

direkt

#1 2021 LÄKARE UTAN GRÄNSER

PANDEMIN
BAKSLAG FÖR
KVINNOHÄLSAN

HJÄLP EFTER BEHOV
MEN HUR SKA
LIDANDE MÄTAS?

Vaccinationsinsats i Brasilien. När tillgången till vård försämras i pandemins spår blir vaccin viktigare än någonsin.

Vaccin för alla?

MÅNGA RISKERAR BLI UTAN NÄR
RIKA LÄNDER HETSHANDLAR



MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER

Innehåll #1

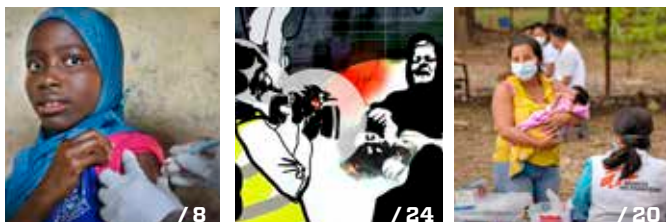
»Läkare och sjuksköterskor vittnar om att de utsätts för trakasserier och hot. De säger att de är livrädda.« / sidan 6

Allt blev precis som vanligt

Det var stora ord som uttalades förra året. Om att vaccinen mot covid-19 skulle bli »folkets vaccin«. Om att pandemin inte är över förrän den är över för alla. Om att vi måste lägga nationella hänsyn åt sidan.

Sedan blev det ändå precis som vanligt, det vill säga att de länder som kan betala för sig ställde sig först i kön och köpte upp rubb och stubb. Det som eventuellt blev över skulle de gärna skänka vidare till fattiga länder, löd nu standardfrasen.

Så klart känner vi alla oro inför pandemin. Så klart längtar vi alla till den dagen då vi kan röra oss lika fritt som tidigare. Det är en sak. En helt annan är att vaccin räddar liv. Även på människor i fattiga länder.



ÖGONBLICK I VÄRLDEN / sidan 3

SIGNERAT: Den livräddande sjukvården i Myanmar är under attack. Av Frida Lagerholm / sidan 6

Vem äger ett vaccin?

TEMA: I takt med att vaccinen mot covid-19 rullas ut blir uppdelningen av världens länder allt tydligare – de som har och de som inte har. Det gäller de nya vaccinen, men det gäller också andra livräddande läkemedel. / sidan 8

PORTRÄTTET: »Att ge bort mina pengar är det bästa beslut jag fattat«. Entreprenören Hjalmar Didrikson om behovet att ge något tillbaka. / sidan 16

BAKSLAG FÖR KVINNOHÄLSAN / sidan 20

När resurserna går till coronapandemin minskar insatserna för kvinnors hälsa. Det försöker Läkare Utan Gränser ändra på.

VEMS LIDANDE ÄR VÄRST? / sidan 24

EN DAG I VÄRLDEN: Mohammed är fast i Libyen. / sidan 28

TILL SIST: Vinnande tipspromenad, skattereduktion för gåvor och en sjukdom som ger ärr för livet. / sidan 30

OMSLAGSBILD / DIEGO BARAVELLI

BILD ADRIENNE SURPRENANT/COLLECTIF ITEM



20-12-08 Förlossning i kulregn

BAMBARI, Centralafrikanska republiken. Mitt i natten började 19-åriga Marie Makossi må väldigt dåligt. Hon var höggravid och hade regelbundet besökt mödravårdsmottagningen på Läkare Utan Gränserns klinik i flyktinglägret Elevelage.

Maries pojkvän, som blev rädd att både hon och barnet skulle dö, körde henne till sjuk-

huset i Bambari på sin motorcykel. På sjukhuset fick hon krampor och det konstaterades att hon behövde förlösas med akut kejsarsnitt.

I vanliga fall skulle detta ha gjorts omedelbart för att inte riskera barnets och moderns liv. Men på grund av granateld och skottlossning i närheten kunde sjukvårdspersonalen inte ta sig

till sjukhuset. »På hela den natten fick jag inte en blund i ögonen, jag var så orolig«, berättar Maries mamma.

Dagen därpå hade läget lugnat ner sig, personalen kunde genomföra kejsarsnittet, ett komplicerat ingrepp till följd av kramporna. Men allt gick som det skulle och både mor och barn mår bra.



Utanför traumasjukhuset i Tabarre, Haiti. BILD GUILLAUME BINET/MYOP

2021-01-08 **Tabarre**

Han hade förlorat närmare fyra liter blod och våra resurser räckte helt enkelt inte till. Vi gjorde allt vi kunde, säger jag till mig själv. Och så är det ju, det fanns inget mer vi kunde göra. Det är inte någons fel, förutom den som satte fingret på avtryckaren. Emmanuels mamma, syster och kusin kommer till akuten. De vet ingenting. Jag berättar vad som hänt. »Vi beklagar verkligen, men tyvärr fanns det inget mer vi kunde göra.«

Mammans desperation är det sista slaget mot den där skyddsbarriären inom mig som började brista redan för ett par veckor sedan. Kirurgen i mig förvandlas till mannen, till pappan till en nyfödd liten flicka som är i säkerhet hemma i London. Jag försö-

ker leva mig in i vad kvinnan framför mig går igenom, efter att fostrat sin son i 19 år, levt med honom, följt honom på vägen – och så nu, på en enda natt, är han borta.

/Francesco Virdis, kirurg, Haiti

2021-02-08 **Abs**

Det är som att jobba med stängda ögon. Jag finns här för att hjälpa kvinnan att föda, men jag har inte den information jag behöver för att veta vad jag ska göra. Många kvinnor kommer till sjukhuset med brådskande och allvarliga tillstånd som förlossningar som dragit ut

på tiden, livmoderbristning, blödningar och graviditetskramp. Det är så det kan vara att jobba på förlossningsavdelningen i Abs. Du kan inte se någonting, så du har ingen aning om vad som väntar. Inte en enda gång kan vi tänka »Nä, hon mår bra. Allting kommer bli bra.« Du måste alltid ha en varningsflagga hissad och tänka »hundra olika saker kan gå fel ... nu gäller det att vara redo.«
/Tamara Molina Montalvo, barnmorska, Jemen

2021-01-29 **Mekele, Tigray**

En kvinna hade värkar i sju dagar utan att barnet föddes. Hennes liv räddades eftersom vi kunde ta henne till sjukhuset i Mekele. Jag har träffat människor som cyklat tre mil med en patient. Och det här var de som faktiskt lyckades ta sig fram till sjukhuset. Om gravida kvinnor med utdragna förlossningar och svårt sjuka inte kan ta sig till sjukhuset kan man ju föreställa sig konsekvenserna. En miljon människor är beroende av det här sjukhuset. Om det inte fungerar längre eller om folk inte kan ta sig hit, då kommer de att dö hemma.

/Albert Vinas, akutkoordinator, Etiopien

233 000

Så många har dödats i krigets Jemen sedan 2015.



BILD PRIVAT

Du arbetar just nu i Haiti, hur är läget där?

»Behovet av hjälp är enormt och ibland känner jag mig överväldigad.«

» Det är väldigt instabilt, jag hör regelbundet om kidnappningar och skjutningar. Fattigdomen och gängvåldet är utbredd. Många jag pratar med berättar att de lever i konstant rädsla för att något ska hända dem eller deras barn. Som på så många andra våldsdrabbade platser är det sexuella våldet också utbredd. Det jag berörs mest av är att hälften av de som

utsatts för övergrepp och söker vård hos oss är barn. Det gör ont i hjärtat att tänka på att de växer upp i ett så våldsamt samhälle där tillgången till vård och stöd är mycket begränsad.

