

Leger Uten Grenser – et uekte barn av en lege og en journalist



LEGER UTEN GRENSER
MEDECINS SANS FRONTIERES

Leger Uten Grenser nøyer seg ikke med å arbeide medisinsk i felten. Organisasjonen påpeker også årsaker til lidelse, overgrep og urettferdighet. På fransk kalles dette *témoignage*¹, å avlegge vitnesbyrd. Derfor er Leger Uten Grenser blitt kalt et uekte barn av en lege og en journalist.

• AV HANNE RØVIG BAUER

Leger Uten Grenser/Médecins Sans Frontières (MSF) ble grunnlagt av en gruppe franske leger i 1971. Mens de arbeidet for Røde Kors, hadde legene vært vitne til den grusomme krigen i Biafra i Nigeria, og ønsket å fortelle verdenssamfunnet om overgrepene de hadde sett. Dette kunne de ikke gjøre som Røde Kors-medarbeidere, og de brøt derfor ut og dannet sin egen organisasjon.

Siden grunnleggelsen av MSF på begynnelsen av 70-tallet har organisasjonen stått frem og påpekt årsaker til lidelse og urettferdighet. *Témoignage* er blitt en viktig del av organisasjonens arbeid, på linje med det medisinske arbeidet som utføres av leger, sykepleiere og annet personell i felten.

Målet med å drive *témoignage* er å sette fokus på fastlåste og meningsløse konflikter, lidelser og nød, for på den måten å oppnå oppmerksomhet om problemet og forsøke å skape en endring til det bedre. I mange tilfeller har MSFs uttalelser skapt debatt og ført til fokus på overgrep og glemte konflikter, noe som igjen har ført til bedre levekår for menneskene det gjelder.

Medisinske data og fakta

Ved å benytte seg av epidemiologiske undersøkelser og analyser, kan MSF samle inn kvantitativ informasjon om over-



Målet med å drive *témoignage* er å sette fokus på fastlåste og meningsløse konflikter, lidelser og nød, for på den måten å oppnå oppmerksomhet om problemet, og forsøke å skape en endring til det bedre.

grep og nød. Den første undersøkelsen ble gjennomført i et overfylt fengsel i Gitarama i Rwanda i 1995. Dette førte til at verdenssamfunnet fikk øynene opp for dramaet som utspant seg i landets fengsler.

Siden 1995 har MSF benyttet seg av samme metode ved flere anledninger. I 1997 dokumenterte MSF at flere tusentalls rwandiske flyktninger i Kongo var forsvunnet. Detaljert utspørring av mer enn 200 familier, viste at bare 17,5 prosent av de som hadde begynt vandringen tilbake til Rwanda, hadde nådd frem. Nesten 60 prosent var forsvunnet, og nærmere 20 prosent av flyktningene var blitt drept. MSF avdek-

¹ *Témoignage* (fransk) temånjasj = vitne, avlegge vitnesbyrd (vb) vitne (i retten), bevitne, ytre, tilkjennegi, uttrykke, vise, vitne om.



En utspørring viste at bare 17,5% av de som hadde begynt vandringen tilbake til Rwanda, hadde nådd frem. MSF avdekket også at dødeligheten til flyktningene lå på hele 15,5/10 000 pr. dag, noe som er svært høyt – selv i en krisesituasjon. Foto: R. Job

ket også at dødeligheten til flyktningene lå på hele 15,5/10 000 pr. dag, noe som er svært høyt – selv i en krisesituasjon.

Under sultkatastrofen i Sudan i 1998 gjennomførte MSF systematiske undersøkelser av ernærings-situasjonen. Dette førte til at mediene fikk øynene opp for at 1,2 millioner mennesker sto i fare for å dø av sult. Likeledes gjorde et kirurgisk team fra MSF i 1999 en undersøkelse av lemlestede borgerkrigs ofre ved et sykehus i hovedstaden Freetown i Sierra Leone. Undersøkelsen avdekket at nesten 80 prosent av de innlagte var blitt skadet og lemlestet med overlegg. Under flyktningkatastrofen på Balkan våren 1999, intervjuet MSF systematisk flyktninger både i Montenegro, Makedonia og Albania. Undersøkelsen fra Albania viste at 70 prosent av flyktningene hadde måttet forlate sine hjem i Kosovo på grunn av trusler fra serbiske styrker.



