direkt

#4 2017 LÄKARE UTAN GRÄNSER

Hundratusentals rohingyer har flytt från Myanmar. Läkare Utan Gränser är på plats i lägren i Bangladesh och kan vittna om de enorma behoven.

RAKHINE
HUMANITÄR MARDRÖM

PORTRÄTTET
PAUL HANSEN OM VILJAN ATT NYANSERA

Etiska dilemman

VAD GÖR MAN NÄR MAN INTE KAN GÖRA RÄTT?

MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

Innehåll #4

»Gömmer de sig i skogen? Har de mat? Har de gjort den farliga resan över havet och lever de nu som flyktingar i Bangladesh?« / sidan 6

Hur orkar ni?

Den frågan får våra fältarbetare ofta. De som under sina uppdrag dagligen konfronteras med lidandet. Som får känna på den sanna innebörden av uttryck som »trolla med knäna« och »koka soppa på en spik«.

Ja, hur orkar de? Läkare Utan Gränsers medarbetare drivs ofta av ett starkt moraliskt patos, man vill göra en insats för människor i behov av hjälp, bidra med det man har och kan.

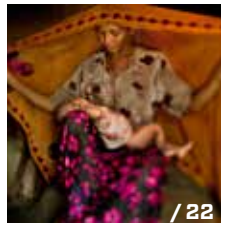
Att då plötsligt upptäcka att det inte finns något som är rätt eller att det som är rätt av någon anledning inte går att göra – det kan leda till stark moralisk stress och i förlängningen till psykisk ohälsa eller att man till och med byter jobb.

ÅSA NYQUIST BRANDT
REDAKTÖR

Läs vårt temanummer om etiska dilemman. Jag tror att det kan kännas aktuellt även för er som inte arbetar medicinskt eller humanitärt. Och så hoppas jag förstås att ni följer med oss även nästa år!

/ 8

/ 18


/ 22

ÖGONBLICK I VÄRLDEN / sidan 3

SIGNERAT:
»MYCKET VÄRRE ÄN SÅ HÄR KAN DET KNAPPAST BLI« Om läget i Rakhine. / sidan 6

Etiska dilemman

TEMA: Att konfronteras med svåra etiska dilemman är en del av hjälparbetarnas vardag. Men hur gör man när det inte finns något som är rätt? / sidan 8

- **Att be eller inte be om pengar** / sidan 18
- **Moralisk narcissism** – godhetens baksida? / sidan 22
- **Porträttet: Fotografen Paul Hansen**
Om viljan att nyansera. /sidan 24

JUST NU
Psykisk ohälsa i Grekland, malaria i Niger, vårdbrist i Mosul / sidan 27

KARTAN:
EN DAG I VÄRLDEN / sidan 28

TILL SIST: PKL-pengar till Italien, skänk dina värdepapper, månadens instagrampost och så ett boktips om professorn som ville slå hål på fördomar. / sidan 30

OMSLAGSBILD / BERNAT ARMANGUE, AP PHOTO

BILD CHRIS HUBY

17-07-06 Svalkande bad nära fronten

SYRIEN. Efter flera månader av hårda strider återtogs den syriska staden Raqqa från IS i oktober. Några mil därifrån, i Ain Issa-lägret, försöker nu drygt 15 000 människor bygga upp sin tillvaro igen. Många av dem flydde från Raqqa redan före striderna, andra från närliggande städer och byar. Nästan ingen i lägret har kommit från Raqqa efter att IS lämnade, enligt Läkare Utan Gränsers team på plats. Vad som hänt med civilbefolkningen som var kvar i staden när striderna rasade som värst är i dagsläget oklart, men hela kvarter har lagts i ruiner och vittnen berättar om hur lokalbefolkningen använts som mänskliga sköldar av IS, att de har fallit offer för flygräder, krypskyttar och vägbomber.

Läkare Utan Gränser har en primärvårdsklinik i lägret medan de svårare fallen refereras vidare till sjukhus i Kobane och Tal Abyad. De flesta som vårt team kommer i kontakt med har upplevt extremt våld, tortyr, avrättningar och förlorat en eller flera familjemedlemmar.

Ahmad Shah Baba-sjukhuset i Kabul, Afghanistan. BILD NAJIBA NOORI

2017-10-12
Khost

Kvinnan hade fött barn hemma samma natt och förts blödande till sjukhuset. När jag kom dit på morgonen fann jag henne liggande apatisk på golvet i förlossningssalen, med huvudet i en gammal kvinnas knä och klänningen täckt av blod. De närmaste fyra timmarna ägnade vi åt att försöka återuppliva henne, vi gav andningshjälp och opererade. För att få stopp på blödningen hade vi inget annat val än att ta bort livmodern. Men hon behövde fler enheter blod och så fort hennes tillstånd tillät gick jag iväg mot blodbanken. Men jag kom inte så långt, den gamla kvinnan tog tag i min rock, log ett tandlöst leende och pekade på sin abaya. Jag försökte göra mig fri för att skynda mig till blodbanken. Då lyfte den gamla på armen och visade mig vad hon hade därunder: en påse med blod som hon hade hållit varm. Hon gav den till mig och tryckte mina händer. Barnmorskan tittade på mig och så brast vi båda två ut i skratt.
/ Rasha Khoury, förlossningsläkare, Afghanistan

2017-10-06
Cox's Bazar

Just nu försöker hundratusentals människor som trängs längs en smal halvö hitta skydd och säkerhet. Det är ett gigantiskt slumområde – ett av de värsta man kan föreställa sig. De är så traumatiserade att de inte kan kommunicera. Om det här är det bättre alternativet måste det andra ha varit ett helvete.
/ Kate White, akutsamordnare, Bangladesh

BILD ANTONIO FACCILONGO

2017-07-15
Tripoli

Man kan inte lämna Tripoli… man kan inte ta sig därifrån landvägen. Om man försöker göra det blir man tillfångatagen, såld och skickad tillbaka. Banditerna hittar en alltid. Libyen är ett galet land. Jag kunde inte föreställa mig ett land som Libyen. Inte ens i fil-

BILD GUILLAUME BINET

mer eller på nätet. Som svart man måste man stanna inomhus. Man kan inte ta en taxi för då blir man såld av chauffören. Man kan inte gå till mataffären för då blir man tillfångatagen. Det finns inga mänskliga rättigheter i Libyen.
/ 20-årig man från Mali

143

I 143 projekt i 49 länder ger Läkare Utan Gränser vård och psykosocialt stöd till människor med psykisk ohälsa.

BILD PRIVAT

Du kom nyss hem från Bangassou – hur var det där?

»Läget är spänt och den enda sjukvården som finns är den vi bistår med.«

Bangassou ligger i sydöstra Centralafrikanska republiken. I hela provinsen bor runt 500 000 människor och för dem är vårt sjukhus och våra mobila kliniker och andra små vårdcentraler som vi stöttar den enda tillgängliga vården.

I våras bröt strider ut i området och konflikten märks tydligt. Nästan varje dag var det skottlossning, vilket var väldigt obehagligt. Oftast var det bredvid basen, då fick vi gå till säkerhetsrummet tills det lugnade ned sig.

På sjukhuset där jag arbetade finns en intensivvårdsavdelning men där saknas mycket av det som man är van vid från Sverige, till exempel utrustning för att kunna hjälpa patienter att andas och för att söva. De flesta av våra patienter var barn med malaria, undernäring och lunginflammation, men vi hade också många vuxna och gravida. Ibland fick vi in skottskadade men eftersom det inte finns några bra vägar och ingen ambulansverksamhet såg jag inga livshotande krigsskador. Avståndet var för långt och osäkert för transport under de pågående striderna, tyvärr.«

Alexander Nyman, läkare

PS. Strax efter att Alexander lämnade Bangassou försämrades säkerheten ytterligare och all personal evakuerades.

Rakhine – ett vackert helvete

Krisen i Rakhine i Myanmar har beskrivits som en humanitär mardröm. Den sorgliga sanningen är att ingen riktigt vet hur illa det är ställt, skriver Frida Lagerholm.

Våra fältarbetare är vanligtvis våra ögon och öron på plats, men så är inte fallet här. Läkare Utan Gränser har inte haft tillåtelse att arbeta i norra Rakhine sedan i mitten av augusti. Det enda vi vet är att många människor har flytt och att tre av våra fyra kliniker har bränts ner. Journalister har också svårt att få fram sanningen, eftersom de inte heller tillåts resa fritt i norra Rakhine.

Byråkratiska hinder

Även i centrala Rakhine står merparten av vår verksamhet på vänt. Där har vi visserligen fått tillstånd att återuppta vårt arbete men byråkratiska hinder har gjort det svårt i praktiken. Tidigare, när vi hade tillträde till hela centrala Rakhine, hade vi mer än 11 000 patientbesök inom primärvård och mödrahälsovård i månaden. Vi bistod också med akuttransporter och hjälp till patienter i behov av sjukhusvistelse. Nu säger regeringen att det inte är »läge« för Läkare Utan Gränser och andra humanitära hjälporganisationer att få tillstånd att arbeta fritt.

Med tanke på det skriande behovet redan före krisen är det en mycket oroväckande inställning.

Jag tänker mycket på människorna jag mötte när jag var i Rakhine, både patienter och kollegor. Jag undrar vad det blev av den vänliga damen som lagade vegetarisk mat åt mig. Jag undrar om de två pojkarna jag mötte på kliniken fortfarande är vid liv. Gömmer de sig i skogen? Har de mat? Har de gjort den farliga resan över havet och lever de nu som flyktingar i Bangladesh? Jag minns också min översättares ord; saker kommer bli sämre innan de blir bättre. Jag antar att det är det vi bevittnar nu, mycket värre än så här kan det knappast bli.

En skör tråd

Läkare Utan Gränser har varit på plats i Rakhine under lång tid men vår närvaro har alltid hängt på en skör tråd. Vid ett tillfälle 2014 blev vi till och med utvisade, men tilläts senare komma tillbaka.
Vi står nu än en gång inför svåra samtal och tuffa beslut. Vi tvingas kompromissa en hel del och våra insatser baserar sig inte på det verkliga behovet.