Behovet av hjälp är enormt och ibland känner jag mig överväldigad. Men alla som kommer till oss möts med värme och respekt av vår fantastiska personal, som ger patienterna både

medicinsk vård och psykologiskt stöd. Hos oss finns det alltid någon som lyssnar och kan hjälpa patienterna att hitta sätt att orka leva vidare trots deras fruktansvärda erfarenheter. Det ger mig hopp.«

Ulli Hedberg är intensivvårdssjuksköterska och arbetar just nu som medicinsk koordinator i Haitis huvudstad Port-au-Prince.

Läkare och sjuksköterskor är livrädda

På de gator där min dotter lärde sig cykla rullar stridsvagnar. Sjukvårdspersonal hotas och trakasseras. Vad som pågår just nu i Myanmar är ett stycke brutal samtidshistoria, skriver Frida Lagerholm som för tre år sedan var kommunikationsansvarig i Rangoon.

Vaknar till nyheten om att militärjuntan än en gång tagit makten i Myanmar. Landets de facto ledare Aung San Suu Kyi och flera medlemmar ur regeringen har gripits och militären har utlyst ett års undantagstillstånd. Historien tycks, sorgligt nog, upprepa sig.

Det är redan ett par år sedan jag flyttade hem från detta land, som gjorde större intryck på mig än någon annan plats på jorden. Ändå, när jag slår på radion den där kupp morgonen den 1 februari slungas jag direkt tillbaka till Rangoons stökiga gränder, till färgglada marknader, betelnötstugugande män och det aldrig sinande folkmyllret. I näsborrarna kan jag nästan känna doften av den traditionella fiskrätten *mohinga*, uppblandad med avgaser.

Vad vi just nu bevittnar är brutal samtidshistoria. Det är förstas fantastiskt att se att så många högljutt protesterar mot militärkuppen, alla de som fått sniffa på friheten och nu vägrar att gå tillbaka till hur det var tidigare. Samtidigt är det sorgligt

att jämföra med den tystnad som mötte nyheterna om massmord och förföljelser av rohingyerna för några år sedan. Denna muslimska minoritet har diskriminerats i årtionden och den inhemska retoriken och hatet är brutalt. Kulmen kom för tre år sedan, med den våldsvåg i delstaten Rakhine som av FN klassificerats som folkmord.

Långsamt folkmord

Medan världen tittade på utsattes rohingyerna för fruktansvärda övergrepp. Över 700 000 människor flydde död, våldtäkter och mordbränder. Nu väntar de på andra sidan sundet, i överfulla flyktingläger i Bangladesh, på att få återvända hem. Men återvända till vad då, kan man fråga sig. Det humanitära läget i delstaten är fortfarande omänskligt. Läkare Utan Gränser finns på plats, både i Rakhine och i andra delstater med sårbara minoritetsgrupper. Några andra organisationer, däribland Röda Korset, har också tillstånd att arbeta, för övrigt är hjälporganisationer i princip bannlysta. Situationen för de rohingyer som

är kvar i Rakhine har inte heller förbättrats. En kollega som besökt regionen beskriver det som »det långsamma folkmordet – en hel folkgrupp som sakta tynar bort i segregerade läger, i brist på mat och sjukvård«.

Journalisten i mig vill inget hellre än att återvända till detta land som är så magiskt och samtidigt präglad av alla år med diktatur. Men eftersom det är omöjligt just nu försöker jag istället få så mycket information från vänner och kollegor som jag bara kan. En kompis berättar att han varit på marknaden och noterat att många demonstranter skrivit sin blodgrupp på armen, ifall de skulle bli skadade och behöva vård.



BILD ALEXANDER UGGALA

»DET ÄR OACCEPTABELT ATT SJUKVÅRDPERSONAL SITTER GRIPEN – INTE MINST NU, MITT UNDER EN PANDEMI.«

Och de har all anledning att vara beredda på det värsta. I Myanmars städer ekar slagorden från miljontals människor som gett sig ut för att protestera med livet som insats. Natliga räder genomförs där oppositionella misshandlas och grips. Surrealistiska bilder kablas ut.

Samtidigt pågår något som i det närmaste kan beskrivas som en »attack« mot sjukvården. Läkare Utan Gränser har jobbat i landet i snart 30 år och i vår strävan att nå de mest sårbara har vi alltid stött på patrull. 2014 blev vi till och med utsparkade från Rakhine efter anklagelser om »bristande opartiskhet« i vårt medicinska arbete. Vi kunde återuppta arbetet igen men markeringen från regimens sida var tydlig – de vill ha kontrollen över vem som får jobba var och när.

Trakasserier och hot

Den senaste tidens utveckling är oroande på många sätt, men som medicinsk humanitär organisation noterar vi med särskild oro olagliga gripanden och kvarhållanden av vårdpersonal. Under alla år har vårdpersonalen varit ledande i protesterna mot militärdiktaturen och många av dem som nu förs bort är anställda inom den offentliga hälso- och sjukvården. Sedan kuppen i februari vägrar många av dem att gå till jobbet. Läkare och sjuksköterskor vittnar om att de utsätts för trakasserier och hot.

De säger att de är livrädda. Vad denna utveckling kommer att få för konsekvenser för hälsan är oklart. Vad som däremot är klart är att det finns en reell risk att den livräddande sjukvård som Läkare Utan Gränser och andra har gett några av de mest sårbara grupperna i Myanmar inte längre ska gå att utföra.

Vägrar vara tysta

När jag skriver detta, en månad efter kuppen, kommer rapporter om att just denna dag var den dödligaste sedan militärkuppen. Minst tjugofem demonstranter har dödats. Bepansrade konvojer och stridsvagnar rullar runt i Rangoon – på de gator där min dotter lärde sig cykla. Utanför min gamla frisör är det nu en vägspärr, och precis bredvid ungarnas skola attackerar militären demonstranter med dödliga kulor.

Det vi nu bevittnar kan vara ett dynamiskt ögonblick. Vi får hoppas att den civila olydnaden och massprotesterna, samt världens fördömanden, leder till något gott. Samtidigt är det oacceptabelt att hälso- och sjukvårdspersonal sitter gripen – inte minst nu, mitt under en pandemi och när det enda brott de har begått är att de vägrar vara tysta.

Frida Lagerholm



FRÅN WEBBEN

»Om du någon gång har suttit bredvid ett barn som totalt har gett upp, eller du kanske har hållit barnet i handen och försökt få det att inse att livet är värt att leva, då kommer du aldrig att glömma det ögonblicket. Förra året behandlade Läkare Utan Gränser 50 barn som hade självmordstankar och/eller försökt ta sitt liv. I år har vi redan påbörjat behandlingen av tre barn med självmordsförsök. Ett av barnen försökte dränka sig, ett annat tog tabletter och det tredje försökte skära sig. Lägre på Lesbos är ingen plats för barn att befinna sig i, särskilt inte de barn som redan är traumatiserade.«

/Tina Dahl, sjuksköterska, Lesbos



Yasin, en av våra patienter.

En kvinna med covid-19 bärs till ambulans för vidare transport till flygplatsen och därifrån till sjukhuset i Manaus, Brasilien.

BILD DIEGO BARAVELLI

Vaccin- kriget

Folkets vaccin. Eller är det läkemedelsbolagens? Medan världen slåss om de nya covidvaccinen blir det allt tydligare att det fortfarande är plånboken som styr över vem som ska få tillgång till livsviktiga läkemedel.

TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT



En man med covid-19 i nordvästra Syrien tas om hand av Läkare Utan Gränser. BILD OMAR HAJ KADOUR

»Sedan trängde sig rika länder ändå före i vaccinkön och lämnade bara smulorna kvar.«

Mozambique: 0 doser. Malawi: 0 doser. Guinea: 25 doser. Bara ett axplock ur statistiken från i februari över fördelningen av de så efterlängtrade – och livräddande – vaccinen mot covid-19.

