

# ”Helsetjeneste i krig og konflikt, hvilke traumer oppstår og hvordan kan de motvirkes”

5. årsoppgave i Stadium IV – medisinstudiet ved Universitet i Tromsø



Av:

Silje Andreassen, MK-99

Eirik Kjus Aahlin, MK-99

Veileder:

Christiane Kolberg, overlege psykiatrisk avdeling, UNN

Tromsø, september 2004

Bildet viser den beskyttede ambulansen til Dr. Khalil Sulieman, leder for PRCS sin ambulansestasjon. Ambulansen skulle evakuere en ung jente fra byens flyktningleir da den ble truffet av en granat fra en israelsk tanks 4. Mars 2002. Dr. Khalil ble drept og fire andre ambulansarbeidere ble skadet. Bildet er hentet fra siden [www.palestinercs.org](http://www.palestinercs.org)

## **Innhold**

- s.1 forside
- s.2 innhold
- s.5 resyme
- s.7 fordord
- s.9 introduksjon
- s.10 metode
- s.13 resultater
- s.111 Diskusjon
- s.120 Kildehenvisning

## **Litteraturstudie**

- s.13 Hvordan konflikten rammer helsevesenet**
- s.13 Okkupasjon fører til dårligere helsetilbud i de palestinske områdene
- s.14 Skadet under tjeneste
- s.15 Murens helsemessige konsekvenser
  
- s.18 Faglitteratur**
- s.18 Det psykiske traumet, reaktiv angst og posttraumatisk stresslidelse ifølge Dynamisk Psykiatri
- s.25 Krisereaksjoner
- s.29 Den salutogenetiske modell

### **s.35 Studier og utredninger**

s.35 Den norske utredningen "Oppfølging av norsk personell som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner"

s.46 Den palestinske studien "Overlevelse gjennom smerte"

s.54 Sammenligning av den norske utredningen og den palestinske studien

### **Prosjekt i Palestina; "psykososial traumehåndtering"**

#### **s.57 Rapporter fra prosjektet**

s.57 Psykososial traumehåndtering, introduksjon

s.57 Rapport fra første kvartal

s.59 Rapport fra andre kvartal

s.66 Videre plan for arbeidet

#### **s.75 Norsk deltagelse i og vår observasjon av prosjektet "psykososial traumehåndtering"**

s.75 Introduksjon

#### 2003

s.75 Møter med EMS personell

s.79 Møter med ansatte i PRCS mental health department

s.84 Møter med annet helsepersonell

s.85 Møter med sosialarbeidere og psykologer

#### 2004

s.92 Møter med EMS personell

s.97 Møter med ansatte i PRCS mental health department

s.101 Andre møter med palestinere

s.102 Seminar om kunstterapi/ møte med psykologer og sosialarbeidere

s.106 Seminar om familierelasjoner/ møte med psykologer og sosialarbeidere

### **Appendiks**

s.122 Reisebrev fra 2003

s.126 Reisebrev fra 2004

## Resyme

I oppgaven ønsker vi å belyse hvordan en konfliktsituasjon preger helsepersonells arbeidsforhold og hvordan dette virker inn på deres mentale helse, for videre å se på hvilke tiltak en kan bruke for å motvirke psykiske skader under slike forhold. For å belyse dette har vi tatt utgangspunkt i palestinsk ambulanspersonell.

Denne kvalitative oppgaven baserer seg i hovedsak på et litteraturstudie, men vi bruker også egne erfaringer fra to opphold i Palestina for å utdype og underbygge litteraturen.

Ambulanspersonellet blir utsatt for ulike former for trakassering ved ulike kontrollposter, og de må hente pasienter i kampsoner. I løpet av den siste intifadaen har 200 av 250 ambulanspersonell blitt skadet av gass, splinter og skudd, og 79% av ambulanspersonellet har opplevd å bli gjenholdt eller arrestert av israelsk militære.

I studien "Overlevelse gjennom smerte" ble det funnet at 40% av ambulanspersonellet opplevde alvorlige symptomer som følge av disse voldsopplevelsene. Samtidig ble det funnet at nærmere 85% var tilfreds med arbeidet og egen innsats. I denne studien ble det anbefalt å starte psykososiale støttetiltak for ambulanspersonellet. Lignende resultater ble funnet hos styrker som har deltatt i fredsbevarende operasjoner.

Prosjektet "Psykososial traumehåndtering" har som målsetning å tilby psykososial støtte til ambulanspersonellet. Målet med støttetiltakene har endret seg fra og i begynnelsen rette seg mot behandling av allerede tilstedeværende psykopatologi, til senere mer forebyggende arbeide.