Vi, och alla andra humanitära aktörer, är helt i händerna på myndigheter och militär, eftersom det är de som beviljar resetillstånd.

Opartiskheten är urholkad i grunden. Vi beger oss dit vi får tillåtelse att bege oss och det finns ytterst lite utrymme för förhandlingar. Våra vittnesmål är också underminerade.

Att tiga om det som pågår är ytterst smärtsamt för alla som – liksom jag – anslöt oss till Läkare Utan Gränser för att vi vill tala öppet och lever enligt mottot »tystnad dödar«. Om vi å andra sidan öppet kritiserar myndigheterna äventyrar vi våra chanser att verka i landet och riskerar även vår personals säkerhet. Och det är förstås inte någon till hjälp.

Rohingyerna beskrivs ofta som

BILD ALEXANDER UGGLA

»OPARTISKHETEN ÄR URHOLKAD I GRUNDEN. VI BEGER OSS DIT VI FÅR TILLÅTELSE ATT BEGE OSS.«

världens mest förföljda minoritet. De är en etnisk grupp, varav de flesta är muslimer, som i århundraden levt i det buddhistdominerade Myanmar. I centrala Rakhine lever rohingyerna i läger sedan flera år tillbaka, medan de i de norra delarna hittills har kunnat bo kvar i sina byar. En medarbetare på Läkare Utan Gränser beskrev trakten som ett vackert helvete och jag förstår vad hon menar. Risfälten, den smaragdgröna djungeln, havet och bergen.

Samtidigt är det tragiskt att se de omänskliga förhållandena under vilka rohingyerna tvingas leva. De får ofta röra sig inom byn, men inte passera dess gränskontroller. Och nyligen kom ett uttalande från myndigheterna att även rohingyer i norra Rakhine kan tvingas in i läger.

Hot och anklagelser

I de flesta länder där jag tidigare arbetat har Läkare Utan Gränser haft ett gott rykte. De flesta respekterar oss, personalen bär sina vita Läkare Utan Gränser-t-shirtar med stolthet och vi klistrar våra stickers på bilarna för att förenkla vår tillvaro och lättare ta oss förbi gränskontrollerna.

I Rakhine är läget det motsatta. Hot och anklagelser mot internationella hjälporganisationer har lett till rädsla bland alla hjälparbetare, också våra egna, och har bidragit till en miljö där man är rädd för attacker mot humanitära hjälparbetare. Detta försvårar naturligtvis möjligheten att snabbt tillkalla humanitär hjälp och underminerar neutralitetens och opartiskhetens absoluta kärnvärden. Det är också ett direkt hot mot vår personals säkerhet.

Gör vårt yttersta

När Läkare Utan Gränser exempelvis släppte ett pressmeddelande om den akuta situationen för flyktingarna i Bangladesh, som vi själva bevittnat, och rapporterade om våldtäkter anklagades vi på Facebooksidor i Myanmar för att sprida falska nyheter.

Vi för livliga diskussioner och utvärderar ständigt våra strategier. Ingenting är hugget i sten. Läkare utan Gränsers insatser är aldrig enkla, men arbetet och närvaron i Rakhine är en synnerligen klurig nöt. Läkare Utan Gränsers framtid i Rakhine måste fortsätta debatteras, under tiden gör vi vårt yttersta för att fortsätta förhandlingar och påtryckningar, så vi snarast kan komma igång med arbetet på plats. Många människor räknar med det.

Frida Lagerholm

FRÅN FÄLT

Det största problemet för dem jag träffat är om de ska få stanna i Sverige eller inte och det kan vi ju inte påverka. Men det hjälper mer än man tror att bara lyssna. Att ge människor möjligheten att prata om sina problem, att finnas där. Jag minns en man från Irak som hade kidnappats och torterats av IS. Till slut lyckades han fly och tog sig till Sverige. Nu har han väntat två år och har fortfarande inte fått besked om sin framtid, det har varit väldigt tufft för honom. Vi hade många samtal. Han upprepade många gånger hur mycket det hjälpte honom att vi fanns där och lyssnade på honom.«

/ Bassel Sief, kulturtolk i vårt nyss avslutade projekt för asylsökande i Skaraborg.

BILD KARIN EKHOLM

Chichiri-fängelset i Blantyre, Malawi.
BILD LUCA SOLA

När man inte kan göra rätt

Som fältarbetare ställs man ofta inför svåra etiska dilemman. Det kan handla om vem som ska få vård och vem som inte ska få det. Om man ska satsa resurserna på en vaccinationskampanj eller på vård av de redan sjuka. Eller att man måste fatta ett beslut som man inte har kompetens för – men som kan vara livsavgörande för patienten. TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT

För många var ebolaepidemin i Västafrika första gången de var tvungna att sätta sin egen säkerhet före patienternas behov.
BILD SYLVAIN CHERKAOUI/COSMOS, SIERRA LEONE

Kejsarsnitt eller inte? I resursfattiga områden kan ett sådant beslut vara svårt att fatta.
BILD FREDERIC NOY /COSMOS, UGANDA

Det var i Rwanda 1995. För andra gången i sitt liv hade kirurgen Johan von Schreeb åkt iväg med Läkare Utan Gränser och framför honom på operationsbordet låg en gravid kvinna. Barnet inne i livmodern var dött och nu var det bråttom att förlösa kvinnan så att inte hon också skulle dö.

Problemet var att han inte visste hur. Han hade lärt sig göra kejsarsnitt men var egentligen ingen förlossningsläkare. Enligt den instruktionsbok från 70-talet som han hittade på kliniken var kejsarsnitt absolut förbjudet i den här situationen eftersom ärrbildningen kan göra att livmodern spricker vid nästa förlossning. Författaren rekommenderade istället fosterstyckning.

I memoarboken *Katastrofdoktorn* beskriver Johan von Schreeb den där natten i Rwanda:

»Jag drar efter andan och fastnar med blicken på en fluga som kämpar för att komma loss från ett spindelnät. Det är svårt att fylla lungorna med luft, det knyter sig i halsen…//…Jag slår igen boken och reser mig med stöd från bordet. Det är tomt i skallen och benen känns stumma. Det går inte att smita, det är nu mitt arbete börjar.«

Men det blir ingen fosterstyckning. Övriga i personalen ställer sig tveksamma till ett sådant ingrepp och de grafiska bilderna han såg i boken snurrar runt i huvudet. När operationssköterskan frågar vad doktorn kommit fram till hör han sig själv istället säga: »On fait une césarienne! Det blir kejsarsnitt.«

Vad var det som hände där vid operationsbordet? Han var ensam om ett beslut som han inte hade kompetens och erfarenhet nog att fatta. Det var bråttom. Och beslutet var potentiellt livsavgörande.

Kvinnan överlevde inte. Om hon hade gjort det ifall han hade fattat ett annat beslut är osäkert, men han kommer alltid att leva med den frågan ringande inom sig.

Svåra prioriteringar

Att ställas inför svåra etiska dilemman går nästan inte att undvika om man jobbar i fält för Läkare Utan Gränser. I alla fall inte för läkare och sjuksköterskor, de yrkesgrupper som kommer närmast lidandet. Det hände under ebolaepidemin, då den medicinska personalen tvingades prioritera sin egen säkerhet istället för att först ta hand om de svårt sjuka patienterna. Det händer ofta när man får in så många patienter att man inte hinner hjälpa alla och tvingas prioritera – och därmed även prioritera bort.

»Det är tomt i skallen och benen känns stumma. Det går inte att smita, det är nu mitt arbete börjar.«

Eller, som fallet ovan, när man måste göra något som egentligen ligger utanför ens kompetens eftersom det inte finns någon att rådfråga eller hänvisa patienten vidare till.

Det här är inget man talar om så ofta. Att öppet redogöra för sin vånda, sin beslutsångest, sömnproblemen efteråt och kanske till och med oviljan att stanna kvar i yrket – det vill säga all den moraliska stress som etiska dilemman i samband med fältuppdragen kan föra med sig – är något man gärna undviker. Kanske i tron att man är den enda som reagerat på liknande sätt.

Fast egentligen är det tvärtom, konstaterar Arianne Shahvisi, filosof med inriktning på medicinsk etik vid Sussex University i Storbritannien. Det finns få andra områden som kan orsaka en sådan moralisk stress som medicinskt humanitärt arbete.

– Som läkare i humanitära kontexter har man inte bara de generella medicin-etiska principerna att ta hänsyn till, som maktförhållandet mellan läkare och patient, resursfördelning etc. Det tillkommer även en rad specifika utmaningar som hänger ihop med kulturella skillnader och med fattigdom och orättvisor, och så den påtagliga brist på resurser som är utmärkande för nästan allt humanitärt arbete.

Plikt att hjälpa

På sätt och vis kan man säga att hjälparbetet är etiskt till sin natur, säger hon.

Själva idén om humanitärt arbete är sprunget ur en moralisk

Att göra en insats för andra människor är en stark drivkraft för många fältarbetare. BILD SHANNON JENSEN, SYDSUDAN 2012

teori om plikten att – om man kan – hjälpa medmänniskor i nöd. Och det är just detta som är drivkraften hos många som åker ut i fält för att arbeta för Läkare Utan Gränser och andra hjälporganisationer.

När inget är rätt

Desto större blir då krocken om det visar sig vara omöjligt att avgöra vad som är rätt. Eller ännu värre, när man vet vad som är rätt men på grund av omständigheterna inte kan göra det rätta.

»Är det ens skyldighet att försöka hjälpa till även om man saknar erfarenhet?«

Samma moraliska överväganden som fick en att åka ut i fält till en början – att göra det rätta – kan alltså leda till stark moralisk ångest.

Att inte kunna fatta rätt beslut eftersom det inte finns något som är rätt.