I allt snabbare takt sprider sig nya och mer smittsamma varianter av coronaviruset på många platser där Läkare Utan Gränser jobbar. På sjukhusen kämpar personalen med att hantera inflödet av patienter – i flera länder i södra Afrika registrerades fler covid-19-fall i januari 2021 än under hela 2020.

Inte heller läkarna och sjuksköterskorna har fått något vaccin. Om allt går enligt plan kommer vaccinationerna av medicinsk personal och riskgrupper i låg- och medelinkomstländer igång nu under våren, medan massvaccinering i de minst resursstarka

länderna beräknas vara klar i slutet av 2024. Samtidigt planerar Sverige och många andra länder att ha vaccinerat hela den vuxna befolkningen till midsommar.

Trängde sig före i kön

För så har det blivit. Trots de vackra orden om att fördelningen av vaccin ska »baseras på behov och inte på resurser«. Uttalade av Stefan Löfven, Kanadas Justin Trudeau och andra regeringschefer i Washington Post i somras. Och trots fördelningsmekanismen Covax, som tidigt inrättades av bland andra WHO och vaccinalliansen Gavi och som

skulle ge alla länder som anslöt sig tillgång till vaccin. Baserat på behov, inte resurser.

Det lät ju så bra, säger Kate Elder, vaccinexpert på Läkare Utan Gränser.

– Det var verkligen en milstolpe förra året när regeringar i hela världen kom samman och sa att detta är en global pandemi, och att vi inte kommer att ta oss ur den om vi inte gör mediciner, vaccin och diagnosmetoder tillgängliga för alla.

– De använde ord som gjorde oss inom Läkare Utan Gränser överlyckliga. De talade om det allmännas bästa, om folkets



Vaccinationsinsats mot mässling i Bera, Centralafrikanska republiken. BILD JAMES OATWAY

vaccin. Och sedan trängde sig rika länder ändå före i vaccinkön och lämnade bara smulorna kvar.

Hittills har EU bokat in sig på mer än 2 miljarder doser. Vid sidan av enskilda länders bilaterala avtal med läkemedelsbolagen, alltså. Kanada har tingat så många



Kate Elder.

doser att man skulle kunna vaccinera hela sin befolkning sex gånger om. Länder med totalt 16 procent av världens befolkning har köpt 60 procent av tillgängligt vaccin. Och så vidare.

En självklar skyldighet gentemot den egna befolkningen, säger vissa. Enögd vaccinnationalism som bara kommer att förlänga pandemin, menar andra.

I berättelsen om covidvaccinen finns även andra märkliga inslag.

Till exempel att priset på de vaccin som ställts till låginkomstländernas förfogande hittills varit betydligt högre än vad EU och andra rikare länder får betala. Hur prissättningen egentligen går till, och vem som betalar vad för vilket vaccin, är emellertid fortfarande höljt i stort dunkel. Något som Läkare Utan Gränser och andra länge kritiserat.

Rik på vaccin

»Klart att några blir rika på vaccin och jag hoppas verkligen det. Det är ju ett tecken på att det fungerar«. Så sa Matti Sällberg, professor på Karolinska institutet, i SVT:s Ekonomibyrån i januari. Han har förstås rätt. Det rådande systemet för utveckling av läkemedel, inklusive vaccin, är vinstdrivande och att några tjänar stora pengar betyder att vaccinen fungerar.

Men vem äger egentligen ett vaccin? Är det länderna som satsar miljarder på grundforskning och stöd till läkemedelsbolagen? Bolagen som tar forskningen vidare, genomför kliniska studier och ror alltsammans i hamn? Är det folket, i egenskap av skattebetalare?

Statliga stödmiljarder

Folkets vaccin. Så var det sagt. På rekordtid och med ovanligt stor beredvillighet att dela tillgängliga forskningsdata har flera effektiva vaccin mot covid-19 utvecklats. Och patenterats. Nu ägs de av läkemedelsbolagen och det är dessa som bestämmer vilka länder som ska få köpa, när, hur mycket och till vilket pris. När de statliga stödmiljarderna regnade över bolagen ställdes inga villkor att slutprodukten sedan skulle göras tillgänglig för alla.

Att några blir rika betyder kan-

Barn i Ndongue i Centralafrikanska republiken väntar på att vaccineras mot mässling.

BILD JAMES OATWAY



BILD NITIN GEORGE

På hembesök hos en patient med misstänkt covid-19 i Donetsk, Ukraina.

ske att vaccinen fungerar – men det betyder inte att systemet fungerar. Det säger Pieter-Jan van Eggermont, humanitär rådgivare på Läkare Utan Gränser.

– Att en enskild tillverkare lyckas bli rik på vaccin är i sig inget tecken på en fungerande marknad, utan snarare att bolaget har lyckats förhandla fram särskilt förmånliga avtal och privilegier.

– De stora läkemedelsbolagens prismonopol och vinstjakt har varit en återkommande kontro-

vers under de senaste decennierna, fortsätter han. Följderna av att ett fåtal läkemedelsbolag har monopol på livräddande



Pieter-Jan van Eggermont.

läkemedel och håller priserna höga kan vara förödande. Ett exempel är hivepidemin. När den härjade som värst i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet dog miljontals människor i fattiga länder trots att det fanns

effektiva läkemedel. Men de fick inte tillgång till dem, de var alldeles för dyra på grund av några få bolags monopol.

Brist på intresse

Nya vaccin – men gamla problem. Gång på gång inträffar samma sak, det vill säga att människor i låginkomstländer inte får tillgång till de läkemedel de behöver. Eller att det inte ens finns mediciner, vaccin och fungerande diagnosverktyg. Som till exempel mot ebola, eftersom sjukdomen så länge betraktades enbart som en afrikansk angelägenhet och därför inte intresserade västvärlden. Först på senare år, efter den omfattande epidemin i Västafrika 2014–2016 där det plötsligt fanns risk för global spridning, tog forskningen fart.

Eller mot pneumokocker, som orsakar lunginflammation och hör till de sjukdomar som dödar flest barn. Där finns visserligen vaccin men det är så dyrt att många låg- och medelinkomstländer inte har råd att köpa in det.

Patenten ställer till det

Så – varför produceras då inte fler doser så att fler kan vaccineras snabbare, kan man ju fråga sig.

Svaret är – för att det inte går. På grund av bristande produktionskapacitet. För att tillverkning av vaccin oftast är en komplicerad process som inte vilken anläggning som helst klarar av. Och, skulle en del hävda, för att patenträttigheter gör det omöjligt för andra tillverkare att ta upp produktionen.

Visst, säger Daniel Thornton,

koordinator för fördelningsmekanismen Covax på Gavi, när det gäller tillgång till mediciner kan det monopol som patenten leder till onekligen vara en försvärande omständighet. Men för vaccinen mot covid-19 är det helt andra saker som sätter käppar i hjulet.

Här handlar det snarare om pengar och produktionskapacitet.



Daniel Thornton.

– Utvecklingskostnaderna för ett vaccin är mycket högre än för mediciner och kan jämföras

»Vaccin är ju något man sprutar in i friska människor, så säkerhetskraven är och måste vara rigorösa.«

med flygindustrin, säger han. Det krävs enorma investeringar för att ligga i täten. Kliniska studier som kan involvera tiotusentals människor är oerhört dyra och sen vet man ju inte ens om de kommer att lyckas.

– Det andra stora hindret är

själva produktionen. Vaccin är ju något man sprutar in i friska människor, så säkerhetskraven är och måste vara rigorösa. Att sätta upp en anläggning och få tillstånd att producera vaccin är enormt komplicerat.

Men även om utmaningarna

inom vaccinproduktion är stora så är omständigheterna kring covid-vaccinen betydligt gynnsammare. Den teknik som både Pfizer/BioNTech och Moderna har använt sig av i sin framställning, mRNA, gör produktionen avsevärt enklare och den potentiella poolen av tillverkare är alltså betydligt större än i vanliga fall.

