
Global Sundhed

nyhedsbrev for

Globale Læger



Redaktion: Eva Møller, Cæcilie Buhmann, Ib Bygbjerg, Kathrine Storm, Nadia Landex, Sasha Wilk Michelsen og Kristoffer Barfod
Globale Læger / Øster Farimagsgade 5 / bg. 9 / Postboks 2099 /
1014 København K
Hjemmeside: www.globalelaeger.dk
Email: mail@globalelaeger.dk

Marts 2009
Årgang 2
Nummer 1



Indhold

Bliv medlem af Globale Læger	2
Leder	3
Siden sidst	4
Hvem har egentlig ansvaret?	5
Ansvarlighed – når teori bliver til praksis	7
Do No Harm – at forstå den lokale kontekst man arbejder i.....	8
Udviklingsarbejde fyldt med udfordringer	10
Global Response 2010 – Violent Conflict and Health in a Globalized World	12
Global Health Watch II – an independent analysis of the world’s state of health – book review	13
Træningsworkshops i Global Sundhed.....	14
Travel to Teach - nye idéer- nyt koncept!.....	15
Undervisning i Kigali, Rwanda - Indtryk fra en rejse 8.-23. november 2008	16

Forsidebilledet er fra lanceringen af Global Health Watch 2 den 21. januar 2009. På billedet ses Ruth Stern, medredaktør på Global Health Watch 2; Allan Buus, Globale Læger; Esben Sønderstrup, Danida; Eva Møller, Globale Læger.

Bliv medlem af Globale Læger

Skriv en mail til: mail@globalelaeger.dk indeholdende: Navn / Adresse / Telefonnummer / E-mail

Kontingent for kalenderåret 2008 er på 200 kr. Pengene bedes indbetalt på konto 6771 0006269512 senest 2 uger efter indmeldelsen. Husk at anføre dit fulde navn på overførslen.

Leder

*Af Cæcilie Bøck Buhmann, formand for
Globale Læger*

I dette nummer af "Global Sundhed" sætter vi fokus på det ansvar, man har som donor, udviklingsorganisation eller individuel projektarbejder. Den hjælp, vi yder i et ønske om at gøre en forskel og bedre levevilkårene for udsatte befolkninger, gives ikke i et tomrum. Vi træder ind i en historisk og nutidig kontekst, og vores handlinger har uundgåeligt effekt på lokalsamfundet på godt og ondt. Der er utroligt mange aktører involveret i at fremme udvikling og global sundhed. Der er donorerne, der leverer finansieringen ved at give penge direkte til den lokale regering eller organisation eller ved at støtte danske og internationale aktører som Globale Læger. Der er os selv – organisationerne, som på mere eller mindre professionel vis iværksætter projektarbejde i modtagerlande, og så er der den enkelte, der vælger at rejse ud med f.eks. Travel To Teach. Modeord som modtagerrettigheder, empowerment, kapacitetsopbygning og modtagerinvolvering bruges ofte i flæng, men hvad betyder de egentlig. Samtidig raser diskussionen om, hvorvidt der kan laves universelle standarder, eller om alt skal foregå forskelligt afhængig af den kulturelle kontekst. Det kan nemt udvikle sig til en uoverskuelig og teoretisk debat, men i virkeligheden vedkommer den os alle.

Tag et simpelt eksempel som en ung studerende, der gerne vil gøre en forskel og derfor vælger at rejse til udlandet og arbejde på et børnehjem i 3 måneder. Umiddelbart er der tale om en uselvisk handling, men spørgsmålet er, hvem der får mest ud af det.

På den ene side yder den studerende en reel arbejdsindsats og udfylder en plads i en sammenhæng med en stor mangel på menneskelige ressourcer. På den anden side har børnehjemsbørnene allermest behov for en konstant tilstedeværelse af en voksen, som de kan stole på og som bliver hos dem. Kommer den studerendes gode intentioner i virkeligheden bare til at bidrage til børnenes traumer og øge deres følelse af altid at blive forladt? Hindrer den studerendes tilstedeværelse, at man lokalt finder en løsning på de manglende menneskelige ressourcer? Er hun blevet en "gap-filler", der forhindrer lokal ansvarlighed for lokale problemer? Disse spørgsmål er ikke lette at besvare, og de knytter sig til den bredere teoretiske diskussion, som vi snusede til i begyndelsen.

Netop fordi det er så kompliceret, har Globale Læger besluttet at sætte fokus på ansvarlighed i starten af det nye år. I nyhedsbrevet beskriver vi ansvarlighed fra forskellige vinkler gennem interviews af repræsentanter fra udviklings- og humanitære organisationer, ved beskrivelsen af "do no harm"-projektet, der kan tjene som inspiration, når man planlægger projektarbejde og ved Josephine Obels tankevækkende debatoplæg fra Tanzania. Vi har i samarbejde med IMCC (de medicinstuderendes internationale organisation) arrangeret en debat om emnet, der blev afholdt d. 21. januar. Emnerne i debatten beskrives levende i en artikel skrevet af nyhedsbrevets nye journalist, Kathrine Storm. Den 1. marts afholdt IMCC og Globale Læger sammen en 6 timers træning for vores medlemmer om vores

ansvar i forbindelse med projektarbejde og udsendelse. Forhåbentlig bliver denne bare den første i en lang række af workshops om emnet. Både Globale Læger og IMCC sender medlemmer til det Globale Syd for at kapacitetsopbygge. Hvert enkelt udsendt bør være opmærksomme på de dilemmaer, vores aktivitet uundgåeligt skaber. Endelig har Globale Læger lanceret "Global Health Watch 2" i Danmark. Det er en alternativ verdens sundhedsrapport skrevet af en

række internationale eksperter og organisationer. Den sætter blandt mange emner fokus på det internationale ansvar for at bedre Global Sundhed. Alt i alt bør ansvarlighed være en rød tråd i Globale Lægers arbejde fra strategi og ressourcemobilisering til projektplanlægning og udsendelse af individuelle medlemmer. Med dette nummer af "Global Sundhed" tager vi fat på debatten.

