

Bakterier, bomber og bistand

– om tuberkuloseepidemiens politiske liv i Orissa

Jens Seeberg

Statistik har, som videnskabsfilosoffen Ian Hacking overbevisende har dokumenteret, ændret vores måde at opfatte sociale hændelser på (Hacking 1991). Statistikens udsigelseskraft går tilbage til spaniernes folketællinger i Peru i 1548 og bredte sig blandt de europæiske kolonimagter som et velegnet redskab til at få overblik over koloniernes 'human resources' hvilket var udbytningsmæssigt interessant. Langt senere begyndte man også at tælle og klassificere folk hjemme i Europa, og i 1798 udgav skotten Sir John Sinclair sit banebrydende arbejde *Statistical Account of Scotland*, hvor han bl.a. beskrev, hvordan preusserne brugte statistik som et middel til måling af egen og fjenders militære magt. Sinclairs vision var at udvikle statistik som redskab til at måle befolkningers mål af lykke samt anviser måder til at øge lykken. Statistik blev en populær hobby i borgerskabet, samtidig med at enhver statsmagt med respekt for sig selv oprettede et statistisk kontor, og statistikken udviklede sig hurtigt som en ny måde at tænke på, en ny videnskabelig *ræsonneringsstil* (Hacking 1992). I begyndelsen af det 19. århundrede begyndte man at undersøge ikke bare lykke men også lidelsers statistiske mønstre og mulige lovmæssigheder, og lægen J.-P. Falret udarbejdede en liste over prædisponerende, udløsende, indirekte og generelle årsager til selvmord (Hacking 1991). Foruden at lægge navn til 'Falret's syndrom' indenfor psykiatrien tog han således et banebrydende epidemiologisk skridt ved at sammenkæde optælling af fænomener med årsagsforklaringer.

Udviklingen af statistikken gjorde tal særdeles vigtige i politiske sammenhænge; det er næppe tilfældigt, at epidemiologi som en decideret statistisk domineret videnskabelig disciplin måske er den gren af medicinen, som tillægges størst politisk relevans. Det er ikke sygdommens kliniske manifestation i sig selv, der afgør, om man taler om en epidemi men derimod dens omfang og spredningstakt. Derfor ved man ikke, om der er tale om en epidemi, før eksperter har *konstrueret* den som en sådan ved hjælp af en kombination af statistiske målinger baseret på demografisk og medicinsk viden. Det er man interesseret i, ikke primært af hensyn til den individuelle patient (som jo i princippet som regel kunne blive behandlet som patient relativt uafhængigt af sygdommens spredning, hvis der ellers er adgang til behandling), men derimod af samfundsmæssige og dermed politiske grunde. Alvorlige epidemier truer den politiske enhed, uanset om denne kan afgrænses til skolen, landsbyen, byen, øen, nationen, regionen eller hele verden, fordi de spreder frygt, somme tider ligefrem panik, etablerer syndebukke og fremkalder nødret og selvtægt. En epidemi er en politisk affære, fordi dens konstruktion er tæt knyttet til behovet for politisk handling, uanset at den politiske magt i visse tilfælde er institutionaliseret og uddelegeret til medicinsk dominerede politisk-administrative aktører som eksempelvis i Danmark Sundhedsstyrelsen og embedslægeinstitutionen.

Den politiske håndtering af epidemier kan ikke altid adskilles fra andre politiske dagsordener, som den konkurrerer med. Epidemiers politiske slagkraft varierer, afhængigt af omfang og alvor, som disse etableres og beskrives af epidemiologien. Ofte kan der opstå en konflikt mellem hensynet til den enkelte patients interesser og andre hensyn typisk hensyn til de ikke-smittede i en befolkning. Konflikten kan give sig udtryk i isolation af de smittede i særlige lejre, og i særligt grelle (men ikke sjældne) tilfælde er den blevet udtrykt i behovet for at definere en syndebuk, som når en person 'mistænkt' for at være smittet med HIV slås ihjel socialt og/eller fysisk i en landsby. Sådanne makro- eller mikro-politiske tiltag møder til tider modstand både fra de patienter, som skal underlægge sig omverdenens krav, og fra de læger og sygeplejersker som er ansvarlige for den enkelte patients behandling.