Fast då kommer vi tillbaka till det här med patenten. Visst är utmaningarna fler, men att helt bortse från patenträttens negativa konsekvenser är att göra det för enkelt för sig, poängterar Kate Elder.



»Det är alla skattebetalare som finansierat forskningen. Men det är företagen som har patenten.«

– Jag vill inte få det att låta som att det är lätt att tillverka vaccin. Det är en komplex process, helt annorlunda än för mediciner. Men ändå måste jag upprepa det som sagts så ofta: den här pandemin är inte över innan den är över för alla, överallt. För att säkerställa att alla får tillgång till vaccinen måste läkemedelsbolagen göra det rätta och inte sätta ett orimligt pris på sina produkter. De borde inte sko sig på den här pandemin. De borde inte heller ta patent på de verktyg som behövs i kampen mot covid-19 utan tillåta produktion av mer prisvärda varianter av vaccinen.

– De vaccin som nu har tagits fram har fått enorma mängder offentligt stöd, fortsätter hon. Det är du, jag, alla skattebetalare tillsammans som i stor utsträckning har finansierat forskningen och utvecklingen av vaccinen. Men det är företagen som har patenten. Och så klart påverkar det möjligheten för andra bolag att ta upp produktionen.

Historisk orättvisa

På tal om rätt och fel. »Ett formidabelt moraliskt misslyckande«, har WHO:s generaldirektör Tedros Adhanom Ghebreyesus kallat den skeva fördelningen av tillgängligt covidvaccin.

Ett team på väg att undersöka hjälpbehoven i Tigray, Etiopien.
BILD MATT HOTCHKISS

Och att tala om moral och etik när det gäller den globala tillgången till läkemedel är i högsta grad relevant, det tycker även Göran Collste, professor emeritus i tillämpad etik vid Linköpings universitet och sakkunnig i Statens medicinsk-etiska råd (SMER).

– Den globala ordning vi lever i har sina rötter i kolonialismen. De länder som är överordnade i dag, som har makten på den internationella arenan, överens-



Göran Collste.

stämmer i stor utsträckning med de före detta kolonialmakterna. Och tvärtom, de länder som brottas med fattigdom och sjukdom är ofta forna kolonier. Även om mycket har hänt sedan dess så måste vi fundera över vad det får för följder för vårt agerande



Shila, 9 år, får HPV-vaccin som skydd mot livmoderhalscancer av Läkare Utan Gränser i Chiradzulu, Malawi. Eftersom cancer-vården inte är så utbyggd är förebyggande vaccinationsinsatser desto viktigare. BILD NADIA MARINI

och hur ska vi kunna gottgöra den här historiska orättvisan. Solidaritet när det gäller den globala fördelningen av covidvaccin kunde vara ett sätt.

Moraliskt ansvar

När det gäller covidvaccin, liksom tillgång till läkemedel över huvud taget, står konflikten mellan äganderätt och moraliskt ansvar. För precis som individen har institutioner, det vill säga företag, organisationer och stater, ansvar för de moraliska konsekvenserna av sitt agerande, konstaterar han.

– Ibland går bolagens rätt till produkten och individens rätt till hälsa i takt. Läkemedelsbolagen blir motiverade av möjligheten att få patent på sitt arbete och om de lyckas ta fram ett läkemedel är det bra för människors liv och hälsa. Då finns ingen konflikt. Det

har ju till exempel varit tydligt när det gäller covidvaccinen, och det talar för att äganderätten kan fylla en funktion.

Men allt för ofta går de båda rättigheterna i otakt. Och då är frågan vilken som är viktigast.

– Vissa filosofer menar att äganderätten är en grundläggande rättighet, i paritet med rätten till liv och hälsa. Men jag och många andra håller inte med utan anser att man måste kunna göra undantag när äganderätten kommer i konflikt med rätten till hälsa och liv.

Möjligheten att göra undantag i patenträttigheterna när folkhälsan står på spel finns redan, inskriven i TRIPS-avtalet och särskilt betonad i det så kallade Doha-undantaget inom världshandelsorganisationen WTO som reglerar patent och andra immateriella rättigheter. Den möjligheten

användes för 20 år sedan för att tillåta generisk tillverkning och export av hivläkemedel. Nu vill ett hundratal länder, med Indien och Sydafrika i spetsen, att WTO ska gå ett steg längre och tillfälligt ta bort alla hinder för tillverkning och import av generiska vaccin, läkemedel och tester mot covid-19 under pandemin. Det skulle innebära att fler bolag snabbt kan börja tillverka och sälja vaccin med målet att uppnå global immunitet.

Från EU, USA, Storbritannien är det än så länge kalla handen. Under tiden fortsätter viruset att sprida sig, och människor fortsätter att dö. ■

Lästips

- **Göran Collste:** Historisk rättvisa: gottgörelse i en postkolonial tid. Daidalos förlag.
- **SMER:** Etiska vägval vid en pandemi

» Minst hälften av det jag skapar ska gå till någonting bra. Mer pengar än jag behöver tror jag inte ger någon glädje«

Hjalmar Didrikson är en av grundarna till företaget Alfvén & Didrikson, som investerar i snabbväxande nordiska start-up-företag. Vid sidan av sitt entreprenörskap har han även satsat på en annan karriär – som engagerad givare till Läkare Utan Gränser.

Du har varit givare sedan 2019, varför då?

– Jag har alltid drömt om att bli entreprenör. Jag tycker det är så otroligt spännande och roligt och jag tror väldigt mycket på marknadsekonomi. Men fördelningen av välfärden är fruktansvärt orättvis och jag har alltid haft en strävan efter jämlikhet. När jag nu haft en sådan tur och fötts i den här delen av världen och med förmågan att skapa så stora ekonomiska värden – då vill jag också ge tillbaka något. Dessutom känns det oerhört bra. På så vis finns det ju något egoistiskt också. Att ge bort mina pengar är det bästa

HJALMAR DIDRIKSON

Om engagemang /

Min erfarenhet från affärsvärlden är att när du vet varför du gör någonting så är det mycket lättare att göra det. Och det ser jag i engagemanget hos Läkare Utan Gränser.

Om att Akelius Foundation vid förra årsskiftet skänkte nästan 161 miljoner till Läkare Utan Gränser /

Det var väldigt fint. Jag skulle vilja ha de ekonomiska resurserna att göra detsamma en dag. Och kanske får jag det, vem vet.

beslut jag har fattat.

Men varför just Läkare Utan Gränser?

– Jag blev värvad av min vän Adam Samuelsson som är styrelseordförande i Idun Industrier. Det han sa, och som jag verkligen håller med om, är att Läkare

Utan Gränser gör någonting helt odiskutabelt positivt. Att gå in och hjälpa människor i nöd oavsett situation, oavsett bakgrund.

– Om man som jag och Adam är vana vid ekonomiska mätetal så blir det dessutom imponerande siffror, när man tittar på allt som Läkare Utan Gränser åstadkommer. Hur mycket som uppnås i förhållande till det insatta kapitalet, det är stort!

Du har ett stort nätverk inom näringslivet. Har du försökt få fler att engagera sig i Läkare Utan Gränser?

– Ja, jag försöker! I de investerar- och entreprenörskretsar som jag rör mig i är viljan att ge stor, och vi diskuterar ofta hur vi kan göra det. När vi berättar om Läkare Utan Gränser och varför vi skänker dit kan vi förhoppningsvis så ett frö, även om det dröjer innan det blir någonting av det. Jag tror vi har återuppväckt lusten hos några tidigare givare i alla fall!





Adam Samuelsson och Hjalmar Didrikson på katastrofövning i Bryssel. BILD PRIVAT

Ditt bolag ger till andra organisationer också. Hur väljer ni?