Siden sidst

Af Allan Buus

Do no harm debat

Den 21. januar holdt Globale Læger i samarbejde med IMCC en debat om "Do No Harm". Konceptet "Do No Harm" indebærer, at man overvejer den indvirkning, som ens tilstedeværelse og arbejde har på den fremmede kultur. Ved debatten var der oplæg med fokus på tre forskellige vinkler: Lars E. Petersen med bistands-/udviklingsvinklen, Lars Koch som NGO-person og til sidst Astrid Engberg, som fremlagde emnet med den udsendes øjne. Emnet er meget relevant for både IMCC og Globale Læger, og der er planer om at lave en workshop om emnet for dem, som begge organisationer sender ud.

Global Health Watch 2 lancering

I tillæg til ovennævnte debat blev der d. 21 januar afholdt dansk lancering af "Global Health Watch 2", der er græsroddernes uafhængige alternativ til WHO's sundhedsrapport. Hovedtaler til lanceringen var Ruth Stern, medforfatter til rapporten.

Værdigrundlagsdebat

På den stiftende generalforsamling i foråret blev der rejst spørgsmål vedrørende lægeløftet som værdigrundlag for Globale Læger. Derfor blev der den 28. oktober afholdt en debataften om emnet med oplæg om etik, humanitære organisationer og menneskerettigheder. Der er blevet nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med et forslag til næste generalforsamling. Vi glæder os til at høre mere om et vigtigt og spændende emne ☺.

Bestyrelsesmøde

Den 17. december var der bestyrelsesmøde i Globale Læger. Her blev blandt andet planlagt en detaljeret strategi for foråret 2009. Næste bestyrelsesmøde er den 17. februar 2009.

Hjemmeside

Januar var måneden hvor Globale Lægers nye, flotte hjemmeside blev lanceret. Resultatet kan ses på www.globalelaeger.dk. Tak til alle der har hjulpet med dette store arbejde.

Penge fra LKF

Vi har fået kr 30.000 fra
Lægekredsforeningen i hovedstaden. Vi

takker mange gange for støtten til vores
organisation.

Hvem har egentlig ansvaret?

Af Josephine Obel, læge, WHO

En yngre mand, der skulle have foretaget en knæoperation, kom for nylig ud af operationsstuen, skaldet og i dyb koma efter et hjernekirurgisk indgreb. Hans navnebror, derimod, kom ud fra nabostuen med bind om knæet og sin hjernetumor i behold. Historien prydede avisforsiderne i adskillige dage og fyldte godt op i folkemunde her i mit nuværende arbejdsland – Tanzania. Med god gund, må man tilføje. Den slags fejl må jo ikke ske hverken i Danmark eller i lande med mindre velsmurte sundhedssystemer, såsom Tanzania. Sagen blev naturligvis undersøgt. Der blev vedtaget forskellige tiltag for at forhindre at en sådan fejl kan ske igen, og de involverede læger og sygeplejersker blev trukket igennem et sagsforløb.

Det handler om ansvarlighed, eller "accountability" som er ordet, udviklingsverdenen ynder at bruge. Om ansvars- og rettighedsbærere og hvilke mekanismer, der overvåger om rettigheder krænkes og om ansvarshaverne opfører sig ordentligt. I den ovenstående sag er der et helt oplagt problem, og der skrides ind over for problemet både på systemplan og over for den enkelte ansvarshavende læge og sygeplejerske. Helt anderledes står det til, når fejlene opstår i det politiske og bureaukratiske system.

I skrivende stund arbejdes der på 13. måned på udarbejdelsen af Tanzanias nationale guideline for akut underernæring. En problemstilling der rammer 3-4% af tanzanianske børn under 5 år. På den tanzanianske version af Rigshospitalet er den nuværende case-fatality rate for akut svært underernærede børn 50-60%, skønt den i følge UNICEF's og WHO's rekommandationer ikke bør overstige 5-10%². En af problemstillingerne bag den høje dødelighed er mangel på uddannelse af personalet til at varetage behandlingen og mangel på medicin og udstyr til at behandle børnene.

Det vil sige – medicinen er her på sin vis. En hjælpeorganisation – hvis navn ikke skal nævnes her – har leveret adskillige containere af det såkaldte RTUF (Ready To Use Therapeutic Food), der kan bruges til behandling af akut ukompliceret fejlnæring i primærsektoren. En anden organisation står på spring for at levere F75 og F100, der bruges til behandling af akut fejlnæring under indlæggelse. Imidlertid har containerne med RTUF nu stået i adskillige måneder på regeringens centrale medicindepot her i hovedstaden, Dar es

¹ Prevalens ca 0.3-1% TDHA 2004/5

² WHO/UNICEF/WFP joint statement on "Community based Case Management of Acute Severe Malnutrition" May 2007

Salaam. Udløbstiden er to år, så organisationen er naturligvis presset for at få lov til at sende præparatet ud til de steder, hvor det skal bruges.

Regeringens medicindepot har også travlt med at få præparatet sendt af sted, for containerne fylder og tager tid og plads fra det i forvejen drænedede nationale program for levering af "essential drugs" (livsvigtig medicin) til landets klinikker og hospitaler. Medicinaldepotet må i kraft af lovgivningen ikke frigive produktet til diverse hospitaler og andre decentrale depoter, før de får tilladelse fra den nationale ernæringsstyrelse. Denne styrelse vil ikke frigive produktet, før den nationale guideline for akut fejlernæring er udarbejdet og et minimum af personer i de modtagende distrikter trænet i brugen af guidelinen.