(i.t.v.) I Sudan i 1998 gjennomførte MSF systematiske undersøkelser av ernærings-situasjonen og mediene fikk øynene opp for at 1,2 millioner mennesker sto i fare for å dø av sult. Foto: R. Job

(under) Et kirurgisk team fra MSF undersøkte i 1999 lemlestede borgerkrigs ofre ved et sykehus i Sierra Leone. MSF avdekket at nesten 80 prosent var blitt skadet og lemlestet med overlegg. Foto: R. Job

(n.t.v.) MSF avslørte under flyktningekatastrofen på Balkan i 1999 at 70 prosent av flyktningene hadde måttet forlate sine hjem i Kosovo på grunn av trusler fra serbiske styrker. Foto: R. Job





()...Ved rask intervensjon har Leger Uten Grenser kunnet vekke offentlighetens oppmerksomhet om humanitære katastrofer, og ved å påpeke katastrofens årsaker har organisasjonen bidratt til å skape en opinion mot maktmisbruk og overgrep... (

Témoignage er blitt en viktig del av MSFs arbeid internasjonalt, og det at organisasjonen faktisk tør å si fra der andre tier, ble blant annet påpekt av Nobelkomiteen høsten 1999, da MSF mottok prisen: «Ved rask intervensjon har Leger Uten Grenser kunnet vekke offentlighetens oppmerksomhet om humanitære katastrofer, og ved å påpeke katastrofens årsaker har organisasjonen bidratt til å skape en opinion mot maktmisbruk og overgrep».

Folkemordet i Rwanda

Under folkemordet i Rwanda var MSF en av de få internasjonale organisasjonene som var til stede i landet og så hva som faktisk hendte. Organisasjonen valgte selvfølgelig å si fra om nedslaktingen av befolkningen. I løpet av bare noen uker i 1994, ble mellom 500 000 og 1 000 000 mennesker drept. Fremdeles vet ingen nøyaktig hvor mange. MSF arbeidet i landet, og var rakst ute med å fortelle om hva som var i ferd med å skje. For første gang i historien ba MSF om en væpnet intervensjon i et land. «Et folkemord kan ikke stoppes av leger», uttalte MSFs medarbeidere i landet.

I Rwanda i 1994, ble mellom 500 000 og 1 000 000 mennesker drept på få uker. For første gang i historien ba MSF om en væpnet intervensjon i et land.



Et utdrag av Nobelkomiteens begrunnelse for å tildele MSF Nobels Fredspris 1999

Myndighetene i Nord-Korea ønsket full kontroll med arbeidet til hjelpeorganisasjonene. Det var umulig for MSF å vite om nødhjelpen nådde dem som trengte det og derfor valgte MSF i 1998 å trekke seg ut. Foto: M. Witterbrood



I etterkant av folkemordet vitnet dr. Rony Zacharias, som hadde arbeidet som MSFs koordinator i Butare i Rwanda under folkemordet, ved spesialdomstolen for folkemordet i Arusha. Hans vitnemål omfattet blant annet en beskrivelse av en massakre av 170 pasienter ved sykehuset i Butare 22. og 23. april 1994. Rony Zacharias sa: «Vi har bestemt oss for å komme hit å vitne fordi det vi så i Rwanda viste oss at våre bandasjer og våre sting ikke kan lege de dype sårene til Rwanda. Det disse menneskene trenger er rettferdighet (...) Alle de menneskene jeg behandlet ble drept foran øynene på meg. Alle livene vi hadde reddet ble tatt foran øynene på oss. Jeg mistet venner, kolleger, jeg mistet alt. Og derfor sverget jeg – da jeg sto på broen mellom Rwanda og Burundi og telte de lemlastede likene av kvinner og barn som fløt i elven og drapene jeg hadde sett – at de som sto bak dette skulle få gjengjelde for sine gjerninger.»