– Det finns ju många organisationer som gör bra saker. Istället för att välja en så får bolagets sju heltidsanställda ge bort ett visst belopp var till någonting vi bryr oss särskilt mycket om. Sammanlagt blir det ungefär en procent av budgeten. Sedan försöker vi inspirera människor omkring oss att ge av sina privata pengar också. Det gör jag själv. Under en period när jag jobbade i London och satt på ett av alla flyg fram och tillbaka skrev jag ner vad som egentligen var min ambition med att vara entreprenör. En sak var att minst 50 procent av det jag skapar ska gå till någonting bra.

Det låter mycket, att ge bort hälften?

– Ja kanske, men detta är vad jag vill. En av mina förebilder är Warren Buffet (amerikansk investerare och affärsman, reds anm).

Han är god för många miljarder men i stort sett hela hans förmögenhet ska gå till välgörande ändamål. På samma sätt tror inte jag att mina barn kommer att må bättre av att de får en massa pengar när jag dör. Det är klart att de behöver ha någon sorts grundtrygghet, och detta är något som vi ska fortsätta diskutera i familjen. Men mer pengar än man behöver tror jag inte skapar någon glädje. Visst lever jag ett väldigt bra liv, jag ska inte försöka få det att låta på något annat vis. Men jag ger hellre bort pengar än slösar bort dem.

Både firman och du privat ger till vårt arbete »där det behövs som mest«, alltså utan att öronmärka. Hur resonerar du där?

– Det är ett aktivt beslut. Jag tror ni har mycket bättre koll på var pengarna behövs och jag har även sett hur organisationen funkar, så jag har fullt förtroende.

Vissa blir provocerade av Läkare Utan Gränser arbete, till exempel när vi undsätter migranter. Uppfattas ert givande som politiskt, tror du?

– Ja, man kan ju göra politik av allt om man vill. Men jag kan stå för det vi ger till 100 procent, det finns inga betänkligheter. Det är svårt för mig att se vad som skulle kunna vara fel i att rädda liv, på Medelhavet eller någon annanstans.

Du har besökt vårt övningscenter och logistikcentret i Bryssel och sett Läkare Utan Gränser mer inifrån. Vad fick du för intryck då?

– Väldigt positivt och otroligt lärorikt! Dels förstod vi magnituden av Läkare Utan Gränser, hur engagerade ni är, hur viktigt jobbet är. Dels såg jag hur fin kultur det finns inom organisationen. Det här är människor som inte har några höga löner utan som verkligen vill bidra. Det finns en sund kultur och värderingar som gjorde att jag ville fortsätta ge.

Du deltog också i en katastrofövning?

– Ja, det var läskigt och omtumlande att få en känsla för hur det kan gå till. Vi fick delta i en övning, sminka upp oss och spela olika roller. Jag blev tilldelad rollen som brännskadad och sen skulle läkarna öva på att hantera situationen och även prioritera bland oss patienter.

Om din kompetens efterfrågades, skulle du kunna tänka dig att jobba internationellt för oss?

– Ja, men jag tror mycket på det här med komparativa fördelar: Jag är ganska dålig på det mesta men någonting som jag är bättre på än många andra är att få pengar att växa. Så jag tror jag gör mest nytta här. Men visst, jag trivs som bäst när det är problem. Så när mina barn blir äldre skulle jag kunna tänka mig att åka. ■

ETIOPIEN / Stora behov i Tigray



Flyktingar från Etiopien korsar floden och gränsen till Sudan. BILD JASON RIZZO

▶ Hundratusentals människor har sedan november förra året tvingats på flykt i regionen Tigray i norra Etiopien till följd av brutala stridigheter. Omkring 50 000 uppges ha tagit sig över gränsen till grannlandet Sudan medan många sitter fast

mellan de olika stridande parterna.

Läkare Utan Gränser är på plats på båda sidor gränsen. Vi har arbetat i Sudan i många år. Men när striderna bröt ut i Etiopien anpassade vi vårt arbete och inrättade kliniker såväl i Tigray som vid gränsövergång-

arna. Vi bistår med primärvård, psykologiskt stöd, vaccinationer, samt behandling av undernäring och av kroniska sjukdomar.

I södra Tigray driver vi mobila kliniker och arbetar även på vårdcentraler. I östra Tigray finns vi på plats på sjukhuset i staden Adigrat där vi bland annat bistår med mat och driver både akutmottagningen och vårdavdelningar.

I centrala Tigray ger vi grundläggande sjukvård och bistår med mediciner, vård och mat. Mellan tre och fyra miljoner människor i centrala Tigray beräknas sakna tillgång till grundläggande sjukvård.

GUINEA / NYTT UTBROT AV EBOLA

Den 14 februari deklarerades ett nytt utbrott av ebola i Guinea, ett av de tre västafrikanska länder som drabbades hårt av det stora utbrottet 2014–2016. Ett team från Läkare Utan Gränser har åkt till de berörda områdena i södra delen av landet för att skaffa sig en bättre lägesbild. I uppdraget ingår bland annat att ta reda på vad befolkningen känner till om ebola och anpassa den information vi ger därefter. Att få med sig de människor som berörs i arbetet är avgörande för att insatsen ska lyckas.

INSULIN / NYTT HOPP FÖR DIABETIKER

Tillsammans med Genève universitet har Läkare Utan Gränser kunnat påvisa att flera insulinsorter kan förvaras i betydligt högre temperaturer än tidigare angett. De testade insulinen klarar sig i fyra veckor vid temperaturer på 25–37



Samaher, syrisk flykting i Libanon, har diabetes.

grader, något som kan vara avgörande för diabetiker i varma länder utan tillgång till kylskåp. I dagsläget har

endast hälften av alla som behöver insulin tillgång till det, främst på grund av höga priser, komplicerade behandlingsprotokoll samt kraven på kylförvaring.

Under pandemin har många länder dragit ner på insatserna för kvinnors hälsa och slussat om resurserna till covid-19. Läkare Utan Gränser arbetar för att hitta nya sätt att säkerställa att kvinnor får vård.

Bakslag för kvinnohälsan

En gråtande kvinna ringer till Läkare Utan Gränser i Choloma, Honduras. Hon står utanför den lokala vårdcentralen där hon har tid för preventivmedelsrådgivning, men den har bommat igen. Hon säger desperat att hennes man kommer att lämna henne om hon blir med barn igen.

En annan kvinna kommer till Läkare Utan Gränser i Rustenburg i Sydafrika och vill

göra abort. Hon är gravid i 27:e veckan, så personalen informerar henne att de tyvärr inte kan hjälpa henne, att graviditeten har gått för långt. En abort var inbokad på ett annat sjukhus flera månader tidigare, men på vägen dit fick kvinnan reda på att aborter inte genomfördes under den nationella nedstängningen.

– Under stora sjukdomsutbrott ökar ofta andra sjukdomar och allvarliga hälsotillstånd, eftersom en stor del av resurserna läggs på att bekämpa utbrottet. När ebolaepidemin härjade i Västafrika sköt mödradödligheten i höjden eftersom förlossningsvården och preventivmedelsrådgivningen stängdes ned, berättar Anna

Blideman, medicinsk rådgivare på Läkare Utan Gränser.

Oavsett om det gäller spridning av virus, jordbävningar eller väpnade konflikter drabbar kriser ofta kvinnor och barn extra hårt. I likhet med utvecklingen under ebolaepidemin slår nedstängningarna och den indragna vården under coronapandemin hårt mot kvinnohälsan – men eftersom i princip hela världen omfattas riskerar konsekvenserna att bli på en mycket större skala.

Ekvationen går inte ihop

Kvinnohälsoorganisationen Marie Stopes bedömer att upp till 80 procent av den sexuella och reproduktiva vården i låginkomstländer och vissa medelinkomstländer kan dras in till följd av pandemin. Samtidigt visar statistik från FN:s kvinnoorgan UN Women att samtalen till kvinnofridslinjer skjutit i höjden och att alla former av våld mot kvinnor och flickor, inklusive sexuellt våld, ökat.