Årsagen til at det foreløbig har taget 13 måneder at udarbejde guidelinen er at ernæringsstyrelsen ikke har villet, eller følt at de kunne, færdiggøre guidelinen før de modtog donorpenge til at afholde et ti-dages seminar om emnet. Donorerne har ikke villet betale pengene, fordi ernæringsstyrelsen ved flere lejligheder ikke har leveret rapporter af en tilstrækkelig kvalitet og været lemfældige med deres afrapportering om brug af donormidler.

Mens sagen kører i ring og i ring og i ring mellem regeringens forskellige organer i hovedstaden og donorene, dør 50-60% af de tanzanianske børn med svær fejlernæring. Aviserne meldte i foråret om hungersnød i regionen Lindi på grund af en fejlslagen høst og manglende regn. I Lindi sad en anden nødhjælpsorganisation og råbte på at

modtage produktet RTUF. De havde personalet og hele netværket til at behandle, men manglede ernæringsproduktet RTUF, som fortsat står og ældes i Dar es Salaam.

Antallet af børn, der er døde på grund af det træge bureaukrati er ukendt, men der er med garanti flere end to. Alligevel har ingen af disse problemstillinger nået avisernes forsider, ingen undersøgelse er istandsat for at udrede problemet og forhindre gentagelse, og ingen er eller vil blive holdt personlig ansvarlig.

Af den blotte beskrivelse af forløbet ser man straks, at personansvaret er vanskeligt at finde, men organisationer og styrelser udgøres ikke desto mindre af mennesker, der, ligesom de to kirurger, kan begå fejl. Fejl som kan få betydning for mange mennesker, men alligevel synes mekanismerne for "accountability" forsvindende små. Det kan hævdes, at bureaukratiet i sig selv modarbejder "accountability", da de ansattes motivation for at gå til pressen eller på anden måde skabe offentlig opmærksomhed om problemet er stærkt begrænset. En sådan åbenmundethed opfattes som illoyalitet og straffes som regel med påtale eller måske en subtil udfasning af den enkeltes kontrakt. Man fristes til polemisk at sige, at jo større fejl, desto ringere mulighed for at den enkelte vil blive holdt ansvarlig.

Problemstillingen er ikke unik for det administrative apparat i udviklingslande. Hvis effektivisering og besparelser fører til ringere behandling eller beredskab, er det så den behandlende læge eller sygeplejerske, der kommer til at bøde? Eller er det politikerne, der førte sparekniven? Eller er det

bureaukraten og forskeren, der forfattede en rapport på sit kontor i København K? Når en uafhængig konsulent har været ude på en afdeling for at undersøge og rådgive om, hvordan arbejdsgangene kan effektiviseres,

hvad er så vedkommendes ansvar, hvis effektiviseringen fører til en ringere behandling? Spørgsmålene er mange, og umiddelbart synes svarene at krænke i hvertfald min retsopfattelse.

Ansvarlighed – når teori bliver til praksis

Af *Nadia Landex og Eva Møller*

Når det gælder nødhjælps- og udviklingsarbejde, er gode intentioner ikke tilstrækkeligt til at sikre ansvarlig hjælp. Globale Læger har talt med tre NGO'er om deres erfaringer med ansvarlighed i praksis.

NGO'er møder i høj grad spørgsmålet om ansvarlighed (på engelsk "accountability") i deres daglige arbejde.

Katastrofechef Lisa Henry fra Folkekirkens Nødhjælp beskriver at ansvarlighed drejer sig om gennemsigtighed og om at være åben omkring alle sine aktiviteter; især over for modtagerne, men også over for donorer, så "giveren i Roskilde" kan tro på at hendes hjælp når frem. Søren Brix, formand for Læger Uden Grænser, er ligeledes opmærksom på at gennemsuelighed er en nødvendig del af ansvarlighed og fokuserer desuden på kvalitetssikring. I

Projektrådgivningen, som vejleder hjælpeorganisationer, siger Søren Asboe, er man også meget opmærksom på at være ansvarlig over for donorerne og mellem organisationerne i Nord og Syd.

Alle tre organisationer oplever, at det i praksis kan være vanskeligt at leve op til egne og andres krav om ansvarlighed. For Læger Uden Grænser drejer det sig om at sikre

modtagerne lægehjælp af samme standard, som de ville få i donorlandet, og det kræver klare principper om fx ikke at tage imod medicin der har passeret sidste salgsdato og at sikre uafhængighed af bestemte donorer. Lisa Henry påpeger at hjælpearbejde involverer en magtbalance, og Søren Asboe tilføjer at regeringer i modtagerlande kan ønske at diktere hjælpearbejdets form og stille mere eller mindre absurde krav til hjælpeorganisationerne. Dertil kommer en betragtelig administrativ byrde i forbindelse med afrapportering til donorer, som kan stjæle ressourcer fra modtagerne. Folkekirkens Nødhjælp arbejder via samarbejdspartnere og oplever, at resultatet afhænger af den enkelte samarbejdspartners kapacitet og evner.

Samtidig med at NGO'erne forsøger at løse de praktiske vanskeligheder med at handle ansvarligt, gør de sig tanker om hvilke generelle tiltag der er nødvendige. Emnet er genstand for international interesse, og der er forsøgt udarbejdet generelle standarder for hjælpearbejde, såsom "Code of conduct" og Sphere. Men, siger Søren Asboe, endnu ved ingen om det er en god løsning. Søren Brix er mere kategorisk, ikke alt kan skrives i et Excel-ark. Derimod er Lisa Henry positivt indstillet over for ideen og mener at vejen frem er at alle medarbejdere hos

Folkekirkens Nødhjælp har et grundigt kendskab til disse standarder. På et mere jordnært plan er repræsentanterne for de tre interviewede organisationer enige i lokalsamfundets betydning for vellykkede projekter. Projekter skal være lokalt forankrede for at sikre den rette hjælp til de rette mennesker samt have lokal accept og støtte. På denne måde kan man bedst sikre bæredygtighed og stimulere en varig forandring.

