. Vid ett tillfälle såg jag hur en kille drog loss splinten ur en granat och kastade den mot vår bil. Men jag såg också hur han stoppade fingrarna i öronen och förstod då att det var en chockgranat. En sån som låter mycket men inte orsakar så allvarliga skador. Men jag är inte naiv. Jag vet att jag inte är skyddad av min t-shirt med Läkare Utan Gränsers logga. För att vara trygg och säker behövs många grundstenar, så mycket har jag lärt mig. Men är man medveten om riskerna så har man kommit ganska långt.

När du var i Sydsudan i vintras var läget kritiskt. Bland annat kom rapporter om att flyktingarna fick stå i vatten upp till knäna. Hur kan det bli så?

– FN som drev lägret i Juba hade förbjudit flyktingarna att ha sängar inne i tälten eftersom man menade att de tog för stor plats. Så när skyfallen kom fick de stå där med sina ägodelar och barn i

famnen och vänta på att vattnet skulle sjunka undan. Det var fruktansvärt. Över huvud taget var det ett tufft uppdrag och ett spánt säkerhetsläge. Jag har aldrig varit med om att så många medarbetare börjat gråta. Det hände att jag fick höra att en kille suttit på toaletten och gråtit i en timme. Det kunde vara en läkare som kände sig osäker i sin yrkesroll. Då kunde jag koppla in en mer erfaren läkare från ett annat projekt som kunde stötta honom i ett par dagar. Och det räckte för det mesta. Eller så kunde det bero på att personen helt enkelt var trött och då försökte jag se till att han eller hon fick vila en dag, sitta vid Nilen och läsa en bok eller göra något annat avkopplande

Hur förbereder du dig själv för uppdraget som medlem i akutpoolen?

– Jag har vilat och motionerat. Och så rent praktiska saker, som att jag har två pass, ifall jag måste åka med kort varsel och mitt andra pass är inlämnat på en ambassad i samband med en visumansökan. Och så har jag en lista – en lång lista! – på saker som kan vara bra att ha. För min del handlar det mycket om elektronik, telefon, kamera, video och dator. Och praktiska kläder och skor, helst sånt som jag kan lämna kvar, det finns alltid nån som kan behöva grejerna. En annan sak som jag alltid har med mig är godis. Det brukar vara mycket uppskattat på eftermiddagsmöten när alla är trötta. Om man då skickar runt en påse smågodis brukar mötet gå mycket bättre! ■

Några timmar efter intervjun ringer Stefans telefon. Han ska till Liberia. Två dagar senare sitter han på planet till Monrovia där han ska arbeta som fältkoordinator för insatsen mot ebola. Läs mer på sidan 29.

UKRAINA / Sjukhus beskjuts i öst



Ett bombat hus i Mykolajiv. I östra Ukraina är våldet ständigt närvarande.
BILD ANASTASIA TAYLOR-LIND

De senaste månadernas intensiva konflikt har lett till en alltmer akut humanitär situation i östra Ukraina. Sjukhus har beskjutits, tiotusentals människor tvingats på flykt och tusentals skadats eller dödats.

– Sjukvården i östra Ukraina har svårt att klara av det höga patienttrycket och medicinska förnödenheter tar slut när krigsskadade och flyktingar strömmar in, säger Stephane Prevost, landansvarig för Läkare

Utan Gränser i Kiev.

Våra team har tillhandahållit medicinskt material för behandling av fler än 6 200 krigsskadade på sjukhus i Donetsk- och Luhanskregionerna. Vi har även bistått med hygienpaket till människor på flykt i Dnepropetrovsk och på flera platser i Donetskregionen.

Det osäkra läget och den ständiga beskjutningen gör det svårt att nå de områden där hjälpen behövs som mest, men vi fortsätter att bistå med medicinskt material och mediciner till alla behövande i konflikten, oavsett sida.

GAZA / AKUT INSATS UNDER ISRAELISKA OFFENSIVEN

Under sommarens israeliska offensiv mot Gaza arbetade Läkare Utan Gränser på al-Shifasjukhuset.