– Vi uppmanas att stanna hemma för att skydda oss mot viruset. Men för kvinnor som lever med en förövare innebär det ökad osäkerhet. Behovet av vård har ökat, samtidigt som tillgången minskat. Det är en ekvation som inte går ihop, säger Anna Blideman.

– Sexuell och reproduktiv vård ses inte som livsnödvändig i många länder. I värsta fall är en viss typ av vård, som aborter, olaglig. Att den här vården är så politiserad gör att den lätt nedprioriteras under en kris.

Som i Honduras, ett av världens mest våldsdrabbade länder. Där är abort olagligt, oavsett om kvinnan blivit våldtagen eller om hennes liv är i fara. Till och med dagen efter-piller är förbjudet.

Personal omplaceras

Att vara kvinna i Honduras var tveklöst mycket svårt redan innan coronaviruset började spridas. När pandemin drog in över Central-

amerika införde Honduras strikt utgångsförbud och all kollektivtrafik och taxiverksamhet drogs in. Inte ens ambulanser var tillåtna. Det här ledde enligt läkaren Maura Emelina Lainez Vaquiz till en fullständigt ohållbar situation för landets kvinnor.

– Regeringen beslöt även att all icke-akut vård skulle stoppas och enligt dem är sexuell och reproduktiv vård inte akut. De omplacerade även personal från vårdcentralerna till sjukhusen för att jobba med covid-19.

Maura Emelina Lainez Vaquiz arbetar på Läkare Utan Gränser

Läkare Utan Gränser sjuksköterska Chrissie Nasiyo med en grupp sexarbetare i Nsanje, Malawi. BILD ISABEL CORTHER

I Choloma i Honduras är Läkare Utan Gränser nu de enda som ger sexuell och reproduktiv vård till kvinnor. BILD DEIBY YANES



En patient hämtar sin medicin på Läkare Utan Gränserns apotek i Choloma. BILD SERGIO ORTIZ

»Regeringen beslöt även att all icke-akut vård skulle stoppas och enligt dem är sexuell och reproduktiv vård inte akut.«



Förutom våld och pandemi har Choloma drabbats hårt av orkaner. Läkare Utan Gränser bistår med psykologiskt stöd och vård vid sexuellt våld bland människor som bor på gatan och i härbärgen.

BILD DEIBY YANES



Att informera om preventivmedel är en viktig del av Läkare Utan Gränserns insatser för kvinnors hälsa.

BILD ISABEL CORTHER



Uppsökande verksamhet i Choloma. BILD CHRISTINA SIMONS (2018)

kvinnoklinik i Choloma i nordvästra Honduras, nära gränsen till Guatemala. Många lockas till Choloma för jobb i stadens många fabriker, men lönerna är låga och arbetsförhållandena undermåliga. Våldet, precis som fattigdomen, är utbrett i staden och kvinnor och flickor löper högst risk att drabbas.

Fler födselar

Helt plötsligt var Läkare Utan Gränser de enda som bistod med sexuell och reproduktiv vård i hela Choloma, som är Honduras tredje största stad.

– Trots att många av kvinnorna var tvungna att gå till fots till kliniken så ökade antalet födselar med över 30 procent, säger Maura Emelina Lainez Vaquiz.

Många länder har i likhet med Honduras prioriterat ned kvinnohälsan. På flera platser har Läkare Utan Gränser varit den enda vårdgivaren som hållit öppet, vilket gjort att antalet patienter ökat kraftigt.

– Samtidigt har våra vårdinrättningar varit underbemannade eftersom personalen själva

insjuknat i covid-19, säger Anna Blideman.

I andra områden har antalet patienter minskat avsevärt, både på grund av restriktionerna och av rädslan för att smittas av coronaviruset. Antalet kvinnor som sökte sig till Läkare Utan Gränserns abortklinik i Rustenburg minskade med 80 procent i april 2020 och patientantalet på organisationens förlossningssjukhus i den afghanska staden Khost sjönk med nästan hälften i juni 2020.

Osäkra aborter

– Att patienter slutar komma är minst lika oroande. Vi vet ju att kvinnor inte slutar föda, utan då sker förlossningen i hemmet utan professionell hjälp. Eller så görs abort på egen hand med osäkra metoder. Båda dessa scenarier kan vara förenade med livsfara, säger Anna Blideman.

Tillbaka till Honduras. Maura Emelina Lainez Vaquiz berättar att hon och hennes kollegor var fast beslutna att fortsätta ge vård och stöd till Cholomas kvinnor under pandemin.

– Vi satte omgående upp ett tält utanför kliniken så att vi kunde fortsätta ge preventivmedelsrådgivning med fysisk distans. Jag har även skrivit ut recept för en längre tid så att patienterna inte behöver komma till oss lika ofta.

Som för så mycket annan vård är den uppsökande verksamheten avgörande för insatser för kvinnohälsan. Det handlar om att informera och utbilda, men lika mycket om att bygga förtroende så att kvinnorna ska våga söka sig till Läkare Utan Gränser.

Maura Emelina Lainez Vaquiz berättar att hon i vanliga fall åker runt till mindre vårdcentraler och

skolor i Choloma för att utbilda kring hälsa. Eftersom det inte varit möjligt under pandemin startade hon och hennes två närmsta kollegor hälsorådgivning via telefon, där de har funnits tillgängliga dygnet runt.

– Vi har blivit nedringda. Det har varit intensivt att varva rådgivningen med arbetet på kliniken, och jag har även ett spädbarn hemma. Men för mig finns det inget alternativ, kvinnorna här behöver vår hjälp.

Digitalt stöd

Digital hälsorådgivning, som hjälplinjen i Choloma, har varit ett viktigt verktyg i många av Läkare Utan Gränserns projekt under pandemin. Organisationen har även bedrivit påverkansinsatser med budskapet att sexuell och reproduktiv vård är livräddande och inte får nedprioriteras. Och insatserna har åtminstone på vissa ställen burit frukt: i Rustenburg lyckades Läkare Utan Gränser exempelvis få de lokala myndigheterna att återuppta abortvården igen.

Under hösten lättade restriktionerna i Honduras och samhället började så smått öppna upp. Men bara månader senare drog orkanen Eta in med förödande kraft och tvingade hälften av landets sjukhus och vårdcentraler att stänga igen.

– Många har blivit av med sina hem och bor trångt på härbärgen, något som kan innebära en stor fara för kvinnor. Jag har redan hört om fall där kvinnor utsatts för sexuellt våld, säger Maura Emelina Lainez Vaquiz.

– Men jag känner mig ändå hoppfull att de anpassningar som vi gjort kommer att leda till att vi kan hjälpa fler kvinnor framöver. Redan före pandemin gjorde våldet och stigmat kring sexuell och reproduktiv hälsa att många kvinnor inte vågade uppsöka en vårdcentral eller ett sjukhus. Så ju mer vi kan utveckla det digitala stödet, desto fler kan vi hjälpa, säger hon.

– Det är en kvinnas rätt att bestämma över sin kropp och avgöra när hon vill ha barn – eller om hon vill ha det överhuvudtaget. ■

Mer om de indirekta effekterna

De flesta experter menar att effekterna i pandemins kölvatten väntas slå hårdare mot den globala hälsan än viruset i sig:

- Enligt WHO minskade rutinvaccinationer med upp till 70 procent under pandemins första månader.
- Utebliven barn- och mödrhälsovård samt bristen på vaccinationer befaras enligt FN:s barnfond Unicef kosta miljoner barns liv.
- En studie i den medicinska tidskriften The Lancet beräknar att dödsfall i hiv, tuberkulos och malaria kan öka med respektive 10, 20 och 30 procent de kommande fem åren.



Vems lidande är värst?

