

Humanitære utfordringer ved inngangen til et nytt årtusen



Kommentar
og debatt

Humanitær bistand har endret karakter i løpet av 1990-årene. Konflikter finner oftere sted mot en bakgrunn av kronisk fattigdom, anarki og kaos i land som preges av sammenbrudd innen statsapparatet, hjelpearbeidere er mer utsatt for voldshandlinger enn noen gang, og mens antall flyktninger og internt fordrevne har økt dramatisk, er det en merkbart givertrethet blant internasjonale donorer. Militær bistand knyttet til humanitære hjelpeaksjoner har vært nødvendig i mange tilfeller for overhodet å få frem hjelp, men graden av militært engasjement og mulige langsiktige skadevirkninger for det humanitære hjelpearbeidet er for tiden hete diskusjonstemaer i det internasjonale humanitære samfunn.

28. juli 2001 var det 50 år siden FNs flyktningkonvensjon ble vedtatt (1). Det kan være en passende anledning til å stoppe opp og reflektere litt omkring de endringene i det internasjonale humanitære hjelpearbeidet vi har sett utvikle seg de siste årene. Ikke minst gjelder det vanskelighetene som er forbundet med å overholde nøytralitet og upartiskhet i nødssituasjoner som i økende grad krever militær bistand, enten i form av beskyttelse av den humanitære innsatsen eller direkte intervensjon, som f.eks. i Kosovo.

Nødhjelpsoperasjoner i 1990-årene

Etter murens fall har det internasjonale humanitære samfunnet fått tilgang til «nye» sivilbefolkninger i krigs- og katastrofeområder. I 1980 var antallet flyktninger som var avhengig av internasjonal bistand ca. fem millioner, i 1995 var antallet 27 millioner. Dette har senere gått noe ned og var på omkring 14 millioner i 1999. I tillegg kommer ca. 20 millioner mennesker som er berørt av interne forflytninger – flyktninger i eget land.

Det kan ikke understrekes nok at konflikten har endret karakter. Hele vårt apparat av internasjonale lover og konvensjoner som skal beskytte sivilbefolkningen, bygger på forutsetningen om at man har med stater og regjeringer å gjøre, ikke anarkistiske lokale krigsherrer og barnesoldater som terroriserer sivilbefolkningen og gjerne skyter på FN og Røde Kors (2). Og flyktningstrømmene er ikke lenger bieffekter av konflikten, men er i mange tilfeller sentrale for krigens mål og taktikk. Humanitær bistand til flyktning-

Berit Olsen
Pilestredet 29A
0166 Oslo

ger er, som et resultat av dette, ikke lenger nødvendigvis en nøytral handling som står over konflikten dynamikk. Humanitær hjelp kan også utilsiktet komme til å forlenge konflikten ved å underholde dem som øver vold mot menneskerettighetene ved å og underminere lokal selvoppholdelse.

Mens det internasjonale humanitære hjelpearbeidet, slik vi kjenner det, har sprunget ut av og derfor naturligvis egner seg best for nødhjelpssituasjoner som er forårsaket av naturkatastrofer som jordskjelv og tørke, så er hovedtyngden av nødssituasjoner i dag forårsaket av politiske konflikter. Mange av disse konfliktenes omtales, urettmessig etter min mening, som etniske konflikter, når det som mer enn noe annet karakteriserer situasjonen er statens sammenbrudd. Poenget er at når staten ikke lenger kan beskytte enkeltindividet, faller det tilbake på den/de grupperingene individet i siste instans tror vil beskytte det.

Det største antallet flyktninger i dag er ikke de som har krysset internasjonale grenser og slik sett kommer inn under det internasjonale avtaleverket om flyktninger, men folk som er fordrevet internt i sitt eget land. Disse er ikke flyktninger etter internasjonal lov, og humanitær bistand forutsetter samtykke fra den selvsamme regjeringen som gjerne er part i konflikten (3).

Operasjon Restore Hope i Somalia markerte et veiskille i internasjonal humanitær bistandspolitik. For første gang ble en militær FN-styrke satt inn på en nasjonalstats område for å gjøre det mulig å yte humanitær bistand til denne nasjonalstatens innbyggere.