Att arbeta på en plats med värderingar och traditioner som går stick i stäv med den medicinska etikens grundpelare, till exempel att alla människor har lika rätt till vård och omsorg.

Att tvingas välja bort svårt sjuka patienter eftersom det finns andra där chansen till överlevnad är större och resurserna inte räcker till alla.

– Man hamnar i situationer där behoven hos en patient ställs mot behoven hos en annan, det vill säga beslutet att lägga resurserna på en person eller grupp leder oundvikligen till att en annan person eller grupp blir utan, säger Arianne Shahvisi.

Den kroniska resursbristen i humanitära kontexter kan också innebära att man, liksom Johan von Schreeb i Rwanda, medvetet tvingas agera utanför sitt kompetensområde. Detta väcker en rad frågor av etisk natur, menar hon.

– Är det ens skyldighet att försöka hjälpa till även om man saknar erfarenhet? Ska man alltid försöka göra mer? Eller är det att missbruka ett förtroende, med tanke på att patienterna i de flesta fall utgår ifrån att läkaren agerar inom ramen för sin kunskap och utbildning? Och varför utsätta en patient för potentiella misstag från en icke-kvalificerad läkare, när man aldrig skulle acceptera något liknande i Europa?

Inget facit

Men finns det inga skrivna protokoll inom etik, inga riktlinjer att förhålla sig till, som det finns inom andra områden?

Nej, säger Johan von Schreeb.

»Han höll fast vid sitt nej så jag var tvungen att låta kvinnan gå«

REDAN UNDER SITT fösta uppdrag konfronterades kirurgen Hella Hultin med en av de vanligaste orsakerna till moralisk stress hos hjälparbetare: kulturella skillnader. Det vill säga så stora skillnader att man som läkare blir tvungen att lägga en del av sin egen moraluppfattning åt sidan för att över huvud taget kunna göra sitt jobb.

Det var i Hangu i Pakistan, en konservativ trakt där kvinnor saknar rätt att bestämma över sin kropp och vilken typ av vård de ska få. För Hella Hultin var allting nytt, både sjukdomspanoramat och behandlingsmöjligheterna, och som enda kirurg på kliniken kände hon sig ganska ensam.

MEN SÅ FICK HON in en patient som hon kunde relatera till från sin svenska vardag som läkare på bröst- och endokrinkirurgiska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala; en trettioårig kvinna med en bröstabscess, det vill säga en varböld i bröstet som kan orsaka stor smärta men som är enkel att behandla.

Eller – som borde vara enkel att behandla.

– Hon hade väldigt ont, hög feber och en infektion. Det var ett tillstånd med hotande blodförgiftning, men jag visste att en snabb och enkel operation skulle hjälpa henne. Och ingreppet behövde inte ta mer än fem minuter.

FÖR ATT GÖRA INGREPPET var det nödvändigt med narkos, på grund av smärtan. Och för att få lov att söva henne måste maken eller en annan manlig familjemedlem underteckna ett skriftigt medgivande.

Men kvinnans make befann sig utomlands och någon annan manlig släkting fanns inte tillgänglig.

– Mina lokala kollegor ringde till maken och försökte få honom att gå med på operation. Han svarade att han ville att kvinnan omedelbart skulle åka hem till deras andra barn. Hon fick inte tillåtelse att stanna på sjukhuset.

– Jag bad mina kollegor förklara för honom hur lätt ingreppet var och hur sjuk hon skulle kunna bli om vi inte fick hjälpa henne. Men han höll fast vid sitt nej. Så jag var tvungen att låta henne gå.

Att göra ingreppet utan mannens tillåtelse var inte att tänka på, säger Hella Hultin. På vissa platser där Läkare Utan Gränser jobbar, och där kvinnor också saknar rätten att bestämma över sin kropp, finns det ibland möjlighet att kringgå den här typen av blockering. Men inte i nordvästra Pakistan.

– LIKNANDE SITUATIONER inträffade flera gånger och vi försökte då alltid göra det näst bästa istället, som att ge patienten värktabletter och antiobiotika. Men det var väldigt jobbigt att inse att jag inte kunde arbeta på det sätt jag ville, och på det sätt som patienterna behövde. Då skulle jag ju inte bara utsätta kvinnorna för en risk utan i förlängningen äventyra hela vårt projekt.

Inom etik finns inget facit, inga regler. Hur man fattar ett etiskt väl avvägt beslut har med kunskap att göra, med erfarenhet och en väl förankrad förståelse av andra människors värde, det som kan kallas intuition eller magkänsla.

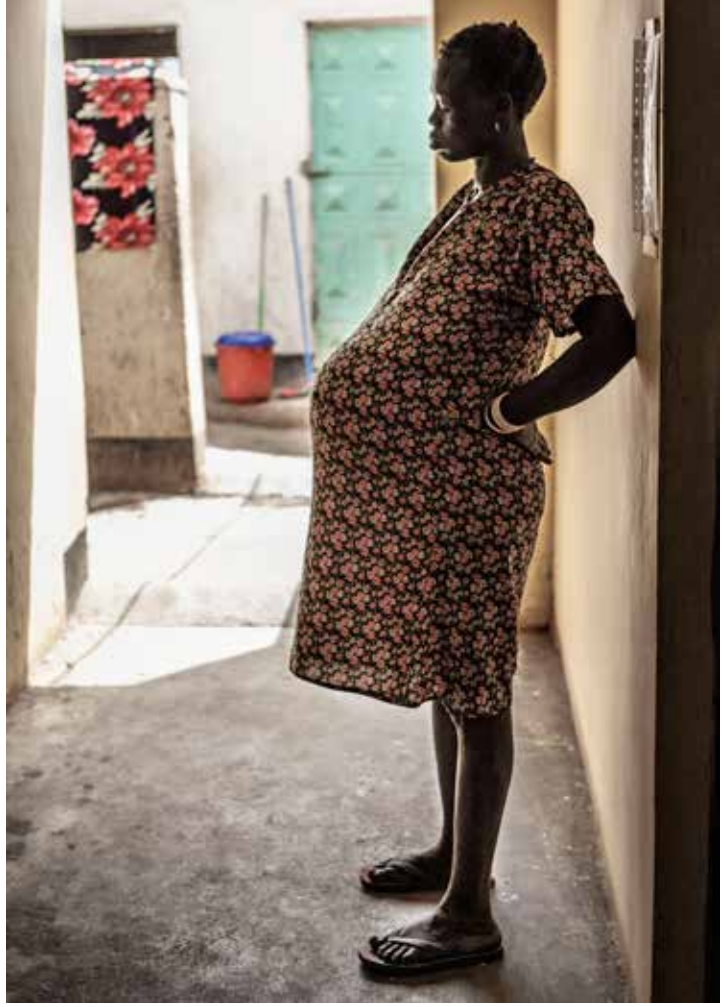
Och precis så ska det också vara, poängterar han. Det måste finnas där inom oss, i ryggmärgen.

– Tänk på Adolf Eichmann som organiserade deportationen av miljontals judar under andra världskriget. Han hävdade hela tiden att han bara lytt order. Att han inte haft något val och att plikten gentemot arbetsgivaren, Nazityskland, var viktigare än konsekvenserna för andra. Därför är det bra att det inte finns alltför väl definierade etiska regler för fältarbete, så att man inte stirrar sig blind på vad det står i boken utan hela tiden tänker efter själv. Vi är och förblir ansvariga inför resultatet av vårt handlade.

En varningsklocka

Inga nedskrivna regler, alltså. Däremot går det att ge hjälparbetare bättre förutsättningar, både att fatta etiskt grundade beslut och att klara av att hantera moralisk stress.

För att ge dem detta har Johan von Schreeb initierat projektet »Etiska utmaningar i katastrofer« vid kunskapscentrum för katastrofmedicin på Karolinska Institutet (KI). Det var efter ebolaepidemin 2014–15 som varningsklockorna började ringa på allvar inom den svenska hälso- och sjukvården, berättar Martina Gustavsson, sjuksköterska och projektledare. Fältpersonal från olika organisationer mådde dåligt vid hemkomsten, sjukskrivningarna ökade och det blev uppenbart att insatsen hade inneburit



Barn- och mödrahälsovård på sjukhuset i Aweil, Sydsudan. BILD YANN LIBESSART

»Vi är och förblir ansvariga inför resultatet av vårt handlade.«

påfrestningar av ett för många dittills okänt slag.

– Sjukvårdspersonal är ju tränad i att patientens behov ska komma först. Men under ebolaepidemin blev de tvungna att först tänka på sin egen säkerhet, därefter på hur samhället och alla som ännu inte smittats skulle skyddas. Först på tredje eller fjärde plats kom de svårt sjuka patienterna.

Som fältarbetare för Läkare Utan Gränser är man van vid att inte alltid kunna göra det man själv anser skulle behövas, fortsätter Martina Gustavsson. Kontexten kan vara för kaotisk eller våldsam, resurserna otillräckliga. Ändå blir det ofta en inre konflikt när man inte kan agera utifrån sin egen moral.

Inte bara negativt

– Liksom all stress är moralisk stress inte nödvändigtvis något negativt, den kan också leda till konstruktivt tänkande och kreativitet. Men om den är av repetitiv art, och blir liggande kvar inom en, finns en risk att man

»Jag känner ingen skuld men jag har tänkt mycket på vad som hände«

SJUKSKÖTERSKAN JON Gunnarsson Ruthman har gjort många uppdrag för Läkare Utan Gränser. På det senaste, i Walikale i östra Kongo-Kinshasa, var han medicinsk gruppledare på en enhet för barn- och mödravård, inrymd på det statliga sjukhuset. I de olika delarna av byggnaden såg tillgången till läkemedel och resurser väldigt olika ut. Den offentligt drivna verksamheten var betydligt fattigare med brister i vårdkvalitet och flera av de vanligaste läkemedlen saknades. Som medicinskt ansvarig hade Jon Gunnarsson Ruthman ofta kontakt med sin kongolesiska motpart, framför allt vad gäller frågor om labb och hygien. För övrigt var verksamheten uppdelad.