130 miljoner människor i behov av humanitär hjälp. Pengar som inte räcker till alla. Hur gör man då? Hur mäter man vem som är i störst behov av hjälp? Om detta har Anneli Eriksson, sjuksköterska och före detta ordförande för Läkare Utan Gränser, skrivit en avhandling.

TEXT ÅSA NYQUIST BRANDT / BILD JOSEFIN HEROLF

I september 1999 åkte sjuksköterskan Anneli Eriksson till Östtimor. Själständighetsförklaringen från ockupationsmakten Indonesien hade urartat i våld och människor flydde för sina liv. Behovet av akut hjälp var stort – och det var även närvaron av humanitära aktörer som snabbt kunde dra i gång en enorm hjälpinsats.

Tidigare samma år hade hon varit på uppdrag i inbördeskrigets Sierra Leone. Rebeller hade intagit huvudstaden och lämnat död och förstörelse efter

sig. Även där fanns hjälporganisationer på plats. Ändå var det något som skavde, säger Anneli Eriksson.

– Konflikten i Sierra Leone hade pågått länge, den hade böljat fram och tillbaka och orsakat stort lidande bland befolkningen. När jag var där var läget mer akut, med oerhört många internflyktingar i huvudstaden Freetown och sjukhusen packade med svårt skadade och lemlästade människor.

– Läkare Utan Gränser och de andra organisationerna på plats gjorde en enorm insats, fortsätter

hon. Men det var inte alls tillräckligt. Och jämfört med Östtimor ett halvår senare var det helt orimligt. Där var det nästan slagsmål bland organisationerna om att få komma in i landet.

Hjälp där behoven är som störst. Behovsbaserade insatser. Opartiskhet. Några av de ord och begrepp som utgör fundamentet till det humanitära arbetet. Fast ibland känns de mer som såpbubblor än som något hugget i sten. De rör sig dit vinden blåser och om det blåser för hårt finns en risk att de spricker.

För vad betyder egentligen »behov«? Hur avgörs vems behov som är störst? Är det den som skriker högst? Den som befinner sig på en plats dit det är lätt för hjälparbetare att ta sig? Som gör sig »bra« på tv?

För så är det ju, att när pengarna inte räcker till måste vi välja. Och välja bort.

Om hur detta val kan gå till har Anneli Eriksson, numera projektledare vid Kunskapscentrum för katastrofmedicin på Karolinska institutet, skrivit

avhandlingen »Estimating needs in disasters«. Under sina många uppdrag i världens krishärdar såg hon erfarenheterna från 1999 upprepas gång på gång. Hur hjälporganisationerna flockades på vissa håll men knappt syntes till på andra. Och hur Läkare Utan Gränser som en av få oberoende organisationer alltför ofta fick agera »skurtant« när de andra, statligt finansierade, organisationernas pengar tagit slut.

– Jag funderade mycket på det där, jag såg ju det enorma lidandet på de platser där jag jobbade. För mig som sjuksköterska var det svårt att förstå varför människoliv kan väcka så olika stort intresse och kriserna få så olika finansiering.

– Det var samma sak när jag var i Niger 2005 och sedan igen 2007. Första gången var våra behandlingscenter fulla av svårt undernärda barn i akut behov av vård. Det fanns flera organisationer på plats och även om hjälpen kom sent så var den omfattande.

Två år senare – Läkare Utan Gränser hade varit



»Siffror är politiska, det kan finnas många skäl till att vilja lyfta vissa siffror och tona ner andra.«

på plats hela tiden – åkte Anneli Eriksson tillbaka till Niger.

– Även den här gången var våra kliniker fulla av svårt sjuka barn. Men de flesta andra hjälporganisationer hade åkt hem. Varför? Jo, eftersom de statliga medel som de hade fått för insatsen 2005 hade tagit slut och nu var det andra kriser som pockade på uppmärksamheten. För oss var det annorlunda, vi hade medel från allmänheten och var inte beroende av statliga anslag. Därför kunde vi bestämma själva att vi skulle stanna kvar.

I avhandlingen försöker Anneli Eriksson hitta ett nytt sätt att »mät« lidandet, att på något sätt kunna väga det ena lidandet mot det andra. Något som kanske egentligen är omöjligt, i alla fall för ett helt land, men som ändå måste göras eftersom de senaste siffrorna från FN talar om fler än 130 miljoner människor i »behov« av humanitär hjälp samtidigt som pengarna inte räcker till alla. Långt därifrån. Tanken med studien, som från början var ett samarbete med Sida, var att hitta ett enkelt och smart sätt att göra humanitära behovsbedömningar.

– Hur kommer det sig att gravt undernärda barn i Niger anses behöva hjälp ett år men inte ett annat? Handlar det bara om politiska intressen, geopolitik och vad som gör sig i tv? Jag ville undersöka om det är möjligt att skapa en global opartiskhet när det gäller humanitärt arbete. Eller om det bara är en dröm.

Redan i dag mäts och jämförs förstas de humanitära behoven. Men de flesta metoder är alldeles för grovkomiga, säger hon, risken är stor att alla länder med humanitära kriser hamnar i en och samma kategori av »behövande«. Dessutom är siffrorna som behovsbedömningarna lutar sig mot alldeles för osäkra.

– Låt oss säga att Etiopien klassificeras som 4 på den humanitära nödskalen och Sydsudan som 5. Då missar vi ju de enorma skillnaderna som kan finnas inom ett land.

Det är inte heller alltid som det finns siffror över sårbarheten bland särskilt utsatta grupper.

– Siffror är politiska, det kan finnas många skäl till att vilja lyfta vissa siffror och tona ner andra. Men de kan också vara svåra att få fram, till exempel vid väpnade konflikter.

Den modell som Anneli Eriksson utvecklat bygger på antagandet att hjälpbehoven i samband med en katastrof dels beror på händelsen i sig, hur allvarlig den är, hur många som drabbats etc, och dels på hur sårbart samhället är, det vill säga människors egna möjligheter att hantera det inträffade. Dessa parametrar – utsatthet (exposure) och sårbarhet (vulnerability) – utgjorde ramverket för modellen.

För att kunna mäta sårbarheten tog hon fram fyra indikatorer; bruttonationalinkomst (BNI) per capita, läs- och skrivkunskap, barnadödlighet samt andel undernärda barn under fem år.

– Jag valde de här indikatorerna eftersom de används av FN och eftersom de nästan alltid går att få fram. Visst kan det vara bra med en hel massa indikatorer men det är ju ingen idé att sträva efter något som är perfekt om det ändå inte går att få fram tillförlitliga data eller om det tar för lång tid. Är det något som sällan finns i en katastrof så är det tid.

I kombination med den andra parametern, utsatthet, det vill säga hur många som är berörda, kunde Anneli Eriksson därefter utveckla en allvarlighetskala (severity scoring) som löper från 4 till 36.

– Det är kanske främst detta som skiljer den här modellen från andra, att den har många fler steg och att alla länder med humanitära kriser inte hamnar i samma kategori i slutändan.

Nästa steg blev att testa modellen på en lista över överdödlighet i stora humanitära kriser. Det visade sig att överensstämmelsen i det närmaste var perfekt.

– Modellens indikatorer gick inte att applicera på jordbävningar, där stämde det inte alls. Men på andra slags kriser, inklusive väpnade konflikter, visade den sig vara träffsäker.

Men den grundläggande frågan kvarstår ändå. Går mänskligt lidande verkligen att mäta, att jämföra? Vad händer då med sådant lidande som inte så lätt låter sig överföras till Excel-ark och grafer?

Eller med människor på platser dit varken de stora hjälporganisationerna eller tv-kamerorna når?

I takt med att det humanitära arbetet blivit mer professionellt har det även blivit mer byråkratiskt och kunskapsstungt. Bra, tycker många, eftersom det har lett till större effektivitet, transparens och rättvisa.

