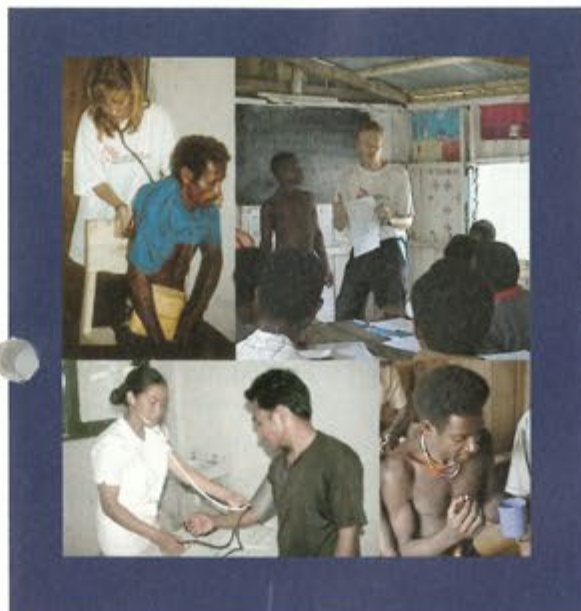




Innhold:

Nobels fredspris 1999: Nobelforedrag av MSF VED JAMES ORBINSKI	s 1
Leger Uten Grenser – et uekte barn av en lege og en journalist AV HANNE RØVIG BAUER	s 6
– Medisiner er sterke AV KURT HANEVIK	s 11
Dramatiske problemer med tuberkulose AV ATLE FRETHEIM	s 14
De fattige mangler medisiner AV ATLE FRETHEIM	s 19
På konfliktfylte Øst-Timor AV INGVLIL KRARUP SØRBYE	s 23
Etiske dilemmaer ved medisinsk nødhjelp AV MORTEN ROSTRUP	s 25
«Frontline Doctors» AV GRETE-LISE CHRISTIANSEN	s 32
Norsk lege valgt til ny internasjonal leder i Médecins Sans Frontières/Legen Uten Grenser	s 36
Leger Uten Grenser (MSF) trenger leger AV CATHRINE ULLEBERG	s 38

Once  Daily

MONOKET® OD

ISOSORBID - 5- MONONITRAT

**Nitratbehandling
hos anginaspasienter
bør individualiseres
for optimal effekt¹**

**Studier har vist at
100 mg x1 Monoket OD
øker effekten i forhold
til 50 mg x1 pr. døgn²**

**Den nye 100 mg
kapselen gjør det lett
å gi maksimaldosen
av Monoket OD**

Ref:
1. J. Abrams, Am. J. Cardiol 1965; 56: 12-18A.
2. A. Bayerle, Am. J. Cardiol 1990; 65: 1434-7.



Monoket OD "Pharmacia & Upjohn"

Nitropreparat.
ATC-nc: C01D A14

DEPOTKAPSLER, harde 25 mg, 50 mg og 100mg: Hver depotkapsel inneh. 1 isosorbidmononitrat 25 mg, 50 mg, resp. 100 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Profylakse mot angina pectoris.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for nitrater og relaterte organiske nitraterforbindelser. Akutt hypotensjon og hypovolem. Hjertestamponade. Konstriktiv perikarditt. Obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati. Økt intrakraniell trykk. Samtidig behandling med sildenafil.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Uvehetsteleose. Sirkulatoriske: Takykardi, hypotoni. Øvrige: Hodepine, svimmelhet, «flushing». Mindre hyppige: Gastrointestinale: Brekninger, diaré. Sjeldne (<1/1000): Øvrige: Besvimelse. En blodtrykkssenkning kan føre til refleksorisk takykardi, svimmelhet og bevissthet.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør vises ved arteriell hypoksemi som skyldes alvorlig anemi da biotransformasjon av isosorbidmononitrat er redusert. Pasienter med hypoksemi og ubalanstert ventilasjon/perfusjon pga. lungesyddommer eller iskemisk hjertefeil skal behandles med særlig forsiktighet. Hos pasienter med angina pectoris, hjertefarkt eller cerebral ischemi kan nitrater forverre balansen mellom ventilasjon/perfusjon og føre til nedgang i arteriell partiell oksygentrykk. Nitrater kan gi blodtrykkfall og kraftig reduksjon av minuttvolumet hos

pasienter med aortastenose og mitralstenose. Brukes med forsiktighet til pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon pga. redusert eliminasjon av isosorbidmononitrat. Toleransutvikling eller avtagende effekt forekommer ved kontinuerlig eller hyppig dosering av langtidsvirkende nitrater, inkl. transdermale systemer. Nitratfri intervaller på 8-12 timer hvert døgn anbefales for å hindre toleransutvikling. Ved dosering 1 gang daglig oppnås lav plasmakonsentrasjon mot slutten av doseringsintervall og risiko for toleransutvikling blir minst mulig. Brå seponering/hedtrapping bør unngås pga. risiko for angina pectoris-angfall og overlepende behandling bør igangsettes. Preparatet kan gi svimmelhet og hodepine, særlig i starten av behandlingen, som gjør at reaksjonsevnen kan nedsattes.

Graviditet og amming: Overgang i placent: Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke klarlagt da erfaring fra mennesker er utilstrekkelig. Dyrestudier er heller ikke tilstrekkelige til å utrede evt. reproduksjonstoksiske effekter. Preparatet skal bare brukes under graviditet hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Overgang i morsmelk: Det er ikke klarlagt om barn som ammes kan få skadelige effekter. Preparatet bør derfor ikke brukes ved amming.

Interaksjoner: Ved samtidig bruk av trykkløse antidepressiva og alkohol kan den blodtrykkssenkende effekten potenseres av isosorbidmononitrat. Isosorbidmononitrat kan øke biotilgjengeligheten av dihydroergotamin. Hos pasienter med koronar artersykdom kan dihydroergotamin antagonisere effekten av isosorbidmononitrat og føre til koronar vaskokonstriksjon. Muligheten for et inntak av acetylsalisylin og NSAID kan redusere effekten av isosorbidmononitrat kan ikke utelukkes.

Se Interaksjonstabellen i Felleskatalog 1999. (187e glyserotrintriat)
Dosering: 50 mg 1 gang pr. døgn. Dosen kan ved behov økes til 100 mg 1 gang pr. døgn. Ved oppstart av behandling anbefales en startdose på 25 mg pr. døgn de første 2-4 dagene. Monoket OD gis 1 gang pr. døgn for å få et intervall med lav nitratkonsentrasjon (<100 ng/ml).

Kapslene svelges hele sammen med et 1/2 glass væske. Kapslene kan åpnes, men må ikke tygges. Ved profylaktisk behandling er det viktig at legemidlet doseres på faste tidspunkter.

Overdosering/ Forgiftning: Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosering: I.v. tilførsel av askorbinsyre eller metylenblåttoppløsning. Oksygentilførsel. For øving vanlig generell behandling. Se kapittel Behandling av akutte forgiftninger i Felleskatalog 1999. (F: 94d metylformin)

Pakninger og priser pr. 1.1. 2000:
Depotkapsler: 25 mg Enpac: 14 stk. kr. 65,50.
98 stk. kr. 250,70. Endose: 49 stk. kr. 144,80.
50 mg Enpac: 14 stk. kr. 80,50.
98 stk. kr. 358,50. Endose: 49 stk. kr. 197,00.
100 mg Enpac 98 stk. kr. 599,60.

T:12 Reseptgruppe C.

Dato: 15.2.2000



**Pharmacia
& Upjohn**

Nobels Fredspris 1999

Nobelforedrag

*av Médecins Sans Frontières
ved James Orbinski*

*Deres Majesteter, Deres Kongelige Høyhet,
medlemmer av Den norske Nobelkomiteen, eksellenser,
mine damer og herrer!*

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 være 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 statenes 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.

La meg straks si at den fantastiske anerkjennelsen som Den norske Nobelkomiteen har gitt Médecins Sans Frontières er en anerkjennelse som vi aksepterer med oppriktig takknemlighet. Vi er enormt glade for Nobelkomiteens anerkjennelse, ikke bare av kvaliteten på det medisinske arbeidet som vi utfører i disse kaotiske og farlige situasjonene, men også av den andre delen av vårt mandat, nemlig vår forpliktelse til å stå frem og vitne på vegne av de ofrene som en krisesituasjon bringer til taushet – det våre franske grunnleggere kaller «témoinage».

Vi føler takknemlighet, men har også en dyp følelse av ubehag når vi vet at de ekskludertes verdighet blir angrepet hver

dag. Det dreier seg om glemte befolkningsgrupper som lever i fare, som gatebarna i Guatemala som sliter døgnet rundt for å greie å leve av avfallet fra dem som er «inkludert» i den sosiale og økonomiske verdensorden. Det dreier seg også om de illegale flyktningene som vi jobber med i Europa, som er nektet politisk status og som er redde for å søke hjelp hos helsevesenet av frykt for at en slik kontakt kan føre til at de blir utvist.



Vår oppgave er å hjelpe mennesker i krisesituasjoner. Det er ikke en oppgave som vi utfører for vår egen selvtilfredshets skyld. Å gi medisinsk hjelp til mennesker i nød er et forsøk på å verne dem mot den aggresjonen de opplever som mennesker. Humanitært arbeid er noe mer enn ren gavmildhet eller ren veldedighet.

Det tar sikte på å bygge rom av normalitet midt i det unormale. Mer enn å tilby materiell bistand, er vårt siktemål å sette enkeltindivider i stand til å gjenerobre sine rettigheter og sitt menneskeverd. Som en uavhengig frivillig organisasjon, er vi forpliktet til å gi direkte medisinsk hjelp til mennesker i nød. Men vi arbeider ikke i et vakuum og vi snakker ikke ut i løse luften, men ut fra et klart siktemål om å hjelpe, fremkalle forandringer eller avdekke urettferdigheten ved en feilslått politikk. Våre handlinger og våre ord er et utslag av harme; vi nekter å akseptere at andres verdighet blir angrepet, enten det er aktivt eller passivt. Nå som Den universelle menneskerettighetserklæringen feirer sitt 50-års jubileum, består vår solidariske handling i at vi bekrefter deres menneskelighet og kjemper for at universelle menneskelige prinsipper og verdier skal overholdes. Den medisinske gjerningen. Statene bør aktivt garantere disse rettighetene for alle enkeltindivider og ratifisere statusen til Den internasjonale krigsforbryterdomstolen.

Den æresbevisningen vi mottar i dag kunne lett ha gått til mange andre organisasjoner eller verdige enkeltindivider,

som kjemper i sitt eget samfunn. Men dere har klart valgt å anerkjenne MSF. Vi begynte formelt i 1971 som en gruppe franske leger og journalister som bestemte seg for å stille seg til tjeneste for bistandsarbeid, og dette betød av og til at lover og praksis i stater som utgjorde et direkte angrep på folks verdighet, ble forkastet. Taushet har lenge vært forvekslet med nøytralitet og er blitt presentert som en forutsetning for humanitært arbeid. Helt siden MSF ble stiftet, har org. gått mot dette prinsippet. Vi er ikke sikre på at ord alltid kan redde liv, men vi vet med sikkerhet at taushet dreper. I over 28 år har vi vært – og er fortsatt – sterkt og ugjenkallelig knyttet til denne avvisningens etikk. Dette er det stolte opphavet som vår identitet springer ut av, og i dag sliter vi som en ufullkommen bevegelse, men vi står sterkt takket være tusenvis av frivillige medarbeidere og nasjonalt ansatte, samt millioner av givere som både økonomisk og moralsk støtter det prosjektet som MSF er. Denne æresbevisningen deler vi med alle som på en eller annen måte har kjempet eller til daglig kjemper for å få den skjøre realiteten som MSF er til å fungere.

Den humanitære innsatsen kommer inn der hvor politikken har spilt fallitt eller er havnet i krise. Vår gjerning går ikke ut på å ta politisk ansvar, men først og fremst å bekjempe den inhumane lidelsen som springer ut av en slik feilslått politikk. Vår gjerning må være fri for enhver politisk innflytelse, og politikerne må innse sitt ansvar for å legge forholdene til rette slik at den humanitære innsatsen kan eksistere. Humanitært arbeid trenger et rammeverk som det kan handle innenfor.

I en konfliktsituasjon utgjør det internasjonale humanitære lovverket et slikt rammeverk. Det fastsetter hvilke rettigheter humanitære organisasjoner har og hvilket ansvar statene har når det gjelder å sørge for at disse humanitære rettighetene blir overholdt og skal straffe brudd på disse rettighetene som krigsforbrytelser. I dag er det klart at dette rammeverket ikke fungerer. Ofre for konflikter blir ofte nektet adgang til det. Humanitær hjelp blir til og med brukt som et krigsredskap av de stridende parter, og noe som er enda mer alvorlig, er at vi opplever at det internasjonale samfunn er i ferd med å militarisere det humanitære arbeidet.

Dette rammeverket som ikke fungerer, er noe vi kommer til å si i fra om for å presse politikerne til å ta sitt juridiske og ufravikelige ansvar. Humanitær innsats er ikke et redskap for å avslutte kriger og skape fred. Det er borgernes svar på at politikken har spilt fallitt, og består av en etikk som går ut på å nekte å akseptere en slik feilslåthet. Det faktum at det er behov for humanitær innsats er i seg selv et bevis for at et slikt politisk ansvar må tas.

Vår etikk er en avvisningens etikk. Den gir ikke rom for at noe politisk feilslag eller urettferdighet skal kunne renses eller uthules for sin mening. Den etniske rensingen og forbrytelsene mot menneskeheten i Bosnia-Herzegovina i 1992. Folkemordet i Rwanda i 1994. Massakrene i Zaïre i 1997. De systematiske angrepene mot sivilbefolkningen i Tsjetsjenia i 1999. Dette kan ikke tilsløres med bruk av begreper som «kompleks humanitær nødsituasjon» eller «intern sikkerhetskrise». Eller med andre slike eufemismer – som om de skulle være tilfeldige hendelser som ikke var politisk bestemt. Språkbruken er avgjørende. Språket setter rammen rundt problemet og definerer reaksjonsmåten, rettighetene og dermed også ansvaret. Det definerer om en medisinsk eller humanitær aksjon er hensiktsmessig. Og det definerer om en politisk aksjon er uhensiktsmessig. Ingen kaller en voldtekt for en kompleks gynekologisk nødsituasjon. En voldtekt er en voldtekt, akkurat som et folkemord er et folkemord. Og begge deler er en forbrytelse. For MSF er den humanitære gjerningen nettopp dette: å forsøke å bekjempe lidelsen, å forsøke å gjenopprette folks selvstendighet, å være sannhetsvitner om urettferdighet og å insistere på det politiske ansvaret.

Det arbeidet MSF velger å gjøre befinner seg ikke i noe vakuum, men i en politisk sammenheng – i en sosial verdensorden som både inkluderer og ekskluderer, som både bekrefter og benekter og som både beskytter og angriper. Vårt daglige arbeid er en kamp som er intenst medisinsk og intenst personlig. MSF er ingen formell institusjon og med litt hell vil den heller aldri bli det. Det er en organisasjon som inngår i det sivile samfunnet som i dag spiller en ny rolle på det globale plan, som har fått en ny uformell legitimitet som er tuftet på hva det gjør og på den støtten det har i den offentlige opinion. Det er også tuftet på vel gjennomtenkte hensikter, for eksempel når det gjelder menneskerettigheter, miljøvernbevegelsen, den humanitære bevegelsen og naturlig nok, bevegelsen for mer rettferdig handel. Konflikter og vold er ikke de eneste kildene til bekymring. Som medlemmer av det sivile samfunn vil vi kunne bevare vår rolle og vår makt dersom vi greier å være klare i våre hensikter og vår uavhengighet. Denne uavhengigheten garanteres gjennom økonomisk støtte fra borgere fremfor regjeringer.

Vi i det sivile samfunnet eksisterer i forhold til staten, til statens institusjoner og makt. Vi eksisterer også i forhold til andre ikke-statlige aktører, som den private sektor. Vi ønsker ikke å forflytte statens ansvar. Vi ønsker ikke å tilate at et humanitært alibi skal dekke over statens ansvar for å sikre rettferdighet og sikkerhet. Og vi ønsker ikke å bli statens medforvaltere av elendighet. Statens ansvar er å inkludere, ikke å ekskludere, å finne en balansegang mel-

lom offentlige og private interesser og å sørge for at det finnes en rettferdig sosial verdensorden. Dersom det sivile samfunnet identifiserer et problem, er det ikke opp til det å komme med en løsning, men det kan forvente at staten finner konkrete og rettferdige løsninger på problemet. Staten er den eneste som har legitimitet og makt til å gjøre dette. I dag opplever vi en stadig økende grad av urettferdighet. Mer enn 90% av alle dødsfall og lidelser forårsaket av smittsomme sykdommer opptrer i utviklingsland. Noen av grunnene til at mennesker dør av sykdommer som AIDS, tuberkulose, sovesyke og andre tropesykdommer, er at uunnværlige livbergende medisiner enten er for kostbare eller ikke er tilgjengelige fordi det ikke er lønnsomt å satse på dem eller fordi det praktisk talt ikke drives noen forskning og utvikling på prioriterte tropesykdommer. Denne bristen i markedet blir vår neste utfordring. Men den er ikke bare vår utfordring. Det er også opp til regjeringene, internasjonale statlige institusjoner, den farmasøytiske industri og andre frivillige organisasjoner å ta opp denne urettferdigheten. Det vi som det sivile samfunn krever, er forandring, ikke veldedighet.