En dag får Jon Gunnarsson Ruthman ett telefonsamtal från den andra delen av sjukhusbyggnaden. Det rör den före detta sjukhusdirektören. Han är sjuk och riskerar att få en allvarlig sepsis (blodförgiftning). Kan Läkare Utan Gränser skänka de läkemedel som behövs för att hjälpa honom att överleva?

– DEN NATURLIGA reaktionen för mig som sjuksköterska är såklart att säga ja. Men en viktig humanitär princip är opartiskhet, att ge vård utan åtskillnad och enbart baserat på behov. Att hjälpa en enskild person på grund av position är inte rätt, framför allt eftersom det fanns andra som var lika svårt sjuka. Om förfrågan hade gällt läkemedel till ett större antal patienter hade det varit enklare, förklarar han.

Efter att ha diskuterat situationen med den medicinskt ansvariga på huvudkontoret i Kinshasa och med projektkoordinatorn säger Jon nej, och kollegorna stöttar hans beslut. På natten dör mannen. Dödsfallet skapar motstridiga känslor hos Jon.

– Jag känner ingen skuld, men jag har tänkt mycket på det i efterhand, eftersom dödsfallet förutom att vara jättetragiskt för mannen och hans familj också går emot Läkare Utan Gränsers syfte. Vårt mål är ju att rädda liv och lindra nöd. Samtidigt hade jag mått sämre om jag sagt ja, eftersom det inte hade varit opartiskt. Det hade dessutom kunnat hota vår personals säkerhet, eftersom opartiskheten är grundläggande för att vi ska kunna arbeta i konflikthärdar som Kongo.

HAN MENAR ATT problemet ligger i Läkare Utan Gränsers strategi att enbart stötta vissa verksamheter på ett sjukhus. Därigenom uppstår en skillnad i vårdkvalitet som inte går att bortse ifrån.

– Många av våra projekt driver vi ju i åratal så det finns ofta tid att tänka mer långsiktigt. Vi skulle kunna bli bättre på att samarbeta med den offentliga vården, till exempel genom att utbilda personal. Det tar längre tid och kostar mer men förbättrar på sikt. Dessutom minskar det ansvarsbördan för den enskilde fältarbetaren. / MY AHLKVIST

I Pakistan kan traditioner och kultur försvåra möjligheten att ge den vård som patienten egentligen behöver. BILD SA'ADIA KHAN

»Att inte kunna ta hand om patienterna på bästa sätt är en stor utmaning.«

drabbas av sekundär traumatisk stress. Det kan resultera i att man blir mindre känslig och på ett omedvetet sätt distanserar sig från patienterna. Det kan också leda till att ens inre moraliska kompass blir störd vilket ofta påverkar vårdkvaliteten.

Sömnsvårigheter, att man drar sig undan omgivningen, ångest – allt detta är tecken på sekundär traumatisk stress och helt normala reaktioner när man konfronteras med så mycket lidande, betonar Martina Gustavsson. Vad som däremot inte är normalt är när symptomen inte klingar av inom en månad eller så utan biter sig fast. Sådana långvariga reaktioner ger symptom som liknar de som uppstår vid posttraumatisk stress.

Empati kan skydda

– Generellt kan man säga att länken mellan moralisk stress och psykologiska konsekvenser inte är helt klar. Förmodligen beror det delvis på personliga egenskaper. Till exempel har forskning visat att empati kan vara en skyddande faktor, att man är intresserad av och förstår den man behandlar. Och motsatt att de som ser sig som räddare eller frälsare, och därmed sätter en offerroll på sina patienter, löper betydligt större risk att drabbas av sekundär traumatisk stress.

Syftet med projektet på KI är att identifiera etiska utmaningar i humanitära kontexter och därefter att ta fram metoder för att minska risken att den moraliska stressen övergår i ohälsa.

Att helt skydda fältarbetarna från etiska utmaningar är omöjligt, säger Martina Gustavsson. Däremot går det att förbereda dem på ett betydligt bättre sätt än vad som görs i dag, ge dem verktyg och tips på hur de kan hantera moraliskt komplicerade situationer.

– Att inte kunna ta hand om patienterna på allra bästa sätt kommer alltid att vara en stor utmaning för fältarbetare. Vi är ju goda människor, vi vill göra gott. Men genom att prata mer om moralisk stress och hur det kan påverka en, och genom att ta fram verktyg som kan ge stöd, hoppas vi att medvetenheten ökar. Detta är ju bra för alla, för den enskilde fältarbetaren, för organisationen och inte minst för våra patienter. ■

ETIK ELLER MORAL Ordet »etik« härstammar från grekiska och betyder sedvänja, oskriven lag, ståndpunkt. Ordet "moral" är latin och betyder sed, sedvänja. I dagligt tal har orden fått olika innebörder. Medan moral syftar på det praktiska handlandet, det vill säga det är den konkreta handlingen som kan vara moralisk, står etik för reflektionen över mänskliga värderingar och handlingar, det vill säga varför man handlar som man gör.

(Källa: Statens medicinsk-etiska råd, SMER)

»Det kändes som om jag övergav mina patienter«

INBÖRDESKRIGET i Angola pågick fortfarande när läkaren Øyunn Holen kom dit 2002. Det var hennes första uppdrag för Läkare Utan Gränser och hon skulle jobba på ett center för undernärda barn. Inte minst bland internflyktingarna var problemet med undernäring stort och på centret fanns alltid många fler barn än sängplatser. En stor del av personalen var nyutbildad och Øyunn Holen var den enda läkaren.

Så bröt mässlingen ut i trakten. Inom loppet av några dagar fylldes centret av svårt undernärda barn som nu också hade drabbats av mässling.

– Före det här utbrottet överlevde nästan alla barn på centret, berättar Øyunn Holen. Nu sköt dödligheten i höjden, när det var som värst låg siffran på 25 procent.

– VI VAR REDAN tidigare på gränsen till vad vi klarade av och så hände detta. Inne på centret hade vi mängder av döende barn som behövde akut vård. Samtidigt insåg vi att vi måste försöka få stopp på utbrottet för att inte ännu fler skulle dö. Men våra resurser räckte inte till.

Øyunn Holen diskuterade läget med kontoret i huvudstaden och med huvudkontoret i Bryssel. Beskedet var entydigt: de måste göra en vaccinationskampanj för att få stopp på utbrottet. Mässling är extremt smittsamt och dödligheten är hög, inte minst hos redan försvagade barn. Frågan var bara hur de skulle klara av att genomföra en sådan kampanj samtidigt som de vårdade de svårt sjuka barnen.

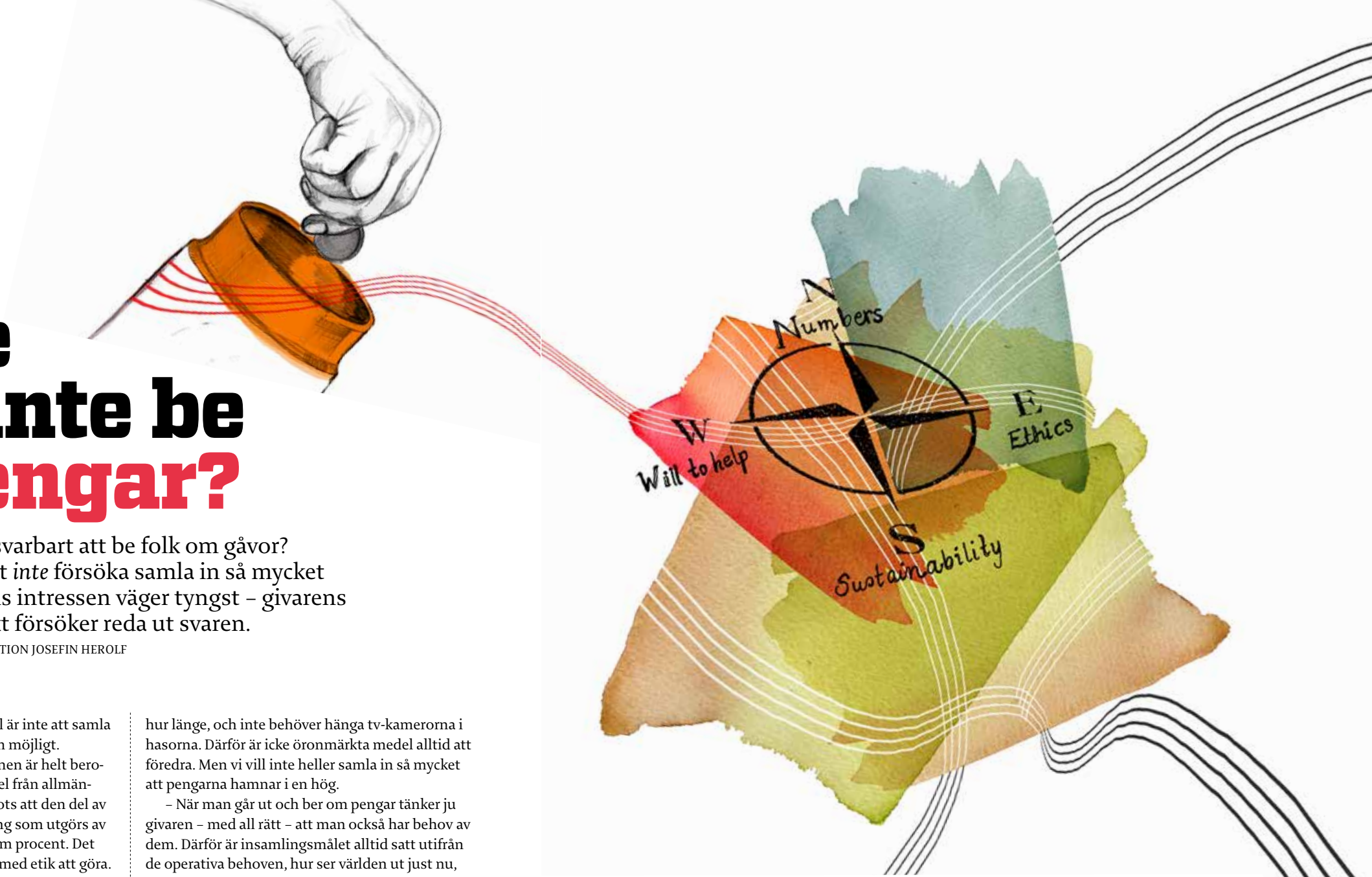
FÖR EN LÄKARE STÅR alltid patienten i fokus. Att vårda de redan sjuka kommer före allting annat, som till exempel att försöka förhindra smittspridning. Det är det medicinska perspektivet med fokus på individen kontra folkhälsoperspektivet. Akut eller långsiktigt. Om man så vill, att rädda individer eller skydda samhället genom att förhindra att fler blir sjuka. I fält är liknande situationer inte alls ovanliga, framför allt till följd av den kroniska bristen på såväl utbildad personal som på utrustning, fungerande läkemedel och infrastruktur.