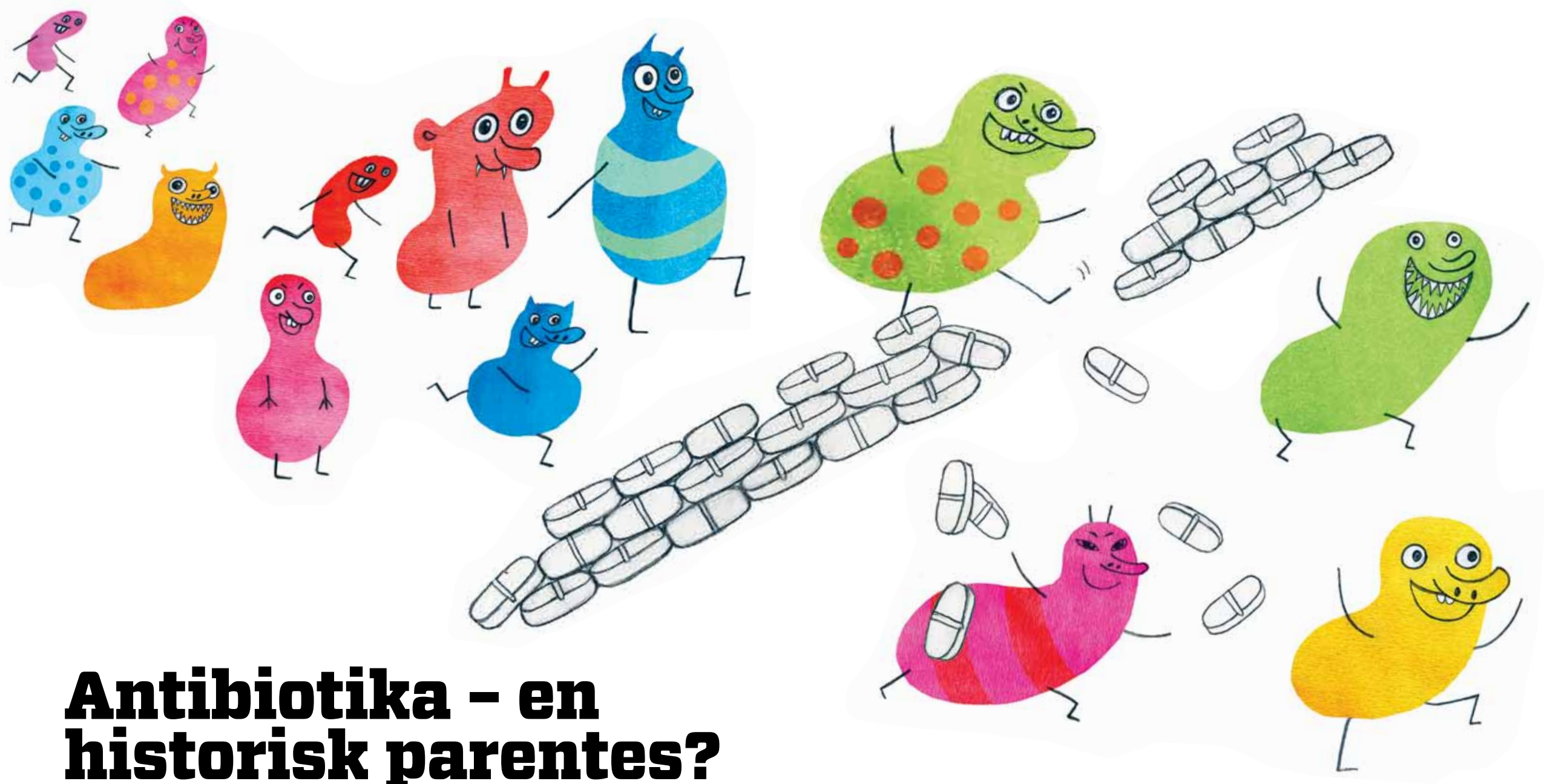


Brännskadeavdelningen på al-Shifasjukhuset.
BILD SAMANTHA MAURIN

Tillsammans med den palestinska sjukvårdsmyndigheten bistod vi främst med kirurgiska insatser. Till sjukhuset kom mängder av svårt skadade, framför allt personer med bröst- och bukskador till följd av granatsplitter och med brännskador efter explosioner. Läkare Utan Gränser driver också en klinik i Gaza stad med eftervård till patienter som opererats. Vi arbetar även med psykologiskt stöd i ett projekt på Västbanken.

SYDSUDAN / OVÄRDIGT I ÖVERSVÄMMAT LÄGER

I staden Bentiu har 40 000 människor sökt skydd på en FN-bas. I juli svämmade lägret över och flodvatten upp blandat med avloppsvatten täcker sedan dess en stor del av markytan inne på området. Ändå stannar flyktingarna kvar, eftersom det är deras enda skydd mot inbördeskriget som bröt ut i december 2013. Läkare Utan Gränser har protesterat mot vad vi kallar en »skymf mot mänsklig värdighet« och FN:s mission i Sydsudan, som förestår lägret, har gått med på att vidta vissa åtgärder.



Antibiotika - en historisk parentes?

Världen står inför en global kris. Om resistensutvecklingen mot antibiotika inte stoppas kan modern sjukvård snart vara ett minne blott.

TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT
BILD MOA HOFF

Nästan hela världens sjukvård bygger på att det finns antibiotika. I vår del av världen skulle cancer-vården inte fungera utan antibiotika, inga transplantationer skulle kunna göras och vanliga, enkla sjukdomar skulle bli livshotande. I fattigare länder skulle dödsfallen i lunginflammation, diarréer och andra infektioner skjuta i höjden ännu mer.

Än så länge finns det fortfarande antibiotika som fungerar. Men om det mardrömsscenario som Världshälsoorganisationen WHO och andra målar upp skulle bli verklighet, kan detta snart ha förvandlats till en medicinhistorisk parentes.

I takt med att allt fler bakterier utvecklar resistens mot antibiotika ökar behovet av nya preparat. Samtidigt är det sedan länge så gott som tomt i läkemedelsföretagens "pipeline".

– Ända sedan andra världskriget, då penicillin började massproduceras, har det funnits en övertro på att läkemedelsindustrin ska försörja världen med effektiva läkemedel, säger Otto Cars, professor i infektionssjukdomar vid Uppsala universitet och grundare av det internationella nätverket ReAct (Action on Antibiotic Resistance). Eftersom det hela tiden har kommit ut nya produkter på marknaden

har man litat på att det ska fortsätta så. Men sedan flera decennier är det tvärstopp.

– Världen står inför en global kris för folkhälsan, fortsätter han. Det är ett budskap som vi måste få fram. Vi måste också skapa nya samarbetsformer och finansiella mekanismer för att så snabbt som möjligt tillgodose det globala behovet av effektiva antibiotika.

I dagsläget är problemet med antibiotikaresistens förmodligen störst i västvärlden. Det är ju här som vi mer eller mindre har fri tillgång till sjukvård

»Behovet av nya antibiotika är alltså enormt. Och samtidigt ska man helst inte använda dem.«

och förväntar oss att läkaren ska skriva ut en »quick fix« när vi inte har tid att vara sjukskrivna. Vilket allt som oftast innebär en kur med antibiotika.

Men det är i den fattigare delen av världen som behovet av fungerande antibiotika till ett rimligt pris är allra störst. Det är där infektionssjukdomarna skördar miljontals liv och undermärdade barn riskerar att duka under i luftvägsinfektioner, malaria eller blodförgiftning. Och det är där den bristande tillgången till antibiotika fortfarande är ett minst lika stort problem som resistensutvecklingen.

I låg- och medelinkomstländerna har man en dubbel börda, säger Otto Cars. Många saknar tillgång till behandling mot infektionssjukdomar och även om det finns antibiotika har man sällan råd att köpa nya och dyrare preparat där risken för resistens är betydligt mindre.

En bidragande orsak till att situationen blivit så allvarlig är att man under lång tid inte tog den på allvar. Ändå kom de första rapporterna om resistens redan på 1940-talet, det vill säga kort efter det att antibiotika började användas i större skala.

Antibiotikaresistens betraktas inte som en sjukdom och därför har man inte heller noterat de medicinska konsekvenserna, att det underminerar behandlingen av väldigt många sjukdomar. Av samma anledning saknas det data över situationen i olika delar av världen. Men vi kan vara säkra på att problemet är otroligt mycket större än vad vi har en aning om. Enligt en studie från fem länder i södra Asien som ReAct har beställt dör ett barn var femte minut till följd av att antibiotikan inte fungerar.

För Läkare Utan Gränser har det alltid varit tillgången till sjukvård – eller snarare bristen på tillgång – som stått i centrum. På många håll där vi jobbar är det en ständig kamp att göra vården tillgänglig för patienterna, oavsett om det är en

väpnad konflikt som hindrar dem från att ta sig till kliniken, om det är fattigdom och brist på resurser eller om de tillhör en diskriminerad samhällsgrupp som är exkluderad från det statliga sjukvårdssystemet.

När en patient väl lyckas nå fram till en av Läkare Utan Gränserns vårdinrättningar försöker läkarna och sjuksköterskorna därför göra allt de kan redan vid detta första besök, berättar Katja Wallander, infektionsläkare med ett antal fältuppdrag i bagaget.

– På de flesta ställen där vi jobbar har vi inte möjlighet att ta prover så därför vet vi inte säkert om det är bakterier, virus eller något annat som orsakas av en infektion, fortsätter hon. Men om man misstänker att patienten har en infektion som orsakas av bakterier sätter vi ibland in antibiotika för säkerhets skull.

– Vi kan ju inte riskera patienternas liv, fortsätter hon. De kanske redan har utsatt sig för stora faror för att ta sig till kliniken och då kan vi inte be dem komma tillbaka om tre dagar för att se hur de mår då.

Den här metoden räddar många liv – och bidrar samtidigt till den ökade resistensutvecklingen. En balansgång som ibland är svår, säger Katja, men där valet ändå ofta är lätt.