Tuberkulose var gledet ud i periferien af det globale politisk-epidemiologiske landkort, fordi sygdommen stort set var forsvundet i den vestlige verden i takt med bedre levevilkår og boligforhold i løbet af det tyvende århundrede. Men selv her ændrede fremkomsten af AIDS i begyndelsen af 1980'erne dette billede, og med AIDS-epidemiens pandemiske omfang fulgte også en ny TB-epidemi. TB er en sygdom, der er latent til stede i kroppen hos mange, og som blandt andet

kan bryde ud som følge af et svækket immunforsvar, og det stigende antal AIDS-patienter udgjorde et gunstigt økosystem for *Mycobacterium tuberculosis*. Alene i USA øgedes antallet af TB-patienter med 20% i perioden 1985-1991, og i 1993 søgte Verdenssundhedsorganisation WHO at skabe politisk opmærksomhed om sygdommen ved at erklære, at TB udgjorde en global nødsituation (emergency). Det var derfor helt i tråd med denne nye opmærksomhed om den globale TB-situation, da det i 1996 blev foreslået, at man baseret på de gode erfaringer fra Danidas spedalskhedsprogram i Indien, DANLEP, skulle udvikle et TB-projekt sammesteds. Spedalskhed kunne forudses at skulle udfases ikke bare som sundhedsprojekt men som et højt prioriteret sundhedsproblem i takt med, at sygdommen blev 'elimineret'¹, og TB lignede spedalskhed på en række områder: sygdommen var stigmatiseret, tilfældene fremstod for befolkningen som sporadiske enkelttilfælde, den spredte sig langsomt ved beslægtede bakterier, og behandlingen var relativt langvarig. Samtidig havde man på TB-forskningscentre i Indien udviklet, hvad der skulle blive til WHO's globale TB-kontrolstrategi, DOTS, og det var vigtigt at få praktiske erfaringer med implementering af strategien i felten. Men TB er en alvorlig sygdom, og ligesom den spreder sig langsomt, er det også et langt sejt træk at iværksætte effektiv sygdomsbekæmpelse. Der var enighed om, at det skulle være et langsigtet projekt, og en 15-årig horisont blev anset for at være realistisk, hvis projektet skulle kunne gøre en forskel.

Denne artikel handler om Danidas tuberkulosekontrol-projekt i Orissa i Indien, som blev afsluttet med udgangen af 2005². Projektet blev fra sin start og indtil 2003 opfattet som en af Danidas klare successhistorier. Man havde formået i løbet af få år at etablere et stærkt TB-kontrol-program lokalt i Orissa med kapacitet til også at bidrage væsentligt til udvikling af Indiens nationale TB-kontrolprogram. Der var enighed om, at projektet måtte være langsigtet for at kunne indfri det løfte, den vellykkede start af projektet rummede. Denne artikel undersøger den politiske dynamik, der førte til, at projektet alligevel blev lukket med udgangen af 2005, til trods for at der på det tidspunkt stadig var hundredtusindvis af TB-tilfælde i Orissa med akut behandlingsbehov.

DOTS

I sammenhæng med WHO's bestræbelser på at flytte TB højere op på den internationale politiske dagsorden udviklede man DOTS som en global strategi for TB-behandling. DOTS står for 'Directly Observed Treatment – Short Course' og er et akronym for en TB-kontrolstrategi, der består af fem komponenter, som alle

anses for nødvendige forudsætninger for vellykket TB-kontrol (World Health Organization 2007), nemlig:

Politisk opbakning – her henvises primært til WHO's rolle i forhold til at overbevise regeringer om, at DOTS er den bedste strategi til global TB-bekæmpelse; men de politiske systemer skal også sikre intern opbakning på alle niveauer, for at strategien kan gennemføres.

Diagnose ved hjælp af mikroskopi – det indebærer, at mikroskopisk undersøgelse af slim med henblik på at finde lungetuberkulose, som er den hyppigste form samt den, der smitter gennem dråbeinfektion, er det primære diagnostiske mål. Mikroskopet erstatter den dyrere røntgenundersøgelse, som kun bruges til tilfælde, hvor der ikke findes TB-bakterier i slimmen, men hvor sygehistorien og det kliniske billede alligevel tyder på, at der er tale om TB.

Tilstrækkelig forsyning af den nødvendige medicin – dette er en stor logistisk opgave, fordi medicin til hele behandlingsforløbet, dvs. minimum seks måneder, skal være tilgængeligt for hver enkelt patient selv i landsbyer fjernt fra den nærmeste sundhedsklinik.