Militære humanitære intervensjoner

De militære luftslippene med mat til kurderne i Nord-Irak i 1991 viste tydelig hvilken rolle det militære kan spille i nødhjelpsoperasjoner. Og det vil sannsynligvis alltid være slik at det militære på kort sikt er mer effektivt som nødhjelpsforsyner i stort monn enn det humanitære apparatet. Mange ser derfor de militæres nye rolle i nødhjelpsarbeid som et stort gjennombrudd som dramatisk kan bedre muligheten for å få frem hjelp. Man undervurderer kanskje risikoen for at huma-

nitær bistand blir en del av den politiske prosessen. Et lands militære ressurser vil imidlertid alltid være underlagt partipolitisk kontroll, og man kan derfor ikke regne med at de alltid vil være betingelsesløst tilgjengelige for humanitær innsats, uavhengig av konfliktens politiske dimensjoner. Tradisjonell humanitær tenkning tilsier at prinsippet om nøytralitet og upartiskhet gjør at humanitær bistand må skilles fra ethvert forsøk på å løse konflikten, mens det vi har sett utvikle seg i løpet av 1990-årene, er at humanitære behov i komplekse nødssituasjoner i økende grad søkes løst ved hjelp av polititiske virkemidler, inklusive militære intervensjoner. I denne situasjonen er det verdt å overveie om de har rett, de som hevder at en sammenblanding av humanitære og militære intervensjoner ikke vil være reversibel når den først er innført, og at en utvisking av forskjellene mellom militære og humanitære aktører i nødhjelpsarbeidet på lengre sikt vil kunne undergrave muligheten til å komme i kontakt med ofrene på fredelig vis (4–7).

I dag har vi en situasjon hvor forkjemperne for de klassiske humanitære prinsippene, i første rekke den internasjonale Røde Korskomiteen, og politiske aktører med humanitær bistand som ett av flere tilgjengelige virkemidler, fungerer side ved side i konfliktsituasjoner. Vi kan stå foran et paradigmeskifte (8).

I en kronikk i Aftenposten nylig skriver direktør Sverre Lodgaard ved Norsk utenrikspolitisk institutt at det fortsatt er langt frem til en internasjonal norm som beskytter individer mot overgrep fra egen regjering, og at det inntil videre ikke er noen systematikk og forutsigbarhet i det internasjonale samfunns forsvar for mennesker i livsfare (9).

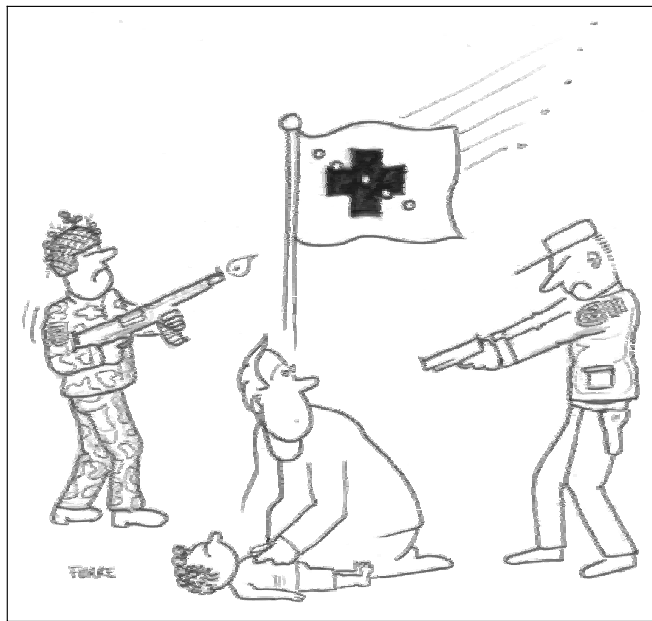
Økt vekt på dokumentasjon og minstestandarder

Med økende grad av kompleksitet i konflikten kommer større behov. Det er ikke nok bare å gi overlevelseshjelp inntil samfunnet er stablet på beina igjen, slik den klassiske situasjonen etter naturkatastrofer har vært. Nå er situasjonen den at et samfunn skal bygges opp fra grunnen av, med vekt på både fysiske og psykiske aspekter. Ofte er det behov for stor bistandsinnsats. I tillegg tar det lang tid å redusere konfliktnivået, og det kan være behov for å stasjonere internasjonale fredsbevarende styrker i området for å holde de stridende parter fra hverandre. Økonomisk er det snakk om helt andre behov enn tidligere.