Når vi nok en gang fremhever behovet for å skille det humanitære fra det politiske, er det ikke for å sette de «gode» frivillige organisasjonene opp mot de «onde» regjeringene, eller det sivile samfunnets «dyd» mot den politiske maktens «last». En slik polemikk er feilaktig og farlig. Som med slaveri og velferdsrettigheter, har historien vist at humanitære spørsmål som det sivile samfunn har rettet oppmerksomheten mot har fått større og større innflytelse for til slutt å bli satt på den politiske dagsorden. Men disse sammenfallende eksemplene må ikke tilsløre den forskjellen som finnes mellom det politiske og det humanitære. Humanitært arbeid er kortsiktig, rettet mot avgrensede grupper og med avgrensede målsetninger. Dette utgjør både en styrke og en begrensning. Det politiske kan bare forstås på lang sikt, noe som i seg selv innebærer samfunnsutvikling. Humanitært arbeid er pr. definisjon universelt, for er det ikke universelt er det heller ikke humanitært. Det humanitære ansvaret kjenner ingen grenser. Uansett hvor i verden lidelsen opptrer, må det humanitære reagere ut fra sitt kall. På det politiske området er det motsatt: der kjenner en til grenser og avhengig av hvor krisen oppstår, vil reaksjonen variere ut fra historiske forhold, maktbalanse samtidig som den ene eller den andre partens interesser må ivaretas. Tid og rom er ikke det samme på det humanitære som på det politiske området. Disse varierer på motstridende måte, og dette er en annen måte å lokalisere de prinsippene som ligger til grunn for humanitære aksjoner på: alle former for problemløsning som innebærer at noe må ofres, avvises. Intet offer kan med overlegg diskrimineres, i betydningen overses til fordel for et annet. Et liv i dag kan ikke måles opp mot

dette livets verdi i morgen: å bekjempe lidelse «her» kan ikke legitimere at en gir avkall på å bekjempe lidelse «der». Begrensede midler betyr selvsagt at vi må treffe et valg, men den sammenhengen aksjonene opptrer i og de føringer som er lagt til grunn, forandrer ikke det grunnleggende i denne humanitære visjonen som pr. definisjon må se bort fra politiske valg. Politikken natur er forskjellig fra det humanitære arbeidets natur. Det ligger ingen beregninger i den humanitære dagsorden.

I dag finnes det imidlertid en uklarhet og en innebygget tveetydighet i utviklingen av såkalte «militære humanitære aksjoner». Vi må nok en gang høyt og tydelig fremholde prinsippet om en uavhengig sivil humanitær innsats. Og vi må kritisere de intervensjoner som blir kalt «militær-humanitære». Humanitære aksjoner finnes utelukkende for å redde, ikke eliminere liv. Våre våpen er like mye åpenhet og klare hensikter som medisiner og kirurgiske instrumenter. Vi kan ikke ha jagerfly og stridsvogner som våpen, selv om vi av og til mener at det er nødvendig å ta dem i bruk. Vi er ikke like, vi kan ikke bli oppfattet som like og vi kan ikke tvinges til å bli like. Dette er grunnen til at vi nekter å motta penger fra NATOs medlemsstater for vårt arbeid i Kosovo. Og dette er grunnen til vi har vært og er kritiske til NATOs humanitære resonnement. Dette er også grunnen til at vi ute i felten kan jobbe side om side med væpnede styrker, men absolutt ikke under deres myndighet.

Men uavhengigheten ved det humanitære arbeid har sine begrensninger. Humanitært arbeid kan ikke erstatte politisk ansvar. Da folkemordet i Rwanda startet opp, gjorde MSF verden oppmerksom på hva som var i ferd med å skje og ba om at det skulle stanses ved bruk av makt. Det gjorde også Røde Kors for første gang. Vårt varsku ble imidlertid møtt med institusjonell lammelse, med platttheter av likegyldighet, med ivaretagelse av egne interesser og med en fornektelse av det politiske ansvaret for å stanse en forbrytelse som «aldri mer» skulle få lov til å skje ustraffet. Folkemordet var over før FN's «Operation Turquoise» ble igangsatt.

Jeg vil få lov til å stanse opp litt for å fortelle om Chantal, en av våre inviterte gjester. Hun mistet sin familie i folkemordet i Rwanda i 1994. I dag er hun en del av staben vår i Brussel. Selv overlevde hun folkemordet, men det gjorde ikke hennes mann, hennes to barn og hennes søster, på lik linje med en million andre mennesker, hvorav flere hundre av våre nasjonalt ansatte. Jeg var selv delegasjonsleder i Kigali på den tiden. Det finnes ikke ord som kan beskrive det motet de utviste i sitt arbeid. Det finnes ikke ord som kan beskrive den forferdelige måten de døde på. Og det finnes ikke ord som kan beskrive den dype sorgen jeg selv og alle andre i MSF for alltid vil føle.

Jeg husker hva en av pasientene mine sa til meg i Kigali: «Ummera, Ummera – sha». Det er et rwandisk ordtak som fritt oversatt betyr «mot, mot, min venn – finn frem til motet ditt og la det leve». Det fikk jeg høre på sykehuset vårt i Kigali av en kvinne som ikke bare hadde var angrepet med en machete, men som hadde fått hele kroppen rasjonelt og systematisk lemlestet. Ørene hennes var blitt kuttet av. Og ansiktet var så omhyggelig vanskent at du kunne se mønstret i kuttene. Hundrevis av kvinner, barn og menn ble brakt inn til sykehuset den dagen, så mange at vi måtte legge dem ut på gaten. Og i mange tilfeller opererte vi dem der og da, mens rennesteinen rundt sykehuset bokstavelig talt ble farget rød av blod. Hun var en av mange som opplevde en umenneskelig lidelse som rett og slett ikke lar seg beskrive. Vi var fullstendig overveldet og hun visste at det fantes så mange andre. Hun visste det og jeg visste det. Hun frigjorde meg fra mitt eget helvete, som jeg ikke kunne unnslippe. Hun sa til meg med den klareste stemmen jeg noensinne har hørt «allez, allez ... ummera, ummera-sha» – «gå, gå ... min venn; finn frem til motet ditt og la det leve».

Det er grenser for den humanitære innsatsen. Ingen lege kan stanse et folkemord. Ingen humanitær medarbeider kan stanse etnisk rensing, like lite som han eller hun kan starte en krig. Og ingen humanitær medarbeider kan skape fred. Dette er et politisk ansvar, ingen humanitær befaling. La meg si dette klart og tydelig: den humanitære gjerning er den mest apolitiske av alle gjerninger, men hvis humanitært arbeid og moral blir tatt på alvor, kan det få de mest dyptpløyende politiske følger. Og kampen for å få de skyldige straffet er en av disse følgene.

Nettopp dette er blitt bekreftet gjennom opprettelsen av de internasjonale krigsforbryterdomstolene for såvel det tidligere Jugoslavia som for Rwanda. Dette er også blitt bekreftet ved at statuttene for en Internasjonal krigsforbryterdomstol er blitt vedtatt. Dette er betydelige fremskritt. Men domstolen eksisterer ikke ennå og prinsippene er bare blitt ratifisert av tre stater i løpet av det siste året. Med dette tempoet vil det ta 20 år før domstolen blir en realitet. Må vi vente så lenge? Uansett hvor høye politiske kostnader statene må bære for å skape rettferdighet, både kan og vil MSF vitne om at de menneskelige kostnadene ved å unnlate å straffe de skyldige er umulige å bære i land som Rwanda, Sierra Leone, Burundi, det tidligere Jugoslavia og Kongo.

Regler for riktig opptreden for politiske aktører og humanitære organisasjoner er nedfelt i det internasjonale humanitære lovverket. Selv om frivillige organisasjoner kan være i stand til å yte hjelp, kan de ikke fremtvinge overholdelse av dette lovverket. Dette ansvaret påhviler statene, og innsatsen kan ikke bare være av symbolsk art. Srebrenica var til-

synelatende et trygt tilfluktsted hvor vi var tilstede. FN var også tilstede. FN sa at de ville beskytte. De hadde FN-styrker på bakken. Og FN stod tause og stille – mens befolkningen i Srebrenica ble massakrert.

Ja, humanitært arbeid har sine begrensninger. Det innebærer også et ansvar. Det handler ikke bare om regler for riktig opptreden og tekniske resultater. Det er i første omgang en etikk innenfor en moralsk ramme. Det er her den moralske hensikten med den humanitære gjerningen må settes opp mot det resultatet som oppnås. Og det er her enhver form for moralsk nøytralitet omkring hva som er bra, må forkastes. Resultatet kan være bruken av humanitær innsats i 1985 for å støtte tvangsforflytningen i Etiopia eller bruken av humanitær innsats i flyktningeleirene i Goma i 1996 for å støtte et regime som drev med folkemord. Av og til er det nødvendig å avholde seg fra å gjøre noe for å forhindre at den humanitære innsatsen blir brukt mot en befolkning i krise. I den senere tid, i Nord-Korea. Vi var den første uavhengige humanitære organisasjonen som fikk reise inn i landet i 1995. Vi valgte imidlertid å trekke oss ut høsten 1998. Hvorfor? Fordi vi trakk den konklusjon at vår hjelp ikke kunne gis fritt og uavhengig av politisk innflytelse fra de statlige myndigheter. Vi fant ut at de svakeste trolig ville forbli de svakeste, siden matvarehjelpen ble brukt til å støtte opp under et system som i første instans skapte sårbarhet og sult blant millioner av mennesker. Vårt humanitære arbeid må stå fritt og vi må selv kunne vurdere, yte og overvåke hjelpen på en slik måte at de svakeste får hjelp først. Bistanden må ikke dekke over årsakene til lidelsene og må ikke brukes som et innenriks- eller utenrikspolitisk redskap som skaper menneskelig lidelse i stedet for å bekjempe den. Hvis så skjer, må vi ta stilling til dilemmaet og vurdere å unnlate å gjøre noe som den minst dårlige løsningen. I MSF setter vi alltid spørsmålsteget ved den humanitære innsatsens begrensninger og tvetydigheter – særlig når den taust innordner seg statenes og de væpnede styrkenes interesser.

I forrige uke vedtok den amerikanske Kongressen en lov som åpner for direkte matforsendelser til rebellene i Sør-Sudan. For MSF er dette et stort feilgrep, en urettmessig tillegning av meningen og hensikten med humanitær hjelp. Den gjør mat til drivstoff for krig. Og det er en forsømmelse av en stats plikter når den ikke tar i bruk ethvert politisk virkemiddel for å gå inn i en 17 år gammel borgerkrig som har forårsaket flere millioner dødsfall. Borgerkrigen i Sudan er i dag en menneskelig katastrofe hvor millioner av mennesker forflyttes og risikerer sult og død; hvor mennesker kontinuerlig blir bombet, ranet og plyndret og til og med blir gjort til slaver, samtidig som oljeselskapenes interesser ivaretas; hvor det humanitære rom er så sterkt innskrenket at det bare finnes noen få slike lommer; og hvor vi og andre

frivillige organisasjoner og FNs særorganisasjoner kjemper for å få inn humanitær hjelp og beskyttelse. Er det det eneste politiske alternativet for å temme denne krigen når vi vet at hungersnøden i 98 ikke bare ble utløst fordi det var matvaremangel i området? Matvarehjelp eller humanitær hjelp kan ikke, hvis den skal være en «humanitær hjelp», tjene som redskap for statshåndverk. I dette tilfellet må vi slå alarm om et tarvelig spill om mat som skaper uklarhet omkring meningen med humanitær hjelp. Dersom det politiske utgir seg for å være en ambulanse, er det sikkert at ambulansen vil bli beskyttet. Hvis man tillater at mat brukes som våpen i en krig, legitimerer vi samtidig at befolkningen kan sultes som ledd i en krigføring.

Resonnementet om «Droit d'ingérence» – statenes rett til å gripe inn av humanitære årsaker – er et bevis på denne tvetydigheten. Debatten forsøker å plassere det politiske spørsmålet om maktmisbruk på den humanitære arena og å søke humanitær legitimitet for en sikkerhetsaksjon ved hjelp av militære virkemidler. Når man blander det humanitære sammen med behovet for offentlig sikkerhet, er det umulig å unngå at det humanitære blir strøket over samme kam som sikkerheten. Det er grunn til å minne om at FN-pakten i enkelte tilfeller forplikter statene til å gripe inn med makt for å stanse trusler mot internasjonal fred og sikkerhet. Det er ikke nødvendig å bruke en humanitær begrunnelse for dette, for det kan være farlig. Denne helgen kommer regjeringene til å sette seg ned i Helsingfors for å opprette fundamentet til en europeisk hær, som i teorien ikke skal erstatte NATO, men som skal være tilgjengelig for humanitære aksjoner. Vi anmoder regjeringene innstendig om å ikke begi seg lengre ut på denne veien mot farlig tvetydighet. Men vi oppmuntrer også statene til å søke etter måter å håndheve den offentlige sikkerheten på slik at det internasjonale humanitære lovverket og menneskerettighetslovgivningen kan bli overholdt.

Uavhengig humanitær innsats er en daglig kamp for å hjelpe og beskytte. Det er noe som i de fleste av våre prosjekter utspiller seg utenfor medias rampelys, langt unna oppmerksomheten til de som sitter med den politiske makten. Det skjer på den mest dyptgripende og intime måten i det daglige arbeidet med glemte kriger og kroniske kriser. Og det er en kamp som våre frivillige og ansatte kjemper når de arbeider med mennesker som får sin verdighet tråkket på til daglig. Disse frivillige har valgt å bruke sin frihet til å gjøre verden til et mer utholdelig sted. Trass i alle store diskusjoner om verdensordenen, koker den humanitære gjerning ned til én ting: enkeltindivider som strekker ut en hånd til medmennesker som befinner seg i en krise. En bandasje om gangen, ett sting om gangen, en vaksine om gangen. Dessuten noe Médecins sans Frontières, som jobber i rundt

80 land, hvorav 20 er i konflikt, er alene om: å fortelle verden hva de har sett. Alt dette ut fra håpet om at volds- og ødeleggelsessykluserne ikke vil fortsette i det uendelige.

Ibriham var en 12 år gammel gutt som ble båret 120 km på farens rygg til en av MSFs matstasjoner i Somalia i 1992. Og han var en gutt som døde av sult dagen etter. Han var ikke en gutt som ikke eksisterte eller bare en intern flyktning som kanskje ville motta matvarehjelp, kanskje ikke. Styrken i den humanitære gjerning ligger i dens direkte forbindelse med de syke, de sårede og de som sulter. Det humanitære krever at det politiske skal inkludere; at det skal gjøre ham til et subjekt i den sosiale verdensorden og ikke et objekt som står utenfor. Den humanitære gjerning er noe maktpåliggende, en gjerning som betrakter andre mennesker som et mål i seg selv, ikke som et middel for å nå et mål. Den betrakter individet som et individ i sine umiddelbare omgivelser, ikke som ikke-eksisterende eller utestengt fra den sosiale verdensordenen, som kanskje kan overleve på velldighet, kanskje ikke. Denne gjerningen forutsetter rettferdighet, ikke bare i juridisk forstand, men også en rettferdighet som lytter til og reagerer på den menneskelige stemmen til denne gutten som døde som et offer. På denne måten er den humanitære gjerning i grunnleggende opposisjon til og i konfrontasjon med den politiske verdensorden, som den stiller krav til. Denne gjerningen minner om og beskriver hvordan enkelte grupper mennesker blir utestengt og fører bevis – ugjendrivelig bevis – for manglene ved den sosiale verdensorden. Og den trosser disse manglene, den forkaster enhver fatalisme og gjennom selve gjerningen, fremmer den krav om forandringer.

Når vi nå kommer frem og mottar denne fantastiske æresbevisningen, vil vi nok en gang takke Nobelkomiteen for at den har stadfestet den livsviktige retten til humanitær hjelp rundt om på kloden og samtidig har bekreftet den veien som MSF har valgt å gå over de siste 28 årene: å stå frem på en åpenhjertig måte, å være lidenskapelig og dypt forpliktet overfor kjerneprinsippene i det frivillige arbeidet, i upartiskheten og i troen på at ethvert menneske fortjener såvel medisinsk hjelp som en anerkjennelse av hans eller hennes menneskelighet. Vi vil også benytte denne enestående anledningen til å fortelle hvor høyt vi verdsetter våre tapre og dyktige frivillige medarbeidere og nasjonalt ansatte som har omsatt våre ambisiøse idealer i praksis og som vi mener har brakt litt fred inn i denne verden som har vært vitne til så enorme lidelser.



Copyright © The Nobel Foundation, Stockholm, 1999.

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 lemlestede 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

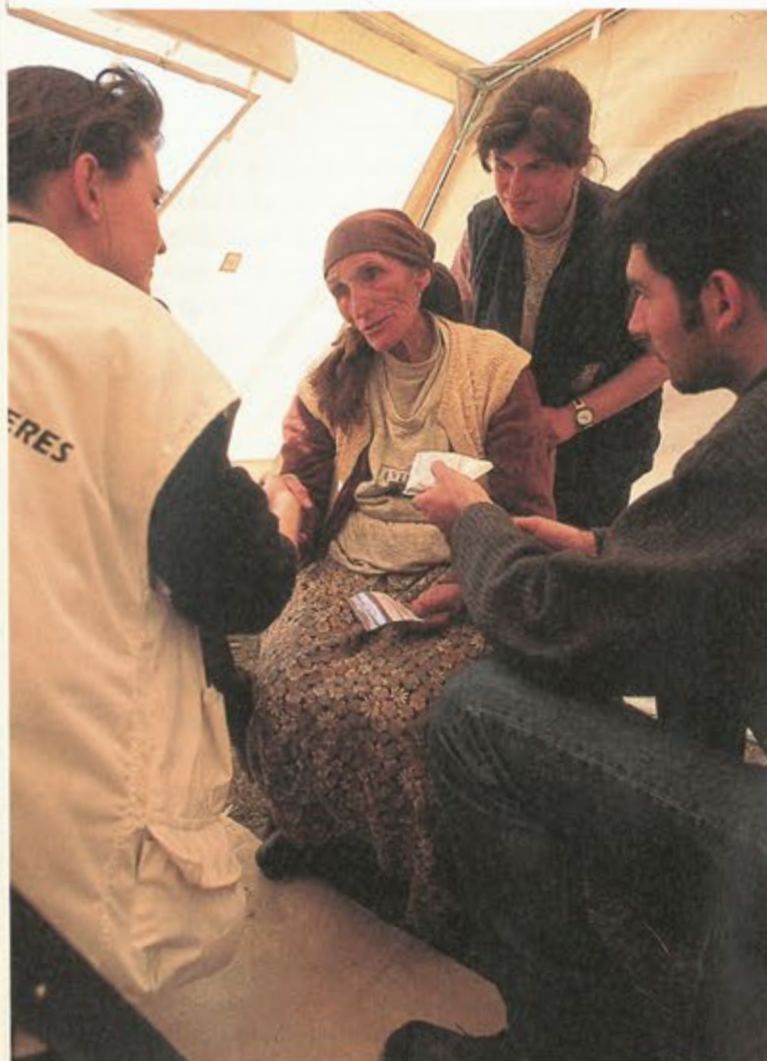
Under utdelingen av Nobels fredspris i Oslo i desember 1999, benyttet MSF anledningen til å rette skarp kritikk mot Russlands bombing av sivile i Tsjetsjenia.