Nu var Øyunn Holen tvungen att välja folkhälsoperspektivet, även om hon som läkare fick kämpa en del med sig själv för att kunna »överge« sina patienter.

– När läget var som värst kändes som att jag bara sprang från det ena döende barnet till det andra. Så någonstans insåg jag att vi var tvungna att prioritera vaccinationskampanjen. Det skulle, åtminstone på lite sikt, leda till minskad dödlighet på centret och även skydda de barn som ännu inte hade smittats.

I TEAMET FANNS det bara en enda sjuksköterska som hade erfarenhet av vaccinationskampanjer. Hon utsågs nu till att leda kampanjen medan två lokalt anställda sjukvårdsarbetare fick ta över ansvaret för undernäringscentret. Själv försökte Øyunn Holen finnas till hands för båda insatser men tillbringade den mesta tiden med att organisera och utbilda personal till vaccinationskampanjen.

– På sätt och vis förlorade jag kontrollen över vad som hände på undernäringscentret. Jag var ju fortfarande delaktig i arbetet där men jag hade inte samma kontroll. Än i dag vet jag inte om det var rätt beslut. Men efter två veckor såg vi i alla fall att antalet barn med mässling sjönk drastiskt.



Att be eller inte be om pengar?

Är det alltid etiskt försvarbart att be folk om gåvor? Kan det vara oetiskt att *inte* försöka samla in så mycket som möjligt? Och vems intressen väger tyngst – givarens eller patientens? Direkt försöker reda ut svaren.

TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT ILLUSTRATION JOSEFIN HEROLF

Läkare Utan Gränsers mål är inte att samla in så mycket pengar som möjligt.

Trots att organisationen är helt beroende av insamlade medel från allmänheten, företag och stiftelser, och trots att den del av organisationens globala omsättning som utgörs av statliga medel numera endast är fem procent. Det kanske låter konstigt. Men det har med etik att göra.

– Det är lätt att stirra sig blind på siffror men det mest effektiva sättet att bedriva insamling behöver inte vara det mest etiska, förklarar Hanna Lidén som är marknadschef på insamlingsavdelningen.

– Behovet av humanitär hjälp är större än någonsin, fortsätter hon. Det är klart att vi alltid har behov av pengar. Men för oss är det otroligt viktigt att insamlingen görs utifrån samma grunder som våra insatser i fält, det vill säga att vi följer de humanitära principerna även i arbetet här hemma.

En sådan princip är oberoende, att vi själva kan bestämma hur pengarna ska användas, var och hur länge, och inte behöver hänga tv-kamerorna i hasorna. Därför är icke öronmärkta medel alltid att föredra. Men vi vill inte heller samla in så mycket att pengarna hamnar i en hög.

– När man går ut och ber om pengar tänker ju givaren – med all rätt – att man också har behov av dem. Därför är insamlingsmålet alltid satt utifrån de operativa behoven, hur ser världen ut just nu, hur mycket tror vi att vi behöver den närmaste tiden? Och, inte minst, hur mycket har vi möjlighet att omsätta på ett ansvarsfullt sätt? För pengarna ska ju inte bara samlas in på ett etiskt sätt, etiken ska genomsyra allt, från information till insamlingsmetoder och ända fram till den medicinska insatsen, poängterar Hanna.

Det handlar om trovärdighet. Något som tar tid att bygga upp men är lätt att rasera.

Av den anledningen väljer vi bort en del insamlingsmetoder och hakar inte på alla trender, även om de skulle leda till att vi fick in mer pengar, förklarar Karin Andersen, redaktör på insamlingsavdelningen. Till exempel använder vi oss inte av så kallade ambassadörer för att berätta om situationen på de platser där vi arbetar.

– På så sätt gör vi det kanske svårare för oss själva på kort sikt, men vi är övertygade om att det är bra på längre sikt. För oss är det viktigt att vi pratar om sådant som vi vet, för att vi jobbar där, och om vi skulle använda oss av kändisar finns en risk att fokus förflyttas från vårt budskap till det kända ansiktet. Det tycker vi skulle vara moraliskt tveksamt. Och dessutom har vi ju våra fältarbetare, deras berättelser är vårt guld.

Vi försöker också alltid undvika förenklade budskap i det material som vi skickar ut till våra givare, fortsätter hon. Till exempel vill vi inte bara använda berättelser om barn i Afrika, även om det skulle ge mer pengar. Vår verksamhet är ju så mycket bredare och vi vill vara transparenta och berätta om allt vi gör, även sådant som kanske ger lite mindre.

»Vi vill inte bara använda berättelser om barn i Afrika, även om det skulle ge mer pengar.«

– Vi får ibland mail från givare som tycker att våra brev är onödiga och vill att vi ska lägga pengarna på verksamheten i fält istället. Men hur ska vi få in pengar utan att informera om behoven eller om vårt arbete? Ett givarbrev kan ge 10 miljoner kronor, men kostar inte mer än runt 200 000 att producera och skicka ut.

Precis som inom andra områden är det knepigt att sätta fingret på vad som är moraliskt rätt och fel inom insamling. En metod eller ett formspråk som anses oetiskt i dag kanske betraktades på ett helt annat sätt för tio år sedan. Det som upplevs som ett övertramp av den ena kanske för någon annan är en välkommen möjlighet att göra slag i saken och skänka en gåva.

Men sedan finns en annan aspekt som alltför ofta kommer i skymundan: vad som är bäst för de människor som man vill bistå. I Läkare Utan Gränsers fall: för patienten och andra som nås av våra insatser i fält.

I de etiska ramverk som används av de flesta insamlingsorganisationer i dag står givaren i centrum. Den andra änden av kedjan, de som har behov av hjälp, har mer eller mindre fallit bort. Det konstaterar Ian MacQuillin, chef för den brittiska tankesmedjan Rogare, i en intervju med Frivilligorganisationernas (FRII) tidning Patos. Men etisk insamling har två vågskålar och dessa bör väga ungefär lika tungt. I den ena ligger den potentiella givarens intressen, till exempel att slippa bli utsatt för pressen att skänka. I den andra finns insamlarens skyldighet att be om en gåva, i förmånstagarens namn.

– Vi vill inte tacka nej till gåvor, bara om vi verkligen har tungt vägande skäl att göra det, säger Hanna Lidén. Det skulle vara oetiskt, inte gentemot den enskilde givaren så mycket som gentemot våra patienter.

Men det händer förstås ibland att vi tackar nej till gåvor. Till exempel tar vi inte emot gåvor från politiska partier eftersom vi då skulle riskera vår neutralitet. Från och med i år tar vi inte heller emot pengar från den statliga biståndsmyndigheten Sida. Det var i samband med flyktingkrisen på Medelhavet och i Europa, liksom EU:s avtal med Turkiet om att de i utbyte mot humanitär hjälp skulle hindra människor från att söka skydd i Europa, som internationella Läkare Utan Gränser fattade beslutet att inte längre ta emot pengar från vare sig EU som institution eller dess medlemsländer.

Det var ett beslut som fick många att reagera, både med hejarop och kritiska ord om att Läkare Utan Gränser blivit politiska.

Men vi var tvungna att tacka nej, säger Karin Andersen.

– Det var inget lätt beslut. Vi arbetade ju på plats i Grekland och på Medelhavet, liksom i flera andra länder i Europa, och vi såg de humanitära behoven. Men det blev orimligt för oss att ta emot pengar från EU när deras politik så fundamentalt gick emot det som vi står för som organisation. Visst är det svårt att säga nej till så mycket pengar med tanke på de stora behoven i världen. Men även pengar har ett budskap. Och just det här budskapet vill vi inte förmedla.

Över huvud taget är etiska frågor ingenting som man någonsin blir klar med, konstaterar Hanna Lidén.

– Vi måste kontinuerligt göra etiska avvägningar i vårt insamlingsarbete, så för oss är det inte ett policydokument att lägga i byrålådan. Det är en pågående diskussion som vi alltid har, med varandra och med våra givare. ■

»Vi får inte vara för ängsliga«

Gåvor från företag och stiftelser är en viktig del av Läkare Utan Gränsers intäkter. Men pengar som anses etiskt okej i ett land behöver inte vara det i ett annat, säger Katharina Ervanius, ansvarig för givarrelationer.

Vem bestämmer vilka företag vi kan ta emot pengar av?

– Läkare Utan Gränser är ingen centraliserad organisation, på gott och ont. Varje sektion har stor autonomi och en gåva som tas emot i ett land kan mycket väl avböjas i ett annat. Men vi har en gemensam policy för alla länder vad gäller svartlistade branscher.

Kan du ge ett konkret exempel?