– Vi har inte resurser att ta prover eller göra odlingar och skicka iväg till ett labb i huvudstaden. Och patienterna har ofta inte möjlighet att komma tillbaka. I många fall har de gått till fots i timmar eller betalat dyrt för transport. Därför behöver vi nya och snabbare diagnosmetoder för att direkt på plats kunna få svar på om det är en bakteriell infektion, och i sådana fall vilken typ av bakterier, så att vi kan sätta in rätt antibiotika.

Det finns också andra och omedelbara åtgärder att ta till för att minimera användningen av antibiotika och därmed minska risken att provocera fram resistenta bakteriestammar, fortsätter hon. En sådan åtgärd är att alltid undersöka patienten kliniskt, till exempel att lyssna på lungor och ta tempen. Kanske måste vi inte ge antibiotika? Är en sådan behandling onödig gör vi ju patienten en björntjänst, säger Katja, den ger bara biverkningar och ingen verkan.

En annan åtgärd är att jobba mer med hygien, för att därigenom inte bidra till spridningen av de resistenta stammar som redan finns.

– Sjukhushygien är jätteviktigt, att personalen tvättar händerna, att det finns handsprit tillgängligt och ordentliga kläder. Vi gör mycket redan nu men måste bli ännu bättre, även på att utbilda patienterna i grundläggande hygien. Vi kan ju inte stoppa i dem medicin och sedan glömma att tala om för dem att de måste tvätta händerna.

Ett exempel på en sjukdom där resistensen mot gångbara läkemedel nått alarmerande nivåer är tuberkulos. På allt fler håll i världen nysmittas nu människor av tbc-stammar som är resistenta mot minst två av de läkemedel som finns till hands. Den behandling som återstår är så lång och plågsam att många patienter inte orkar med utan avbryter i förtid. Bara cirka 20 procent av alla med multiresistent tuberkulos i världen har tillgång till behandling och av dessa är det bara knappt hälften som säkert tillfrisknar. Det berättar infektionsläkaren Ann Åkesson som har jobbat för Läkare Utan Gränser i Tadzjikistan, ett av de länder som drabbats värst av multiresistent tbc.

– Jag jobbade i ett projekt för barn med multiresistent tbc och extremt resistent tbc. Det var ganska chockerande att inse att det ibland inte finns tillräckligt effektiv behandling att ge, berättar hon.

De senaste två åren har det kommit ut två nya läkemedel mot tbc på marknaden – de första på 50 år – men dessa finns än så länge inte i Tadzjikistan. Många läkemedel mot multiresistent tuberkulos är dessutom så dyra att det är långt ifrån självklart att fattiga länder över huvud taget har råd med dem.

– Det är otroligt viktigt att vi får nya läkemedel som är tillgängliga även i fattiga länder. Men det är lika viktigt att de används på rätt sätt, så att bakterierna inte blir resistenta mot dem också. Dessutom är det ju så att i stora delar av världen är bristen på tillgång till antibiotika fortfarande det största problemet.

Liksom Katja Wallander efterlyser Ann Åkesson nya och enklare diagnosmetoder för tbc. Inte minst när det gäller barn är nuvarande metod, som bygger på analys av upphostningar, svår att använda.

– Man får sällan tillräckligt bra upphostningar från barn och då blir det svårt att avgöra om bakterierna är resistenta mot något läkemedel och

vilken behandling som i sådana fall kan fungera. På så sätt riskerar man att sätta in behandling som inte hjälper. Men det är också absolut nödvändigt med läkemedel som inte ger lika svåra biverkningar som de vi har i dag. Vi hade patienter som försökte gömma medicinen under madrassen för att de mådde så dåligt av den.

Behovet av nya antibiotika är alltså enormt. Och samtidigt ska man helst inte använda dem. En knepig ekvation för läkemedelsbolag som finansierar sin forskning med vinsten på tidigare produkter. Men det är en ekvation som går att lösa. Det anser både Läkare Utan Gränser som länge kämpat för att bryta kopplingen mellan investeringskostnaden och försäljning, och Otto Cars och ReAct.

– Det finns flera olika modeller som kan fungera. Till exempel att stora aktörer garanterar förköp av en viss volym eller att man delar på de finansiella riskerna. Men ett sådant system måste då också innebära att den offentliga sjukvården sedan får tillgång till produkten.

Sverige har varit väldigt pådrivande när det gäller att försöka sätta stopp för resistensutvecklingen, säger Otto Cars. Men den handlingsplan som togs fram av EU-kommissionen, efter påtryckningar under det svenska ordförandeskapet 2009, gagnar snarare läkemedelsindustrin än patienterna. Framför allt gagnar den inte patienter i fattiga länder.