De tiltag, hver af organisationerne har gjort for at monitorere deres arbejde, afspejler deres forskellige arbejdsområder. Projektrådgivningen fokuserer på videnssamling og videreformidling af erfaringer. Folkekirkens Nødhjælp har tre fokusområder; "story telling", korruptionsrapport og "complaint mechanism" – alt sammen for at skabe åbenhed og give nødhjælp og udviklingsarbejde et ansigt. Læger Uden Grænser har fokus på monitorering af

medicinske tiltag på compliance og resistensudvikling, for eksempel af HIV/AIDS behandlingen.

Gennem de senere år er bevidstheden om ansvarlighed øget hos alle parter, og der er nu en aktiv holdning til de ansvarlighedsrelaterede spørgsmål. Troværdighed og åbenhed er med til at sikre organisationernes legitimitet over for samfundet og donorer – private såvel som offentlige. Derudover kan hjælpeorganisationers arbejde være med til at påvirke holdninger og samle ny viden om hvorvidt diverse tiltag er gavnlige. At dette virkelig kan bidrage til at påvirke regeringsholdninger i modtager- og donorlande, ses blandt andet af, at der nu gives international støtte til HIV/AIDS behandling, hvilket man tidligere mente var umuligt, samtidig er disse projekter lokalt forankrede.

Konklusionen er at udviklingsarbejde er godt, men at det skal udføres med omtanke.

Do No Harm – at forstå den lokale kontekst man arbejder i

Af *Cæcilie Buhmann*

Når man yder bistand i en given kontekst, er det uundgåeligt, at man også kommer til at påvirke den. Formålet med de fleste former for bistand er at påvirke en lokal kontekst i en positiv retning, så levevilkårene for den lokale befolkning bedres, uanset om det er i krig eller fredstid. Ofte har bistand dog også en mere negativ effekt på den

lokale kontekst, uden at bistandsyderne er opmærksomme på dette. Netop manglen på fokus på mulige negative konsekvenser af bistand kan øge risikoen for u hensigtsmæssige følger. Disse vilkår for bistand må antages at være alment gældende.

"Do No Harm"-projektet er baseret på de erfaringer, en række humanitære aktører har

gjort sig i forbindelse med levering af nødhjælp i voldelige konflikter. Projektet er initieret af Mary B. Anderson i starten af 1990'erne, men der samles løbende erfaringer. På baggrund af disse har man udviklet analyseværktøjer, der kan bruges af bistandsaktører før og under implementeringen af lokale projekter. Formålet er at bidrage mest muligt til fred og undgå at levere brændstof til den lokale konflikt. Selvom forståelsen og værktøjerne er baseret på arbejde i voldelige konflikter, kan de anvendes i en hvilken som helst sammenhæng, og kendskab til dem har derfor relevans for alle, der ønsker at gøre en forskel gennem projektarbejde.

Hovedpunkterne i analysen knytter sig til en identifikation af faktorer, der bidrager til henholdsvis foribindelse og splittelse i lokalsamfundet (Mary B. Anderson kalder dem "connectors" og "dividers"). Eksempler på faktorer, der kan forbinde lokalsamfundet, er systemer og institutioner, der forbinder folk fra begge sider af konflikten. Det kunne for eksempel være markedspladsen, hvor folk handler med hinanden, internetcafeer, der giver folk mulighed for at være i kontakt med hinanden på tværs af konflikten, og infrastruktur som veje, vandforsyning og elektricitet, som begge sider i konflikten har behov for. Det kan være attituder og handlinger, der afspejler accept og tolerance overfor modparten, samt fælles værdier som man kan enes om, såsom at hjælpe børnene i lokalsamfundet, uanset hvilken side af konflikten de tilhører. Symboler som en fælles historie, fælles musik eller kunst kan bringe folk sammen trods konflikter, og endelig kan der være tale om, at man deler erfaringer, som det at være kvinde, at have lidt i krigen, eller at have det samme

handicap. Institutioner, symboler, værdier og erfaringer kan dog også bruges til at skabe splittelse, hvis for eksempel kun en bestemt gruppe har adgang til ressourcer som undervisnings- og sundhedssystemet, når mistillid, frygt og had styrkes af vold og trusler, når en bestemt gruppes værdier fremmes på bekostning af andres, når dårlige erfaringer med modstanderen understreges, eller når symboler der understreger forskelle fremmes.

Bistandsaktører påvirker typisk de lokale forbindende eller splittende faktorer gennem ressourceoverførsel eller ved de budskaber, der indirekte sendes i kraft af bistandsaktørernes handlinger. Ofte prioriteres svage grupper som kvinder eller flygtninge, når der uddeles nødhjælp. Det kan være med til at skabe en følelse af splittelse mellem konfliktens parter. Som led i projektarbejde og nødhjælp tilføres lokalsamfundet enorme ressourcer, som kan være med til at forrykke magtbalancen og kan bruges til at vedligeholde en voldelig konflikt. Hjælpen kan medføre, at lokale kræfter kan koncentrere sig om krigsførelse i stedet for at tage ansvar for samfundsinstitutionerne, såsom sundhedssystemet og adgangen til mad og vand. Store mængder af ressourcer, der bringes ind udefra, kan også komme til at underminere den lokale produktion og dermed begrænse udvekslingen og kontakten mellem samfundets grupper på det lokale marked.