– Alkohol är kanske det bästa exemplet. I Sverige säger vi nej till gåvor från alkoholproducenter men det finns länder med en annan inställning, som Spanien och Frankrike. Ett annat exempel är utvinningsindustrin. Tidigare stod gåvor från alla gruvbolag på »svarta listan« eftersom det i flera afrikanska länder finns kontroverser kring mänskliga rättigheter och hälsa kopplat till just den här branschen. Men för ett par år sedan ville ett svenskt gruvbolag skänka en gåva och då var vi tvungna att tacka nej, trots att deras verksamhet inte alls var etiskt tveksam. Sedan dess har vi gjort en annan tolkning av policyn och numera kan vi ta emot gåvor från svenska gruvbolag så länge de inte har någon verksamhet i andra länder

Så företagspolicyn går att tolka på olika sätt?

– Det görs olika tolkningar av de branscher som är i gråzonen, som biomedicin, spel och alkohol. För de branscher som är svartlistade finns inget

BILD ALEXANDER UGGLA

utrymme för tolkningar. Policyn har funnits länge och tar avstamp i behoven i fält.

Hur går kontrollen av företagen till?

– Vi gör alltid en generell granskning för att försäkra oss om att företagets verksamhet inte bryter mot vår policy som hänger samman med våra värderingar. Om det är fråga om att inleda ett längre samarbete låter vi också externa experter granska företaget. I vissa fall kollar vi även med huvudkontoret i Bryssel.

Händer det ofta att vi avböjer en gåva eller ett samarbete?

– Nej, inte så ofta. Det är ju positivt att företag vill bidra till något bra och konstruktivt i världen och vi behöver pengarna. Jag tycker inte heller att vi ska vara för ängsliga men samtidigt måste vi ta hänsyn till de riktlinjer som finns internationellt och tänka långsiktigt.

Ingår dotterbolag och underleverantörer i de granskningar vi gör?

– Nej, vi har dragit gränsen vid det företag som vill skänka pengar. Det är alltid en avvägning hur mycket vi ska lägga på administration av de pengar vi samlar in. Så som det är i dag tycker jag är en bra balans.

Kan ett företag öronmärka sin gåva?

– Vi strävar alltid efter gåvor som inte är öronmärkta eftersom vi vill kunna använda pengarna där de behövs bäst. Men om man har ett önskemål så försöker vi tillgodose det. Ett exempel är gåvan på 130 miljoner kronor som vi fick förra året av Akelius Stiftelse och som var öronmärkt till vårt arbete med människor på flykt. Faktum är att de pengarna finansierade en stor del av vårt arbete på Medelhavet och i Europa förra året.

Läkare Utan Gränser vill samarbeta med företag som delar vår värdegrund och vår vilja att rädda liv och lindra nöd. Vi samarbetar inte med företag vars affärsverksamhet står i konflikt med våra grundprinciper eller värderingar. Vi tar inte heller emot bidrag från företag vars huvudsakliga verksamhet är följande:

- **Tobak**
- **Alkohol**
- **Vapen**
- **Olja/Gas**

(Med undantag för företag som endast har verksamhet i Sverige)

- **Diamanter**
- **Guld**
- **Läkemedel**

Flyktingar från Myanmar i Kutupalong-lägret, Bangladesh. BILD JAVIER ARCENILLAS

Moralisk narcissism – godhetens baksida?

Humanitärt arbete är inte alltid så moraliskt oantastligt som man skulle önska. Ibland måste man kompromissa, smutsa ner sina händer. Men vad händer då med självbilden hos en yrkeskår som investerat så mycket i att göra gott?

TEXT JULIAN SHEATHER

Narcissus var en vacker jägare, och han visste om det. Nemesis, vedergällningens gudinna, såg hans arrogans och lockade honom till en damm. Där fick han syn på sin egen spegelbild, men eftersom han inte förstod vem han såg blev han förälskad i den vackre ynglingen. Oförmögen att vare sig fullborda sin kärlek eller slita sig därifrån tynade han bort och dog.

Det finns en hel vetenskap kring det psykologiska begreppet narcissism. Jag tänker inte uppehålla mig kring det. Men inte helt oväntat innehåller det en dos förvrängd egenkärlek.

Det finns en särskild sorts narcissism som är typisk för den humanitära branschen och förekommer såväl hos den enskilde hjälparbetaren som inom organisationerna som helhet. Precis som all slags narcissism ersätter den jaget med världen, självbilden med verkligheten, med förutsägbara följder på möjligheten att tänka klart och fatta goda beslut.

Fenomenet kallas moralisk narcissism.

I gränslandet

Moralisk narcissism kan beskrivas som tendensen att förhålla sig till moraliska val utifrån hur dessa val får en själv att må – eller framstå – snarare än utifrån vilken effekt de har på andra. Hur man själv uppfattas (god, rättrådig) blir viktigare än konsekvenserna för de människor man är där för att hjälpa.

Om vi förutsätter att hjälparbetare egentligen vill förändra – förbättra! – världen så går ju detta stick i stäv med förnuftet. Hur kan de som vill lindra det desperata lidandet hos sina medmänniskor samtidigt vara så uppfyllda av egenkärlek?

Humanitärt arbete innebär att befinna sig i gränslandet till moraliska fasor. För att få tillträde till de platser där Läkare Utan Gränser arbetar måste vi ibland förhandla med grymma och våldsamma makthavare. Trots känslor av djupaste antipati finns tillfällen då vi måste hålla tungan rätt i mun och avstå från att uttala vår avsky. Vilket kan efterlämna känslor av att ha blivit moraliskt besudlade. Av att vi på våra händer har fått stänk av medbrottslighetens färg som nu inte går att tvätta bort.

Hjälparbetare investerar mycket moralisk och känslomässig energi i att göra gott. Det är inte så konstigt att ens självbild hänger intimt ihop med just detta.

Om du är någon som alltid sagt sanningen till maktens representanter, då kan det minst sagt kännas som en kompromiss när du måste hålla tyst. Om du är passionerat hängiven ambitionen att göra gott, då känns det som att få en rak höger om du blir indragen i motsatsen.

Det här känslorna är naturliga och sunda. Men det är också här som den moraliska narcissismen kan börja göra sig påmind.

Att vi kommer att smutsa ner våra händer när vi jobbar i några av världens värsta kontexter, det vet vi. Överenskommelser, utbyten, kompromisser – allt detta är spannmål i den humanitära kvarnen.

Låt oss blicka tillbaka på debatten om Myanmar som vi hade för några år sedan eftersom det redan då var svårt för oss att få tillstånd att fritt arbeta i Rakhine. När Läkare Utan Gränser funderade på om vi skulle stanna eller lämna, vad borde ha kommit först, patienternas behov eller vår egen identitet?

Vad är viktigast?

Där fanns en rad viktiga överväganden; vårdbehoven hos befolkningen, rohingyernas oerhört utsatta situation, den relativa effekten av att tala ut om vad vi bevittnade på plats. Moralisk narcissism skapar ett problem när vi, ställda inför en så komplex situation som den i Myanmar, sätter identiteten i första rummet. Det vill säga identiteten som en organisation som inte håller tyst om vad vi bevittnar.

Genom att hävda att vi alltid kommer att tala ut om övergrepp och lidande, och att detta utgör

Julian Sheather,
etisk rådgivare inom brittiska Läkare Utan Gränser.

en del av Läkare Utan Gränsers DNA, tillåter vi förenklade anspråk på identitet att komma före klarsynta bedömningar av vad som är bästa beslutet just nu.

Detta är den moraliska risken med narcissism.

Middag med djävulen

För att vara tydlig: moralisk narcissism är en tendens, inte en position huggen i sten. Nästan alla har lite grann inom sig, i alla fall ibland. För hjälparbetare är det förmodligen en yrkesskada. Men problemen uppstår när den här tendensen kommer i vägen för klarsynen. Med tanke på hur världen ser ut så gör vi kompromisser, vi äter middag med djävulen. Men sådana handlingar går att rättfärdiga med det goda vi gör, med de liv vi räddar och den mänskliga värdighet vi hjälper till att återställa. Ibland går kompromissandet kanske för långt. Men vårt fokus måste alltid vara de människor vi finns till för att hjälpa, inte vår egen moraliska förträfflighet. ■

Detta är en krönika och åsikterna som framförs är författarens egna.

»Journalistik handlar inte om att förenkla utan om att komplicera. Sen gäller det att hitta berättelserna som får dig att känna.«

Han har besökt många av världens oroshärdar. Befunnit sig mitt i stormen, mitt i skottlossningen, för att fånga den där bilden. Men vilka bilder får man ta? Och vilka *bör* man ta? Direkt har träffat fotografen Paul Hansen för att prata etiska utmaningar inom fotografi.

Du återvänder ständigt till krig och katastrofer, varför?

– Jag vill nyansera rapporteringen. När jag började på DN för nästan 18 år sedan inleddes precis andra palestinska intifadan. Bilderna som kom därifrån var väldigt förenklade. De kastar sten. De kastar bensinbomber. Man fick aldrig veta vad »de« hette. Vem är han som kastar sten? Vem kastar han på? Vad säger mamma och pappa? Vad säger bosättarna?

Du ville bort från stereotyperna?

– Ja, journalistik handlar inte om att förenkla utan om att komplicera. Sedan måste man ju göra det på ett sätt så att människor kan relatera. Då gäller det att hitta de där exemplen och berättelserna som får dig att känna. Speciellt bilder är ju ett emotionellt språk. Jag försöker alltid beskriva dem jag porträtterar utifrån deras personlighet och inte som en klichébild. Det gäller oavsett om det är en flykting i Irak eller en knarkare på Plattan.

PAUL HANSEN

Om att komma hem:
I början höll jag mycket inom mig, tyckte inte folk förstod. Men jag har lärt mig hur viktigt det är att prata om det man varit med om.

Om återhämtning:
Att fota presskonferenser och prisutdelningar. Ingen skjuter på mig, det är inte på liv eller död. Jätteskönt.