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

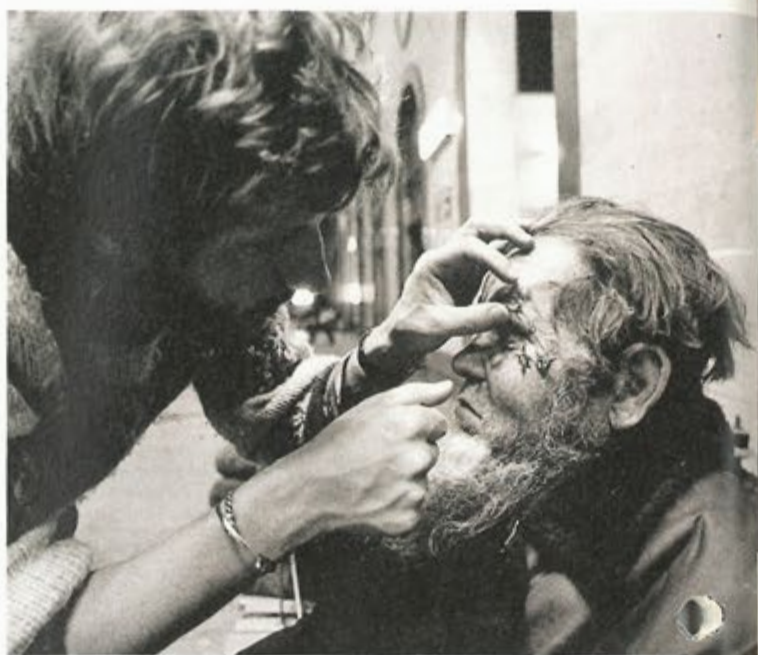
I august i år satte MSF – ved å trekke seg ut av deler av Kosovo – fokus på det fortsatte etniske rensingen i det FN-styrte området. MSF kunne dokumentere flere alvorlige tilfeller av trusler og vold mot etniske minoriteter. Mer enn ett år etter at FN og KFOR gikk inn og tok over den sivile og



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

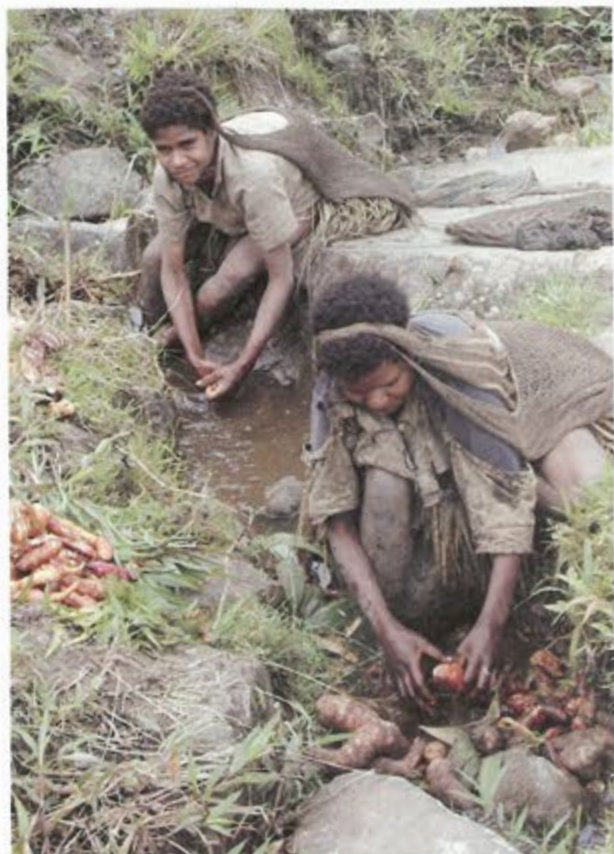
• TEKST OG FOTO: KURT HANEVIK

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 attåtgeskjef. 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-



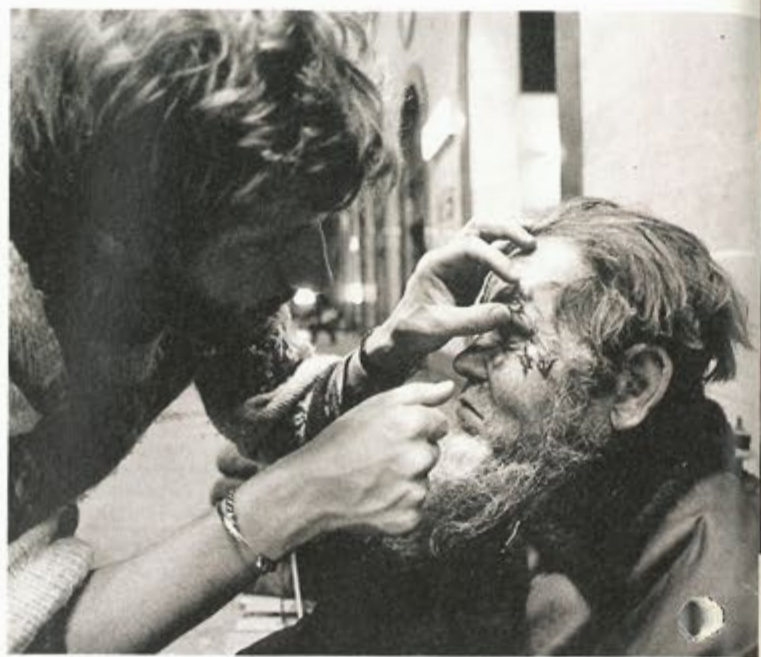
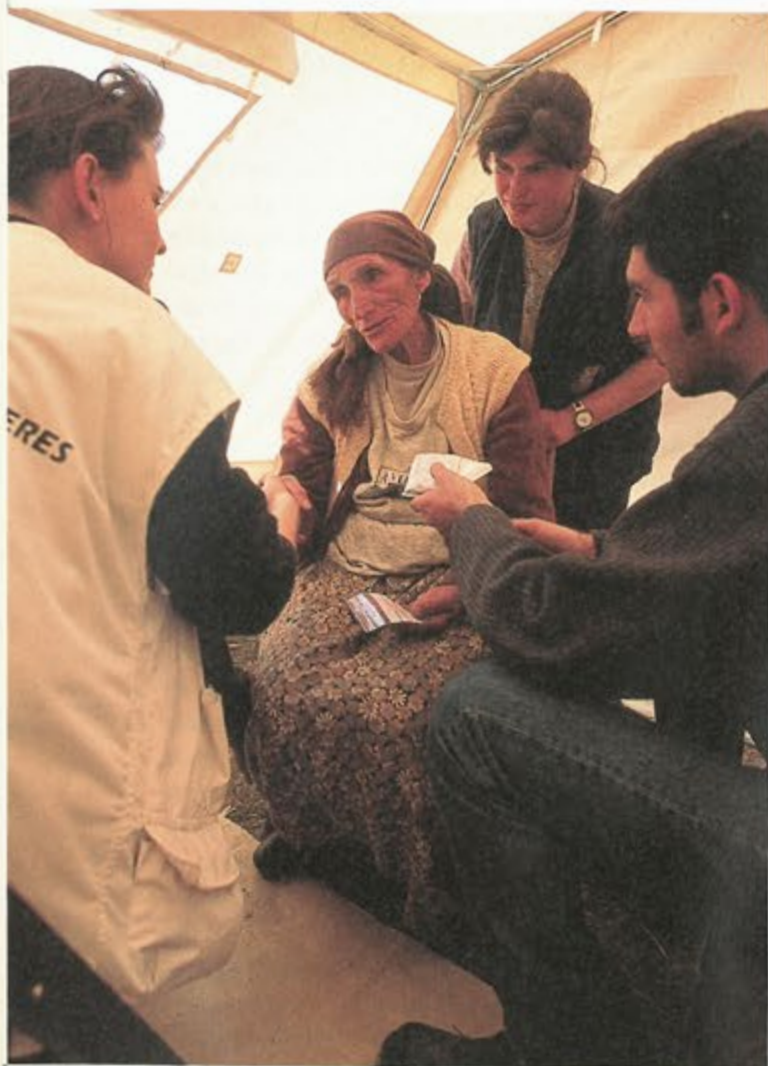
kamentforståelse blant landsbyhelsearbeiderne MSF fulgte opp. «Compliance» ble definert som 100% overensstemmelse mellom anbefalt dose og gjenværende tabletter.

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. Undertegnades 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



MSF arbeider blant uteliggere i Moskva. Kjernen i MSFs arbeid er den medisinske innsatsen. Men minst like viktig for MSFs identitet er *témoignage*, 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



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 Røstrup, 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 Røstrup.

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.

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

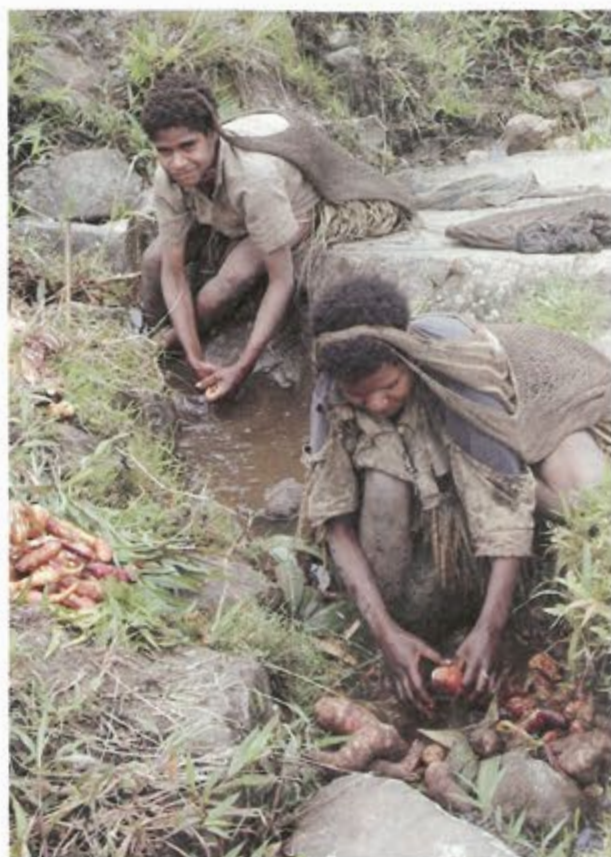
• TEKST OG FOTO: KURT HANEVIK

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. Undertegnedes 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.

Dramatiske problemer med *tuberkulose i Russland*

– MSF-prosjekter i sibirske fengsler

• AV ATLE FRETHEIM

MSF startet i 1995 sitt tuberkuloseprosjekt i Sibir. Oppstarten var en respons på et rop om hjelp fra sjefslegen i Koloni 33 i Kemerovo-regionen. 10 prosent av alle russiske fanger lider av tuberkulose.

Prosjektet i Sibir har sørget for behandling av nærmere 6000 pasienter. Det er blitt demonstrert at et DOTS-basert program kan fungere godt i et slikt fengselssystem og helbrede mange pasienter. I tillegg har verden fått øynene opp for den alvorlige situasjonen når det gjelder multiresistent tuberkulose.

Foto: R. Job



Kemerovo-regionen ligger omtrent midt i Sibir, og «Koloni» er den russiske betegnelsen på fengsel. Den transsibirske jernbanen passerer i nord, og går blant annet gjennom landsbyen Mariinsk. Dette stedet er mest kjent for sin vodka – den går får å være blant de beste i Russland. De andre viktige arbeidsplassene i Mariinsk er Koloni 33 og Koloni 35. Koloni 33 er en anstalt for fengslede menn som har tuberkulose mens Koloni 35 er et av de få fengslene for kvinner, som også har en egen avdeling for tuberkulose.

Relativt god behandling i Sovjet-tiden

I Sovjettida virker det som om systemet for kontroll av tuberkulose fungerte i rimelig grad. Statistikken tyder i alle fall på at prevalenstillene var langt lavere enn i dag, og det er liten uenighet om at det har vært en dramatisk økning av sykdommen det siste tiåret. Tuberkulosekontrollen baserte seg på hyppig skjembildefotografering, gjentakne BCG-vaskinasjoner, og isolasjon og behandling av syke. På mange måter er tuberkulosekontrollen ett eksempel på troen på bruk av teknologi som løsning på problemene en sleit med. Det er antakelig få steder det er blitt tatt flere skjembilder per innbygger enn i Sovjetunionen. Tuberkuloselegene fikk etterhvert sin egen spesialitet – phtisiatri – og utviklet en finurlig og innfløkt nomenklatur til bruk i tolkningen av skjembilder. Det ble fokusert langt mer på dette arbeidet enn diagnostisering ved hjelp av mikrobiologiske metoder. Onde tunger vil ha det til at legene foretrakk å stille med røntgenbilder framfor ekspektorat.

Det er få som er uenige i at en bør ha mikrobiologiske funn før en stiller diagnosen tuberkulose. Grunnen er at det er vanskelig å skille mellom gammel og aktiv sykdom på røntgenbilder, samt at det kan være vanskelig å skille tuberkulose fra annen sykdom. Problemet er at det ikke alltid er mulig å få mikrobiologisk bekreftelse, og da må en stole på røntgen og klinikk. Blant de russiske phtisiaterne ble det nok etterhvert vanlig å stille diagnosen på basis av det en så på skjembildene framfor å gå vegen om få undersøkt ekspektoratet.

Kostbar behandling

Behandlingstradisjonen i Russland i dag er noe annerledes enn i vesten. Medikamentene er de samme, men mens vestlig behandlingsregimer har gått i retning av standardisering,



Fotos: R. Job

er de fleste russiske phthisiatere for at behandlingen skal tilpasses den enkelte pasient. Individualiseringen gjøres i stor grad på basis av hva en finner på skjermbildene etterhvert som en følger pasienten. Dersom det sees forbedring kan det føre til endring i opplegget, og det samme ved forverring. Stor grad av hospitalisering under behandling har også vært vanlig. Som i vesten har en som regel starta opp med 3-4 medikamenter, og etter en tid redusert til to eller tre.

Den tradisjonelle russiske strategien for å holde tuberkulosen under kontroll kan kritiseres og forsvares i medisinske fora. Det som ikke kan diskuteres er at denne måten å drive tuberkulosekontroll på er svært kostbar, noe som ble synlig til gangs under den økonomiske krisa tidlig på 90-tallet. Mangel på røntgenfilm, medisiner og penger til lønninger gjorde at det hele falt sammen, mer eller mindre. Dette, sammen med synkende levestandard over hele landet, er antakelig grunnen til oppblomstringen vi har sett.

DOTS i Sibir

I Koloni 33 er det 1700 fanger med tuberkulose. Fengselet er bygd for å huse mindre enn halvparten. For 5-6 år siden døde det flere pasienter hver uke, og det var nesten ingen behandling å oppdrive. I denne situasjonen var det at sjefslegen tok kontakt med hjelpeorganisasjoner i Moskva. MSF reiste etterhvert til Sibir for å undersøke forholdene, og etter

nøyve vurdering og lange forhandlinger med fengselsmyndighetene, valgte MSF å starte prosjektet.

MSF har drevet tuberkuloseprosjekter mange steder, og støtter seg alltid til prinsippene for behandling som anbefales av Verdens helseorganisasjon (WHO). DOTS er navnet på strategien som WHO går inn for å bruke over hele kloden. Forkortelsen står for Directly Observed Treatment, Short-course, som henspiller på at ett av elementene i WHO-strategien er at pasientene i hovedregel bør innta medisinerne under oppsyn av helsepersonell. Dette er for å sikre at pasientene fullfører behandlingen og dermed øker sjansen for å bli kureret, samt for å hindre utvikling av resistente mykobakterier. Andre elementer i DOTS-strategien er diagnostisering ved hjelp av direkte mikroskopi (Ziehl-Nielsen farging), sikker og uavbrutt tilgang til medikamenter og et registreringssystem som kan overvåke og evaluere programmet.

Lite sammenfallende metode

Fordi DOTS-strategien på mange måter er lite sammenfallende med metodene for tuberkulosekontroll som har vært brukt i Russland tidligere, var et av de første problemene som dukket opp å komme til enighet om en behandlingsprotokoll. For MSF var det nødvendig å kunne stå inne for prosjektet reint medisinsk, og det var vanskelig å se annen

måte å få til det på enn å insistere på et behandlingsopplegg som var i tråd med WHO's retningslinjer. Et spørsmål som skulle vise seg å bli et tilbakevendende problem var i hvilken grad en skulle vektlegge mikroskopi i diagnostiseringen, i motsetning til røntgen. I følge WHO er det nødvendig å prioritere det å finne og behandle pasienter som er såkalt «smear-positive» – de som har et ekspektorat hvor en finner syrefaste staver ved Ziehl-Nielsen farging og mikroskopisk undersøkelse. Rasjonalet er at det er disse pasientene som utgjør den største smittefaren, og første bud i arbeidet med tuberkulosekontroll er å bryte smittekjeden – samme prinsipp som gjelder for det meste av smittevernsarbeid.

Det viste seg nærmest umulig å få gehør for at en skulle vente med å behandle de med negativt funn før en hadde satt de med funn i ekspektoratet på behandling. Dette skyldtes ikke bare en medisinsk faglig uenighet, men også at russisk lov sier at alle tuberkulosepasienter har krav på behandling. Det ville med andre ord være ulovlig å prioritere noen pasienter framfor andre. Resultatet ble at omlag halvparten av pasientene som ble satt på behandling den første tida ikke hadde mikrobiologisk verifisert diagnose. WHO anslår at hos halvparten av pasientene med tuberkulose vil en ikke gjøre funn ved standard diagnostikk, men disse pasientene har langt bedre prognose enn de som er «smear-positive», i tillegg til å utgjøre en mindre smittefare.