Typiske eksempler på, hvorledes bistandsydere kan komme til at sende u hensigtsmæssige budskaber i kraft af deres handlinger, er, når sikkerhedshensyn foranlediger, at man anvender bevæbnede vagter. Det sender et signal om at vold og

magtudøvelse er en legitim handlemulighed. Et andet eksempel er når internationalt personale bor adskilt fra lokalbefolkningen, transporteres rundt i biler mens lokale ansatte må tage bussen, og tager på ferie eller holder fester mens lokalbefolkningen lider. Det er på den ene side en fordel af sikkerheds- og funktionsmæssige hensyn, men det kan samtidig give indtryk af, at nogen godt kan leve det gode liv, mens andre lider. Det understreger forskellighed, ulighed og at nogen er hævet over de love, vilkår og regler, der gælder for andre.

”Do No Harm”-projektet understreger, at bistand kan gøre en forskel. Løsningen er ikke at afstå fra at yde hjælp og bistand. Løsningen er derimod at være opmærksom på den lokale kontekst og altid forsøge at

tage højde for, hvorledes ens projekt og bistand påvirker på godt og ondt. Det er vigtigt altid at huske, at uanset hvor forfærdelig og voldelig en konflikt er, vil der altid være faktorer, der fremmer forbindelserne i lokalsamfundet, og det er dem, vi skal forsøge at styrke, således at vores gode intentioner gør en positiv forskel og ikke gør skade. Selvom ”Do No Harm”-projektet er baseret på humanitær bistand, er der grund til at tro, at disse meget basale redskaber vil kunne hjælpe i en hvilken som helst situation, hvor man udefra forsøger at bedre levevilkårene i en lokal kontekst. Principperne kan derfor anvendes bredt, og kendskab til dem er yderst relevant i Globale Lægers projektarbejde.

Udviklingsarbejde fyldt med udfordringer

Af Kathrine Storm, journalist

Udviklingsbistand fordrer stor ansvarlighed af donororganisationer og den enkelte, som rejser ud. Danske ngo'er stræber efter at give modtagerlandene maksimal medbestemmelse over udviklingsmidlerne, men skal samtidig garantere det hjemlige publikum, at bistanden lander rigtigt. Dilemmaerne blev debatteret mellem Lars Engberg-Pedersen fra DIIS, Astrid Engberg fra RUC's internationale udviklingsstudier og Lars Koch fra Ibis

Intentionerne er de bedste og målene høje, når Nord sender nødhjælp og udviklingsbistand til Syd. Men ofte bliver de store ord til for lidt handling, fordi donorlandene mangler forståelse for modtagerlandenes sociale og kulturelle forhold. Formelle rammer skal sikre, at modtagerlandene får indflydelse over for donorlandene, og at ansvarligheden er lige så stor som de pengesummer, der sendes af sted. Sådan lyder anbefalingen fra cand.scient.soc. Astrid Engberg, der har undersøgt en dansk ngo's udfordringer i arbejdet mod HIV/AIDS i Afrika.

Kulturrelativisme eller nye kolonitider?

At udviklingsarbejde er en kompliceret affære var debattens to øvrige deltagere enige i. Spørgsmålet gik derfor på, i hvilken grad bistanden bør forvaltes af donorlandet eller gives fri til modtagerlandets disposition. Kan det overhovedet være socialt ansvarligt at tage valgfriheden fra modtagerlandet og bedrive noget, der ligner ny-kolonisering af udviklingslande? Ifølge Lars Engberg-Pedersen, seniorforsker på Dansk Institut for Internationale Studier, er svaret tjah. For lidt organisering skader bistandsarbejdet, og derfor rynker han på panden af tidens kulturelrelativistiske trend i bistandsarbejdet.

- Der vil altid være utilsigtede negative konsekvenser, når man yder bistand, så målet bør være at minimere disse - blandt andet ved at opsøge så stor tværfaglig viden som muligt. Vi skal forstå partnerlandet, men det betyder langt fra at fralægge vores egne værdier om eksempelvis demokrati, pointerer Lars Engberg-Pedersen og uddyber at udfordringerne for udviklingsarbejdet er mange, og at de i høj grad findes i donorlandet. Bistanden er knyttet til for mange dagsordener, dels i udenrigspolitiske spørgsmål såsom klima, sikkerhed og handel. Men også i indenrigspolitik, hvor ansvaret over for vælgerne ofte er større end over for modtagerlandene.

- Konkurrencen mellem stater gør bistandsprojekterne ineffektive. Der er kamp om de prestigefyldte projekter, som ser gode ud over for et hjemligt publikum. I gennemsnit arbejder der 14 statslige donorer per fattigt land, og uden koordinering, spænder de ben for hinanden. Derfor volder det ofte skade at skære ned på administrationen. Når færre hænder skal forvalte flere bistandsmidler, bliver bistanden standardiseret og mindre effektiv. Problemet

er hensynet til det hjemlige publikum. Det ser skidt ud, hvis for meget af udviklingsbistanden går til administration, vurderer han.

Bistand skal sikre udviklingslandene indflydelse

Administration fylder også meget i dagligdagen hos ngo'en IBIS, hvor demokrati- og politikmedarbejder Lars Koch blandt andet er i færd med at omskrive organisationens retningslinier. Nøgleordene for IBIS' arbejde er at sikre u-landene medbestemmelse gennem uddannelse, og med de nye retningslinier i hånden får frivillige og ansatte hjælp til at vurdere, hvilke forhold de skal være opmærksomme på. I teorien. For i praksis vil de færreste kunne arbejde med samtlige retningslinier, og disse vilkår er donorlandet nødt til at acceptere.

- Bistandsarbejde er fuld af nuancer og dilemmaer, men det betyder ikke, at vi skal lade være.

Det ulige magtforhold mellem Syd og Nord består gennem handelsforhold, der stavnsbinder udviklingslandenes økonomiske vækstrate. Med blandt andet landbrugsstøtte til i-landene flytter internationale virksomheder tre-fire gange så mange midler ud af udviklingslandene, som de 100 mia. kroner, der doneres i bistand på verdensbasis. Men uden udviklingsbistand bliver de negative processer stærkere, advarer Lars Koch og forsvarer ngo'ernes kulturelrelative strategi.