I ettertid har MSF vært en aktiv pådriver i arbeidet med å opprette en internasjonal straffedomstol for krigsforbrytelse, slik at verdenssamfunnet kan opptre mer handlekraftig i situasjoner som den man var vitne til i Rwanda.

Tilgang til sultrammede i Nord-Korea

Frem til 1998 var MSF den største internasjonale hjelpeorganisasjonen i Nord-Korea. Omfattende og kostbare prosjekter skulle hjelpe den hardt prøvede befolkningen i landet. Det viste seg imidlertid å være svært vanskelig å arbeide selvstendig i det lukkede landet. Myndighetene ønsket full

kontroll med arbeidet til hjelpeorganisasjonene, og det var umulig for MSF å vite om nødhjelpen som ble gitt faktisk nådde dem som trengte det mest. Høsten 1998 valgte derfor MSF å trekke seg ut fra Nord-Korea. Dette ble gjort kjent under en stor pressekonferanse i Hong Kong, hvor personell fra prosjektene i Nord-Korea fortalte om forholdene de måtte arbeide under.

«Det befolkningen i Nord-Korea trenger er direkte, pålitelig humanitær hjelp, samtidig som strukturelle løsninger på de grunnleggende problemene i landet blir utarbeidet», sa dr. Dominique Lafontaine.

Dr. Eric Goemaere konkluderte: «Det er ikke enkelt for oss som leger å trekke oss ut når så mange mennesker er døde, og når liv og helse til så mange mennesker fremdeles står i fare. Men humanitær hjelp kan bare hjelpe dem som virkelig trenger det når hjelpen er upartisk og pålitelig. Dette er ikke tilfellet i Nord-Korea i dag». Goemaere sa videre: «Nå

Tidligere i år ble det avdekket av norsk bistand var havnet direkte i hendene på nordkoreansk militære, da man fant norske nødhjelpsrasjoner i en nord-koreansk ubåt.

Foto: M. Witterbrood



er det opp til de nord-koreanske myndighetene og givelandene å sikre at den humanitære hjelpen blir implementert på en ordentlig måte».

Mange organisasjoner fortsatte arbeidet i Nord-Korea selv om MSF trakk seg ut. Blant annet fortsatte Norges Røde Kors å distribuere mat og medisiner. Det er imidlertid ikke uproblematisk å arbeide i landet. Tidligere i år ble det avdekket av norsk bistand var havnet direkte i hendene på nordkoreansk militære, da man fant norske nødhjelpsrasjoner i en nord-koreansk ubåt.