Foto: R. Job



Skuffende resultater

Etter vel et halvt år var de første pasientene ferdige med behandlingen. En komponent i DOTS er at det skal føres et register over alle pasienter, blant annet for å holde oversikt over behandlingsresultatene. Resultatet måles ved å se om de syrefaste stavene har forsvunnet når det tas ny ekspektoratprøve etter endt behandling. Til skuffelse for alle parter var resultatene overraskende dårlige. Hos et stort antall var det stadig mykobakterier å se i mikroskopet. Det ble spekulert på mulige årsaker: er det noe galt med medikamentene – kanskje de ikke har tålt transporten eller kulda? Er det den dårlige ernæringa som spiller en rolle? Har vi å gjøre med resistente bakterier? For å få svar på det siste spørsmålet ble det sendt prøver til et laboratorium i Belgia.

Etter noen måneder kom det nedslående resultatet tilbake fra laboratoriet: et stort antall av bakteriene var multiresistente – det vil si at de er motstandsdyktige mot de to viktigste antituberkuløse midlene, rifampicin og isoniazid. I praksis betyr det at pasientene ikke har nytte av behandlingen med de vanlige antituberkuløse medikamentene.

Det er stor grad av enighet om at resistens mot antibiotika er et direkte resultat av antibiotikabruk: bakterier (eller andre agens) som kommer under «press» fra antibiotisk behandling, selekteres til fordel for stammer som av en eller annen grunn er motstandsdyktige. For tuberkulosebakteriene regner en med at all resistens skyldes punktmutasjoner. Slike oppstår med en viss matematisk forutsigbarhet, og derfor vil det nå og da dukke opp en enkelt bakterie som motstår virkningen av et preparat. Sannsynligheten for at en enkelt bakterie skal mutere på to forskjellige steder som så fører til motstandsdyktighet mot hvert sitt medikament er uhyre liten. Derfor vil behandling med to medikamenter ta knekken på det meste som fins av nyoppstått resistens. Legger en til et tredje medikament blir risikoen forsvinnende liten. Dette er det teoretiske grunnlaget for kombinasjonsbehandling. Allerede da det første effektive antituberkuløse medikamentet ble introdusert like etter krigen fant en ut at resistensutvikling var et problem. En fant også raskt ut at dette kunne begrenses ved å bruke mer enn ett medikament.

Hva hadde skjedd i Sibir?

En fjerdedel av pasientene var infisert med multiresistente mykobakterier! Bare få andre steder i verden har en sett en så stor andel. Fordi resistens oppstår som følge av suboptimal behandling, enten ved bruk av for få medikamenter eller ved at behandlingen ikke fullføres, er forklaringen på prevalensen av multiresistens antakelig enkel: fengslene var fulle av syke pasienter, men det var ikke god nok tilgang på medisiner til å gi forsvarlig behandling. I stedet for å passivt

Foto: R. Job



stå og se på at pasientene døde forsøkte nok mange leger å behandle med det lille de hadde. I tillegg er det et svart marked for medikamenter inne i fengslene noe som også bidro til mange tilfeller av sporadisk behandling. Det er også vanlig at slektninger som kommer på besøk i fengslene har med seg medikamenter. Disse skal ordineres av fengselslegene, men det er svært vanskelig for dem å nekte pasientene å ta medikamentene familien har skaffet til veie selv om det skulle bety inadekvat behandling. Antituberkuløse midler kan kjøpes over disk i vanlige apotek.

Verden har sett flere tilfeller av utbrudd av multiresistent tuberkulose. Et av de mest kjente er fra New York for ti år siden. Situasjonen ble kontrollert etterhvert, men det krevde et massivt opplegg med en prislapp anslått til flere milliarder kroner. Blant annet fikk flere tusen pasienter daglige besøk av hjemmesykepleiere for å sikre at tablettene ble tatt som avtalt. Pasienter som ikke holdt seg til behandlingsregimet ble tvangsisolert. Men den kanskje største utgiften var til medikamentene som brukes når multiresistent tuberkulose skal behandles: Opptil 100000 kroner per pasient.

I lys av et slikt tall er det lett å forstå at det var lite håp å gi til pasientene i Sibir som ikke hadde effekt av standard behandling. For gjøre risikoen for spredning av multiresistent tuberkulose så liten som mulig ble det innført egne avdelinger for disse pasientene. For den enkelte pasient var det

lite annet å tilby enn at de fikk fortsette å motta den daglige blandingsrasjonen av melk, sukker og olje, som ble gitt til alle som sto på behandling. Etterhvert ble det et praktisk problem at det hopet seg opp med slike pasienter, og avdelingen måtte stadig utvides.

Forebygging en prioritet

WHO vektlegger forebygging som første prioritet dersom en skal motkjempe multiresistent tuberkulose. Dette har sammenheng med at det ikke er et reelt alternativ for de fleste land å satse på behandling, på grunn av prisen på medikamentene. Dessuten er behandlingen av multiresistent tuberkulose mindre effektiv enn vanlig behandling – mange pasienter blir ikke helbredet. Det viktigste en kan gjøre for å forebygge utvikling av multiresistens er å sørge for at behandlingen som gis til tuberkulosepasienter er lang nok og består av mange og gode nok medikamenter. Derfor ble valget for MSF og våre russiske partnere relativt enkelt til å begynne med: pasientene med multiresistente basiller ble gitt opp, og det ble satset alt på at behandlingen av de andre pasientene skulle være så god som mulig. Prosjektet ble også gradvis utvidet i et forsøk på å spore opp så mange smitteførende pasienter som mulig. Målet var å bygge opp et system som gjorde at praktisk talt alle slike innsatte ble satt hurtig på behandling. I praksis ble dette gjort ved at opplegget som ble brukt i Koloni 33 også ble innført i det andre tuberkulosefengselet i regionen: Koloni 16 i Novokuznetsk. Videre ble det gjennomført opplæring av sykepleiere fra

mange av de ordinære fengslene, for å få dem til å foreta innsamling av ekpektorat til farging og mikroskopering.

I lys av at rundt 10% av alle russiske fanger lider av tuberkulose er det opplagt at det må være lav terskel for å få gjort en slik undersøkelse. Når så stor andel av de innsatte er syke er sannsynligvis praktisk talt alle russiske fanger infisert med tuberkulosebasillen. Heldigvis er det slik at de fleste som smittes ikke blir syke. De kummerlige forholdene spiller antakelig også en rolle: flere titalls personer på hver celle er ikke uvanlig, og kostholdet består i hovedsak av kål.

Utilfredsstillende situasjon

Etterhvert ble en økende utilfredshet med situasjonen reist fra mange hold. Enkelte medikamenter til bruk mot multiresistent tuberkulose begynte å dukke opp på markedet, og fengselsledelsen fikk også tak et parti med et par slike medikamenter. Også innen MSF ble det diskutert om det var akseptabelt å avskrive det store antallet pasienter med multiresistent tuberkulose så lenge det fins behandling som benyttes i rikere deler av verden. Ideen om å sette i gang et prøveprosjekt var født.

Dette reiste langt flere spørsmål enn svar: Hva slags medikamentregime skulle en velge? WHO har gitt ut en retningslinje, men mangelen på kliniske forskningsresultat gjør at det er stor uvisshet knyttet til anbefalingene. Hvor mye trengs av laboratorieutstyr for å kunne overvåke leverprøver og andre tegn til bivirkninger av medikamentene? Bruken av noen av disse medikamentene innebærer risiko for alvorlige skadevirkninger. Hvilke pasienter skal tilbys behandling? Dette siste er et spesielt vanskelig tema. Varig-

heten av behandlingen er opp mot to år. Fanger som settes fri vil i praksis ikke bli fulgt opp, og må avskrives. Det betyr at bare pasienter med lang straff vil kunne få behandling. Det vil si de fangene som er dømt for de alvorligste forbrytelsene. Dette kan oppleves som uakseptabelt av en del. Spørsmålet om pris er også helt vesentlig: er det rimelig å bruke så store summer på så relativt få individer?

Pilotprosjekt for multiresistente

Det ble vedtatt å satse på å sette i gang et pilotprosjekt med behandling av multiresistent tuberkulose. Sakte, men sikkert har nødvendig infrastruktur blitt bygd opp. I dag er det utstyr til å foreta sensitivitetstesting av bakteriekulturer og til å måle noen av de viktigste blodprøvene. Videre har MSF klart å forhandle fram en avtale om innkjøp av medisiner til behandling av 1000 pasienter til sterkt redusert pris. MSF erkjenner at problematikken rundt multiresistens er komplisert og at en må være forsiktig slik at en intervensjon ikke resulterer i mer skade enn gagn. Derfor har det, i samarbeid med WHO, blitt etablert en «Green Light Committee», som skal vurdere ansvarligheten av å sette igang behandling av multiresistent tuberkulose i forskjellige prosjekter. Sibirprosjektet er for tida til vurdering. På grunn av problemet med at behandlingen avbrytes dersom pasienter løslates er det også bestemt å vente med å sette igang til en har et system utenfor murene som kan fange opp slike pasienter. Forhåpentligvis blir dette klart tidlig neste år. Prosjektet går en spennende tid i møte.

Atle Fretheim er nestleder i MSF-Norge, og var medisinske ansvarlig for MSF i Koloni 16 fra mai til november i 1999.



Foto: privat

De fattige mangler medisiner

– Kampanjen for tilgang på livsviktige medisiner
(«Access to Essential Drugs Campaign»)

• AV ATLE FRETHEIM

I arbeid blant fattige mennesker finner vi mange årsaker til at det er for dårlig tilgang på helsetjenester. Fattigdom er i seg selv fellesnevneren, men kan deles opp i mangel på infrastruktur, for lite kunnskap, for få helsearbeidere m.m. Det meste av dette vil ta tid å forbedre og er i stor grad relatert til den økonomiske og sosiale utviklingen i et samfunn.

I flere år har MSFs folk i felten kjent frustrasjon over å være tilstede og ha adgang til å hjelpe syke mennesker, samtidig som muligheten for å hjelpe strander på at en ikke har tilgang til de nødvendige medisinene. Å bedre tilgang på medisiner er noe som kan oppnås uten å måtte vente på at utviklingslandenes økonomi skal bli bedre. MSF har satt igang en rekke feltprosjekter som har med mangelen på tilgang til medisiner å gjøre. Disse er i stor grad finansiert ved hjelp av pengene som ble mottatt i forbindelse med fjorårets Nobelpris. MSF har også, sammen med andre organisasjoner, bidratt til å rette søkelyset mot hva dagens praktisering av internasjonale patentregler betyr for pasienter i fattige land og å peke på løsninger. I Norge har MSF vært opptatt av å klargjøre



I arbeid blant fattige mennesker finner vi mange årsaker til at det er for dårlig tilgang på helsetjenester.

Ill.: MSF

MSF ønsker å sette fokus på tilgangen til livsviktige medisiner i fattige land.

Foto: R. JOB





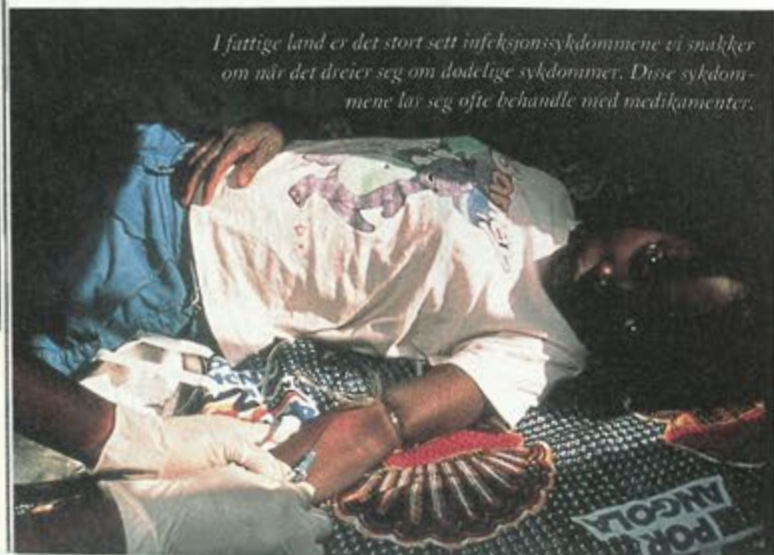
Muligheten for å hjelpe strander ofte på at en ikke har tilgang til de nødvendige medisinene. Å bedre tilgang på medisiner er noe som kan oppnås uten å måtte vente på at utviklingslandenes økonomi skal bli bedre.

Foto: Hans-Jürgen Burkars

holdningen norske myndigheter har til tolkningen av de internasjonale patentreglene og forsøke å rette oppmerksomhet mot de alvorlige konsekvensene av dagens praksis.

Et trehodet troll

I fattige land er det stort sett infeksjonssykdommene vi snakker om når det dreier seg om dødelige sykdommer. Disse sykdommene lar seg ofte behandle med medikamenter. Grunnen til at medikamentene ikke er tilgjengelige der hvor de trengs kan være flere, men manglende betalingsevne er ofte det viktigste. Det å være fattig gjør at du ikke klarer å betale for medisinene du trenger, men kanskje like viktig: det gjør at dine lidelser ikke er interessante for den farmasøytiske industrien. Dermed er det lite sannsynlig at det kommer nye og viktige medikamenter som vil være til hjelp for deg. Samtidig finnes det barrierer for fattiges tilgang på medisiner på grunn av handels- og patenthindringer.



I fattige land er det stort sett infeksjonssykdommene vi snakker om når det dreier seg om dødelige sykdommer. Disse sykdommene lar seg ofte behandle med medikamenter.

En kan dele opp problemet med mangel på tilgang til medisiner i tre:

- Spesifikke barrierer for tilgang på medisiner
- Mangel på forskning og utvikling
- Barrierer som pålegges gjennom handels-/patentavtaler

Spesifikke barrierer for tilgang på medisiner

Dette gir seg utslag blant annet i manglende produksjon av livsviktig medisiner. Sovesyke (trypanosomiasis) er en nevrologisk sykdom som alltid fører til døden. Den forårsakes av en parasitt som overføres med tse-tse flua. Standardbehandling er injeksjoner av et arsenikkderivat som er så toksisk at 1 av 20 pasienter dør av selve behandlingen. Medikamentet har vært i bruk siden 1949, så da er det heller ikke overraskende at resistens er et økende problem. I noen områder er andelen av pasientene som er infisert med motstandsdyktige parasitter opp mot 20%. Et alternativt preparat er elfornitin, som tolereres langt bedre. Produksjonen av dette preparatet ble av legemiddelindustrien lagt på hylla midt på 90-tallet – på grunn av manglende inntjening. Dette fordi sovesyke bare opptrer i land som er blant de fattigste i verden.

Et annet eksempel er kloramfenikol i oljesuspensjon. Dette er et godt preparat å bruke under epidemier av meningitt, som forekommer med jevne mellomrom i det nordlige Afrika. Behandlingen er enkel å gjennomføre og billig å produsere. I 1995 sluttet produsenten å framstille ampullene – igjen på grunn av for dårlig inntjening.

Noen av medikamentene som brukes i behandlingen av multiresistent tuberkulose er svært dyre. Dette er medikamenter som kom på markedet for lenge siden, og årsakene

Noen av medikamentene som brukes i behandlingen av multiresistent tuberkulose er svært dyre. Lave salgstall og en monopolsituasjon påvirker selvfølgelig prisen.





En av de viktigste grunnene til at medikamentene er for kostbare er at produsenten ofte har monopol på produksjon og salg av det aktuelle medikamentet.

Fordi industrien er markedsdrevet er det innlysende at forskningsagendaen styres i liten grad av medisinske hensyn, men heller av potensialet for profitt.

til den høye prisen kan være sammensatt. Lave salgstall er antakelig medvirkende til at det er lite konkurranse, og en monopolsituasjon påvirker selvfølgelig prisen.

Forskning og utvikling

Det aller meste som foregår av kliniske forskning for finne fram til nyere behandlingsmetoder drives av den farmasøytiske industrien. Dette har mange praktiske konsekvenser. Fordi industrien er markedsdrevet er det innlysende at forskningsagendaen i liten grad styres av medisinske hensyn, men heller av potensialet for profitt. Der- som en tenker over hvilke nye preparater som er introdusert i Norge de siste par årene er en slik sammenheng temmelig åpenbar. Enda tydeligere blir dette sett med øynene til pasienter i fattige land: det er ingen av dem som har nytte av medikamenter mot fedme eller håravfall, eller er glade for at blodtryksmedikament nummer 50 blir introdusert.

Mellom 1975 og 1997 kom det 1233 nye medikamenter på markedet. 13 av disse var utviklet med tanke på behandling av tropesykdommer. Av disse igjen var et mindretall utviklet av legemiddelindustrien.

Barrierer som pålegges gjennom handels- og patentavtaler

Hvorfor er medikamentene for kostbare? Årsakene er mange, men en av de viktigste grunnene er at produsenten ofte har monopol på produksjon og salg av det aktuelle medikamentet. Dette er fordi det gis patentbeskyttelse på nye produkter. Dette reguleres i dag gjennom internasjonale avtaler i Verdens handelsorganisasjon (WTO). Reglene sier at patentinnehaveren har enerett på å utnytte produktet kommersielt de første 20 årene etter at patentet er registrert.

Et illustrerende eksempel er flukonazol til behandling av kryptokokkmeningitt blant AIDS-syke. Behandlingen er



En HIV pasient. Antiretrovirale midler mot HIV/AIDS er uoppnåelig for det store flertallet av AIDS-syke i verden. Mens noen land har ikke patentbeskyttelse på disse medikamentene, og kan kjøpes for en brøkdel av prisen.

livslang. I Kenya koster tablettene rundt 150 kroner per dag – omtrent det samme som i Norge. Det betyr naturligvis at slik behandling ikke er tilgjengelig for pasienter i Kenya. I Thailand er prisen en brøkdel av dette, nemlig 5-6 kroner per dag. Grunnen er enkel: i dette landet er ikke flukonazol patentbeskyttet og blir derfor framstilt av en lokal produsent.

Antiretrovirale midler mot HIV/AIDS er et annet slående eksempel. En årlig utgift på 100 000 kroner gjør slik behandling uoppnåelig for det store flertallet av AIDS-syke i verden. Noen land, som Brasil, Thailand og India, har ikke patentbeskyttelse på disse medikamentene, og der kan medisinen kjøpes for en brøkdel av prisen.