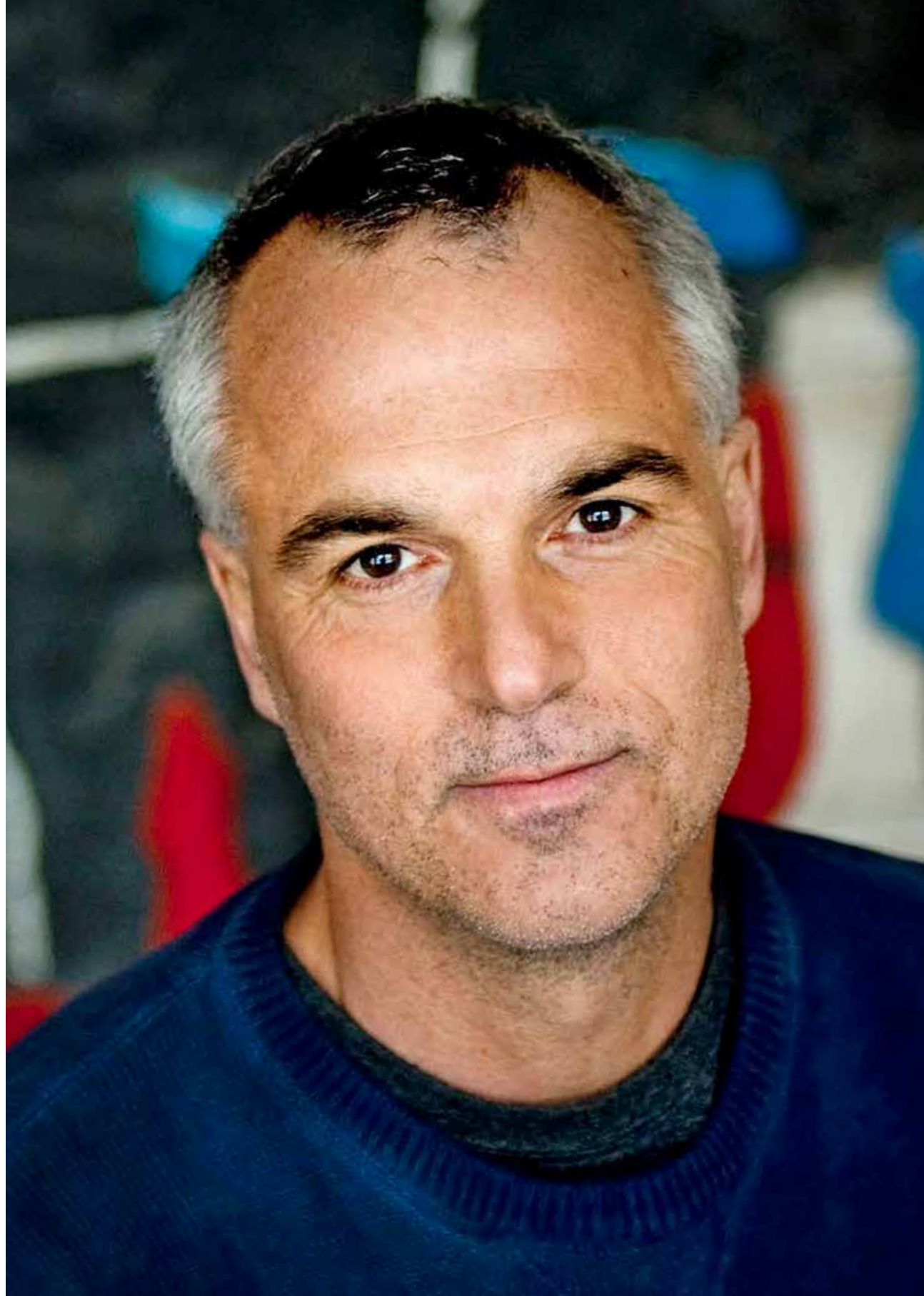
Om hunden Sixten:
Sixten är väldigt hussekär, så det är jobbigt när jag åker iväg på uppdrag. Han har en spalt i DN:s Namn & Nytt sedan flera år tillbaka. Han har även skaffat Instagram. Någon frågade mig om jag skulle göra en bok med honom, men då blir han lite för kaxig, tror jag.

Det du vill göra påminner om vårt uppdrag att berätta om vad vi ser i fält?

– Ja, och det är ju det som gör att det är så lätt att jobba med Läkare Utan Gränser i fält, att ni har det här mandatet att berätta. Andra organisationer har inte det och då kan det vara svårare. Jag brukar skänka till er då och då, eller be mina uppdragsgivare skänka en del av arvodet till er.

Ändå skiljer sig våra uppdrag åt, vi måste ta hänsyn till medicinsk etik och ni måste utföra ert uppdrag. Kan det inte uppstå en krock där?

– Jo, det stämmer förstås. Men man kan skildra en flyktingsituation eller vad det är på tusen olika sätt, man behöver inte vara inne i det värsta värsta. Samtidigt måste vi ju göra vårt jobb, vilket ofta är att skildra krisens epicenter och orsak. Det är ofta en stor stress i fält, att vi måste hitta den där berättelsen. Vi är i Tripoli, vi hör skottlossning, vi har ingenstans att bo, vi har ingen tolk. Men före klockan fyra ska vi leverera text och bild. Om vadå?



Paul Hansen i Beit Hanoun, Gaza. BILD HARALD HENDEN

»De vill att jag ska förmedla det fruktansvärda som de utsatts för.«

Det ska ju vara sant, relevant och på något sätt allmänmänskligt. Ibland är den stressen större än att de skjuter på en.

Vi funderar mycket på om vi kan visa väldigt sårbara människor på bild, till exempel patienter som är svårt sjuka och utmärglade till följd av aids eller kolera. Hur ser du på det?

– Det är ju alltid en balansgång. Det handlar inte bara om att få till en bra bild rent estetiskt utan även att fundera över saker som: Kan jag leva med den här bilden? Kan de leva med den här bilden? Men jag tar exakt samma hänsyn i fält som här hemma.

Har det funnits tillfällen när du känt att du balanserat på gränsen?

– Ja, fast då har problemet ofta varit det omvända. Att folk tar en i kragen och drar in en på bårhuset och säger »take a picture of this«. De vill att jag ska förmedla det fruktansvärda som de utsatts för. Till exempel en son som försiktigt lirkar av sin mammas vigselring, hon ligger där död. Halvt bränd, benen är bortsprängda. Och de vill att jag ska ta en bild på det. Hur fan ska jag kunna ta en bild på det? Till slut tog jag en bild på hennes hand. Man ser att den är bränd och vigselringen som glimmar i guld.

Händer det att folk vill att du ska ta en bild och sedan säger redaktionen här hemma nej av etiska skäl?

– Jag stoppar det innan det kommer så långt. Häromåret intervjuades jag och Peter Wolodarski (DN:s chefredaktör) i radioprogrammet *Medierna* om vad det är vi inte visar i tidningen. Om det finns en annan sanning. Så jag tog fram några bilder som aldrig publicerats. Ett barn som skjutits i huvudet, en man vars ben är helt söndertrasat, två döda treåringar på en brits. Sådana bilder kan vi inte visa. Men det är ju sant det också.

Går det att fullt ut säkerställa att den man fotograferar förstår vad den sagt ja till?

– Jag säger till alla jag fotar att även om du sagt ja först så är det bara att säga nej om du ändrar dig. Då kan folk slappna av. Men det klart att det finns gråzoner. Jag tog en bild på ett sjukhus i Basra, Irak. En man låg för döden, i väntrummet satt hans familj och grät. Vi fick deras godkännande att intervjua och fota. När vi kom hem frågade vår chef om vi kollat med familjen om de hade släkt i Europa. Det hade vi inte så vi publicerade aldrig den bilden – vi kunde ju inte riskera att hans släkt skulle få dödsbudet via oss. När världen är så uppkopplad som den är idag kan man ju inte tänka att »det är bara en svensk tidning«.

Du gör även reportage om utsatta människor här hemma?

– Ja, jag har gjort många skildringar av missbrukare, om människor i osynlig fattigdom, om människor i förorten. Ett projekt handlade om att åldras, där jag ville visa äldre människor som individer, inte som gamla och svaga. En av dem var Inger Nylén. Hennes make var sjuk i Alzheimers, men hon var aktiv, spelade bridge, gick på Friskis & Svettis, hon var så mycket mer än det som äldre förknippas med – dålig sjukvård, taskig hemtjänst, låg pension.

Varifrån kommer din strävan att ge en röst till människor som betecknas som ”svaga”?

– Inger frågade samma sak när jag intervjuade henne. Jag svarade som jag brukar; att jag vill komma bort från förenklingar som fördummar. Men hon frågade igen och igen. Till slut förstod jag vad hon ville komma åt, varför just jag ville göra det här reportaget. Jag förlorade båda mina föräldrar när jag var i 20-årsåldern. Även om jag är en vit medelklassman på en stor tidning, så är jag fortfarande den där lilla killen från Partille inombords. Jag tror det har gett mig ett underifrånperspektiv. ■

GREKLAND / Psykisk ohälsa på öarna

Irakisk familj instängd i ett läger på Samos. BILD MOHAMMAD GHANNAM

På de grekiska öarna lider många av psykisk ohälsa. Runt 15 000 asylsökande sitter fast på Lesbos, Samos och andra öar, utan att kunna ta sig därifrån. Många av dem har varit med om våld och traumatiska händelser men det är framför allt villkoren i Grekland som bidragit till deras psykiska ohälsa, visar en rapport från Läkare Utan Gränser.

– De här människorna har överlevt bombattacker, våld och traumatiska händelser i sina hemländer och på vägen till Europa. Men skam till sägandes är det villkoren i Grekland som gjort att de känner en sådan förtvivlan, att de tappat hoppet och i vissa fall skadat sig själva. Varje dag träffar våra team människor som säger att de hellre hade dött i sitt hemland än sitta fast här, säger Jayne Grimes som ansvarar för Läkare Utan Gränsers psykologiska insatser på Samos.

Undermåliga levnadsvillkor, försummelse och våld hör till vardagen på de grekiska öarna. Men den lokala hälso-och sjukvården saknar kapacitet att ta hand om de svåra psykologiska problemen. Till vår klinik på Lesbos kommer varje vecka 6-7 patienter som försökt begå självmord eller drabbats av psykos.