Men det är också viktigt att komma ihåg att de främsta orsakerna till brist på nya antibiotika i dag inte är ekonomiska, utan vetenskapliga, säger Otto Cars.

– Att ta fram antibiotika mot de mest resistenta bakterierna är vetenskapligt väldigt svårt och kräver ett samarbete mellan den akademiska forskningen och läkemedelsbolagen. Det finns en del nya initiativ som bygger på olika samverkansmodeller, och ett sådant projekt leds från Uppsala universitet med målet att få fram ett nytt antibiotikum till 2019.

– Men detta räcker inte på långa vägar. Vi måste få fram fler nya läkemedel, och de måste göras globalt och rättvist tillgängliga. Dessutom måste vi förvalta dem bättre. Annars kommer historien bara att upprepa sig. Jag är djupt oroad över hur vi ska kunna fortsätta bedriva modern sjukvård, om vi inte längre har tillgång till antibiotika. ■





Hawa, 19 år, har just återvänt hem till Shegbwema i Sierra Leone efter att ha besegrat ebolan på Läkare Utan Gränsers klinik. Hennes man är fortfarande sjuk men deras dotter har klarat sig. BILD P.K. LEE

Hem till byn med ebolans överlevare

Om ebolaepidemin ska kunna bromsas måste kunskapen om symtom och smittvägar öka. I kampen mot epidemin har därför Läkare Utan Gränsers hälsoinformatörer en avgörande roll.

TEXT KARIN EKHOLM

Chauffören Jonathan manövrerar skickligt framåt genom den täta tropiska skogen. Vägen är inte mer än ett par hjulspår med djupa, lerfyllda hål som får bilen att slira från sida till sida. Inför varje skarp kurva tutar Jonathan för att varna eventuella fotgängare framför oss. Barn, kvinnor och män på väg till sina

odlingar kliver undan för att ge plats åt bilen och de uppslukas genast av växtligheten.

Vi är på väg från Läkare Utan Gränsers ebolacenter i staden Kailahun till några av byarna här i östra Sierra Leone. Hälsoinformatören Lucia Gbondo och två före detta patienter, Myata och Moriba, sitter tysta med blickarna fokuserade på vägen, beredda att

parera nästa kraftiga krängning. Efter en dryg timme stannar vi i Pendembu för att släppa av den unga Myata som har testats negativt för ebola på centret. Myata ser tveksam, nästan rädd ut när vi inväntar bychefen i en betongpaviljong medan byns barn samlas runt oss. Ingen går nära.

När bychefen anländer presenterar vi oss och Lucia förklarar



Lucia Gbondo informerar om ebola i Sierra Leone. Döda kroppar tas om hand i Liberia. BILD KARIN EKHOLM, CAROLINE VAN NESPEN

på det lokala språket mende att Myata inte har ebola. Till Myata ger hon allvarliga förmaningar om hur hon ska förbli frisk – tvätta händerna med tvål, ta inte i någon som är sjuk, vi vill inte se dig på centret igen! Vi tar avsked och sprejar noggrant skor och händer med klorinlösning innan vi kliver in i bilen igen. Nu kan vi bara hoppas att Myata lyckas undvika viruset även i fortsättningen.

Familjen är rädd

Lucias egen familj är rädd för henne, berättar hon. De tror att hon kan smitta dem med ebola, och de ber henne att vara försiktig och noggrann i sitt arbete.

– Jag valde det här jobbet eftersom jag anser att jag har en viktig roll i att utbilda mina landsmän

om riskerna och om preventiva metoder för att stoppa spridningen av ebola i Sierra Leone. Jag vill också berätta för människor i övriga världen att ebola dödar afrikaner och att vi behöver deras hjälp med resurser för att stoppa utbrottet.

Nästa stopp på färden genom distriktet är Segbwema, Moribas hemby. På samlingsplatsen väntar bychefen och en grupp äldre män. Moriba visar upp certifikatet han har fått på kliniken som bevis för att han är friskförklarad och bychefen läser det noggrant. Barnen flockas runt den öppna paviljongen men ingen av dem vågar närma sig Moriba alltför mycket. Han kommer att få leva med ett visst stigma under en tid, men trots att Segbwema har drabbats hårt av epidemin har

byn också fått se flera överlevare återvända. I takt med att kunskapen om sjukdomen ökar förändras långsamt människors inställning.

Tillit är avgörande

– Att följa en överlevare hem till familjen är det absolut bästa med det här jobbet, säger Emily Veltus.