Nobel-prisen og Tsjetsjenia

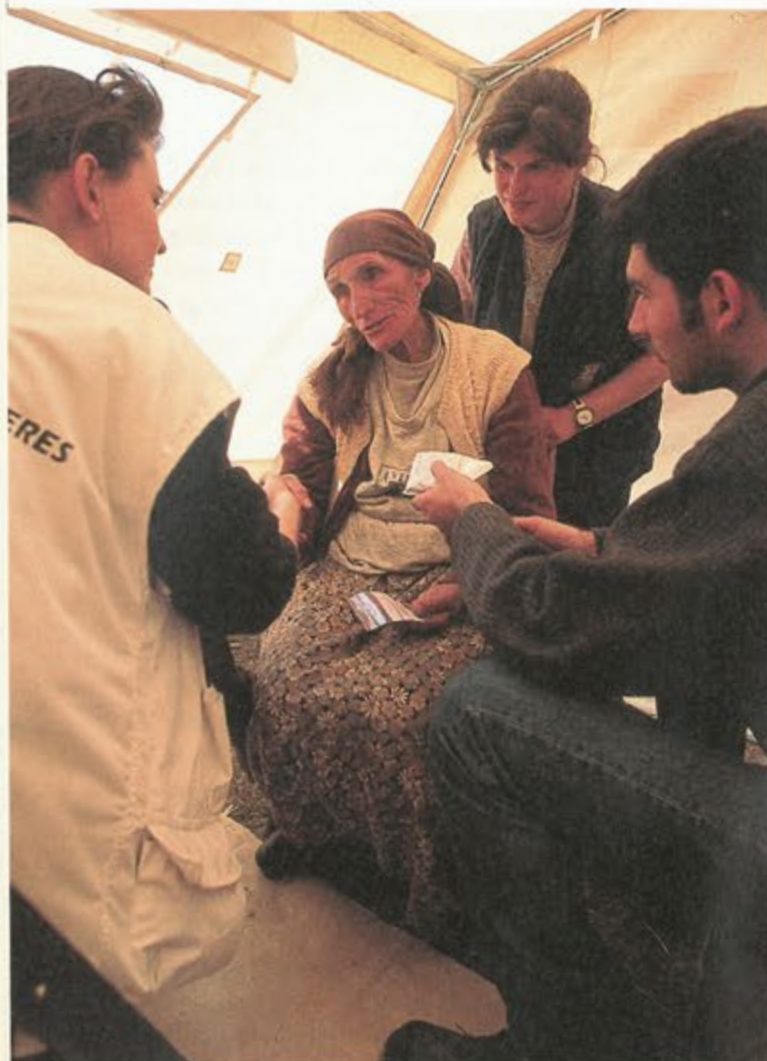
Under utdelingen av Nobels fredspris i Oslo i desember 1999, benyttet MSF anledningen til å rette skarp kritikk mot Russlands bombing av sivile i Tsjetsjenia.

Slik åpnet lege og president i MSF, James Orbinski sin tale i Oslo Rådhus: «Befolkningen i Tsjetsjenia – og befolkningen i Groznyj – har i over tre måneder lidd under den russiske hærens vilkårlige bombing, som fremdeles pågår. For dem er humanitær hjelp så godt som ukjent. Det er de syke, gamle og uføre som ikke greier å komme seg vekk fra Groznyj. Siden verdigheten til mennesker i en krisesituasjon står så sentralt i den æresbevisningen som dere deler ut i dag, er det nettopp vårt svar på slike problemstillinger vi har høstet anerkjennelse for. Vi kommer ikke til å forbli tause. Jeg vil her i dag innstendig anmode hans eksellense Den russiske ambassadøren, og gjennom ham, president Jeltsin, om å stanse bombingene av den forsvarsløse sivilbefolkningen i Tsjetsjenia. Hvis konflikter og kriger er states anliggende, er brudd på det humanitære lovverket, krigsforbrytelser og forbrytelser mot menneskeheten ikke bare noe som angår oss alle, men også et ansvar som bæres av alle stater».

Talen under utdelingen var en unik mulighet til å sette fokus på et aktuelt og omfattende problem, og verdenspressen bragte MSFs synspunkter videre ut i verden. Interne konflikter og uklare konfliktlinjer skaper større og større problemer for hjelpeorganisasjonene i felten. Alle menneskers rett til humanitær hjelp er et grunnleggende prinsipp MSF arbeider etter. Det var derfor svært viktig for organisasjonen å sette fokus på dette mens konflikten i Tsjetsjenia var på det verste.