Til og med da innsatsen var på sitt høyeste, i 1994, utgjorde humanitær hjelp en svært liten andel av verdensøkonomien, 0,03 % av verdens «bruttonasjonalprodukt», eller

mindre enn 1 % av verdens forsvarsutgifter samme år. Den totale verdensomspennende kostnad for å oppfylle basale sosiale behov er beregnet til 20 milliarder amerikanske dollar per år, det tilsvarer kostnaden ved Gulfkrigen i to uker (10). OECD-landene bidrar i dag med over 80 % av den humanitære responsen. Uten en endring i politisk vilje i de største giverlandene er det usannsynlig at vi kan vente noen økning fra dagens bidragsnivå. Nye giverland må melde seg hvis dagens tendens til stadig dårligere behovsdekning skal snus.

Givertretthet og økte krav fra donorene har skjerpet konkurransen om midlene og ført til en utvikling av den mer «byråkratis-



ke» siden av hjelpearbeidet: Velskrevne prosjektplaner med innbakt monitorering og effektevaluering. De store humanitære ikke-statlige hjelpeorganisasjonene overgår i dette henseende FN-organisasjonene. Som et svar på kritikken av humanitær bistand har flere organisasjoner gått sammen om å utvikle etiske og faglige minstestandarder for arbeidet. SPHERE-prosjektet har trukket opp minimumsstandarder for vannforsyning, sanitærforhold, ernæring, planlegging av leirer og helsetjenester, samt indikatorer for objektiv resultatbedømmelse (11). Dette er en riktig og nødvendig utvikling, tatt i betraktning de store behovene og de begrensede resursene. Men det er åpenbart at dette utfordrer den altruistiske amatørånden i mange organisasjoner. Spesielt de franskinspirerte humanitære hjelpeorganisasjonene har stilt seg kritisk til slik «A4-tenkning». De hevder at arbeidssituasjonen nå er så vanskelig og utrygg i mange konfliktsituasjoner at det er urimelig å stille betingelser som krever flere hjelpearbeidere (4).

CNN-effekt og bistandsturisme

Det er altfor lett å harselere over mediernes innflytelse på politikk og bistand. Selvsagt kan man ikke alltid unngå snev av vel-

berget kikkermentalitet, og selvsagt øker faren for raske og dårlig planlagte intervensjoner med stor grad av fare for de involverte, men oftere har vi sett at mediene stimulerer til handling og fungerer som vitne om brutale brudd på elementære menneskerettigheter. Derfor er samarbeid med mediene for å øke beskyttelsen av de nødstedte blitt en helt vesentlig komponent i alle humanitære kriser.

Helseproblemer

Dødeligheten forbundet med tvungne folkeflytninger er høy. For eksempel var dødeligheten blant de en million flyktingene som strømmet ut av Rwanda og inn i den østlige delen av Zaïre i 1994 mer enn 30 ganger så høy som den var før konflikten. Vanligvis er imidlertid tendensen at dødeligheten blir underestimert, fordi dødsfall ikke blir rapportert og befolkningsestimater overdrevet. Dødeligheten i akutte nødhjelpssituasjoner blir uttrykt i CMR (Crude Mortality Rates) – antall døde per 10 000 per dag. En CMR over 1 er definert som forhøyet.