Emily från USA koordinerar hälsoinformatörernas arbete. Hon har varit i Sierra Leone i sex veckor och har sett mer av distriktet Kailahun än de flesta. Tillsammans med Lucia och andra hälsoinformatörer åker hon runt i byarna och förklarar vad ebola är, hur symtomen ser ut och hur man kan skydda sig mot sjukdomen. De informerar också om Läkare Utan Gränsers ebolacenter och värden som erbjuds där. Hälsoinformatörerna är län-



Mamadee, 11 år, behandlades för ebola på Läkare Utan Gränser klinisk i Foya, Liberia. Han tillfrisknade och kunde åka hem igen.

BILD MARTIN ZINGGL

ken mellan lokalsamhället och vårdinrättningen – genom dem får de medicinska teamen kännedom om rykten som florerar och vilka frågor som kan finnas bland befolkningen.

Före det här utbrottet hade ingen i Kailahun hört talas om ebola. Hälsoinformatörernas arbete är därför extremt viktigt för att epidemin ska kunna bromsas, och ett sätt att nå fram med de livsviktiga budskapen är att engagera lokalbefolkningen. I Kailahun har Emily och hennes kollega utbildat 700 lokala hälsoarbetare vars uppgift är att sprida korrekt information om ebola i sina byar. De är personer med stort förtroende i byarna och de känner till lokala språk, traditioner och synsätt, kunskap som är avgörande för att nå ut med hälsoinformation.

– Ebola skapar en enorm rädsla bland människor. De ser sina

vänner och familjemedlemmar dö av en okänd sjukdom. Majoriteten av de patienter som tas in på ebolacentret kommer också att dö. Därför är det helt avgörande att människor litar på oss. Och för att lyckas med det är vi beroende av våra lokala hälsarbetare, säger Emily.

Ligger steget efter

Sjukvårdssystemet i Sierra Leone var dåligt utbyggt och led brist på resurser redan före ebola-utbrottet. Många människor saknade i princip tillgång till sjukvård på grund av avståndet till närmaste vårdmottagning. Om de tog sig dit var det inte heller säkert att där fanns någon personal eller medicin.

I hela landet finns drygt 120 registrerade läkare för 6 miljoner invånare och även om vård för barn under fem år och

gravida kvinnor är gratis enligt lag så förekommer avgifter även på statliga sjukhus. Nu vågar många anställda på sjukhus och vårdmottagningar inte längre arbeta på grund av risken för att smittas av ebola. Och deras rädsla är befogad. Sedan ebola först konstaterades har minst 318 anställda inom sjukvården i Guinea, Sierra Leone och Liberia insjuknat och av dessa har cirka hälften avlidit. Ett enormt hårt slag mot sjukvårdssystemen och för kampen mot epidemin.

– Det är så frustrerande att se hur vi hela tiden ligger steget efter epidemin, säger Emily. Det behövs mer resurser och personal här som arbetar med informationsspridning och med att spåra och följa upp de som har haft kontakt med sjuka eller döda. Det behövs ett fungerande ambulanssystem, fler vårdplatser, utbildning och skyddsutrustning för sjukvårdspersonalen och för de som ska utföra säkra begravningsar. Det finns andra organisationer här som arbetar med dessa saker, men insatserna är inte på något sätt tillräckliga. ■

AKUT BEHOV AV HJÄLP

När detta skrivs, i slutet av september, har ca 6 000 människor smittats av ebola och 3 000 har dött. Epidemin är nu totalt utom kontroll och WHO beräknar att 20 000 kan vara drabbade i början av november. Läkare Utan Gränser är en av få medicinska organisationer i Liberia, Sierra Leone och Guinea som behandlar ebolasjuka. Trots att vi gör allt vi kan för att bistå de drabbade räcker det inte. Det finns ett akut och omedelbart behov av fler sängplatser, utbildad personal och skyddsutrustning. Flera av våra medarbetare har själva smittats av ebola och några av dem har avlidit, vilket vi beklagar djupt.

»Det här är övermäktigt«

I Liberias huvudstad Monrovia är läget utom kontroll. På Läkare Utan Gränser klinisk är det alltid fullt och många sjuka släpps inte ens in, berättar våra medarbetare Anneli Eriksson och Stefan Liljegren.

Anneli Eriksson, sjuksköterska

»Läget när det gäller ebolautbrottet har förvärrats sen jag kom hit. Vi tvingas säga nej till patienter varje dag vilket är helt galet – både ur ett mänskligt och ur ett smittskyddsperspektiv. Däremot är läget på vårt ebolacenter betydligt bättre nu. Vi har lyckats organisera vården och håller samtidigt på att bygga upp ett allt större center. Fortfarande handlar det mest om basal omvårdnad, vätskeersättning och standardmediciner framför allt. Och palliativ vård, smärtlindring och lugnande, till de allra sjukaste om vi ser att de lider, vilket de allra flesta gör.