Direkte observeret behandling – det indebærer, at patienten tre gange om ugen i behandlingens vigtige intensive fase, som strækker sig over to måneder, møder op og sluger sin medicin hos en person (en DOT Provider, DP) indenfor en overskuelig afstand. Dette noget formynderiske skridt blev indført for at øge, hvad læger kalder 'compliance', dvs. patientens overholdelse af den foreskrevne behandling, ikke mindst fordi for tidligt ophør med behandlingen øger risikoen for udvikling af resistent TB, som ikke kan behandles med den kombination af medicin, der indgår i DOTS-programmet.

Ansvarlighed – her sigter man primært på de ansatte i sundhedssystemet, der skal være ansvarlige overfor DOTS-strategien, ikke mindst hvad angår det omfattende monitoreringssystem, som skal sikre en nøje overvågning af epidemien og af behandlingsstrategiens samlede effekt.

Det er ikke stedet her at give en grundig indføring i DOTS i praksis. Der er ingen tvivl om, at DOTS kan ses som en medicinsk teknologi i Foucaults forstand. Men den foucaultske (pan)optik er måske mindre velegnet til at forholde sig til, at mil-

tioner af mennesker, som i udgangspunktet er frataget de mest basale rettigheder og fornødenheder inklusive adgang til uddannelse og sundhedsfaciliteter i kraft af paternalistiske og kontrollerende teknologier som DOTS, sikres adgang til en kurativ behandling for en sygdom, de ellers med stor sikkerhed ville dø af. Farmers begreb om 'strukturel vold' synes mere relevant. Farmer påviser gennem talrige eksempler, hvorledes fattige nægtes adgang til behandling for især AIDS og TB som konsekvens af beslutninger, der oftest træffes af beslutningstagere på stor afstand af den sociale virkelighed, hvor sygdommene eksisterer, og hvor dét at stille eksisterende effektiv behandling til rådighed for de fattige, der er mest udsatte for infektionssygdomme, ofte har lav prioritet i mere eller mindre anonyme serier af bureaukratiske beslutninger (Farmer; Farmer 2003). Farmer kritiserer også DOTS-strategien fordi, som han viser, dens status som global strategi indebærer systematisk anvendelse selv i kontekster, hvor den ikke er tilstrækkelig. Det var næppe tilfældet i Orissa, hvor alternativet i vid udstrækning var 'ingen behandling', men hvert af de fem elementer har sine egne problemer og udfordringer. Disse indebærer ganske omfattende aktivitet i et projekt som DANTB – for ikke at tale om et land som Indien. I kraft af DANTB-projektet var Orissa blandt de første delstater, hvor DOTS gradvist blev implementeret distrikt for distrikt med start i 1997; i 2005 var DOTS-strategien implementeret i hele Indien, jf. den indiske regering (www.tbccindia.org).

Orissa og TB

Orissa er en af Indiens fattigste delstater og passede derfor fint både med Danidas daværende fattigdomsorientering og med den indiske regerings vurdering af, at der her kunne være særlige problemer med implementering af den komplicerede DOTS-strategi (Gericke, Kurowski et al. 2005) i et ikke specielt velfungerende sundhedssystem. Derfor var der enighed om behovet for eksterne ressourcer samt god brug for erfaringerne fra Danidas spedalskhedsprojekter. En stor del af befolkningen hører til de såkaldte 'scheduled castes' og 'scheduled tribes'. De udgør hhv. 16,5% og 22,1% af befolkningen (Census of India 2001) og hører til de absolut fattigste befolkningsgrupper i Indien. Orissa er kendt for sine mange lokale etniske grupper ('tribes'), der foruden at arbejde som daglejere i miner og plantager bebor bjergområderne langs delstatens grænser. Her er der ofte kun adgang til sundhedsydelse og grundskoleuddannelse, hvis en NGO har etableret sig i området. 46% af befolkningen er analfabeter; blandt kvinder er tallet 57% (Census of India 2001), og i nogle områder med mange scheduled tribes er tallet over 90%

(Addlakha and Seeberg 2005). Fattigdom er udpræget, og der er hvert år rapporter i lokale aviser om dødsfald som følge af sult og underernæring. En fattigdomsrelateret sygdom som tuberkulose har i almindelighed gode vilkår, og man regnede i 2003 med, at der blandt Orissas dengang ca. 36 millioner indbyggere var omkring 600.000 TB-tilfælde, at der kom 80.000 nye til om året, og at sygdommen resulterede i 19.000 dødsfald alene det år.³ Indførelsen af DOTS havde med den forbedrede adgang til diagnostik medført, at langt flere TB-tilfælde nu blev registreret, og ingen var i tvivl om, at TB kunne beskrives som værende epidemisk.