De intervensjoner som vil forebygge flest dødsfall er enkle tiltak – minst 2 000 kilokalorier per person per dag, tilstrekkelige mengder mikronutrient, spesielt vitamin A og C, tilstrekkelige mengder rent vann, adekvat ly og sanitæranlegg. Andre essensielle elementer i et helseprogram inkluderer et enkelt overvåkingssystem, meslingvaksinasjon av alle barn mellom seks måneder og

fem år, kontroll av diaré sykdommer med perorale saltløsninger, epidemiberedskap, kurativ virksomhet etter standard behandlingsprotokoller, essensielle legemidler, et henvisningssystem og opplæring av lokale helsearbeidere. I noen tilfeller vil det også være behov for selektive ernæringsprogrammer (10, 12). Men fortsatt finnes eksempler på at det blir satt opp svære feltsykehus og iverksatt behandling av innlagte pasienter uten at basale samfunnsmedisinske funksjoner er på plass.

Mens folkehelsen er dramatisk bedret det siste hundreåret i store deler av den industrialiserte verden, er den truet av forverring i mange utviklingsland, hvor staten i økende grad trekker seg ut av helsetjenesten og overlater til privat sektor og ikke-statlige organisasjoner å fylle tomrommet. I de fattigste delene av Asia, Afrika og Latin-Amerika forverres folkehelsen av ressursmangel som følge av konflikter, gjeld og økonomisk marginalisering så vel som av feil ressursbruk og sviaktende utvikling. I årets katastroferapport fra Røde Kors (13) er situasjonen illustrert med følgende fakta:

– I lavinntektsland brukes gjennomsnittlig 1 % av BNP til helseformål, mot 6 % i høyinntektsland.

– Hver dag blir mer enn 15 000 mennesker smittet med HIV/AIDS, halvparten av disse er under 25 år.

– Over 40 % av verdens befolkning bor i malarisatte områder.

– 500 millioner mennesker som lever i dag, vil dø av tobakksskader.

– En kvinne dør av svangerskapsrelaterte årsaker for hver 100. fødsel i deler av Afrika sør for Sahara.

– Ca. 150 millioner mennesker har dødd av AIDS, tuberkulose og malaria siden 1945 – sammenliknet med 23 millioner pga. krig.

– Verdens militærbudsjetter var i 1995 på 864 milliarder amerikanske dollar – til sammenlikning ble det brukt 15 milliarder dollar på forebygging og kontroll av AIDS, tuberkulose og malaria.

– De fleste av de 13 millioner årlige dødsfall som skyldes smittsomme sykdommer, kunne vært forebyggt for fem dollar per person.

– Bare 2 % av all global offentlig og privat biomedisinsk forskning går til de store folkesykdommene i utviklingslandene.

Helsetiltak som fredsbyggende mulighet

I tråd med den generelt økte interessen for internasjonal konfliktforebygging har vi fått økt oppmerksomhet omkring og interesse for helsetiltak som en mulig kanal innenfor det som kalles «multi-track diplomacy». Helsetjenester blir oftest oppfattet som nøytrale av de stridende parter, og slike aktiviteter kan derfor hensiktsmessig benyttes i det tillitsskapende arbeidet. Helsetiltak i konfliktområder kan initiere og fremme fred gjennom konflikthåndtering, solidaritet med lokale helsearbeidere, styrking av viktige samfunnsstrukturer, offentlig debatt og gjennom å minske krigens destruktivitet (14). Siden 1985 har det vært iverksatt midlertidig humanitær våpenstillstand, bl.a. i vaksinasjonsøyemed, i en lang rekke konflikter. Det ble f.eks. oppnådd enighet mellom Taliban og Nordalliansen i Afghanistan om våpenhvile 15.–17.3. 2001 for å gjennomføre poliovaksinasjoner. I tillegg til de positive og målbare helseeffektene er det klart at verdien av disse våpenhvileinitiativene langt overstiger de spesifikke helseintervensjonene de muliggjør. Denne erkjennelsen ligger bak WHO-programmet «Health as a bridge to peace», der man forsøker å integrere fredsskapende tenkning, strategi og praksis i helsemessig nødhjelp og utviklingsarbeid (15). Det er nok riktig å si at bruken av helse som virkemiddel i fredsarbeidet fortsatt er på utviklingsstadiet, men tabell 1 (16) viser hvilke typer aktiviteter det kan være tale om.