Uttrekning fra deler av Kosovo

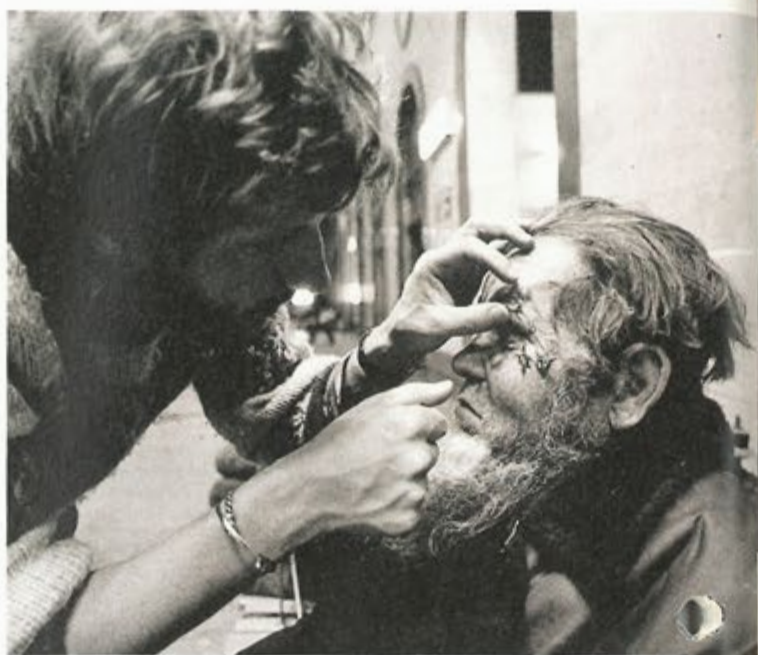
I august i år satte MSF – ved å trekke seg ut av deler av Kosovo – fokus på det fortsatte etniske rensingen i det FN-styrte området. MSF kunne dokumentere flere alvorlige tilfeller av trusler og vold mot etniske minoriteter. Mer enn ett år etter at FN og KFOR gikk inn og tok over den sivile og



militære administrasjonen, lever fortsatt et betydelig antall mennesker i konstant utrygghet i Kosovo. Sivile fra ulike etniske minoriteter blir systematisk terrorisert. Volden inkluderer alt fra drap og skyteepisoder til håndgranatangrep, trusler, ran, utskjelling og utpressing. En rekke mennesker er blitt tvunget til å forlate sine hjem på grunn av dette.

«Leger Uten Grenser ønsker ikke å være en passiv del av denne prosessen eller forbli tause om mangelen på effektiv handling fra den internasjonale samfunn», sa Morten Rostrup, leder for MSF i Norge, i en kommentar. «MSF aksepterer ikke den stadige forverringen av forholdene blant de etniske minoritetene i Kosovo. Norge har som bidragsyter til KFOR-styrken, og som sannsynlig kommende leder av den, et spesielt ansvar for endre den uakseptable situasjonen», påpekte Morten Rostrup.

Ved å trekke seg fra arbeidet i Kosovo lyktes MSF i å sette fokus på et problem som har vært lite problematisert i tiden etter at FN tok over styringen i Kosovo.



MSF arbeider blant uteliggere i Moskva. Kjernen i MSFs arbeid er den medisinske innsatsen. Men minst like viktig for MSFs identitet er *témoinage*, viljen og evnen til å si fra om det som er galt. Foto: R.Job

MSF ønsker ikke å akseptere den stadige forverringen av forholdene blant de etniske minoritetene i Kosovo og oppfordret KFOR-styrken og Norge, som bidragsyter, til å ta ansvar. Foto: R.Job



Témoignage i tretti år

Gjennom å drive *témoignage* og sette fokus på fastlåste og meningsløse konflikter, lidelser og nød, ønsker MSF å oppnå oppmerksomhet om problemet og forsøke å skape en endring til det bedre. I mange tilfeller har MSFs uttalelser skapt debatt og ført til fokus på overgrep og glemte konflikter, noe som igjen har ført til bedre levekår for menneskene det gjelder. Det medisinske arbeidet til MSF er fremdeles kjernen av arbeidet i felten, slik det har vært i nærmere tretti år. Men minst like viktig for organisasjonens identitet er *témoignage*, viljen og evnen til å si fra om det som er galt.