DANTB og stammefolkene

Det var et hold entusiastiske lokale Danida-rådgivere og field officers, som etablerede DANTB-projektet i 1997. Man havde helt bevidst valgt at starte i tre distrikter med overvægt af registrerede stammebefolkninger og herefter gradvist udvide operationsområdet, efterhånden som den nødvendige lokale ekspertise blev opbygget. Vægten var i starten på infrastruktur og medicin samt træning af de mange DOT providers, disses supervisorer, laboratorieteknikere, der skulle lære TB-mikroskopi og mange andre. Baseret på erfaringerne fra DANLEP udviklede man også en stærk sundhedsoplysningskomponent for at opnå, at folk med kronisk hoste selv opsøgte det lokale TB-center.⁴ Projektets kreative kraft, Santa Raye, brugte dukketeater og gadeteater, folkedans, historier i udskårne tableauer og billedpjecer for at nå ud til mange, der ikke kunne læse og skrive, og hun ruskede op i lokale sociale hierarkier ved at lave 'interaktionsmøder' mellem sundhedspersonale, landsbyboere og patienter, hvor alle sad på jorden og spiste fælles mad, mens de diskuterede forskellige perspektiver på problemer i behandlingen. Strategien var succesfuld; i hvert fald kunne man i 2003, hvor programmet var udvidet til at omfatte 14 af de i alt 30 distrikter i Orissa registrere, at man i projektets levetid havde øget 'case detection' – programmets evne til at identificere TB-tilfælde – hele otte gange, og at 66% af patienterne var fra scheduled tribes.⁵

Malkangiri-projektet

I den sidste del af projektets levetid blev det besluttet at undersøge, hvordan DANTBs erfaringer med at give bedre TB-behandling til stammefolk havde fungeret, og om man på den baggrund kunne udvikle en sundhedspolitisk strategi, som også kunne bruges i andre, lignende dele af Indien (DANTB 2005). Ét distrikt var særligt marginaliseret i Orissas politiske økonomi og – geografi, nemlig

Malkangiri. Dette sydlige distrikt i Orissa er et af de absolut fattigste i Indien, men selv indenfor distriktet er der stor forskel på center og periferi. Her finder man et område, der officielt betegnes 'the Cut-off Area' (Addlakha and Seeberg 2005, Sainath 1998). Området er afskåret af Balimela-dæmningen, som blev bygget i 1962 med støtte fra Sovjetunionen som en del af den indo-sovjetiske satsning på sværindustri. Et stort område beboet af Kondh- og Paraja-folkene blev oversvømmet, og mange blev fanget på et stort stykke land mellem den nye sø mod sydvest og bjergene, som afskar dem fra omverdenen på alle andre sider. I 2005 boede 35-40.000 mennesker i dette område, hvor der var meget ringe adgang til uddannelses- og sundhedsfaciliteter. Der var eksempelvis ingen læger i området, men lokale uuddannede behandlere købte medicin på regeringens lille apoteksudsalg og solgte det videre til patienter baseret på en pragmatisk diagnostik samt ikke mindst på udbud og efterspørgsel. Det tog fire timer at sejle over søen til den nærmeste lille by, Chitrakunda, og det lod sig ikke gøre at sejle frem og tilbage på den samme dag, hvis man også havde et ærinde (Panigrahi 2005). Hvis det via en DANTB-intervention og på trods af den gennemgribende strukturelle vold, som udgjorde et hverdagens livsvilkår her, kunne lade sig gøre at etablere adgang til tuberkulosebehandling og primær sundhedstjeneste, kunne man med rimelighed antage, at modellen også kunne bruges andre steder.

Projektet iværksatte en række undersøgelser, der bl. a. viste, at sundhedspersonale på alle niveauer var 'udefra' i forhold til deres patienter – de tilhørte ikke de lokale etniske grupper. Der herskede udpræget mistillid og miskommunikation mellem patienter og behandlere, og for patienterne var det ofte allersidste udvej at benytte sundhedssystemet. De kom for sent, og når de endelig kom, blev de behandlet dårligt og blev bekræftet i, at de lige så godt kunne have holdt sig væk, selv hvis der var tale om livstruende sygdom (Aarhus 2005). Da TB-behandling i vid udstrækning var integreret i det almindelige behandlingssystem, var diagnostik og behandling af TB lige så ringe som diagnostik og behandling af alle mulige andre sygdomme. Den sociale afstand mellem systemet og de lokale befolkninger var så stor, at der ikke var nogen forskel i sundhedstilstand for landsbyboere i det afsides Cut-off Area og i landsbyerne i nærheden af hospitalet i Chitrakunda (Sahu, Satapathy et al. 2005). Hvis TB-kontrolprogrammet skulle kunne fungere, skulle man altså både løse fysiske og sociale adgangsproblemer i det lokale sundhedssystem som helhed. På baggrund heraf blev en sundhedsintervention defineret, som bestod af fire komponenter: identifikation og træning af i alt 235 landsbyboere blandt de lokale 'stammefolk' samt udvikling af et patientkort (det kort hvor en DOT Provider krydser af, om patienten har taget sin medicin, og som udgør