«Big business»

At legemidler er «big business» har disse landene fått merke. Amerikanske myndigheter, ofte støttet av EU, har truet med

Et land kan overprøve patentrettighetene for å ta hensyn til folkehelsen, men mange fattige land møter sterk motstand når de gjør det minste forsøk på å benytte seg av slike muligheter.

mange slags sanksjoner dersom landene ikke i større grad innordner seg internasjonale patentregler slik de blir tolket av USA. Thailand vurderte å sette i gang egen produksjon av et nyere antiretroviralt middel, men et voldsomt press fra industrien og trussel om toll på varer eksportert til USA gjorde at planen ble lagt på hylla. Tilsvarende i Sør-Afrika: da nasjonalforsamlingen planla å vedta en lov som skulle gjøre det mulig å sette i gang lokal produksjon av legemidler til behandlingen av AIDS-syke ble de satt på det amerikanske handelsdepartementets offisielle «svarteliste». Dette er en liste over handelspartnere som ikke er til å stole på og og det regnes som svært uheldig å havne på den. Samtidig gikk alle de farmasøytiske selskapene sammen om å anlegge sak mot myndighetene for å hindre en utvanning av det gjeldene patentregelverket i Sør-Afrika.

Saken ble godt dekket og kritisert i amerikanske media. Det førte til at Clinton tidligere i år kom med en offisiell erklæring hvor det ble sagt at amerikanerne ikke lenger ville stå i veien for at afrikanske land iverksetter tiltak som skal sikre behandling til AIDS-pasienter. Legemiddelindustrien holder likevel fast på sitt og har klart å hindre videre framdrift i saken ved å holde den gående i rettsvesenet.

Patentregler er et virkemiddel som samfunnet har valgt å satse på for å stimulere til forskning og utvikling. Fordi motivet som ligger bak er hva som er mest tjenlig for samfunnet er det nødvendig at reglene balanserer mellom patentinnehaverens rettigheter og samfunnets behov. Derfor vil alle patentregelverk inneholde klausuler om unntak og muligheter for å overprøve patentrettighetene. Slik er det også i den internasjonale patentavtalen (TRIPS). Blant annet heter det at et land kan overprøve patentrettighetene dersom det ikke får tilgang til legemidler på rimelige vilkår, særlig når medikamentene er viktige for folkehelsen. Det nevnes spesielt at i krisesituasjoner stilles ingen krav om å ta hensyn til

Selv om noen av problemene er løst, er det fremdeles store hindringer for tilgang på medisiner for mennesker i nød. Foto M. Witterbrood



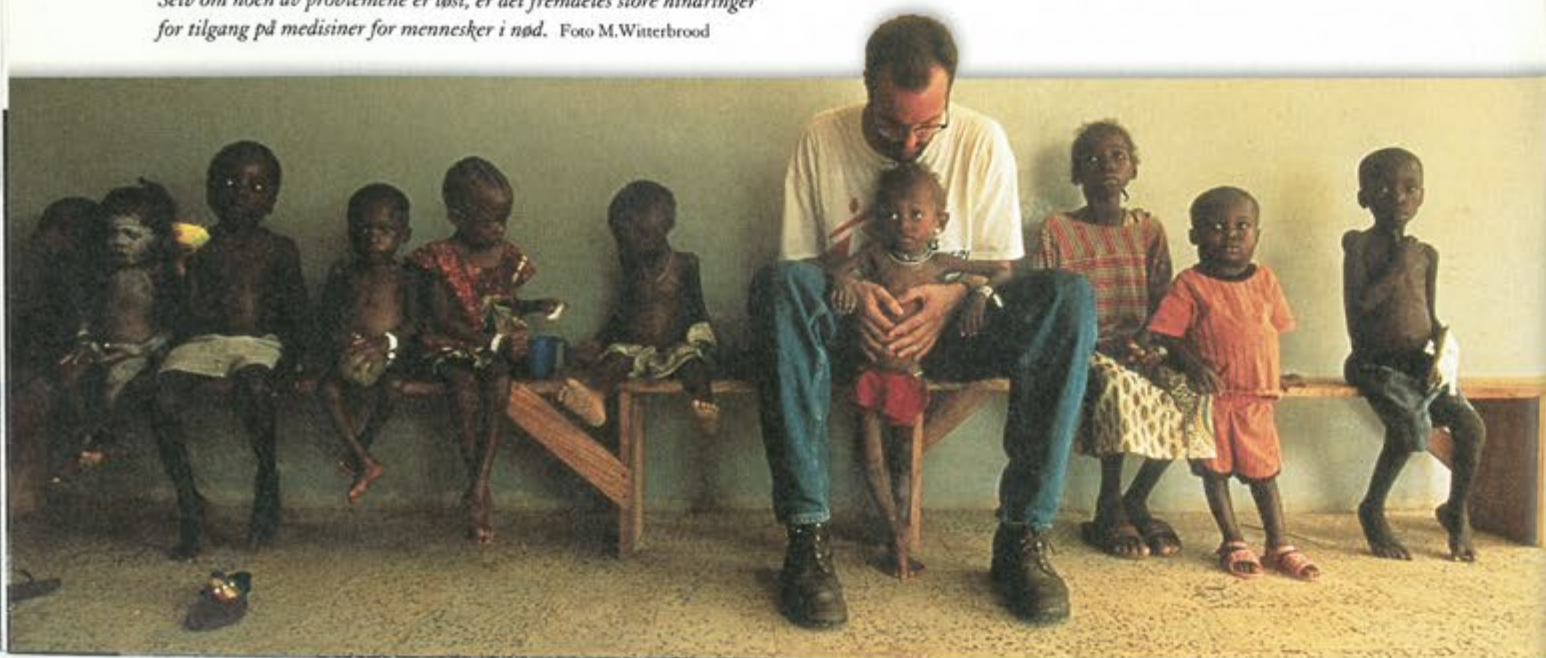
å patentinnehaveren, en trenger heller ikke å gi noen form for økonomisk kompensasjon. I lys av dette er det forbausende at mange fattige land møter sterk motstand når de gjør det minste forsøk på å benytte seg av slike muligheter.

Hva er oppnådd så langt?

Noen av problemene som er nevnt over har til en viss grad funnet sin løsning. Gjennom forhandlinger med de aktuelle legemiddelprodusentene er i dag både kloramfenikol i oljesuspensjon og eflornitin for sovesyke blitt mulig å skaffe til veie. For øyeblikket arbeides det med å finne fram til en produsent som kan sørge for leveranser av eflornitin på litt lengre sikt. Forhandlinger har også gjort det mulig å kjøpe inn legemidler til behandling av multiresistent tuberkulose til sterkt redusert pris.

Videre har MSF, sammen med andre organisasjoner, bidratt til å rette søkelyset mot hva dagens praktisering av internasjonale patentregler betyr for pasienter i fattige land og å peke på løsninger. For eksempel bruker MSF nå flukonazol fra Thailand til behandling av kryptokokkmeningitt i noen land hvor dette ikke hindres av det nasjonale lovverket, som igjen betyr at det er økonomisk mulig å tilby behandlingen. Men fremdeles er det hindringer for tilgang på medisiner for mennesker i nød.

Atle Fretheim er nestleder i MSF-Norge og ansvarlig for kampanjen «Access to Essential Drugs» i Norge.



På konfliktfylte Øst-Timor

• AV INGVIL KRARUP SØRBYE, LEGE

Jobben på Øst-Timor for Leger Uten Grenser (MSF) er den mest utfordrende jobben jeg noensinne har hatt, sier Ingvild Krarup Sørbye i denne artikkelen. Hun forteller her om sine erfaringer og opplevelser fra arbeidet i felten.

Jobben ute var ikke bare utfordrende medisinsk sett – slik jeg hadde tenkt på forhånd. Jeg hadde forestilt meg at jeg skulle stå overfor alvorlig syke pasienter uten de midler og det utstyr jeg var vant til. Men jobben på Øst-Timor ga meg mye mer erfaring enn det. Jeg måtte gjøre alt fra ledelse, administrasjon, undervisning og også ta politiske beslutninger.

Kom etter folkeavstemmingen

Jeg kom til Øst-Timor midt i kaoset etter folkeavstemmingen høsten 1999. Folket hadde stemt for uavhengighet fra Indonesia i slutten av august. Milits-grupper hadde ødelagt og plyndret det meste av helsestrukturen, og legene var flyktet til Vest-Timor. Jeg arbeidet i flere helsesentre, og assisterte ved distrikts-sykehuset. Jeg undersøkte tusenvis av pasienter, men forhandlet også med FN-representanter, med myndighetene, med WHO og med politiske grupperinger. Jeg jobbet med epidemiologisk overvåking og statistisk analyse. Og jeg hadde ikke trodd at det var på Øst-Timor jeg endelig skulle lære meg Excel...

Klinisk fikk jeg bred erfaring. Jeg lærte meg igjen å stole på stetoskopet, fetoskopet og mine to hender, noe jeg nesten hadde glemt all den tid ultralyd, røntgen og laboratoriet er så snublenende nær hjemme. Noe frustrerende kan det være å ofte ikke få vite diagnosen, patologens vurdering eller det histologiske svaret, i og med at slike fasiliteter nesten ikke finnes. Men jeg ble forbauset over hvor lite det påvirket arbeidet, forbauset over hvor mange

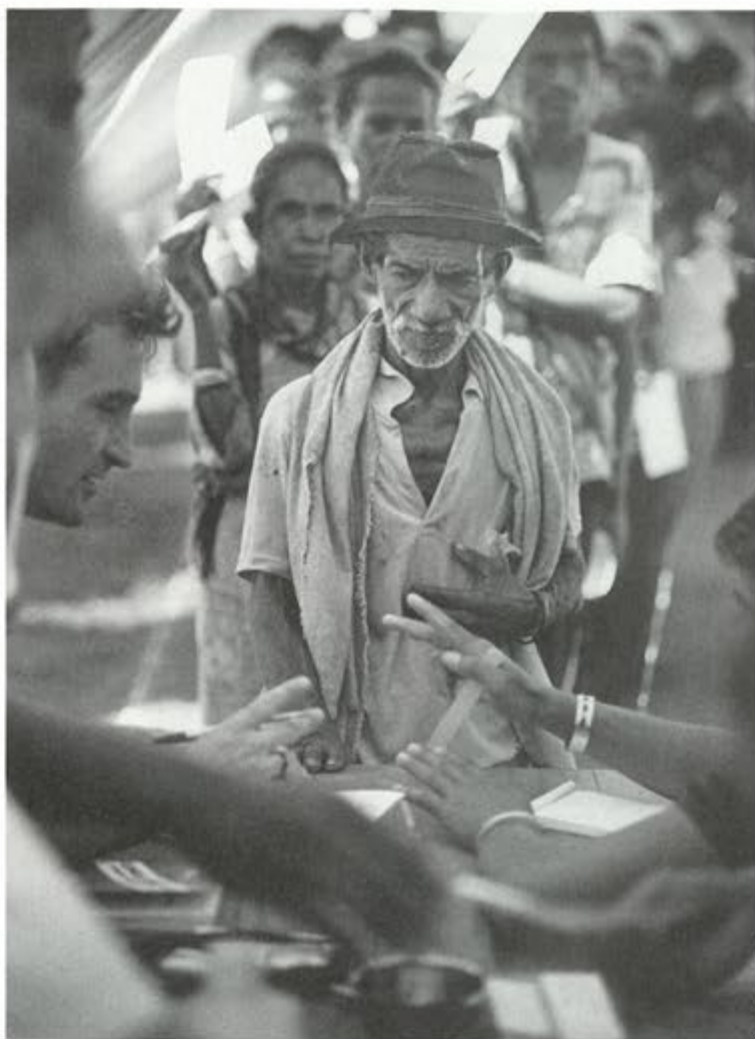


Foto: J. Banning



Foto: J. Banning



Glimt fra Ingvil Krarup Sørbyes opphold på Øst-Timor.

Fotos: Privat

av de prøvene som jeg tar hjemme som aldri får konsekvenser for den praktiske håndteringen av pasienten.

Intens læring

Det er intens læring, og man gjør selvfølgelig feilgrep, men man lærer raskt og får god støtte av de andre i teamet. Ikke minst av de lokalt ansatte. Midt oppe i vanskelige situasjoner kan man oppleve en sterk lojalitet og et vennskap til tross for forskjeller og språkvansker. Alle ansiktene til pasientene sitter igjen på netthinnen, og det er gode bilder som dominerer. Det er all motivasjon man trenger for å arbeide minst 10 timer om dagen.

Og det er ikke alltid farlig å jobbe med Leger Uten Grenser. Mitt bilde av Leger Uten Grenser var preget av stuntleger som løper grenseløst ubesværet i kuleregner. Det har blitt kraftig korrigert. Av og til er det like trygt og begivenhetsløst som hjemme i Norge.

Reiste ut igjen

Som så mange andre medisinstudenter og leger, har jeg lenge hatt en tanke om å bidra med ett eller annet som kan være til hjelp for folk som er langt dårligere stilt enn vi er

her til lands. Problemet for en ung, til dels uerfaren, idealistisk lege er at de fleste organisasjonene i Norge ikke har særlig bruk for deg. Det var i alle fall ingen som ga uttrykk for særlig interesse da jeg «shoppa» rundt på telefonen for litt over to år siden. Unntaket var Leger Uten Grenser (MSF), som var svært ivrige etter å treffes og gjøre et intervju.

Den positive holdningen til å ta inn unge leger er symptomatisk for organisasjonen som sådan. Den er ung (stifta i 1971), den er fleksibel, og det oppmuntres til kontinuerlige debatter om mål og midler, og leger og MSF's rolle i humanitært arbeid. Dette var elementer som gjorde at jeg valgte å reise videre til et oppdrag nummer to for MSF.

Min erfaring har vært at en raskt blir vist stor grad av tillit og dermed får mye ansvar som lege i MSF. I mitt tilfelle har det dreid seg om ansvar av både medisinsk og administrativ karakter – noe jeg nå har sett at kan henge nøye sammen! Dette er både utfordrende og lærerikt, samtidig som det kan være morsomt. Hvis en samtidig deltar i et prosjekt hvor det er lett å se at helsegevinster oppnås, er det en veldig tilfredsstillelse. Dette er en av de største forskjellene til det å drive medisinsk arbeid i Norge.



Foto: J. Banning



Foto: J. Banning

Etiske dilemmaer ved medisinsk nødhjelp

• AV MORTEN ROSTRUP

De fleste av oss vil vel intuitivt anta at medisinsk nødhjelp alltid vil være av det gode. Når mennesker lider vil tilgangen til rask og effektiv medisinsk hjelp redde liv og redusere lidelse. Situasjonen i dag er imidlertid ikke så enkel.

Hjelpeorganisasjoner kan selv i nødhjelpssammenhenger bli en aktør også med uheldige virkninger. Leger Uten Grenser (Medecins Sans Frontieres, MSF) blir relativt ofte konfrontert med ulike problemer av etisk art. MSF må derfor hele tiden ha et kritisk blikk på hvordan tilstedeværelse i konfliktområder virker inn på de menneskene vi skal hjelpe og på den politiske situasjonen. Med økende grad av kompliserte krisebilder, der en rekke ulike parter kan opp- tre samtidig, kan det bli vanskelig å unngå at lokale makt- havere manipulerer den humanitære hjelpen. En slik manip- ulering rokker ved sentrale humanitære prinsipper som nøytralitet og upartiskhet. Samtidig skjer en økende koor- dinering av humanitær, militær og politisk intervensjon. Dette kan ha negative effekter for uavhengig humanitært arbeid.

Rostrup i Sør-Sudan under sultkatastrofen i 1998. Mange vil anta at tilgangen til rask og effektiv medisinsk nødhjelp alltid vil være av det gode, men situasjonen i dag er imidlertid ikke så enkel, mener Rostrup. Foto: MSF



Med økende koordinering av kompliserte krisesituasjoner kan den humanitære hjelpen bli manipulert. Rwanda 1995. Foto: MSF





Forholdene i leirene var vanskelige, og en omfattende koleraepidemi drepte tusenvis av flyktninger. Foto: R.Job

Leger Uten Grenser trakk seg ut av flyktningleirene under folkemordet i Rwanda fordi MSF ikke kan være med på at humanitært hjelpearbeid indirekte fører til mer krig. Foto: MSF

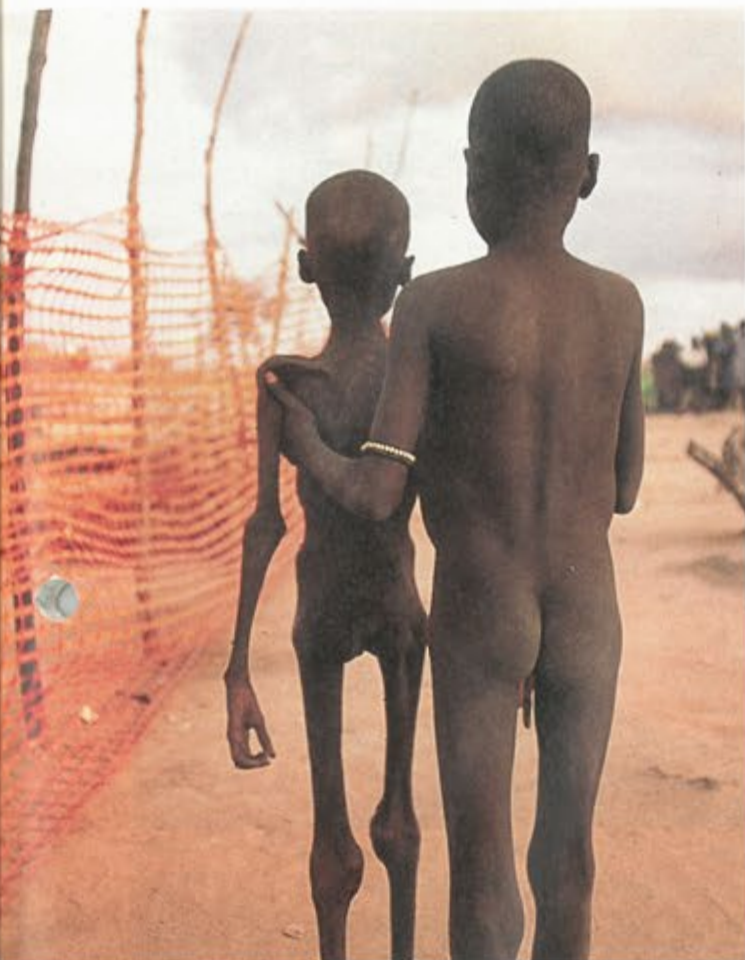
Rwanda: Milits i flyktningeleir

Etter folkemordet i Rwanda i 1994 gjenvant tutsiene kontrollen og store flyktningestrømmer av hutuer tok veien over grensen til Zaïre og Tanzania. Blant disse flyktningene var også personer som var ansvarlige for folkemordet. Mange av dem tilhørte interhamwe-militsen og var ettersøkt. Flyktningene etablerte seg i ulike leire ikke langt fra grensen til Rwanda. MSF og andre organisasjoner gjennomførte etterhvert et omfattende arbeid i disse leirene med etablering av vann- og sanitæranlegg, helsestasjoner og små sykehus. Forholdene i leirene var vanskelige og en omfattende koleraepidemi drepte tusenvis av flyktninger. Imidlertid så vi også en annen



tendens. Det var etterhvert åpenbart at hutumilitsen som også befant seg i leirene, brukte de tilførte ressursene til å bygge opp en geriljahær med tanke på et nytt angrep mot det nå tutsidominerte Rwanda. Vi som humanitære hjelpearbeidere, ble derfor indirekte med på å støtte opp om en prosess som kunne lede til mer vold. På den annen side var behovet for medisinsk hjelp stort i flyktningeleirene. De aller fleste flyktningene var tross alt uskyldige sivile som ikke hadde tatt aktivt del i folkemordet. Likevel ble vi stående

overfor spørsmålet om vi skulle trekke oss ut av flyktningeleirene fordi vår hjelp ble misbrukt, eller bli værende fordi behovet for hjelp var meget stort. Vi må som en uavhengig humanitær organisasjon må alltid være villige til å analysere mulige uheldige politiske konsekvenser av å gi hjelp. Situasjonen var ikke enkel, og vi hadde en grundig diskusjon innad i organisasjonen før vi bestemte oss for å trekke oss ut fra leirene. Vi kan ikke akseptere at humanitært hjelpearbeid indirekte fører til mer krig.