Du kan lese mer om MSF på den internasjonale hjemmesiden, www.msf.org og den norske hjemmesiden, www.leger-uten-grenser.no



—Medisiner er sterke

«Compliance»¹ blant Ngalik-folket på Ny-Guinea

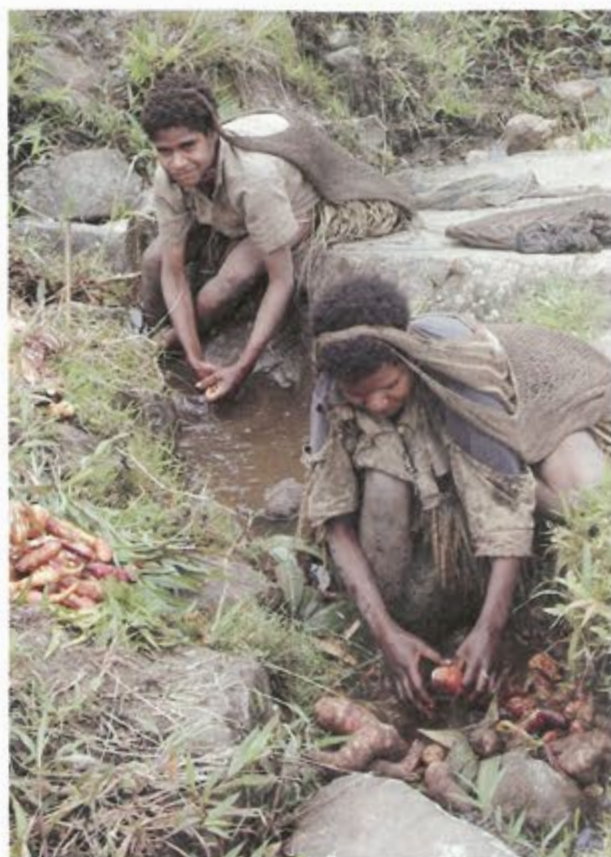
• TEKST OG FOTO: KURT HANEVIK

På sørsiden av Jayawijaya-fjellene i den vestlige delen av Ny-Guinea driver Leger Uten Grenser (MSF) et prosjekt for bedre kontroll og behandling av infeksjonssykdommer. Prosjektet startet i 1998 som en respons på en malariaepidemi forårsaket av El nino's klimaendringer, med tørke og økt snitttemperatur i området som resultat. Hovedaktivitetene er utdanning og oppfølging av landsbyhelsearbeidere, oppstart av et tidlig varslingsystem for epidemier og styrking av katastrofeberedskapen i området. Dette skjer i samarbeid med lokale helsemyndigheter.

Folk i området kaller seg for Ngalik. De kom først i kontakt med verden utenfor på begynnelsen av 1960-tallet. Da bosatte en misjonærfamilie seg i området deres, og de fleste Ngalik'er kaller seg i dag kristne. Det er svært få som kan lese og skrive, og materielt sett lever de fleste som før. Praktisk talt alle er søtpotetbønder med grisehold som attåtgeskjeft. Grisene blir mest brukt til ritualer. Ngalik'ene har i økende grad vært eksponert for moderne medisiner over de siste 30 årene. Utvortes remedier er mest vanlig i tradisjonell medisin, men det finnes også tradisjonelle orale remedier. Prester som helbreder ved bønn har i stor grad erstattet den tradisjonelle healeren som helbreder ved sang.

Evulering av prosjektet

Som ledd i evalueringen av MSFs prosjekt var det behov for å vite i hvilken grad målgruppen forstod informasjon om medisindosering og om de faktisk fulgte den anbefalte doseringen. Ingenting var kjent fra før om medikamentforståelse og «compliance, bortsett fra erfaringsmessig liten medi-



kamentforståelse blant landsbyhelsearbeiderne MSF fulgte opp. «Compliance» ble definert som 100% overensstemmelse mellom anbefalt dose og gjenværende tabletter.