det yderste led af hele TB-monitoreringssystemet) baseret på piktogrammer, så også analfabeter kunne bruge det; ansættelse af fire 'Tribal Area Supervisors' som kunne supervisere og støtte de lokale DPs; etablering af lokale 'centre' hvor man kunne opsamle slimprøver, der efterfølgende skulle sendes til mikroskopi, og endelig workshops i 'kultur og kommunikation' for det almindelige sundhedspersonale, hvor lokale landsbyhealere også indgik som resource-personer og undervisere (Addlakha og Seeberg 2005). Projektet omfattede en stor del af Malkangiri – der var også andre svært tilgængelige steder end området bag søen.

Da projektet blev evalueret efter cirka seks måneder, var det klart, at tilgængelighed til sundhedsvæsenet i almindelighed og til TB-behandling i særdeleshed var blevet dramatisk forbedret (Addlakha, Seeberg et al. 2005). Afstanden til DP var forbedret, så 66% af patienterne nu havde mindre end fem minutters gang til behandleren, som var en person, de i forvejen kendte fra landsbyen, og 83% af patienterne fik DOTS-behandling (ibid.). Imidlertid skulle DANTB-projektet lukkes ned før tid, og selvom regeringen i Orissa var positiv overfor projektet, var det uklart i hvilket omfang, det ville lykkes at sikre ubrudt adgang til TB-behandling i Orissa. Årsagen til lukningen af projektet havde ikke noget med tuberkulose at gøre. Tuberkulose-epidemiens politiske vægt i bistandssamarbejdet mellem Danmark og Indien var pludseligt blegnet i sammenligning med andre politiske dagsordener.

Bomben under bstanden

Dansk udviklingsbistand til Indien går tilbage til 1963, og selvom forskellige danske regeringer har haft forskellige syn på udviklingsbistand, var der aldrig for alvor blevet stillet spørgsmålstegn ved, om den var berettiget eller ej før i begyndelsen af 1990'erne, hvor bl.a. Agnethe Laustsen (K) med henvisning til det indiske militærbudget argumenterede for, at man skulle ophøre med støtten til Indien (Laustsen 1992). Der var få fortalere for det indiske militærbudget, og synspunktet fandt delvis opbakning. Der var imidlertid med henvisning til Indiens mange fattige ikke politisk flertal for at bringe samarbejdet til ophør, og Nyrup-regeringen besluttede i 1995 at fortsætte samarbejdet med Indien men skiftede fokus fra nationalstaten til specifikke delstater (Schaumburg-Müller 2006). Dette gav også god mening på grund af landets og befolkningens størrelse, og beslutningen om at starte tuberkuloseprojektet i Orissa i 1997 passede fint ind i denne strategi, samtidig med at det markerede en Danida-interesse for at støtte den nyligt proklamerede globale krig mod TB, og lanceringen af DOTS gav projektet en meget håndgribelig planlægningsramme.