I början kändes det som om nästan alla dog. Nu tre veckor senare har vi många som skrivs ut från centret, friskförklarade, och det gör enorm skillnad både för patienter som ser att man faktiskt kan överleva och kanske orkar kämpa ännu mer, och för oss i personalen.

Vi arbetar tillsammans med en stor skara lokalanställda. Många av dem har arbetat för Läkare Utan Gränser tidigare och är enormt engagerade. De gör



verkligen sitt bästa för att ge bra vård till patienterna. Problemet är att skyddsdräkten och masken som man måste ha på sig gör det omöjligt att stanna inne hos patienterna mer än högst någon timme i taget. Sedan är man

ganska mör. Bland det mest frustrerande är att se patienter som behöver hjälp samtidigt som du själv inte får någon luft längre utan måste gå ut. Ibland stannar vi kanske längre än vi borde, men med mer personal kommer det ju att förbättras.

Jag vet inte hur det här kommer att påverka mig. För oss som arbetar med den medicinska vården har det varit väldigt viktigt att försöka behålla medmänskligheten. Att ta en liten unge i handen och följa med honom på toa, tillbaka till sängen och stoppa om honom. Att försöka se och söka kontakt med varje patient. Att försöka upprätthålla en viss värdighet. Men alla som dör... det är klart att man blir påverkad.»

Stefan Liljegren, projektansvarig

»Varje morgon har jag morgonmöte med personalen för att ta reda på om vi har några lediga platser. Det brukar vara några som skrivs ut och 10-20 personer som dör varje dag. Sen går jag ut



till grinden och släpper in nya patienter. Till de andra säger vi att de måste åka hem. Om de inte är så sjuka att de är döende. Då får de sitta kvar i bilen och så försöker vi ta hand om dem där.

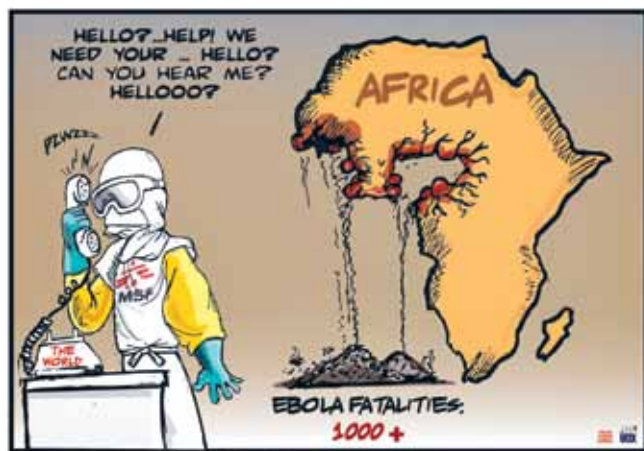
Det är fruktansvärt men vi kan inte släppa in fler än vi maktar med, då riskerar vi att även personalen smittas. Det här är övermäktigt för oss som organisation.

Det är inte heller bara ebola som drabbar landet utan hela hälso- och sjukvården går på knäna. Många sjukhus har stängt eftersom så många i personalen har dött och de andra vågar inte gå dit. Inte patienterna heller så de dör i malaria, av diarré-sjukdomar eller någon annan enkel sjukdom.

I dagsläget finns det inte mycket vi kan göra för patienterna. Vår kapacitet räcker inte till. Vi kan inte ge intravenös behandling. Men vi försöker ge ordentligt med vätska, smärtstillande, vi tvättar dem och ger dem rena kläder. En del patienter blir ju också friskförklarade och då blir det fantastiska glädjescener bland alla här på kliniken.

Än så länge ser vi inte mycket av den hjälp som andra organisationer och stater har utlovat. Framför allt behövs fler sängplatser. Att bygga upp en hangar med 30-40 platser tar inte så lång tid. Men att tillsätta personal tar desto längre tid. Vi håller på att bygga ut vårt sjukhus till 350 platser och 1 000 lokalanställda. De behöver alla bra träning, bra handledning. Om man gör fel är risken stor att man blir smittad. Det är ett enormt ansvar.

Det tar verkligen på psyket att vara här. Vi ser svårt sjuka människor varje dag, vi ser folk som dör varje dag. Vi har ett team på 35 personer som jobbar i skift med att ta hand om alla döda kroppar som ska kremeras. Så illa är det.»



Sedan den här bilden ritades i augusti har antalet döda i ebola stigit till drygt 3000.

Vår medarbetare fri

KONGO / Efter att ha varit kidnappad i drygt ett år lyckades Chantal, en av våra lokalt anställda sjuksköterskor i Kongo-Kinshasa, fly i slutet av augusti. Det var i samband med ett uppdrag

i Beni i norra Kivu som hon och tre kollegor kidnappades i juli förra året. De hade kommit dit för att undersöka behovet av sjukvård. Chantal har nu återförenats med sin familj. Fortfarande har vi ingen kännedom om var de tre andra medarbetarna befinner sig.