Sør-Sudan: Nødhjelp på avveie og krav

Også i Sør-Sudan har vi stått overfor lignende problemer. Jeg arbeidet selv en periode i Bahr-El-Ghazal-området under sultkatastrofen i 1998 og kunne på nært hold observere at nødhjelpen ikke kom fram til alle som trengte den, men til dels ble manipulert av lokale makthavere.

Vi gjennomførte i byen Ajiep i juli en undersøkelse av befolkningens ernæringssituasjon. Omlag 80% av barna var underernærte ifølge standardiserte WHO kriterier. En lignende undersøkelse i oktober viste en underernæring blant barn på 50% til tross for at matleveransene i hele perioden mellom hadde vært mer enn tilstrekkelig ut fra befolkningsgrunnlaget og kaloribehovet. En del av de sultrammede kunne selv også bekrefte at de ikke hadde mottatt mat.

Rostrup mener den direkte kontakten mellom frivillige hjelpearbeidere og de nødstilte er en forutsetning for evnen til å vitne om det vi opplever. Nærheten gir også befolkningen direkte følelse av solidaritet. Foto: R.Job

I Sør-Sudan har Rostrup selv observert at nødhjelpen ikke kom fram til alle som trengte den, men til dels ble manipulert av lokale makthavere. MSF valgte å fortsette arbeidet etter løpende totalvurderinger av situasjonen. Befolkningens behov for hjelp veier tyngst i slike vurderinger. Foto: R.Job

Jeg var selv med på et spesialoppdrag inn i et isolert område ikke langt fra Ajiep hvor vi kom over familier som ikke hadde fått mat, mens nabofamilien hadde velfødde barn på grunn av bedre lokale kontakter. I tillegg skjedde det også en økonomisk manipulasjon av lønninger til våre lokalt ansatte, slik at en del økonomiske midler ble kanalisert til en av de stridende partene.

På denne måten blir vi nok en gang stående med et dilemma om hvorvidt vi fortsatt skal utøve vår virksomhet i området og dermed akseptere at en del av hjelpen kommer på avveie, eller om vi skal trekke oss ut. I tillegg opplevde vi at lokale makthavere krevde skatt på nødhjelp. Valget vi tok i Sør-Sudan var å bli, til tross for faren for noe manipulering. Vi hadde imidlertid en løpende dialog med makthavere om situasjonen. Vår tilstedeværelse vil avhenge av det totale behovet i området. I store krisesituasjoner vil befolkningens behov for hjelp veie tyngst i slike vurderinger som dette.

Nord-Korea: For store begrensninger

Nærhet til pasientene (proximity) er et viktig prinsipp for Leger Uten Grenser. Vi ønsker således å være noe annet enn en ren bistandsorganisasjon som leverer teknisk hjelp, utstyr, medisiner mm. Ofte har vi heller ikke noe alternativ idet det nettopp er mangel på kvalifisert personell som leger





I Nord-Korea valgte MSF å trekke seg. Myndighetene tillot ikke undersøkelser av ernærings situasjonen etter vanlige epidemiologiske prinsipper, og det var mistanke om utstrakt misbruk av nødhjelpsmidler. Foto: M. Wittebrood

og sykepleiere i kriserområdene. Nærheten er viktig også ut fra den humanitære ideologi. For oss er den humanitære handling en handling fra et menneske til et annet, fra et sivilt samfunn til et annet. Den direkte kontakten mellom våre frivillige hjelpearbeidere og de nødstilte er en forutsetning for vår evne til å vitne om det vi opplever når vi kommer hjem til vårt eget samfunn. Nærheten gir også befolkningen direkte følelse av solidaritet.

Imidlertid kan vår nærhet virke truende idet vi også lett kan bli vitner til overgrep mot våre pasienter. Nærhet gjør også at vi i tillegg får bedre kontroll over hjelpen, og lettere kan hindre manipulasjon. Derfor vil våre arbeidsprinsipper ikke alltid være ønsket. Vi har opplevd situasjoner der det har vært et stort behov for medisinsk hjelp, men hvor vi har blitt nektet direkte adgang til pasientene. Vi opplevde en slik situasjon i Nord-Korea. Myndighetene tillot ikke våre folk å foreta undersøkelser av ernærings situasjonen i befolkningen etter vanlige epidemiologiske prinsipper. Vi hadde heller ikke tilstrekkelig direkte adgang til underernærte pasienter, og vi fikk mistanke om utstrakt misbruk av nødhjelpsmidler. Etter langvarige samtaler med myndighetene fant vi ut at de arbeidsforholdene vi ble tilbudt ikke var akseptable. Dette selv om behovet for hjelp helt opplagt var stort. I Nord-Korea valgte vi å trekke oss ut til tross for at

vi hadde ett av de mest omfattende programmene i landet. Vi gikk ut offentlig for å forklare vår posisjon. Andre organisasjoner valgte å bli. Resonnementet var at i alle fall noe av hjelpen ville komme til nytte.

Kosovo: Manglende beskyttelse

Tidligere i høst trakk MSF seg ut fra arbeidet blant minoritetsgrupper i deler av Kosovo. Vår avgjørelse vakte kraftige reaksjoner, ikke minst fra UD. Leger Uten Grenser hadde ved flere anledninger gjort den sivile FN-administrasjonen og KFOR-styrkene oppmerksom på den uholdbare situasjonen etniske minoriteter levde under i de enklavene der vi arbeidet. Trakassering, sjikane og vold, var og er fortsatt daglige hendelser. Minoritetsgrupper tvinges til å forlate sine hjem. Leger Uten Grenser mente man stod overfor en fortsatt etnisk rensning i flere regioner i Kosovo. Etter ett år med sivil FN-administrasjon og tusenvis av KFOR-soldater var situasjonen ikke blitt bedre, snarere tvert i mot.

Situasjonen ble utover året så vanskelig at mange av våre albanske pasienter i de nordlige serbisk-dominerte områdene av Kosovo ikke lenger tok sjansen på å besøke våre klinikker. Våre leger og sykepleiere begynte derfor å reise hjem til eldre og syke pasienter med sukkersyke og høyt blodtrykk. Da vi selv besøkte hjemmene, ble vi virkelig klar over hvor-

dan situasjonen var. Folk turte ikke å forlate sine hjem på grunn av frykt for terror. Hvis beboere forlot sin leilighet for å handle eller oppsøke helsetjenester, kunne de oppleve at leilighetene var tømt eller okkupert når de kom hjem igjen.

På grunn av den stadige terroren fra serbiske militsgrupper ble vår hovedoppgave etterhvert å gi så mye psykisk støtte som mulig. Psykoterapi og beroligende medisiner var selvfølgelig ingen løsning på problemene. Vi lindret symptomer uten å gjøre noe med årsaken til dem. Etterhvert flyktet mange av våre pasienter på grunn av vold, trusler og sjikane. Siden mai 2000 har over 50 kosovoalbanske familier forlatt sine hjem og blitt interne flyktninger. Noen familier ba også våre leger om ikke å besøke dem fordi de var redd for at våre besøk ville påkalle de serbiske militsgruppene oppmerksomhet. Våre team observerte fysiske trusler og trakassering mot våre pasienter, og åpenbar mangel på beskyttelse fra FN og KFOR.

Våre helseteam følte sterkt at hvis ingenting ble gjort raskt for å sikre tryggheten til minoritetsgrupper i Kosovo, ville de nordlige, serbisk-dominerte områdene av Kosovo bli renset for kosovoalbanere. I de sørlige, albansk-dominerte

områdene av Kosovo, lider den serbiske minoriteten samme skjebne. Våre leger og sykepleiere opplevde det som farlig å transportere en såret serber gjennom et albansk-kontrollert område.

Humanitær kamouflasje

Vi endte opp i en situasjon der pasientene forlot oss på grunn av utrygghet – ikke omvendt. Vi følte det var fare for at MSF endte opp med å være en humanitær kamouflasje for sviktende beskyttelse fra FNs og KFORs side. I tillegg kunne vår tilstedeværelse gi en falsk trygghetsfølelse blant de gruppene vi ønsket å hjelpe, og i noen tilfeller faktisk øke faren for vold. Leger Uten Grenser mente behovet for beskyttelse og trygghet totalt overskygget behovet for medisinsk hjelp fra oss slik situasjonen var nå. Pasientene våre forsvant, og vi så det som den beste løsningen for våre pasienter å stanse prosjektene og på den måten sende et meget klart og sterkt signal til FN, KFOR og det internasjonale samfunn. Økt beskyttelse er en absolutt nødvendighet i Kosovo nå. Det Kosovo videre trenger, er en rettferdig politisk løsning med oppbygging av politiske og legale institusjoner. Vi føler klart at det internasjonale samfunnet har sviktet i så måte.

I Kosovo i år følte MSF at behovet for beskyttelse og trygghet totalt overskygget behovet for medisinsk hjelp. Pasientene forsvant, og den beste løsningen for MSFs pasienter var å stanse prosjektene. Det var et meget klart og sterkt signal til FN, KFOR og det internasjonale samfunn.



Foto: R. Job



Det vanskeligste våre team gjør ute i felten er å forlate sine pasienter – uansett årsak.

Foto: R.Job

Humanitær, militær og politisk intervensjon skal integreres. Fra et humanitært synspunkt kan en slik tilnærming være begynnelsen på slutten for uavhengig humanitært arbeid.

Foto: R.Job



Valget var imidlertid ikke enkelt for oss. Det vanskeligste våre team gjør ute i felten er å forlate sine pasienter, enten det skyldes evakuering på grunn av krigshandlinger, omprioritering av prosjekter, for å hindre manipulering eller av andre grunner. Siden kjernen i Leger Uten Grensers arbeid er den direkte omsorgen for og behandling av pasienter, vil vi ofte komme opp i tilsvarende situasjoner.

Problematisk krisekoordinering

Men det finnes andre faktorer som kan undergrave den humanitære hjelpen. Vi har tydelig sett de siste årene en

økende vilje blant politikere til en strengere koordinering av ulike tilnærmingssåter i internasjonal krisehåndtering. Humanitær, militær og politisk intervensjon skal integreres. Fra et politisk synspunkt kan en slik kombinasjon synes gunstig og riktig. Fra et humanitært synspunkt kan en slik tilnærming være begynnelsen på slutten for uavhengig humanitært arbeid.

Det er interessant at man i Norge har lagt spesiell vekt på slik integrert krisehåndtering. Man gikk faktisk så langt at militære enheter og frivillige hjelpeorganisasjoner deltok i



(over) Det kan ligge klare politiske interesser og motiver bak såkalte humanitære intervensjoner. På denne måten kan man sikre støtten fra opinionen i egne land for en intervensjon som i utgangspunktet er politisk motivert. Foto: R. Job



(ø.s.v.) Innser man ikke at humanitære organisasjoners handlefrihet ute i felten er avhengig av at vi blir sett på som uavhengige av politiske føringer og militære strategier? En sammenblanding kan redusere respekten for de humanitære organisasjonene. Foto: R. Job

(i.v.) «Likevel, til tross for at vi i noen sammenhenger finner uakseptable forhold, opplever vi stort sett at hjelpen når fram og har sine tilsiktede virkninger.» MSF i Armenia. Foto: R. Job

en felles øvelse i Nord-Norge for et år siden. Det ser ut til at man ikke innser at humanitære organisasjoners handlefrihet ute i felten er avhengig av at vi blir sett på som uavhengige av politiske føringer og militære strategier.

En sammenblanding av roller vil også kunne redusere respekten for de humanitære organisasjonene. For MSF er utgangspunktet helt krystallklart. Vi er en medisinsk humanitær organisasjon som bygger på de nødstiltes rett til effektiv og rask medisinsk assistanse uavhengig av politikk, religion og ideologi. Vi har som medmennesker rett til å intervenere på et humanitært grunnlag, også uavhengig av grenser mellom stater. Vi utøver hjelp fra et sivil samfunn til et annet, ikke fra en stat til en annen. MSFs introduksjon av denne universelle humanitære rett til å intervenere, har dessverre de siste årene blitt feiltolket til også å omfatte militær intervensjon på såkalt «humanitært» grunnlag. Det siste eksempelet vi så var krigen i Kosovo. For oss utgjør begrepet «humanitær krig» en farlig sammenblanding av begreper. Krig kan aldri bli en humanitær aktivitet. Vi må også være oppmerksomme på at det kan ligge klare politiske interesser og motiver bak såkalte humanitære intervensjo-

ner. På denne måten kan man sikre støtten fra opinionen i egne land for en intervensjon som i utgangspunktet er politisk motivert.

Misbruk og manipulasjon av nødhjelp forekommer først og fremst i de kompliserte konfliktområdene dominert av borgerkrigstilstander og uoversiktlige maktforhold der statene mer eller mindre er oppløst, samt i svært totalitære stater. I rene naturkatastrofeområder møter vi færre problemer, men også her kan nødhjelp bli brukt som et politisk virkemiddel slik det var antydnet i Nicaragua etter orkanen Mitch. Vi må derfor hele tiden vurdere konsekvensene av vår nødhjelp, veie negative effekter mot de positive. Ønske om å hjelpe enkeltmenneskene står sterkt hos oss alle, og vi kan fort miste oversikten over de generelle virkningene av vår intervensjon. Likevel, til tross for at vi i noen sammenhenger finner uakseptable forhold, opplever vi stort sett at hjelpen når fram og har sine tilsiktede virkninger. Slik kan vi fortsette våre omlag 400 ulike medisinske hjelpeprosjekter i 80 forskjellige land. Men vi følger alltid utviklingen svært nøye.

«Frontline Doctors»

• AV GRETE-LISE CHRISTIANSEN

Vi henvender oss til deg som leser av Utposten og kommer med en invitasjon til å bli medlem av Leger Uten Grenser «Frontline Doctors», som er et giverprogram for leger.

Fokuset vårt er på sovesyke (afrikansk trypanosomiasis) som er blusset opp igjen. I dag trues omtrent 55 millioner mennesker i Afrika. Og selv om vi ikke spør deg om å personlig utføre behandlingen av sykdommen, vil din økonomiske støtte hjelpe oss til å kjempe mot denne sykdommen.

Sovesykeprosjekter i Sør-Sudan og Angola

Leger Uten Grenser er engasjert i sovesykeprosjekter i Sør-Sudan og Angola. Vi oppsporer nye tilfeller, behandler pasientene og bekjemper tsetse-fluen, som er vektor for trypanosom-parasitten. Problemene disse prosjektene står ovenfor er enorme. Arbeidet har blitt avbrutt på grunn av krig og politiske uoverensstemmelser, men problemene er ikke over selv når det er fredelig. Områdene prosjektene er i er avsidesliggende, og arbeidet er aldri helt sikkert.

Sovesyke-epidemien i Afrika har tiltrukket seg svært liten medieoppmerksomhet – så hvor ille er situasjonen? Tsetse-fluen har spesielle tilholdssteder, så sykdommen begrenser seg til visse daler, skoger og landsbyer. Mennesket er reservoar. Sykdommens kliniske bilde deles gjerne inn i to stadier. Feber, slapphet og hovne lymfeknuter er vanlige symptomer og tegn i sykdommens første fase. Når parasittene krysser blodhjerne-barrieren tilkommer nevrologiske symptomer. Dette er sykdommens andre stadium og det er dette kliniske bildet som har gitt sykdommen sitt navn. Pasienten dør dersom det ikke gis behandling.

Teknisk krevende

Diagnostisering av sovesyke er teknisk krevende. «Screening» gjøres ved hurtigtest for antistoffer mot parasitten. Dette etterfølges av lymfeglandelpunktur og mikroskopi for å

I dag trues omtrent 55 millioner mennesker av sovesyke i Afrika. Tsetse-fluen er vektoren og trives i stille vann. Foto: R. Job





MSF i Angola.
Opplysningskampanjer
er viktig for å spre
kunnskapen om
sovesyke. Foto: R.Job



I sykdommens første
fase er feber, slapphet
og hovne lymfeknuter
vanlige symptom.
Foto: R.Job

se etter parasitter. Spinalpunksjon blir gjort for å undersøke om pasienten har kommet til andre stadium av sykdommen. De fleste pasientene våre team diagnostiserer har nådd stadium to. I tillegg til at det betyr dårligere prognose, betyr det også at behandlingen er mer komplisert å gjennomføre.