En studie som omfattet 82 pasienter som tilsammen fikk 89 tablettkurer ble gjennomført. 54 av pasientene var voksne og 19 var under ca 5 år. 60 prosent var menn. I løpet av datainnsamlingen ble alle pasienter som mottok tabletter eller kapsler inkludert. Data ble innsamlet på fire steder gjennom totalt 6 uker. Pasientene ble behandlet ved et lite helsesenter av en gruppe landsbyhelsearbeidere, undertegnede og en lokal sykepleier. Undertegnede tilstedeværelse var også ledd i praktisk opplæring av landsbyhelsearbeiderne.

Når tabletter ble gitt ble det gitt en tydelig forklaring ved å legge ut tablettene i en, to eller tre kolonner alt etter hvor mange ganger om dagen de skulle tas. Rader reflekterte hvor mange dager de skulle tas (fig 1). Behandlingsvarighet var



¹ Compliance = 100% overensstemmelse mellom anbefalt dose og gjenværende tabletter

oftest 3 eller 5 dager, noen få 7 dager. Den første dosen som ble tatt ble observert på helsesenteret. Dosering ble ikke skrevet på tablettposen pasienten fikk med seg. Undertegnede fylte inn første del av et spørreskjema som en assistent senere fortsatte hjemme hos pasienten. Hjemmebesøk ble foretatt midt i en behandlingsperiode, mao. dag 2 i en tre dagers behandling og dag 3 i en 5 dagers behandling. Pasienter ble spurt om medikamenters helbredelseskraft, redskaper brukt til medikamenttaking og «compliance».

Pasienter ble så spurt om de kunne gjengi anbefalt dosering og gjenværende tabletter ble talt opp. Oversetter fra indonesisk til Ngalik'enes språk ble brukt. Data ble klassifisert per pasient (N=82) av hver behandling (N=89) i analyse av evne til å huske anbefalt dosering. For faktisk «compliance» og sammenligning mellom doseringsregimer ble det analysert per behandling.

Resultater

Pasientene var i stand til å huske 80% av anbefalte behandlingsdoseringer. Pasienter behandlet med et medikament husket bedre sin ene dosering (80,9%) enn pasienter som ble behandlet med to medikamenter. Her husket 64,3% begge doseringer korrekt.



Ved sammenligning av faktisk gjenværende tabletter og forventet antall tabletter i forhold til doseringsregime, var det bare 38% av behandlingene som faktisk var tatt i samsvar med anbefalt dosering. «Compliance» var enda dårligere i gruppen som hadde mottatt to medikamenter, kun 15% tok begge behandlinger korrekt. Hos halvparten av pasientene som gjengav doseringen feil var det full «compliance» med den uriktige doseringen som de gjengav. For barn under 5 år ble det funnet bedre korrelasjon mellom foreldres gjengitte dosering (68%) og faktisk medisinbruk (54%).

«Compliance» med en gang daglig doseringer (QD) ble funnet til 65%, mens to ganger per dag doseringer (BID) var lavere (56,3%), fulgt av tre ganger daglig doseringer (TID) hvor kun 22,6% av pasientene fulgte anbefalt dosering. Mer enn halvparten av pasienter på TID-doseringer tok færre tabletter enn anbefalt.

Compliance med anbefalt behandling per behandling og doseringsregime (N=89)

Ganger/dag	Korrekt (%)	Over dosering (%)	Under dosering (%)
En gang daglig (QD)	13 (65,0)	3 (15,0)	4 (20,0)
To ganger daglig (BID)	9 (56,3)	7 (43,8)	—
Tre ganger daglig (TID)	12 (22,6)	11 (20,8)	30 (56,6)
Total	34 (38,2)	21 (23,6)	34 (38,2)





Om man stiller en Ngalik spørsmålet; «Hvordan hjelper tabletter syke mennesker?» er svaret nesten alltid det samme. «Medisiner er sterke» svarte over 90% av de spurte. Noen ville kanskje legge til at medisiner hjelper fordi de ble gitt av en doktor eller en sykepleier.