NIGER / MALARIA I REGNETS KÖLVATTEN

I Niger är antalet undernärda barn som högst strax före skördetid. Eftersom det i södra delen av landet sammanfaller med regnperioden ökar också risken för malaria, en kombination som kan vara dödlig om man inte får vård snabbt. I år anställer vi fler än tusen personer i våra projekt för att förebygga och behandla sjukdomar som drabbar barn under fem år i regionen. Vi jobbar också hälsofrämjande, bland annat har vi hälsoinformatörer i byarna som berättar om vikten av vaccination och av att använda myggnät.

Fassouma undersöks av läkaren på sjukhuset i Magaria. BILD SARAH PIERRE

MOSUL / BRIST PÅ VÅRD EFTER STRIDERNA

Efter långvariga strider i den irakiska staden Mosul börjar nu befolkningen återvända hem. De möts av raserade byggnader, förstörda vårdinrättningar och odetonerade sprängladdningar, till exempel minor. Läkare Utan Gränsers sjukhus i västra Mosul, som tidigare framför allt utförde krigskirurgiska ingrepp och kejsarsnitt, har nu skiftat fokus till främst barn- och mödrahälsovård, samtidigt som den kirurgiska kapaciteten finns kvar.

En dag i världen

Akut vård efter skottskador. Vaccinationer och behandling av diabetes. Kejsarsnitt och malariavård. Så här kan en vanlig dag i fält se ut för Läkare Utan Gränsers medarbetare.

BILD CHRISTINA SIMONS

Honduras |

Mödravård dygnet runt

Choloma i nordvästra Honduras är ökänt för det utbredda våldet, även sexuellt våld. Andelen tonårsgraviditeter är bland de högsta i landet, och de få sjukhusen i närheten räcker inte till för att bistå alla kvinnor med mödravård. Många kvinnor får förlossningsrelaterade komplikationer och antalet dödsfall relaterat till barnafödande är högt. I början av året öppnade vi därför en vårdcentral som tar emot patienter dygnet runt, sju dagar i veckan. Det gör att vårdcentralen är mycket välbesökt med 60 till 80 patienter per dag, och förra månaden födde 34 kvinnor barn här.

BILD MARTA SOSZYNSKA

Kongo-Kinshasa |

Vård till undernärda barn

I delar av Kasai-provinsen i Kongo-Kinshasa lider vart tionde barn av allvarlig undernäring. I augusti 2016 bröt en mycket våldsam konflikt ut i provinsen som fram till dess hade varit en fredlig del av landet. Runt 1,5 miljoner människor tvingades på flykt, såväl inom landet som över gränsen till Angola. Nu när konflikten bedarrat har många återvänt. Våra mobila team åker genom Kasai-provinsen för att ge vård till undernärda barn och för att stötta lokala vårdinrättningar. Vi stödjer också ett sjukhus och tre vårdcentraler i Tshikapa och har hjälpt till att sätta upp tio undernäringscenter.

BILD MAURICE RESSEL

Ukraina |

Ensamma äldre får stöd

I det konfliktdrabbade östra Ukraina är det många gånger svårt för befolkningen att få tillgång till sjukvård. Många läkare och sjuksköterskor har flyttområdet till följd av konflikten och Läkare Utan Gränser är en av få internationella organisationer på plats i området. I Bachmut och Mariupol har vi mobila kliniker som besöker drygt 20 platser och bistår med sjukvård och behandlar psykisk ohälsa. Majoriteten av våra patienter är äldre kvinnor som lider av icke smittsamma sjukdomar och ångestrelaterade besvär. Många av dem är nu helt ensamma, sedan deras familjemedlemmar dödats eller flytt.

BILD MAYA ABU ATA

Jordanien |

Diabetesvård i hemmet

I Mellanöstern hör icke smittsamma sjukdomar till de vanligaste dödsorsakerna. I tre år har Läkare Utan Gränser haft ett projekt i Irbid i norra Jordanien som riktar sig till syriska flyktingar och sårbara jordanier med högt blodtryck, diabetes, astma, hjärt- och kärlsjukdomar eller kol. För närvarande är närmare 3 400 patienter inskrivna i projektet varav två tredjedelar behandlas för diabetes. Många av dem är så sjuka – eller fattiga – att de inte har möjlighet att ta sig till kliniken i Irbid. Därför har vi numera även ett uppsökande team som gör hembesök.

BILD TODD BROWN

Kambodja |

Billigare läkemedel räddar liv

Totalt 71 miljoner människor lider av hepatit C, smittsam leverinflammation, som utan behandling kan leda till döden. Nu finns två nya läkemedel som drastiskt förbättrat chansen till överlevnad. Problemet är priset – i vissa länder kostar en behandling på tolv veckor över en miljon kronor vilket lett till att endast 2,1 miljoner människor fått tillgång till behandlingen. Tack vare ett avtal med generiska tillverkare betalar Läkare Utan Gränser nu endast 120 dollar för samma behandling. Detta är ett stort framsteg, men nu gäller det att fler länder får tillgång till de billigare läkemedlen.

BILD PRIVAT

Och vinnaren är…

ELIN HEDLUNDS INLÄGG från Irak blev oktober månads populäraste inlägg på vårt instagram-konto. Elin skriver om sitt arbete som sjuksköterska i Kirkuk, Irak: »Jag var med när en kvinna med hjärtstopp kom in med ambulans och det fanns ingen läkare på plats som hade möjlighet att leda återupplivningen, så jag klev in och ledde teamet. Vi klarade det: vi fick igång hjärtat igen och kvinnan överlevde. Personalen var väldigt tacksam och fick nytt självförtroende, nu kan de förhoppningsvis själva klara en liknande situation i framtiden.« *@lakareutangranser*

AKTIER / **Papper bättre än vinst**

LÄKARE UTAN GRÄNSER är befriade från reavinstskatt när vi säljer värdepapper. Det betyder att mer pengar går till människor i nöd om du skänker dina värdepapper till oss istället för att sälja dem själv och donera vinsten. Värdepapper innefattar till exempel aktier, fondandelar, obligationer och aktieindexobligationer. För överföring går det bra att prata med din bank, men på grund av banksekretess är det också viktigt att du informerar oss om överföringen. Läs mer på vår hemsida:
https://lakareutangranser.se/stod-oss/aktiegavor

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 Birgersson&Co, Åse Bengtsson Helin **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@lakareutangranser.se

BOKTIPS /
Hur jag lärde mig förstå världen

Allting började med kaffesäckarna. När Hans Roslings pappa kom hem från jobbet på kafferosteriet hade han ibland med sig exotiska mynt som han hittat bland bönorna. För sonen berättade han om landet som myntet kom ifrån; om villkoren för arbetarna, om kolonialismen.

I memoarboken »Hur jag lärde mig förstå världen«, som påbörjades av Hans Rosling och efter hans död i vintras färdigställdes av journalisten Fanny Härgestam, berättar den sedermera världsberömde professorn – och en av initiativtagarna till svenska Läkare Utan Gränser – om sin egen resa. Hur han som ung läkare kommer till Moçambique och stöter på en dittills okänd epidemi. Han löser gåtan, och den nya kunskapen leder honom in på banan som föreläsare i global hälsa.

Genom hela Hans Roslings yrkesliv löper en röd tråd – behovet att slå hål på fördomar om utvecklingen i världen. Ibland står denna egenskap i vägen för bokens litterära kvaliteter. Samtidigt är det kanske också just den egenskapen som gjorde honom till en av vår tids mesta anti-hjältar.
Natur & Kultur

72-åriga Utaf Ahmaad Alwariin får hjälp av kulturtolken Oussama Omrane att kliva i land på Sicilien. BILD ALESSANDRO PENSO

POSTKODLOTTERIET / **BÄTTRE VÅRD TILL FLYKTINGAR OCH MIGRANTER I ITALIEN**

LÄKARE UTAN GRÄNSER arbetar för att öka tillgången och förbättra vården för asylsökande och migranter på Sicilien och i förlängningen i hela Italien. För detta arbete har vi fått specialstöd från PostkodLotteriet.

På senare tid har ett stort antal flyktingar och migranter kommit till Italien över Medelhavet. Men oavsett hur de mår har de endast rätt till akut och grundläggande sjukvård.

Vårt pilotprojekt på Sicilien är ett av de 20 projekt som under hösten beviljats finansiellt stöd inom ramen för PostkodLotteriets specialprojekt. PostkodLotteriet stödjer projektet med 8 miljoner kronor. I projektet, som startade i juli 2017, bistår vi med specialiserad vård till flyktingar och migranter, både på kliniken i Catania med plats för 24 patienter och genom mobila team.

Många av dem behöver hjälp med exempelvis svåra psykiska besvär eller vård efter våld, inklusive tortyr. Vi integrerar därför medicinsk vård, psykosocialt stöd, juridisk hjälp, sjukgymnastik och rehabilitering. Patienter med särskilda behov refereras vidare till specialiserade organisationer.

KVINNOR ÄR EN särskilt prioriterad målgrupp i projektet. Vi bistår med eftervård till kvinnor som fött barn och haft en komplicerad förlossning eller utsatts för sexuellt våld, samt vård av hiv och tbc. Vi samarbetar med ett flertal aktörer för att ge så kvalitativt och mångsidigt omhändertagande som möjligt. Språkundervisning kommer att genomföras av lokala organisationer på kliniken för att flyktingarna och migranterna lättare ska kunna integreras i samhället.

MÅLET ÄR ATT vår modell enkelt ska kunna integreras i det befintliga sjukvårdssystemet i Italien. På sikt hoppas vi även inspirera andra länder i Europa att förbättra sjukvården för asylsökande och migranter, som ofta exkluderas från den vård de behöver.

/ Sanna Gustafsson

POSTTIDNING B
LÄKARE UTAN GRÄNSER
BOX 47 021
100 74 STOCKHOLM