Men den politiske stemning i Danmark ændrede sig radikalt med Indiens atomprøvesprængninger i Thar-ørkenen i Rajasthan i maj 1998. Regeringer i hele verden tog afstand fra sprængningerne, og i Danmark genåbnedes den politiske debat om det rimelige i at have udviklingsprogrammer i Indien. Indien havde først gennemført tre atomprøvesprængninger den 11. maj, hvilket udløste et massivt pres på Nyrup-regeringen fra dele af oppositionen for at stoppe samarbejdet. Regeringen meddelte i første omgang, at bistanden skulle fastfryses på det daværende niveau på 190 mio. kr. i stedet for som planlagt at vokse til 300 mio. kr., men efter at Indien to dage senere gennemførte yderligere to atomprøvesprængninger, besluttede regeringen at stoppe alle yderligere udviklingsprojekter (Langager 1998). Situationen var politisk prekær, for, som mange udviklingsekspertter sagde, så var samarbejdet allerede målrettet ikke til den nationalistiske indiske regering, som havde gennemført atomprogrammet, men derimod til fattigdomsorienterede projekter i udvalgte delstater (Martinussen 1998; Schaumburg-Müller 2006). Hele affæren førte til en hektisk politisk aktivitet, hvor embedsmænd og politikere fik udviklet en kompromisformel, som foruden fortsættelse af sundhedsprogrammerne og erhvervssektorprogrammet, som dele af det danske erhvervsliv havde væsentlige interesser i, også rummede et program om støtte til 'sikring af menneskerettigheder og god regeringsførelse'. Dette danske indenrigspolitiske kompromis tillod fortsættelse af den fattigdomsorienterede bistand til udvalgte delstater, men det var sammensat uden involvering af den indiske nationalregering, som skulle godkende det. Komponenten om 'demokrati og god regeringsførelse' blev pure afvist som utidig indblanding i Indiens interne politiske anliggender, hvori- mod man fra indisk side gerne fortsatte samarbejdet om sundhed og erhvervsfremme (Schaumburg-Müller 2006). Hårdknuden kunne formodentlig være blevet løst, hvis man havde defineret den kontroversielle del af programmet som NGO-samarbejde (hvad det under alle omstændigheder ville være blevet), men i stedet fremstod pakken som et ultimatum, og resultatet blev en beslutning om at udfase al dansk udviklingsbistand til Indien med udgangen af 2008 (ibid.).

Panik før lukketid

I DANTB fulgte man selvsagt denne udvikling med spænding og nervøsitet, for projektet var kun lige startet og i fuld gang med at konsolidere sig i udvalgte 'stammedistrikter' i Orissa med henblik på at udvikle TB-kontrol for delstaten, ikke med henblik på afvikling. Som følge af den politiske udvikling måtte Fase 2 af projektet imidlertid justeres, således at man frem til 2008 kunne forsøge at sikre,

at TB-kontrol var tilstrækkeligt konsolideret til, at programmet kunne videreføres af delstatsregeringen uden DANTBs støtte, og så man også kunne etablere koordinering af TB-indsatsen med AIDS-programmet, som stod for håndtering af den ny HIV-epidemi, som foruden sine andre følger også truede med at underminere de behandlingsmæssige fremskridt, man havde gjort på tuberkuloseområdet. Med disse formål lavede man i 2002-3 en fireårig projekt-plan for projektets Fase 2, som havde til formål gradvist at udfase projektets aktiviteter samtidigt med, at Orissas statslige tuberkulosekontrolenhed skulle styrkes for at sikre TB-behandling fremover. Denne plan var udarbejdet i samarbejde mellem begge parter på delstatsniveau og klar til at træde i kraft i sommeren 2003.

Den indiske finansministers årlig finanslovstale i marts 2003 lagde imidlertid en ny bombe under TB-projektet og de andre Danida-finansierede sundhedsprojekter i Indien. Atomprøvesprængningerne var foruden deres specifikke signalværdi i forhold til nabolandet Pakistan, som kort efter også så sig nødsaget til at demonstrere sin atomare kapacitet, en del af den indiske regerings nationale projekt, som overordnet set indebar en revurdering af Indiens rolle i en global sammenhæng. At den danske regering troede, man baseret på udviklingsbistand svarende til under en promille af det indiske bruttonationalprodukt kunne tillade sig at prædike menneskerettigheder og 'god regeringsførelse' har uden tvivl været en torn i øjet på den højrenationalistiske regering i Indien, og man betalte den samlede gæld til Danmark på 528 mio. kr og erklærede, at Indien havde besluttet at afbryde samarbejdet med "bistand fra bestemte bilaterale partnere med mindre bistandsprogrammer, heriblandt Danmark" (Schaumburg-Müller 2006). Da der i maj 2003 kom besked om, at den danske og den indiske regering i fællesskab havde besluttet at afkorte alle projekter, så de skulle afvikles med udgangen af 2005 i stedet for i 2008, bredte der sig blandt de ansatte i sundhedsprojekterne i Indien en følelse af, at beslutningsprocessen ikke længere tog hensyn til de mennesker, som projekterne havde til formål at gavne.