For å ta medisiner brukte 65% en metall- eller plastikkopp til å drikke vann. 17% brukte en tradisjonell kalabas, 15% brukte andre ting som sardinbokser eller de drakk vann rett fra elven.

Konklusjon

Dette er det første «compliance»-studiet utført i dette området og antall inkluderte pasienter er lavt. Det er likevel mulig å trekke noen konklusjoner.

Folk er vanligvis i stand til å huske anbefalt dosering, men mediamenter tas ofte ikke i tråd med denne anbefalingen. Flere årsaker ble gitt for manglende «compliance». Mange pasienter glemmer en eller flere doser, andre oppgav ønske om rask bedring for overdosering. Ngalikfolkets livsstil, med to måltider per dag og arbeid i fjerntliggende åkre midt på dagen vanskeliggjør «compliance» med TID-regimer.

Manglende forskjeller mellom menn og kvinner reflekteres av flere andre studier [1][2] som ikke har funnet signifikante forskjeller mellom kjønn, sosial klasse, profesjon, inntektsnivå eller utdannelse.

QD doseringsregimer har bedre «compliance» enn BID regimer. TID regimer har lavest. Dette er et velkjent fenomen [1][3]. «Compliance» faller med antall ganger daglig et medikament er dosert og hvor mange typer medikamenter som foreskrives samtidig.

Noe oppsiktsvekkende var at pasienter med BID-regimer enten tok sitt medikament korrekt eller at de økte dose-

ringen selv. Dette funnet kan kanskje forklares med at de fleste BID-regimene i studien var antibiotika, og de fleste som fikk dette var sykere enn andre pasienter. Dermed kan det forventes at de var mer påpasselig med dosering eller at de økte doseringen for å være sikre på at medisinen skulle virke fort. At moderne medikamenter oppfattes som små pakker av helbredende kraft, heller enn spesifikke substanser med spesifikke funksjoner for spesifikke sykdommer eller symptomer, forsterker denne tendensen. Grunnleggende årsak/virkning forståelse om etterhvert vanlige medisiner er nesten ikke-eksisterende.

Dårlig «compliance» forårsakes av mange faktorer. Denne lille studien viser at jo mer komplisert et doseringsregime er, desto lavere blir «compliance», også blant Ngalik-folket.

Vann er nødvendig for å ta medisiner riktig, likeledes utstyr som ren vannbeholder og skjeer for å gi medisiner til barn. Plastikkopper er blitt populære blant Ngalikene, men mange familier har fremdeles ingen kopper eller skjeer. En mor med et sykt barn vil ofte måtte låne to skjeer fra en nabo for å kunne knuse og tilberede medisin til sitt barn.

Ngalikfolk er i stand til å huske doseringsregime, men det er dårlig «compliance». Helst kun et medikament, maximum to bør gis per konsultasjon. Nye medikamenter eller medikamentformuleringer med lenger terapeutisk varighet kan forbedre resultatet. Leger Uten Grenser oppmuntrer lokale helsemyndigheter til å skifte fra medikamenter med TID-doseringsregimer til BID- eller helst QD-doseringsregimer i offentlige klinikker. Et eksempel er å skifte fra Tetrasyklin, et TID-medikament, til Oxytetrasyklin, et QD-medikament.

Denne studien viser også at medikamentforståelsen blant Ngalik-folket er svak. For å forbedre «compliance» trengs allmenn helseopplysning som også innbefatter forklaring om hva medikamenter er og hva de kan gjøre for syke mennesker.

Referanser

1. Greenberg RN. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. *Clinical Therapeutics* 1984; 6(5): 592-9.
2. Krause G, Benzler J, Heinmüller, Borchert M, Koob E, Quattara K, Diesfeld HJ. Performance of village pharmacies and patient compliance after implementation of an essential drug programme in rural Burkina Faso. *Health Policy and Planning* 1998; 13(2):159-166.
3. Schlar DA, Pharm B. Improving medication compliance: a review of selected issues. *Clinical Therapeutics* 1991; 13(4): 436-40.