Noen dilemmaer for det neste årtusen

Det er blitt en allmenn erkjennelse at også humanitær hjelp i en konfliktsituasjon er en politisk handling. Presset på nøytralitet og upartiskhet er økt i takt med denne erkjen-

Tabell 1 Helse som fredsskapende aktivitet. Omarbeidet etter (16)

Konfliktnivå	Mål	Mulige konfliktreducerende helseaktiviteter
Stabil fred	Fremme helse og fred	Fremme helse for alle, likhet, utvikling, menneskerettigheter Forhindre utvikling av inhumane våpen Hindre krig
Truende krise	Primærforebygging Forebygging at konflikter blir voldelige	Forutsi kilder til fremtidig konflikt Utvikle redskaper til beslutningsstøtte og kapasitetsbygging Overvåke helse og menneskerettigheter Styrke administrativ kvalitet
Voldsutbrudd	Sekundærforebygging Forebygging at vold/kriser utvikler seg til krig	Trene konfliktløsning Problemløsningsseminarer Øremerket forebyggende helsearbeid og økonomisk bistand Spesialutsendinger, megling, voldgift Aktivere regionale, internasjonale, sivile organisasjoner, humanitære hjelpeorganisasjoner og medier
Krig	Tertiærforebygging Begrense krigshandlingene Håndtere konflikter Få til fredsslutning	Fremme tillitsskapende tiltak Bibringe helsetjenester og humanitær hjelp Faglig samarbeid (epidemier, sanitærforhold) Koordinering av helse og humanitær bistand Overvåking av sanksjoner og liknende Grenseoverskridende overvåking av helsetrusler Utveksling av vaksiner og medikamenter Humanitære våpenhviler i forbindelse med vaksinasjonskampanjer Samarbeid mellom helseministerier
Etter krisen	Rehabilitering Sikre at fredsavtaler blir overholdt, konfliktløsning	Samarbeid om felles helseprosjekter Vektlegge fredsskapende kompetansebygging Rehabilitering av helsetjenester og helsepersonell Mental helse/funksjonshemninger Samarbeid om sosial, økonomisk, politisk, humanitær og helsemessig utvikling Demobilisering av militært mannskap

nelsen. Internasjonal humanitær hjelp kan opprettholde konflikten, men kan også brukes til å redusere spenningen og bidra til konfliktløsning. Men hvordan får man det til i praksis? Hvordan gå frem for å sikre legitimitet og ansvarlighet i assistansen til konfliktfylte samfunn?

Og hvordan skal det internasjonale humanitære samfunn tilpasse seg konfliktenes kroniske natur? Skal det fortsatt være førsteprioritet å dekke basale humanitære behov selv om denne hjelpen kanskje bare er en utsettelse, eller skal målsettingen heller være en bærekraftig utvikling?

De rene av hjertet vil si at humanitær hjelp er en menneskerettighet og at å øve vold mot denne retten er en krigsforbrytelse. Men sannheten er jo allikevel at ressursene ikke strekker til. Når vi ikke kan lindre det totale helvete – i situasjoner hvor regjeringen og hæren tar en hel befolkning som gisler og

overser de mest elementære internasjonale rettsregler – bør vi da prøve å hjelpe *litt*?

Finnes det situasjoner hvor det er rett å la være å gå inn? Det kan i så fall være fordi det er for farlig for hjelpearbeidernes sikkerhet, eller fordi vi ikke har tilstrekkelige ressurser, eller fordi vi rett og slett ikke forstår nok av konfliktens grunnlag til å kunne intervernere fornuftig? Etter naturkatastrofer er ikke slike spørsmål relevante, men i politiske konfliktsituasjoner er det nødvendig at det internasjonale samfunn har en gjennomtenkt strategi utover å lindre den umiddelbare nøden. Bare det at det er nødvendig å stille spørsmålet, antyder hvilket paradigmeskifte vi står foran.