I TB-projektet løb Fase 1 (1997-2003) tør for penge i sommeren 2003, men ingen i det indiske finansministerium kunne underskrive Fase 2 aftalen, fordi der ikke var kommet nye retningslinjer i lyset af den ny politik på området, og ingen embedsmand turde risikere karrieren ved at underskrive en aftale, der havde skiftet karakter fra at være ren rutine til at være en politisk bombe. Resultatet var, at Fase 2 ikke blev underskrevet før december 2005, og alle DANTBs medarbejdere blev pålagt ikke at arbejde, selvom de fortsat var ansat, fordi der pludselig ikke var nogen gyldig bilateral aftale som legitimerende ramme for det arbejde, de skulle udføre. Det førte til voldsom demotivering og hektisk søgen efter andet arbejde blandt projek-

tets medarbejdere. Dette skete ydermere i en situation, hvor man umiddelbart inden havde arbejdet hårdt på at udvide projektet til at omfatte hele delstaten, hvilket stort set var lykkedes med udgangen af Fase 1. Der var således tale om, at 16 nye distrikter lige havde påbegyndt implementering af DOTS-programmet, og behovet for støtte og supervision i disse distrikter var maksimalt. For at gøre ondt værre skete det samtidig udskiftning på centrale poster i projektet, og det, der burde have været en langsigtet og velplanlagt udfasning, blev snarere en desperat kamp for at undgå en tuberkulose-katastrofe. Hele TB-projektet kom til at vare otte år – til sammenligning havde man afsat fem år alene til udfasningen af Danidas spedalskhedsprojekt.

Business as usual

Tuberkuloseepidemien i Orissa var ikke blevet markant mindre i løbet af projektets korte forløb; den var derimod blevet mere synlig på grund af den forbedrede diagnostik og øgede adgang til sundhedssystemet, og langt over 100,000 mennesker var blevet helbredt for TB. Så det var hverken fordi sygdommen var forsvundet, eller fordi projektet gik dårligt, at det blev lukket. Jeg indledte med at konstatere, at epidemier er politiske fænomener; kontrollen med dem er udtryk for politiske beslutninger. TB-epidemien havde sin politiske storhedstid indenfor det dansk-indiske bilaterale samarbejde i midten og slutningen af 1990'erne. På det tidspunkt indgik epidemiens statistiske nøgletal med stor vægt i diskussionerne af relevans og fattigdomsorientering. Men da den politiske dagsorden ændrede sig, blegnede epidemiens politiske relevans i København og Delhi, og end ikke en diskussion af, hvorvidt en forceret nedlukning af projektet kunne øge risikoen for en epidemi af multiresistent TB i Orissa, var politisk aktuel. Set i bakspejlet synes den indiske regering at have haft hovedansvaret herfor, men finansministerens finanslovstale i 2003 var en politisk opportunistisk melding også i Danmark.

Pointen her er ikke primært, at dansk udenrigspolitik (herunder Danida) er 'politisk', eller at hvad, der engang var mål (menneskerettigheder og god regeringsførelse), nu er blevet midler. Min pointe er todelt; for det første hævder jeg, at epidemiologi – læren om epidemier, som i sin praksis også definerer (eller konstruerer), hvad en epidemi er for noget, altså hvornår et givet udbrud af en sygdom er 'epidemisk' – er en politisk orienteret videnskab; det er en slags sygdommens politologi, som investerer sygdomsudbrud med et mål af politisk potens, uanset om dens resultater er i statens interesse eller ej. For det andet at netop derfor kan sygdomme være del af en politisk scene, hvor politikere og embedsmænd kan sammenligne 'epidemier', 'atombomber', 'menneskerettigheder' og 'god regerings-

førelse', når politiske afvejninger skal træffes, og Sinclairs vision om at tilstræbe det højeste mål af (statistisk defineret) lykke omdefineres. I 1997 faldt det politiske lod ud til fordel for at give ressourcer til kontrol med en omfattende TB-epidemi i Orissa, men kun seks år senere var den samme epidemi ikke længere politisk interessant i sammenligning med indenrigspolitiske hensyn i København og Delhi.

I Malkangiris 'Cut-off Area' og andre områder i Orissa præget af underernæring, sygdom og mangel på adgang til uddannelse og sundhedsinstitutioner blev denne udvikling måske nok bemærket af de nøglepersoner, som TB-projektet havde direkte samarbejde med, og som undrede sig over Danida's beslutning om at trække sig ud (de fleste nægtede at tro, den indiske regering havde smidt Danida ud). Men for landsbyboerne, for hvem overdødelighed af tuberkulose, malaria og andre behandlelige sygdomme var et relativt mindre problem end den daglige kamp for føden og mod gælden, var systemets anonyme upålidelighed en uafventelig del af verden, som de altid havde kendt den.