Sammenfallende infeksjoner er vanlig og mange pasienter trenger behandling for malaria og innvollsormer. Pasienter som ikke har nådd andre stadium behandles med pentamidin ved intravenøs infusjon i en uke. Medikamentet gir alvorlige bivirkninger hos en stor andel av pasientene.

For pasienter som er kommet til stadium to er behandlingen vanskelig og kostbar. Det er behov for tre uker med melarsoprol (et arensikkderivat) intravenøst. I tillegg gis steroider

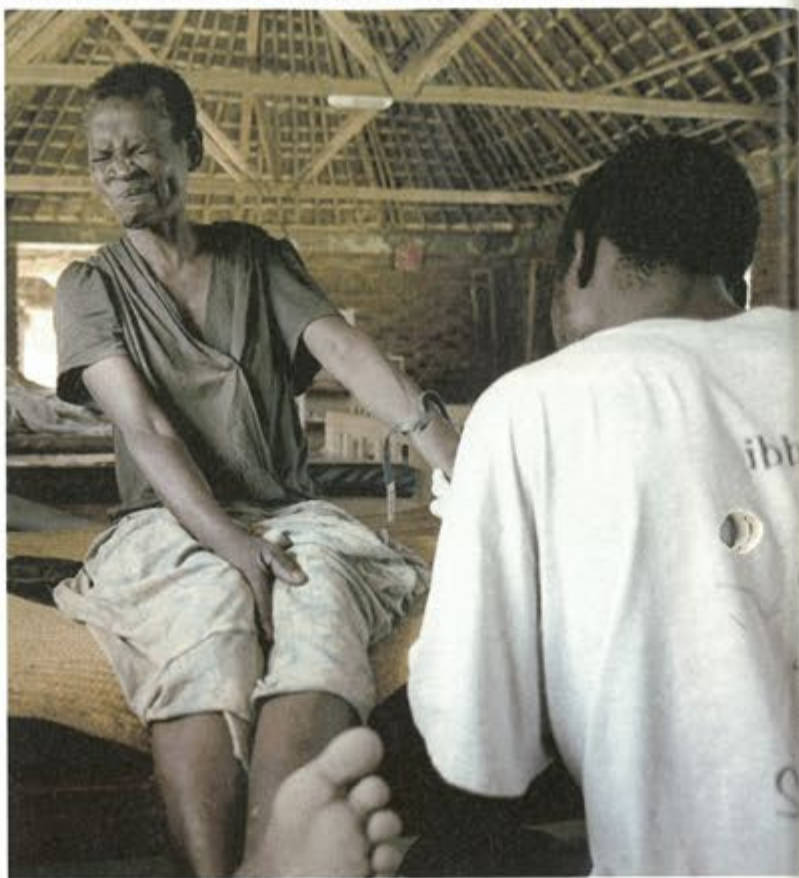
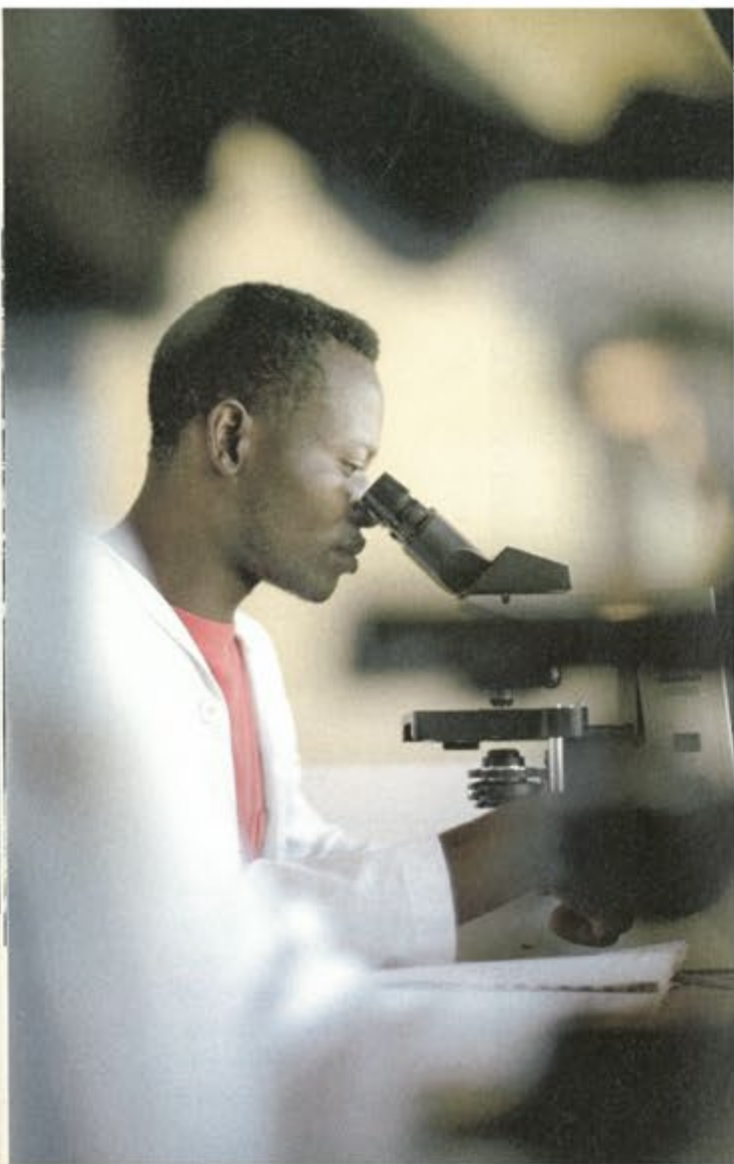
«Screening» gjøres ved hurtig-test for antistoffer mot parasitten. I enkelte landsbyer er det funnet prevalenser opp mot en tredjedel. Effektive kontrollprogram kan redusere dette til 0,5%.

Foto R.Bohle



(i.v.) Leger Uten Grenser benytter mikroskopi for å se etter parasitter.
Foto: R.Bohle

(under) Hvis pasienten får residiv blir de behandlet med eflornitin, et medikament som ikke produseres lenger. Leger Uten Grensers nåværende lager anslås å holde i kun 16 måneder. Man prøver å finne en ny produsent. Foto: R.Bohle



De fleste av våre pasienter har nådd stadium to og har nevrologiske symptomer. Det er dette som har gitt sykdommen sitt navn. Pasienten dør dersom det ikke gis behandling. Foto: R.Bohle



Spinalpunksjon blir gjort for å undersøke om pasienten har kommet til andre stadium av sykdommen. Foto: R.Job

for å redusere sannsynligheten for utvikling av encefalopati – en fryktet komplikasjon av behandlingen. Som et direkte resultat av melarsoprol får likevel rundt 10% av pasientene krampetrekninger, koma og det ender i mange tilfeller opp med døden.

Sovesyke koster

En behandling med melarsoprol koster omtrent 460 kroner. Medikamentet har vært i bruk i 50 år og resistens er et økende problem. Hvis pasienten får residiv blir de behandlet med effornitin. En slik kur koster 1 900 kroner per pasient. Verre er det at medikamentet ikke blir produsert lenger. Vårt nåværende lager anslås å holde i kun 16 måneder. Leger Uten Grenser samarbeider med Verdens Helseorganisasjon (WHO) for å finne en ny produsent for denne medisinen.

Prevalens av infeksjon på mer enn 2 % er å anse som en epidemi. I områdene hvor Leger Uten Grenser driver prosjekter i Sør-Sudan ligger andelen smittede på mellom 5 og 15%. I enkelte landsbyer er det funnet prevalenser opp mot en tredjedel. Effektive kontrollprogram kan redusere dette til 0,5%. Tusenvis som ikke er smittet står i fare for å bli det. Menneskene i Sør-Sudan er allerede hardt rammet av borgerkrig, sult og malaria.

Unge mennesker rammes

Det er i stor grad unge mennesker som rammes av sovesyke. Det er også et problem at mange av de som har flyktet til nabolandene på grunn av krigen vegrer seg for å reise tilbake. De frykter å bli smittet av sykdommen som herjer hjemtraktene, og behandling er ofte ikke tilgjengelig.

Grete-Lise Christiansen er innsamlingsansvarlig i Leger Uten Grenser Norge.

Leger Uten Grensers kampanjer mot sovesyke er vanskelige og kostbare

For å kunne fortsette å forsyne våre team med utstyr og medisiner trenger vi din økonomiske støtte.

Ditt regelmessige bidrag vil hjelpe Leger Uten Grenser å opprettholde beredskapen og fortsette og samtidig utvikle vårt medisinske arbeid verden over.

Leger Uten Grenser sørger for målbevisst og effektiv medisinsk hjelp. Vi er nøytrale i konflikter og følger universelle medisinske etiske prinsipper. Vi er ikke bare tilstede i krigssoner og naturkatastrofer som får mye oppmerksomhet, men vi gir også hjelp til ofre for «glemte» konflikter der journalister for lengst har forlatt åstedet. For å fortsatt respondere på slike behov, må vår finansielle støtte være uavhengig av regjeringer. Det er derfor vi henvender oss til dere.

Vi ønsker å knytte til oss en engasjert gruppe norske leger som vil bidra med finansiell støtte til vårt arbeid for mennesker som trenger oss. *Verdien ligger like mye i din vilje til engasjement, som i pengene selv.* Vi vil som medisinsk hjelpeorganisasjon, stå betydelig sterkere hvis mange leger står bak vårt arbeid.

Du kan ta direkte kontakt med oss på telefon 23 31 66 03 eller på e-post grete-lise@leger-uten-grenser.no, for å bli medlem av «Frontline Doctors».

Nordmenn som er ute for Leger Uten Grenser Norge pr. 20.10.2000

Ingvald Sørbye, 32 år, lege. Maimana, Faryab province, Nord-Afghanistan. Skal arbeide ved 4 forskjellige klinikker støttet av MSF. Vår første kvinnelige lege i Afghanistan. Ingvalds 2. oppdrag for MSF. Tidligere vært på oppdrag på Øst-Timor, se egen artikkel.

Konrad Putz, 36 år, logistiker. Akobo, Sør Sudan. Arbeider ved et lite sykehus, ulike «feeding-centers» og helsestasjoner. 1. oppdrag for MSF.

Lina Herstad, 42 år, lege (gynekolog). Monrovia, Liberia. Arbeider ved sykehus. 1. oppdrag for MSF.

Marit Karlstrøm, 27 år, sykepleier. Boloso Sori, Etiopia. Arbeider ved «feeding-center» i tørke-/sultområde. 2. oppdrag for MSF.

Nina Hillesund, 26 år, sykepleier. Novokuznetsk, Sibir. Arbeider med tuberkulose i et fengselsprosjekt. 1. oppdrag for MSF.

Johanna Saren, 29 år, sykepleier. (svensk, bor og arb. i Norge). Upper Nile/Akobo, Sør Sudan. Arbeider som mobil sykepleier ved 5-6 ulike helsestasjoner. 1. oppdrag for MSF.

Kristin Haugen Flermoie, 25 år, sykepleier. Matru, Sierra Leone. Arbeider på sykehus. 2. oppdrag for MSF. Tidligere Kosovo.

Ronald Lund, 34 år, sykepleier. Harper, Liberia. Arbeider ved sykehus med MSF France. 1. oppdrag for MSF.

Vibeke Dahl, 29 år, sykepleier. Dadab, Kenya. Arbeider i flyktningeleir, flyktninger fra Somalia. 2. oppdrag for MSF. Tidligere Kosovo.

Berit Aamlid, 55 år, sykepleier. Kuito, Angola. Arbeider ved sykehus. 1. oppdrag for MSF.

Randi Akselsen, 36 år, anestesisykepleier. Bacau, Øst-Timor. Arbeider ved sykehus. 1. oppdrag for MSF.

Kurt Hanevik, 32 år, lege. Ved Taloquan, Afghanistan. Arbeide med internt flyktninger etter at Taliban tok kontroll i Taloquan. 2. oppdrag for MSF. Tidligere 12 måneder i indonesisk jungel.

Inger Haug, 35 år, anestesisykepleier. Kuito, Angola. Arbeider ved sykehus. 1. oppdrag for MSF.

Suki Yang, jordmor. Idjevan i Armenia. 2. oppdrag

Rakel Ludviksen, sykepleier. Kuito, Angola. Arbeider som sykehuskoordinator. 3. oppdrag

Norsk lege valgt til ny internasjonal president i *Médecins Sans Frontières*/Leger Uten Grenser

Oslo, tirsdag 10. oktober – Den norske legen Morten Rostrup (42) ble på et møte i Paris valgt til ny president i *Médecins Sans Frontières*' (MSF's) internasjonale råd. Han tar over etter den kanadiske legen James Orbinski som mottok Nobels fredspris på vegne av organisasjonen i fjor. Han begynner i sin nye jobb i desember og vil ha sin base ved det internasjonale kontoret i Brussel.

«MSF står overfor mange utfordringer i tiden som kommer», kommenterer Rostrup. «Vi kjemper stadig for å få adgang til våre pasienter i flere konfliktområder. Samtidig ser vi at pasientene vi får adgang til, mangler tilgang til livsviktige medisiner blant annet på grunn av patentregler, handelsavtaler, høye priser og manglende forskning.

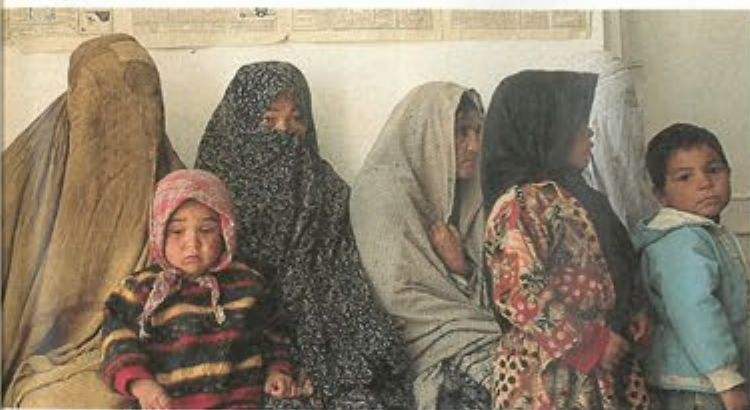
forts. s. 38

Legen Morten Rostrup (42) ble på et møte i Paris valgt til ny president i Médecins Sans Frontières' (MSF's) internasjonale råd.

Foto: privat

– Vi kjemper stadig for å få adgang til våre pasienter i flere konfliktområder. Bildet viser en flyktningleir i Zaïre (nå Kongo) under Rwanda-krisen i 1995. Foto: R.Job





(over) MSF ble tildelt Nobels fredspris i 1999 for «banebrytende humanitær innsats på flere kontinenter». Foto: T. Voeten

(øverst) MSF trakk seg ut av Nord-Korea i 1998 fordi regimet ikke lot MSF ha kontroll over hjelpen som ble gitt og la sterke begrensninger på tilgangen til pasientene. Foto: M.Witterbrood

(o.l.h.) (Kosovo 1999) Kosovo-krisen er et eksempel på den en økende sammenblanding av humanitær hjelp, militær intervensjon og politikk. Faren er at humanitære organisasjoner i større og større grad mister sin uavhengighet. Foto: H.Henden/VG

(l.h.) Hvert år reiser 2500 leger, sykepleiere, økonomer, teknikere og annet personale ut med MSF. De samarbeider med om lag 15 000 lokale medarbeidere. Foto: M.Witterbrood



Leger Uten Grenser (MSF) *trenger leger*

• AV CATHRINE ULLEBERG

Sykepleierne strømmer til Leger Uten Grenser, men legene ser ut til å svikte organisasjonen.

– Vi har fortsatt stort behov for leger som kan reise ut ved akutte katastrofer og konflikter eller delta i de langsiktige utviklingsprosjekter våre, sier Cathrine Ulleberg. Hun har ansvar for rekruttering av helsepersonell for Leger Uten Grenser i Norge.

Hvert år reiser omlag 2500 mennesker ut for å arbeide med Leger Uten Grenser rundt om i verden. Det er personer med ulik bakgrunn; både medisinsk og ikke-medisinsk personell.

MSF-team er ofte satt sammen av personell fra mange ulike land, gode engelsk- og eventuelt andre språkkunnskaper er derfor nødvendig. Foto: R. Job



forts.
fra s. 36

HIV/AIDS problemene i Afrika utgjør en enorm utfordring.» Rostrup er spesielt opptatt av forholdene i Afrika: «Vi kan ikke som helsearbeidere finne oss i at den rike delen av verden ser ut til å sette 'R minus' på et helt kontinent!».

«Respekten for humanitære organisasjoner er også blitt svekket de siste årene», fortsetter han. Rostrup ser spesielt faren for at humanitære organisasjoner i større og større grad mister sin uavhengighet: «Vi ser nå en økende sammenblanding av humanitær hjelp, militær intervensjon og politikk. Det er en reell fare for at mange humanitære organisasjoner blant annet gjennom sin økonomiske avhengighet av stater, lettere kan komme til å foreta operasjonelle valg i tråd med politiske ønsker og ikke bare ut fra humanitære behov. Samtidig kan politikere ty til humanitære argumenter for politisk motiverte intervensjoner. Begge tendenser kan bidra til å undergrave respekten for humanitære organisasjoner. Rostrup kommer derfor til legge stor vekt på å videreføre den politiske og økonomiske uavhengigheten som MSF har klart å bygge opp. I tillegg vil han styrke MSFs egenart: det medisinske hovedfokus, den direkte nærheten til mennesker i nød og viljen til å vitne om det de frivillige hjelpearbeiderne ser ute i felten.