I dag er det slik at bare 10 % av dem som bor i et annet land enn sitt opprinnelige hjemland, er flykninger etter flyktningkonvensjonens definisjon. De øvrige er såkalt «økonomiske flykninger». Migrasjon av

overlevelseshgrunner blir sett på med skepsis og indignasjon i den rike verden. Økende global økonomisk ulikhet bidrar til å forklare inndelingen av jorden i én fredelig sone og en sone i kaos. Professor i politisk økonomi ved London School of Economics, Robert Wade, skrev nylig i *The Economist*: «Spørsmålet er hvor mye mer ulik verdens inntektsfordeling kan bli før resulterende politisk instabilitet og folkeforflytning når det punkt at de direkte skader velferden for den rike verdens innbyggere. Før det punktet nås, bør vi mobilisere regjeringene, de multilaterale organisasjonene og de internasjonale ikke-statlige humanitære organisasjonene for å fastsette en mer lik inntektsdistribusjon i verden som overordnet prioritet, og ikke bare som nå: Færre mennesker i fattigdom» (17).

I en lederartikkel i *Lancet*, knyttet til flyktningkonvensjonens 50-årsjubileum, skriver Sally Hargreaves (18) at den fundamentale koblingen mellom helse og menneskerettigheter gir helsepersonell anledning til å spille en helt nødvendig rolle som talsmenn for flyktninger. Bruk av helse som plattform for å fremme positiv medieopp-

merksomhet og politisk oppmerksomhet omkring fordrevne er essensielt: De største utfordringene er ikke sykdom og død, men likegyldighet. Og heri ligger utvilsomt den største utfordringen.

Litteratur

1. UNHCR. State of the World's refugees 2000. www.unhcr.ch (18.5.2001).
2. Ignatieff M. Krigerens ære. Oslo: Geelmuyden Kiese, 1999.
3. Salama P, Spiegel P, Brennan R. No less vulnerable: the internally displaced in humanitarian emergencies. *Lancet* 2001; 357: 1430–2.
4. Pirotte C, Husson B, Grunewald F, red. Responding to emergencies & fostering development. The dilemmas of humanitarian aid. London: Zed Books, 1999.
5. Terry F. Military involvement in refugee crises: a positive evolution? *Lancet* 2001; 357: 1431–2.
6. MacFarlane N. Politics and humanitarian action. Occasional Paper # 41. The Thomas J. Watson Jr. Institute for International Studies, Brown University and the United Nations University, July 2000. www.reliefweb.int/(28.5.2001).
7. Chomsky N. The new military humanism. Lessons from Kosovo. London: Pluto Press, 1999.
8. Greenaway S. Post-modern conflict and humanitarian action: questioning the paradigm. www.jha.ac/articles/a053.htm (28.5.2001).

9. Lodgaard S. Hva har vi lært av konfliktene på 90-tallet? *Aftenposten* (morgenutgave) 29.5.2001.
10. Cahill KM, red. A framework for survival. Health, human rights and humanitarian assistance in conflicts and disasters. New York: Routledge, 1999.
11. The SPHERE project: www.sphereproject.org/ (18.5.2001).
12. Médecins Sans Frontières. Refugee health. An approach to emergency situations. London: Macmillan Education, 1997.
13. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. World Disaster Report 2000. Focus on Public Health. Genève: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2000.
14. MacQueen G, Santa-Barbara J. Conflict and health. Peace building through health initiatives. *BMJ* 2000; 32: 293–6.
15. WHO. Health as a bridge to peace. www.who.int/eha/disasters/bridge.shtml (18.5.2001)
16. Macinko J, Rodriguez-Garcia R, Omran AR, Waters WF, Finnemore M. A framework for health as a bridge for peace. I: Rodriguez-Garcia R, Macinko JA, Casas JA. From humanitarian assistance to human development. Washington D.C.: Pan American Health Organisation, 1998.
17. Wade R. Global inequality: winners and losers. *The Economist* 28.4.2001: 79–82.
18. Hargreaves S. Refugees: 50 years on. *Lancet* 2001; 357: 1384.

○

AnnONSE