– Det är en enorm lättnad för hennes familj, hennes vänner och alla kollegor att veta att hon är vid liv

och i frihet, säger Läkare Utan Gränser i ett uttalande. Nu hoppas vi att våra andra tre kollegor, om vilka vi saknar all information, också kommer tillbaka snart. Vi glömmer er inte.

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, 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 GÅVOR 010-199 33 00 eller givarservice@msf.org

BOKTIPS / Kongospår

Det ligger en patient på akuten. En svårt sjuk man som bryter på franska. När kirurgen Martin Roeykens börjar samtala med mannen visar det sig att han kände Martins farfar.

Det var länge sen, i belgiska Kongo, men minnena finns kvar som ett oläkt sår. För Martin blir mötet med patienten inledningen på en lång och mardrömslik resa som tar honom till Burundi, Kongo och Belgien. På färden, som är en flykt undan yrkesmördare lika mycket som en jakt på det egna förflutna, har han hjälp av sina före detta kollegor inom Läkare Utan Gränser.

Kongospår är skriven och utgiven av Christian Unge, själv läkare med flera uppdrag för Läkare Utan Gränser bakom sig. Boken är den andra om Martin Roeykens och liksom den förra, *Turkana-rapporten*, är miljöerna fängslande och detaljerna färgsprakande. En bladvändare, helt enkelt.

Av intäkterna från *Turkana-rapporten* skänker Christian Unge 10 kronor per såld bok till Läkare Utan Gränser.



BILD DAN LEPP



Anna-Karin Modén på uppdrag i Swaziland. BILD MSF

TRE FRÅGOR TILL / Anna-Karin Modén, insamlingsansvarig

Just nu pågår många kriser runtom i världen. Har Läkare Utan Gränser tillräckligt med pengar för att kunna hjälpa till överallt?

– Nej, vi behöver mer pengar. Det är ovanligt många humanitära nödsituationer som pågår just nu. Ebolautbrottet i Västafrika orsakar en total hälsokatastrof. Våld och väpnade konflikter skakar om Sydsudan, Centralafrikanska republiken, Irak, Syrien och Gaza. Det krävs stora finansiella resurser för att kunna bistå med sjukvård i de olika kriserna. Dessutom måste vi ju fortsätta driva våra vanliga projekt i andra länder med stora medicinska behov, exempelvis Kongo-Kinshasa och Afghanistan.

Är det svårt att samla in pengar när det pågår många kriser på en gång?

– Nej, egentligen inte. Varje dag tar vi del av mediernas rapporter om de olika kriserna och det ökar både medvetenheten och viljan att hjälpa till. Om det rapporteras mycket, då vill folk också engagera sig. **Hur förhindrar ni att pengarna tar slut, när behoven är så ovanligt stora?**

– Vi fokuserar alltid på att värva månadsgivare. Om vi kontinuerligt får in pengar är vi redo att agera snabbt, också i flera humanitära kriser samtidigt. Tack vare alla privata givare som regelbundet skänker ett belopp behöver vi aldrig vänta på pengar från till exempel regeringar. Detta gör oss oberoende och flexibla. Vi klarar även av att jobba i tider av stora humanitära behov. Men det är klart att de aktu-

ella insatserna kostar väldigt mycket pengar. Därför behöver vi värva fler givare som stödjer oss varje månad. Pengarna kommer definitivt att behövas.

VAD RÄCKER PENGARNA TILL?

Varje krona är viktig i kampen för att rädda liv och lindra nöd där det behövs som mest. Och det kostar ofta inte mycket för att lyckas göra väldigt mycket. Några exempel:

- 135 kronor räcker till en malariabehandling i tre dagar för 19 personer.
- 270 kronor räcker till energirik specialmat till ett undernärt barn i fem veckor.
- 500 kronor räcker till en dos mässlingsvaccin till 263 barn.
- 900 kronor räcker till 25 doser stelkrampsvaccin som ges till gravida kvinnor för att skydda nyfödda barn mot stelkramp.

POSTTIDNING B
LÄKARE UTAN GRÄNSER
BOX 47 021
100 74 STOCKHOLM



© ROBIN MELDRUM

RINGARNA TILL ANNA. MORFARS STOL TILL JOHAN. **FÖRLOSSNINGSKLINIKEN** TILL LÄKARE UTAN GRÄNSER.

Din testamentsgåva kan rädda liv världen över.
Kan man lämna ett finare arv efter sig?

Låt livet gå vidare.

lakareutangranser.se/testamente
010-199 32 00