Problematiskt, menar andra, eftersom det individuella lidandet, det som Läkare Utan Gränser alltid har hållit högst, riskerar att döljas bakom behovsbedömningarnas svepande penseldrag.

Det senare är något som Anneli Eriksson funderar mycket på. Som sjuksköterska med lång erfarenhet från några av vår tids största humanitära kriser vet hon att siffror inte alltid talar sanning, i alla fall inte hela sanningen. Att det finns en fara i att enbart förlita sig på det mätbara och att vi behöver förstå så mycket mer.

Ett exempel är Myanmar. I sin helhet är Myanmar ett relativt välmående land och hamnar inte så högt på den humanitära behovslistan.

– Samtidigt vet vi hur otroligt sårbara rohingyerna är. De har knappt någon tillgång till sjukvård och välfärd över huvud taget och många har utsatts för extremt våld. Men detta är inget som syns i några officiella siffror. Det krävs en förståelse för kontexten för att vi ska förstå vilka behoven verkligen är. Och då räcker det inte att mäta. ■

Estimating needs in disasters
Anneli Eriksson
Universitetet i Bergen



21-01-17 Fast på soptippen

LIBYEN. Mohammed från Mali har bott i Libyen sedan 2015. Han kom hit på flykt undan strider i hemlandet och för att hitta ett jobb.

Egentligen vill han återvända hem men pengarna han tjänar på sitt jobb räcker inte. Därför tillbringar han sin lediga tid på soptippen, där han samlar in metallskrot. För varje kilo får han motsvarande 6,50 kronor.

Det finns många flyktingar och migranter i Libyen som befinner sig i samma situation som Mohammed. Att ge

sig ut i en skranglig båt på Medelhavet, med målet att ta sig till Europa, kan då ibland vara det enda alternativet. De senaste månaderna har antalet

båtar som försökt ta sig över havet ökat, liksom antalet personer som drunknat.

Sedan i september, när vårt fartyg Sea-Watch 4 blockerades av de italienska myndigheterna, har vi inte kunnat bedriva några sök- och räddningsinsatser på Medelhavet.





BILD PRIVAT

Vinnarna av »Ett gränslöst skolprojekt«.

SKOLPROJEKTET / VINNANDE TIPSPROMENAD

Till vinnare i höstterminens omgång av »Ett gränslöst skolprojekt« utsågs Saga-Li Ahola Ehnberg och Bianca Jangenmalm Jonsson från Hjalmar Strömerskolan i Strömsund. Så här berättar de själva om uppdraget och det egna tävlingsbidraget:

»Vi organiserade en tipspromenad om ämnet i byn där vi bor. Frågorna handlade om kvinnors hälsa och vi hade priser som lokala företag sponsrade med. Det gick jättebra och det var en mycket trevlig dag med en del besökare. Vi valde ämnet kvinnors hälsa eftersom det är något vi tycker är intressant och viktigt. Det kändes också passande eftersom 25 november är internationella dagen mot våld mot kvinnor. Vi kände att det var väldigt viktigt att belysa de problem som kvinnor har världen över och samtidigt passa på och sprida kunskap kring ämnet genom frågorna i tipspromenaden.«

Stort grattis till Bianca och Saga-Li! För den som vill läsa mer om Läkare Utan Gränsers skolprojekt, och kanske anmäla sig till vårterminens tävling, finns mer information här: <https://lakareutangranser.se/ett-granslost-skolprojekt>

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 Oliver Schulz **E-POST** direkt@msf.org **GRAFISK FORM** Birgersson&Co / Åse Bengtsson Helin **ADRESS** Läkare Utan Gränser, Fredsborgsgatan 24, Box 47 021, 100 74 Stockholm **TEL** 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

SKATTE-REDUKTION FÖR GÅVOR

När du under ett år skänker minst 2 000 kronor till ideella organisationer får du ett skatteavdrag på 25 procent. För att du ska komma i åtnjutande av avdraget behöver du skänka minst 200 kronor vid varje gåvotillfälle. Maxbeloppet som du kan få avdrag för är 6 000 kronor. Ge gåvorna via swish, pg/bg eller vår hemsida och ange ditt personnummer. Då registreras de uppgifter som Skatteverket behöver om dig som givare.



BILD JAMES OATWAY

BOK / BESTÄLL MED RABATT

Missade du att beställa Anna Roxvalls och Johan Perssons bok *Till varje pris?* Nu får du en ny chans att följa med dem i den europeiska migrationens



spår. Gå in på www.myteriforlag.se och skriv in koden Läkare Utan Gränser i kassan, så får du 50 kronor i rabatt.



BILD CLAIRE JEANTET - FABRICE CATERINI/NEDIZ

Bilya, till höger, har fått hjälp på nomasjukhuset i Sokoto. Noma börjar som ett sår inne i munnen som sedan angrips av kallbrand och börjar växa. När vävnaden dör förstörs ansiktets skelett och mjukdelar. Om sjukdomen upptäcks i tid går den att behandla med antibiotika.

Noma förstör både ansikten och liv

I Sokoto i nordvästra Nigeria ligger världens enda nomasjukhus. Noma är en dödlig sjukdom som går att förebygga men som utan behandling förstör både ansikten och liv. Här berättar vår sjuksköterska Scarlett Brannigan om det första mötet med en patient.

»Det var min första morgon på sjukhuset. Jag började med att ta bort förbandet på ett av barnen. Jag såg flickans ansikte – och översköljdes av starka känslor av ilska och sorg.

Noma drabbar framför allt barn som redan lider av undernäring, malaria och andra fattigdomsrelaterade åkommor. Ordet »noma« kommer från grekiskans »sluka/förtära«. Sjukdomen verkade också ha ätit halva flickans ansikte. Hela kinden saknades. Tänderna och tandköttet var såriga och infekterade och jag kunde se ända upp till ögonhålan.

Läkaren konstaterade att benet i ansiktet var dödt och måste tas bort. De hade ingen möjlighet att ge henne narkos, så efter lite bedövning satte vi i gång. Flickans mamma höll om hennes huvud medan läkaren drog bort benbitar med hjälp av en tång. Det blödde och vi grät alla tre, flickan, hennes mamma och jag.

DET VAR MIN första dag som sjuksköterska för Läkare Utan Gränser. Jag hade kommit till världens enda sjukhus som är helt tillägnat noma, i Sokoto i nordvästra Nigeria. Som operationssjuksköterska skulle jag stötta kollegorna i arbetet med rekonstruktiv kirurgi – vilket för barn med noma kan vara livsavgörande.

Noma börjar som en infektion i tandköttet, utvecklas till bölder i och runt munnen och så småningom dör mjukvävnaden.

Ansikte, läppar, haka – allt förstörs och de få som överlever får ärr för livet. Ibland läker sårerna på ett sätt som låser käkarna och gör det omöjligt att öppna munnen. Den drabbade kan då varken prata eller äta ordentligt och risken att de stöts ut ur samhället är stor.

VÅRA PATIENTER I Sokoto bor ofta långt från sjukhuset. Många är gravt undernärda och utmattade när de anländer. Men på sjukhuset gör teamet allt det kan för att ta hand om dem. Och de som varit sjuka länge, kanske isolerade och stigmatiserade, kan knappt vänta tills de är färdigopererade och äntligen kan le, prata, visa sitt ansikte och äta ordentligt igen.«

En del av Läkare Utan Gränsers årliga basstöd från *Postkodlotteriet* kommer att gå till till vårt nomaprojekt i Sokoto, Nigeria.



GÖR NÅGOT FINT MED DIN AKTIEUTDELNING.

VI GARANTERAR BRA AVKASTNING.

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

Vill du veta mer? Gå in på lakareutangranser.se/stod-oss/aktiegavor eller kontakta Josefin Victorin på josefin.victorin@lakareutangranser.se



MEDECINS SANS FRONTIERES
LÄKARE UTAN GRÄNSER