Morten Rostrup er oppvokst i Oslo. Han tok medisinsk embetseksamen i 1983, og tok den medisinske doktorgraden ved Universitetet i Oslo i 1994. Rostrup er spesialist i indremedisin og arbeider til daglig som overlege ved overvåkingsavdelingen på Ullevål sykehus. Han har vært styreleder for MSF Norge siden 1996, da den norske avdelingen ble stiftet. Rostrup har vært visepresident i MSFs internasjonale råd siden 1998. Han har arbeidet for MSF i Rwanda, Congo, Tanzania, Sudan, Angola, Kosovo og Liberia.

Medecins Sans Frontieres er i dag verdens største frittstående medisinske hjelpeorganisasjon, med om lag 400 prosjekter i over 80 land. Organisasjonen er etablert med kontorer i 18 land over hele verden. Hvert år reiser 2500 leger, sykepleiere, jordmødre, laboranter, økonomer og teknikere ut for å yte hurtig katastrofehjelp eller for å gjennomføre mer langsiktige prosjekter. De samarbeider med om lag 15 000 lokale medarbeidere. MSF ble tildelt Nobels fredspris i 1999.

Les mer om Leger Uten Grenser:
www.leger-uten-grenser.no





Arbeid i en gruppe gjør at samarbeidsevner er svært betydningsfullt, både i forhold til andre bistandsarbeidere og lokalt ansatte.

Foto: R. Job

Evnen til å lære opp andre, handle selvstendig, organisere og tåle stress er uvurderlig for å kunne gjøre en tilfredsstillende jobb i et prosjekt. Foto: S. Brucher

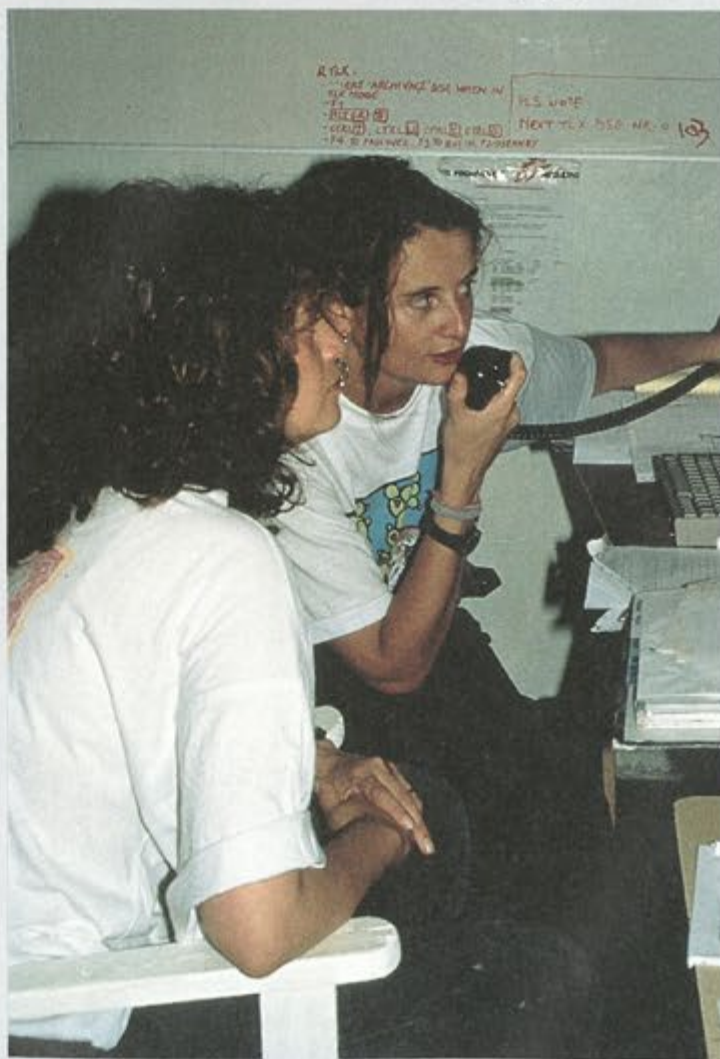
– Sammen med 15 000 lokalt ansatte driver våre medarbeidere prosjekter i mer enn 80 land over hele verden, sier Ulleberg.

Hva kreves?

For å reise ut som lege, kreves gjennomført turnustjeneste, tre måneders kurs i tropemedisin og mulighet for å reise på relativt kort varsel. All utvelgelse skjer etter et personlig intervju for å kartlegge spesielt språklige kvalifikasjoner og personlige egenskaper.

– MSF-team er ofte satt sammen av personell fra mange ulike land, noe som fører til at engelsk oftest blir arbeidsspråk i felten. Gode engelskkunnskaper er derfor nødvendig. I noen land vil det også være nødvendig med kunnskaper i fransk, spansk eller portugisisk. Ser man bort fra de formelle kravene til utdanning og praksis, legger MSF stor vekt på personlige egenskaper, fortsetter Ulleberg.

– Vi trenger folk som er fleksible og samarbeidsvillige. I felten kommer du til å arbeide i en gruppe, og samarbeidsevner er derfor betydningsfullt, både i forhold til andre bistandsarbeidere og lokalt ansatte. Evnen til å lære opp andre, handle selvstendig, organisere og tåle stress er uvurderlig for å kunne gjøre en tilfredsstillende jobb i et prosjekt. Det ytes en godtgjørelse på 5000–6000 kroner i måneden og reise, forsik-





Mye poliklinisk arbeid er normalt, men ofte er den viktigste delen av jobben å lede den lokale staben, som å lære opp og lede lokale sykepleiere, og bistå i organisering av helsestasjoner. Foto R. Job

ringer, kost og losji dekkes. Man får i tillegg en sum lompenpenger i landet man er stasjonert i.

– Første oppdraget man får, er som regel for seks måneder. Deretter er det mulig å dra ut for kortere tid, forteller Ulleberg før hun går over på arbeidet i felt.

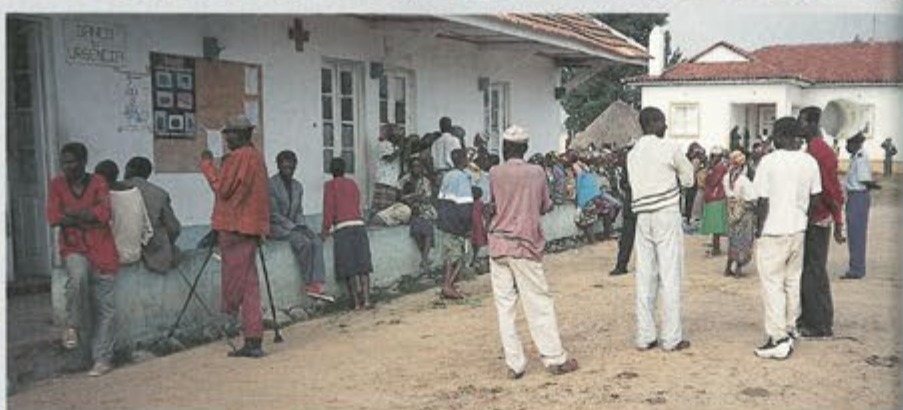
Hva slags arbeid?

– Mye av arbeidet i felt vil normalt være poliklinisk, men som oftest vil den viktigste delen av jobben være å lede den lokale staben. Dette betyr å lære opp og lede lokale sykepleiere, planlegge nødvendige forsyninger av medisiner og medisinsk utstyr, og hjelpe til med organisering av helsestasjoner. Noen steder vil arbeidet også være klinisk.

– I prosjekter hvor MSF støtter opp om de eksisterende nasjonale helsetjenestene, vil arbeidet til tider være klinisk. For å forsterke det lokale teamet vil en av organisasjonens leger arbeide full tid i sykehuset eller på helsesenteret der MSF er engasjert, men også her vil han/hun hovedsakelig være involvert i planlegging og organisering av helsetjenes-



(over) Å planlegge nødvendige forsyninger av medisiner og medisinsk utstyr er ofte en del av jobben. Foto: M. Witterbrood



(under) MSF støtter også opp om de eksisterende nasjonale helsetjenestene. Der vil arbeidet til tider være klinisk. Foto: K. Liland/MSF

tene i en region eller et distrikt, i planlegging av innkjøp og fordeling av medisiner og gjennomføring av opplæring, beskriver Ulleberg.

Hvordan kan du søke?

Rekruttering av leger skjer fortløpende gjennom hele året. Aktuelle kandidater blir bedt om å sende et kort brev og en CV, der de beskriver utdanning og arbeidserfaring. De blir så raskt som mulig innkalt til et uformelt intervju. Under intervjuet forsøker vi å finne ut hva slags arbeid du kan tenke deg og hva du passer til å gjøre, avslutter Cathrine Ulleberg i Leger uten grenser.

Er du interessert i å arbeide som lege for MSF, får du informasjon og søknadsskjema av Cathrine Ulleberg, telefon 23 31 66 05 eller e-post: cathrine@leger-uten-grenser.no

For mer informasjon, se vår norske hjemmeside på www.leger-uten-grenser.no eller den internasjonale hjemmesiden til Leger Uten Grenser på www.msf.org.

Iflg. WHO -definisjon:

**70% over 70 år
er benskjøre.**

Ref.: Dagens Medisin (HUNT). 6. jan. 2000, s.14

NYCOMED

*Alle trenger
kalsium og
D-vitamin –*

**HUSK...
RESEPT-
PLIKTIG!**

*...noen mer
enn andre.*

Calcigran Forte

Kalsium 500mg, Vitamin D₃ 400IE

Bygger og forebygger
Basisbehandling til alle med osteoporose

C Calcigran Forte «Nycomed Pharma»

ATCnr.: A12A A04

TYGGETABLETTER: Hver tablett inneh.: Kalsiumkarbonat 1,25 g, tilsv. 500 mg kalsium, kolekalsiferol (vitamin D₃) 10 mikrog tilsvarende vitamin D 400 IE, sakkarose 1,5 mg, sorbitol 390 mg, aspartam, sitronaroma.
Indikasjoner: Behandling av kombinert vitamin D- og kalsiummangel særlig hos eldre. Tilleggsbehandling ved osteoporose når det er konstatert mangel eller høy risiko for kombinert vitamin D- og kalsiummangel.
Kontraindikasjoner: Skal ikke brukes ved høyt kalsiuminnhold i blod eller i urin, ved nyresten eller sterkt nedsatt nyrefunksjon. Langvarig immobilisering. Calcigran Forte inneholder aspartam som omsettes i kroppen til fenylalanin og skal ikke brukes av personer med fenylketonuri.
Bivirkninger: Risiko for hyperkalsemi ved nedsatt nyrefunksjon. Kan i sjeldne tilfeller gi forstyrrelser i fordøyelsessystemet som oppblåsthet, obstipasjon og diaré.
Forsiktighetsregler: Forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon og hos pasienter som har hatt nyresten. Det anbefales økt væskeinntak hos pasienter med tendens til stendannelse. Vitamin D i høye doser bør unngås dersom det ikke er spesielt indisert. Normaldosering skal ikke brukes ved graviditet (se Graviditet og amming).

Graviditet og amming: Graviditet: Det daglige inntak av Vitamin D ved graviditet må ikke overstige 600 IE. En reduksjon av den anbefalte dosen er derfor nødvendig. Amming: Kalsium og vitamin D går over i morsmelk.

Interaksjoner: Bør ikke gis før 3 timer etter peroral tilførsel av tetracyklin (nedsetter absorpsjonen). Hyperkalsemi øker hjertets følsomhet for digitalis. Kombineres kalsium med fluo-rid, tas disse på forskjellig tidspunkt, siden kalsiumfluorid er tungt løselig.

Dosering: Individuell, tilpasses den enkelte pasient. Normaldosering: 1 tyggetablett morgen og kveld. Kan tygges eller svelges hel med et glass vann.

Overdosering/Forgiftning: Overdosering fører til hyperkalsemi, særlig ved økt tilførsel av Vitamin D og hos pasienter med hypothyreose. Store doser kalsium sammen med alkali har gitt en hyperkalsemi form kalt «milk/alkali» syndrom. Behandling innebærer seponering av vitamin D og kalsium (lavt kalsium i dietten), tilførsel av rikelig væske, tiazider og glukokortikoider.

Pakninger og priser: 100 stk. kr 174,30.

Nycomed Pharma AS, P.b. 205, 1372 Asker, Telefon 66 76 36 00, Telefax 66 76 36 36

Forbigående og kortvarige søvnvansker kan løses med Zopiklon NM

Se prisen:

5 mg:

100 stk. kr 165.20

30 stk. kr 73.00

10 stk. kr 53.10

7,5 mg:

100 stk. kr 167.40

30 stk. kr 73.90

10 stk. kr 55.30

B Zopiklon "NM Pharma"

Hypnotikum

ATC-nr.: N05C F01

TABLETTER 5 mg og 7,5 mg: Hver tablett inneholder 5 mg, resp. 7,5 mg, lactos. 20,5 mg, resp. 30,8 mg, const. q.s. Fargestoff: Titandioksid (E171). Tablett 7,5 mg med delestrek.

Egenskaper: Klassifisering: Cyklopyrrolonderivat, kjemisk og strukturelt ulik andre hypnotika. **Virkningsmekanisme:** Zopiklon har høy affinitet for bindingssteder innenfor GABA-reseptorkomplekset, der det inducerer spesifikke konformasjonsforandringer og forsterker den normale transmisjonen av signalstoffet GABA i CNS. Hurtig innsettende effekt (ca. 30 minutter), forkorter innsovningstiden, forlenger søvnens varighet og minsker antallet nattlige oppvåkninger. Mengden av REM-søvn og dyp søvn (stadium III og IV) opprettholdes.

Absorpsjon: Maks. plasmakonsentrasjon oppnås innen 1-2 timer. Biologisk tilgjengelighet ca. 80%.

Proteinbinding: Ca. 45%. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 1,3 liter/kg. **Halveringstid:** 4-6 timer, økende til 7 timer hos eldre pasienter. Halveringstiden er betydelig for lenget ved leversvikt. **Metabolisme:** Hovedsakelig i leveren gjennom dekarboksylering.

Utskillelse: Ca. 5% utskilles uforandret gjennom urin, og resten som metabolitter uten klinisk betydning.

Indikasjoner: Forbigående og kortvarige søvnvansker.

Som støttebehandling i begrenset tid ved behandling av kroniske søvnvansker.

Kontraindikasjoner:

Alvorlig leverinsuffisiens. Søvnapné.

Bivirkninger: De vanligste bivirkninger er bitter smak,

som oppleves hos ca. 4% av pasientene, munntørhet og tretthet om morgenen. Sjeldnere bivirkninger er angst, uro, hallusinasjoner og anterograd amnesi. Reaksjoner som forvirring, eksitasjon, adferdsforstyrrelser og dysfori er også rapportert.

Δ Forsiktighetsregler: Mulighet for tilvenning eller misbruk bør alltid vurderes ved forskrivning av preparatet. Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon, myasthenia gravis, ved behandling av pasienter med nedsatt allmentilstand og misbrukere. Forsiktighet må også vises ved samtidig behandling med andre psykofarmaka eller ved inntak av alkohol. Kan påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet hos bilførere og personer som betjener maskiner inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Behandlingen bør ikke strekke seg ut over 2-4 uker. Klinisk dokumentasjon hos barn mangler. Søvnproblemer kan bero på psykisk eller somatisk sykdom. Søvnproblemer bør derfor utredes med henblikk på dette. Behandling med sovemedisin bør være av kort varighet eller intermitterende for å redusere risikoen for seponeringsproblemer. Brå seponering ved bruk av sovemedisin kan lede til tiltagende urolig søvn noen netter. Samtidig bruk av alkohol bør unngås.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Klinisk erfaring hos gravide er begrenset. Dyreeksperimentelle data viser ikke økt risiko for fosterskade. Negative farmakologiske effekter på fosteret og/eller det nyfødte barnet slik som hypotoni, påvirkning av respirasjonen og hypotermi kan ikke utelukkes. På grunnlag av dette anbefales ikke behandling under graviditet. **Overgang i morsmelk:** Zopiklon går over i morsmelk. Mengde zopiklon som gjenfinnes i morsmelken er ca. 50% av mengden i morsens plasma. Selv om konsentrasjonen av zopiklon i morsmelk er lav, bør ikke zopiklon gis til ammede kvinner.

Interaksjoner: Den sentralt dempende virkning kan forsterkes av stoffer av typen hypnotika, sedativa, narkotiske analgetika,

generelle anestetika, tranquilizers, neuroleptika, antihistaminer og av alkohol. Se Interaksjonstabellen i Felleskatalogen 2000. (I: 133e psykoletika, 136e benzodiazepiner, 140e zopiklon)

Dosering: For å sikre optimal behandling bør dosen tilpasses pasientens alder, vekt og allmentilstand, samt type søvnforstyrrelse. Behandlingen bør startes med lavest mulig dose. Skal tas kort tid før en går til sengs. **Innsøvnsvansker og forstyrret nattesøvn:** Voksne: 5 mg. Kan ved behov økes til 7,5 mg. **Eldre:** 3,75 mg. Kan ved behov økes til 5 mg (inntil 7,5 mg ved forstyrret nattesøvn). **For tidlig oppvåkning:** Voksne: 7,5 mg. **Eldre:** 5 mg. Kan ved behov økes til 7,5 mg. Bør fortinnvis gis intermitterende.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Varierende grad av CNS-depresjon, fra døsighet til koma, som avhenger av den inntatte mengde zopiklon. Overdosering antas ikke å være livstruende med mindre det samtidig er inntatt andre CNS-dempende midler inkl. alkohol. **Behandling:** Generelle forholdsregler tas, overvåking av respirasjon og blodtrykk, ev. aspirasjon. Hemodialyse er av liten verdi pga. zopiklons store distribusjonsvolum. Flumazenil kan forsøkes som antidot.

Pakninger og priser: 5 mg: Endos: 100 stk. kr 165,20, 10 stk. kr 53,10 30 stk. kr 73,00
7,5 mg: Endos: 100 stk. kr 167,40, 10 stk. kr 55,30, 30 stk. kr 73,90

Veil. utsalgspris fra apotek. Priser fra NMD's prisliste pr. august 2000.

- alltid rimeligst.
- generisk navn (virkestoff) + NM
- bidrar til Pharmacia forskning

Gjerdrums vei 10B 0486 Oslo Telefon: 22 18 41 21 Telefax: 22 23 25 24

NM Pharma