- Udviklingsbistand skal give fattige mennesker en stemme og hjælpe med at udvikle landet i overensstemmelse med landets kultur. Vi skal uddanne modtagerlandene til at kunne videreføre de projekter, vi sætter i gang og sikre, de får

ejerskab over bistandsmidlerne, understreger han. I IBIS's arbejde er udgangspunktet modtagerlandets kultur, og svaret er sjældent enkelt, når kulturen kolliderer med europæiske kerneværdier. Undtagen i spørgsmålet om ligestilling mellem kønnene. - Vi giver aldrig køb på Vestens ligestilling af kvinder og mænd. Kvinderne er globalt set

verdens fattigste, og de har bærende betydning for landets udvikling. Når kvinderne styrkes med uddannelse og gode sundhedsforhold, tager udviklingen for alvor fat, fordi de sikrer børnenes overlevelse, slutter Lars Koch.

Global Response 2010 – Violent Conflict and Health in a Globalized World

Af Eva Margrethe Holst

En 4-dages akademisk konference afholdes i København d. 22 – 25 januar 2010 med Globale Læger som initiativtager og i samarbejde med blandt andre Københavns Universitet, IMCC og Danske Læger mod Kernevåben.

Konferencen vil fokusere på følgende tre temaer:

- Er der fælles årsager til konflikter og sygdomme, og hvorledes medieres de?
- Hvordan dokumenterer man væbnede konflikters effekt på sygdom og sundhed?
- Hvad er sundhedssystemers og sundhedsarbejderes rolle i væbnede konflikter og globalisering – og hvilken indflydelse kan de have på disse?

Vi er siden efteråret nået langt med planlægningen af konferencen og er snart klar med vores online diskussionsforum, som vi håber vores medlemmer vil være aktivt interesserede i. Der kommer til at være tre forskellige fora inddelt efter konferencens tre

hovedtemaer. En international redaktion med ekspertviden på området vil være med til at hjælpe de tre online diskussionsfora på vej. Formålet er at samle så meget som muligt af den eksisterende viden på området inden konferencen i januar 2010, hvor det vil blive fremlagt i en mindre rapport. Et link til diskussionen vil være på Globale Lægers hjemmeside snarest muligt.

Yderligere forventer vi temanumre i forbindelse med konferencen i tidsskrifter som "Ugeskrift for Læger", "The Lancet", "Social Science and Medicine", "Medicine, Conflict & Survival" og "Conflict & Health".

Hvis du er interesseret i at bidrage til dannelsen af et globalt netværk af folk, der vil sætte disse emner på den globale dagsorden, så følg med i konferencens videre udvikling på Globale Lægers hjemmeside. Online diskussionerne og tilmelding til konferencen, vil være tilgængelig snarest muligt.

Global Health Watch II – an independent analysis of the world’s state of health – book review

Af Eva Møller

The idea of the Global Health Watch (GHW) was conceived in 2003, based on the concept of the Global Equity Gage Alliance (GAGE), which focuses on monitoring health inequalities and promoting equity within and between societies. The aim of the GHW is to look beyond the scope of the GAGE, looking at health indicators between countries. The GHW aims to provide alternative critique, which looks specifically at performance and accountability.

The GHW was initiated by one of the largest civil society mobilisations – the first People’s Health Assembly held in 2000. At the assembly a People’s Health charter was endorsed. The charter is a call for action on the root causes of ill-health and the lack of access to essential health care.

The GHW has taken up the charter’s call for action by bringing together health activists, health professionals and academics, scientists and practitioners in order to create an alternative world health report. The reports provide a critique of the state of global health and the inadequate global response to poor health and widening disparities. Currently two GHW reports have been published, the latest was released on the 16th of October 2008. Both reports – ‘set out an explicitly political understanding of the current state of health around the world, highlights poverty as the biggest epidemic ‘which’ the global public health community

faces and emphasises the importance of economic policy as a health issue’.

Independent and transparent
The report’s major strength is its independence, transparency and aim to be broad and comprehensive. The aim of the report is clearly stated, along with the method. However, due to limited budget and limited human resources the report is not always contemporary by the time it is published and it is not able to conduct primary research. There is a need for more hands in the form of organisations, contributors and writers.

Despite the short comings the reports have been a success with the published books and the third GHW is in the pipeline, which per se is a major success. The response has been positive and the profile of health has been raised. The positive response has not only been from civil society groups but also WHO, with a clear message of ‘keep doing it’.

According to David McCoy, managing editor, the response to the GHW has been positive, and the reports are being used for teaching and frequently used as resource.

However, managing editor David McCoy is not yet satisfied, because the books have yet to reach more people and there need to be a greater link with advocacy. The future GHW report is being discussed at the moment and is planned to be published in 2011.

Træningsworkshops i Global Sundhed

Af Eva Margrethe Holst

Et kursus for alle, der er interesserede i en overordnet introduktion til emner indenfor global sundhed samt alle med interesse for at lære selv at undervise i global sundhed.

Målgruppe

Dette er et kursus for alle, der ønsker en introduktion til global sundhed, samt at lære hvordan man i praksis kan videregive denne viden til andre i en undervisningssammenhæng. Kurset fungerer samtidig som pilottræning af Globale Lægers mini-kursus i global sundhed. Vi håber, at nogle af kursusedtagerne vil være interesserede i at indgå i Globale Lægers undervisergruppe, der dels kan undervise internt i Globale Læger, men også tage ud og lave lignende workshops nationalt såvel som internationalt.