Noter

1. Eliminering af spedalskhed var defineret som en forekomst af mindre end ét tilfælde per 10.000 mennesker i en befolkning (jf. WHO, se <http://www.who.int/lep/situation/prevalence/en/>), hvorefter det antages, at de resterende tilfælde vil 'dø ud', uden at smitten spredes.
2. Jeg arbejdede som Health Systems Research Adviser i DANLEP-projektet i 2003 og i DANTB-projektet 2003-5. Jeg har nogle steder, især hvor emnet ikke har været beskrevet andetsteds, anvendt oplysninger fra mit førstehåndskendskab til projektf forhold i denne artikel.
3. DANTB-data, produceret i samarbejde med WHO og Government of Orissa.
4. Dette sidste bidrag blev projektets stærkeste eftermæle, og det havde stor indflydelse på udviklingen af sundhedsoplysning om tuberkulose i hele Indien. (REF)
5. Dette tal var egentlig lidt overraskende, men man antog at kombinationen af dårlig adgang til sundhedsvæsenet generelt samt den deraf følgende formodede overhyp-pighed af ubehandlede TB-tilfælde og den store fattigdom i befolkningsgruppen, tilsammen kunne forklare, at en målrettet intervention førte til så stor en andel af TB-tilfælde blandt 'scheduled tribes'.

Litteratur

- Addlakha, R. and Seeberg, J., Red. 2005 *Accessing TB services in a tribal district : the Malkangiri Project, Orissa. New Delhi, DANTB.*
- Addlakha, R. and Seeberg, J. 2005 The Malkangiri model for community DOTS programme in tribal areas. R. Addlakha & J. Seeberg. (Red.): *Accessing TB Services in a Tribal District. The Malkangiri Project, Orissa. Bhubaneswar, DANTB: 13-34.*

- Addlakha, R., Seeberg, et al. 2005 Evaluation of community DOTS intervention in Malkangiri district. R. Addlakha & J. Seeberg. (Red.): *Accessing TB Services in a Tribal District. The Malkangiri Project, Orissa. Bhubaneswar*, DANTB: 155-190.
- Census of India 2001 *Census of Orissa. New Delhi, Registrar General and Census Commissioner*. DANTB 2005 *A Patient-centered Approach to TB Control*. The DANTB Experience. Bhubaneswar, DANTB.
- Farmer, P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Updated Edition With a New Preface, University of California Press.
- Farmer, P. 2003 *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press.
- Gericke, C. A., C. Kurowski, et al. 2005 "Intervention complexity – a conceptual framework to inform priority-setting in health." *Bulletin of the World Health Organization* 83(4): 285-293.
- Hacking, I. 1991 *The taming of chance*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hacking, I. 1992 "'Style' for historians and philosophers." *Stud. Hist.. Phil. Sci.* 23(1): 1-20.
- Langager, M. 1998 Stop for al dansk hjælp. *Morgenavisen Jyllands-Posten*. Århus.
- Laustsen, A. 1992 Skal Indien prioriteres øverst på vor bistands-skala? *Berlingske Tidende*.
- Martinussen, J. D. 1998 Brug ikke bistandspolitikken som våben. *Politiken*. København.
- Panigrahi, N. 2005 Access to health services in the Cut-off area of Malkangiri district. R. Addlakha & J. Seeberg. (Red.): *Accessing TB Services in a Tribal District. The Malkangiri Project, Orissa. Bhubaneswar*, DANTB: 37-58.
- Sahu, T., D. M. Satapathy, et al. 2005 Health status of tribal population in an unreached area of Malkangiri district. R. Addlakha & J. Seeberg. (Red.): *Accessing TB Services in a Tribal District. The Malkangiri Project, Orissa. Bhubaneswar*, DANTB.
- Sainath, P. 1998 *Everybody loves a good drought: stories from India's poorest districts*. London, Review.
- Schaumburg-Müller, H. 2006 *Dansk bistand til Indien. Den rige mus og den fattige elefant – 45 års dansk bistand til Indien*. S. Folke and J. Heldgaard. København, Forlaget Hovedland: 40-77.
- Schaumburg-Müller, H. 2006 *Den dramatiske baggrund for bistandssamarbejdets Den rige mus og den fattige elefant - 45 års dansk bistand til Indien*. S. Folke and J. Heldgaard. København, Forlaget Hovedland: 358-368.
- World Health Organization. 2007 "The five elements of DOTS." Retrieved 11-09-2007, 2007, from <http://www.who.int/tb/dots/en/>.
- Aarhus, R. 2005 Overcoming social distance: Interactions between tribal TB patients and non-tribal providers. R. Addlakha & J. Seeberg. (Red.): *Accessing TB Services in a Tribal District. The Malkangiri Project, Orissa. Bhubaneswar*, DANTB: 59-70.