Indhold

Det er første gang kurset afholdes, og det vil det fungere som en pilottræning, hvor deltagerne har mulighed for at bidrage til den endelige struktur af Globale Lægers mini-kursus i global sundhed. Kurset afholdes over to weekender i foråret og vil introducere deltageren til 12 forskellige emner indenfor global sundhed. Eksempler på emner er: Globalisering og sundhed, Fattigdom, Ulighed og sundhed, Voldelig konflikt og sundhed, International sundhedspolitik, Den globale sygdomsbyrde, Klima og sundhed og mange andre. I løbet af kurset vil deltageren dels få

en grundlæggende viden om global sundhed samt nogle praktiske redskaber til og øvelse i at videreformidle denne viden.

Arbejdsform

Der vil først blive undervist i de 12 moduler, hvorefter en manual til hvorledes man strukturerer det enkelte modul vil blive udleveret og kursusedtagerne vil få mulighed for at træne deres undervisning af modulerne på hinanden.

Kursusvarighed og pris

Kurset vil strække sig over fire dage fordelt på to weekender i foråret 2009 og er gratis for Globale Lægers medlemmer. (Har man ikke mulighed for at deltage i alle 4 dage, er der mulighed for blot at deltage i enkelte af modulerne).

Deltagerbevis

Ved kursets afslutning vil alle deltagere modtage en kursusbevis på de moduler, man har deltaget i.

Tid og sted

28-29 marts, København
og 2-3 maj, København

Nærmere detaljer omkring endeligt program, tilmelding og adresse følger snarest på hjemmesiden. Evt. spørgsmål til kurserne kan rettes til:

Eva Margrethe Holst, Uddannelsesansvarlig i
Globale Læger
evamholst@hotmail.co

Travel to Teach - nye idéer- nyt koncept!

Af Jacob Hejmdal Gren

Globale Lægers projekt Travel to Teach har, som nogle nok vil huske, lægemanglen i Rwanda som udgangspunkt. I 2005 blev speciallægeuddannelser i Rwanda startet op - forhåbentlig med færre lægers fraflytning og højere kvalitet til følge. Disse nyopstartede speciallægeuddannelser var og er desværre præget af mangel på undervisere. Ved at sende skandinaviske speciallæger på ophold i Rwanda for at deltage i både teoretiske og især praktiske dele ville Travel to Teach hjælpe med at komplettere uddannelserne. Med tiden skulle det skabe bæredygtige lokale speciallægeuddannelser, hvor rwandiske læger generation efter generation videreuddanner hinanden.

På trods af ihærdige forsøg har det ikke vist sig muligt at få midler via fonde til fortsat dækning af udsendelser. Affødt af den økonomiske situation har vi i projektet oplevet en opbremsning, der har inspireret os til at evaluere og nytænke projektet. Dette har ført til en ny tilgangsvinkel, der ikke alene skal medføre større økonomisk bæredygtighed, men også til et bedre og mere helhedsorienteret projekt.

For et samfunds udvikling og velfærd er tilstedeværelsen af et velfungerende sundhedssystem afgørende. Læger er et fundamentalt og kvalitetssikrende element - og læger er der som nævnt mangel på. Vores reviderede projekt er en trestrengt strategi

med det fælles formål at imødegå lægemanglen.

Ved at påvirke de faktorer, der får læger til at flytte væk kan man være med til at imødegå manglen. Men hvilke faktorer er der tale om? En grundigere analyse af disse forhold foreligger desværre ikke, så vi handler delvist i blinde. Med en nærmere viden ville vores projekt - og måske andre - kunne tilrettelægges, så de mest hensigtsmæssige faktorer påvirkes optimalt. Vi kunne forøge projektets effektivitet og chance for at nå de definerede mål. Vores ønske er gennem anvendt forskning at kortlægge faktorer, der påvirker brain drain i Rwanda. Forskningen skal konkret finde sted i Rwanda, men de nærmere planer foreligger endnu ikke.

Arbejdsforhold samt et kollegialt og akademisk netværk, formoder vi, påvirker rwandiske lægers beslutning om at søge til udlandet. Disse områder bliver i Danmark i stor udstrækning varetaget af Lægeforeningen, men i Rwanda findes aktuelt ingen markant pendant hertil. Som organisation eksisterer Rwandan Medical Association, RMA, som består næsten udelukkende af den valgte bestyrelse. Foreningen har stort set ingen egentlige aktiviteter, men heldigvis flere engagerede og progressive medlemmer. Inspireret af denne situation ønsker vi at muliggøre kapacitetsopbygningen af RMA. Den danske Lægeforening har vist sig særdeles velvillig og positiv over for at deltage i denne proces. RMA er tilsvarende entusiastisk. I dette

forløb lægger vi vægt på, at organisationsopbygningen skal være styret lokalt fra Rwanda, der således definerer sine egne mål og fører dem ud i livet. Lægeforeningen og Travel to Teach bidrager beredvilligt med assistance, sparring og vejledning.

Det tredje ben af vores projekt er en fortsættelse af de nuværende udsendelser. Allerede nu bidrager disse på individplan som bekendt til udvikling og uddannelse. Yderligere giver de projektet en meget konkret og dagligdags facet, der til stadighed sætter rwandiske og danske læger i forbindelse med hinanden og dermed giver projektet mere nærvær og en bredere berøringsflade. Når midlerne tillader det, ønsker vi at fokusere på færre specialer, men til gengæld udsende "stafetter" af læger. Herved kommer undervisningen til at foregå mere kontinuerligt og med mulighed for en mere langsigtet tilrettelæggelse.

Udsendelserne har overordnet været en succes med store oplevelser for de involverede parter og positive tilbagemeldinger fra yngre læger i Rwanda. Naturligvis har en række vanskeligheder også vist sig. De kulturelle forskelle Danmark og

Rwanda imellem gør sig til tider gældende. Den form for planlægning og effektivitet, vi er vant til, findes ikke i Rwanda. Vi gør en stor indsats for at koordinere udsendelserne og klæde underviserne ordentligt på til opgaven, men både dette samt undervisningsfokus og -muligheder kan selvfølgelig forbedres. Vi arbejder allerede med vores partner i Rwanda på at optimere projektet på disse områder.

De tre aspekter, som nytænkningen af projektet har ført til, er således anvendt forskning om brain drain, kapacitetsopbygning af Rwandan Medical Association og fortsat udsendelse af speciallæger. Styringen af projektet vil i større omfang blive lokaliseret i Rwanda, og dermed håber vi på en stærk lokal forankring og ejerskabsfølelse blandt yngre læger i landet. Vi er spændte på at se synergieffekten af at spille på flere strenge, og imødeser desuden nye finansieringsmuligheder. Vi har store forhåbninger til vores nye strategi og glæder os til at føre den ud i livet!

Med denne udvikling af projektet har vi også brug for nye frivillige - så lad os høre fra dig, hvis du er interesseret!

Undervisning i Kigali, Rwanda - Indtryk fra en rejse 8.-23. november 2008

Af Michael Kosteljanetz, neurokirurg

Det startede med, at jeg faldt over en artikel om Travel To Teach i Ugeskrift for Læger for godt et år siden, i 2008, hvor erfarne læger kunne tage til Rwanda og undervise kommende speciallæger. Baggrunden var, at Rwanda i forbindelse med

folkemordet i 1994 mistede en stor del af deres sundhedspersonale, enten fordi de blev slået ihjel eller fordi de flygtede. Jeg og min kone, som er anæstesisygeplejerske, har altid ønsket at komme ud og hjælpe til, hvor der er behov for hjælp, men det er vanskeligt at få det indpasset ved siden af vores normale arbejde, mestendels fordi det

normalt kræves, at man er væk i længere perioder. Derfor passede dette projekt fint, fordi vi kunne nøjes med at være væk i få uger.

Når man er vant til at planlægge ting i god tid, kræver det særlige nerver, at alting sker i sidste øjeblik, og at nogle spørgsmål får man aldrig svar på, inden man tager af sted. Det gjaldt således nogle af de vigtigste spørgsmål: Hvad skulle jeg undervise i, for hvem, hvornår og hvor meget?

Meningen var, at vi skulle afhentes, men der var ingen for at modtage os. Heldigvis vidste vi fra andre, hvilket hotel, man benyttede, så vi tog derind med en taxa, og der var heldigvis bestilt værelse. Det var et ydmygt hotel, men utvivlsomt pænt efter afrikanske forhold, og der var altid rent.

Da jeg ikke blev hentet, vidste jeg heller ikke, hvem der var min lokale kontaktperson, men ved et tilfælde var Kristoffer Barfod fra organisationen med samme fly, fordi han skulle deltage i en undervisningskonference. Takket være ham kom vi i løbet af de næste dage i kontakt med de lokale kontaktpersoner og mandag morgen troppede vi så op på hospitalet til morgenkonference kl. 7:30. Den foregik for det meste på fransk, men de forstod engelsk. De vagthavende aflagde rapport under fremvisning af meget primitive røntgenbilleder, som jeg vil tro, de selv havde taget. De fleste tilfælde var traumer, dvs brækkede arme og ben, af og til hovedtraumer. Der blev stillet kritiske spørgsmål af seniorlægerne. Mandag var der grand round efter konferencen, hvor hele flokken af læger først gik i den akutte modtagelse, derefter til de akutte patienter og til sidst stuegang på den 60 seng store ortopædkirurgiske afdeling. De fleste

patienter blev behandlet for brud, mange lå med mere eller mindre improviserede stræk. Der var også nogle patienter med grimme brandsår og grimme åbne brud og nogle inficerede. For mig, der var novice i Afrika, gjorde det et stort indtryk. Der var en kvalm lugt af inficerede sår, fordi sårene ikke blev skiftet i weekenden, patienterne lå tæt ofte direkte på madrassen og med et tæppe over sig.

Det var planen, at jeg skulle undervise hver eftermiddag, men det lykkedes sjældent. Dels havde de dobbelbooket, idet der var en anden underviser, som underviste samme hold på samme tid i anatomi, dels var mødedisciplinen ikke optimal. Inden vi var blevet samlet og havde fundet bærbar computer og projektor frem, var der nemt gået en time.



Én dag deltog jeg i en operation. En lille pige på fem år havde en tumor i lillehjernen. Jeg assisterede den lokale neurokirurg (til en befolkning på 10 millioner er der tre neurokirurger, hvoraf de to er til låns fra Cuba). Vi havde kun en grov tang til at fjerne tumor med, og det blev tiltagende vanskeligt,

som vi kom længere ind i hjernen, fordi vi kun havde en almindelig operationslampe. Operationen gik dog godt, og hun havde det godt bagefter.

Jeg kunne godt have tænkt mig lidt tættere kontakt med lægerne, men jeg tror det spillede en rolle, at jeg pga. mit speciale ikke havde samme hyppige kontakt med dem, som jeg ville, hvis jeg havde været ortopæd- eller abdominalkirurg og dermed hyppigere kunne operere sammen. Sprogbarrieren kan også have spillet en rolle. Som nævnt er min kone anæstesisygeplejerske. Hun blev hurtigt

indlemmet i anæstesiaafdelingen og arbejdede næsten hver dag på operationsgangen. Det var en stor oplevelse for hende.

Det er svært at sige, hvor nyttigt vores besøg var. De takkede mig mange gange, da jeg rejste! Jeg har mange ideer til, hvorledes et ophold kunne forbedres bl.a. med mere bedside undervisning, hvilket der ikke var interesse for - i al fald ikke i neurokirurgi. Det vil dog kræve en del samarbejde og en væsentlig bedre logistik og mødedisciplin.