Det virker som om konflikten i de palestinske områdene fører til en viss grad av traumatisering av helsepersonell. Det virker også som dette til en viss grad kan forebygges av ulike psykososiale tiltak hvis disse tiltakene er tilpasset målgruppens kultur og ønsker.

## Forord

Konflikten i de palestinske områdene er et godt utgangspunkt for å se på psykisk traumatisering hos helsepersonell. Den palestinske befolkningen er sterkt traumatisert etter 56 år i flyktningstilværelse, etter opprettelsen av staten Israel i 1948, og 37 år med okkupasjon etter at Israel okkuperte Vestbredden og Gaza i 1967 (1). Konflikten har vart svært lenge, og det er få som ser noen snarlig løsning.

Befolkningen i de palestinske områdene har et relativt velfungerende helsevesen, men dette helsevesenet har blitt utsatt for gjentatte angrep de siste årene. Særlig ambulansetjenesten har blitt dratt inn i konflikten. Israel har hevdet at den palestinske hovedleverandøren av ambulansetjenester, PRCS, har deltatt aktivt i konflikten på palestinernes side. Dette er blitt avvist av den internasjonale Røde Kors Føderasjonen og PRCS. Uansett har nesten alle PRCS ambulansene blitt utsatt for angrep, svært mange ambulansesjåfører har blitt skadet og flere har blitt drept.

I det palestinske samfunnet spesielt og i verden generelt er mye av kunnskapen og arbeidet rundt kriser og psykisk traumatisering ny. Spesielt er det lite kunnskap om forebygging og arbeid under vedvarende traumatiske forhold. I 2002 startet PRCS opp et prosjekt kalt "Psychological Trauma Management" for å forbygge psykisk traumatisering hos deres ambulanspersonell. Etter hvert knyttet dette prosjektet til seg flere norske fagpersoner, bla psykiater Christiane Kolberg - vår veileder. Gjennom å se på dette prosjektet og hva som ledet frem til det i tillegg til å observere det i praksis har vi fått belyst vår problemstilling.

## **Forkortelser og utrykk**

PRCS står for Palestinian Red Crescent Society. PRCS er ansvarlig for akuttmedisinske tjenester i de selvstyrte palestinske områdene, i tillegg til en del andre aktiviteter. PRCS har en avdeling for mental helse, som kalles Mental Health Department, MHD. PRCS er observatør medlem i den internasjonale føderasjonen av røde kors og røde halvmåne organisasjoner. Ambulanse arbeidere har oftest tittelen Emergency Medical Technicians, EMT. Ambulanse tjenesten kalles Emergency Medical Service, EMS.



## **Introduksjon**

I vår oppgave "*helsetjeneste i krig og konflikt, hvilke traumer oppstår og hvordan kan de motvirkes*" ser vi på hvordan helsearbeidere påvirkes av å jobbe i en konfliktsituasjon. Vi prøver å både belyse hvilke psykiske konsekvenser som kan oppstå og hva som kan gjøres for å forebygge psykiske skader.

Vi har forsøkt å bruke konflikten mellom palestinere og israelere til å belyse dette temaet, og har spesifikt sett på den palestinske ambulansetjenesten og et prosjekt som har pågått og pågår for å forebygge psykiske plager hos palestinsk ambulanspersonell.

## Metode

I vår oppgave har vi hatt følgende problemstilling:

- 1 Hvordan virker en konfliktsituasjon inn på arbeidsforholdene til helsepersonell?
- 2 Hvordan virker konfliktens hendelser inn på helsearbeideres mentale helse? Hvordan affiseres helsearbeidere av de hindringer som legges på deres daglige gjerning?
- 3 Hva slags tiltak har blitt gjort for å motvirke psykiske skader og mentalt forbrede helsepersonell på de påkjenninger konflikten kan medføre?

For å se på disse problemstillingene har vi gjort følgende:

1. Vi har reist til de palestinske områdene på Vestbredden og Gaza to ganger, 31.januar - 9.februar 2003 og 1.mars - 12.mars 2004.
2. Vi har gjennom forskjellig litteratur og diverse artikler sett på konflikten i de palestinske områdene og hvordan denne konflikten har affisert arbeidsforholdene til ambulanspersonell.
3. Vi har sett på diverse tilgjengelig litteratur rundt psykisk traumatisering og forbygging. Vi har også gjennom litteratur forsøkt å se på hvorfor de fleste holder seg friske på tross av gjentatte traumer.
4. Vi har studert et prosjekt for forebyggelse av psykiske skader hos ambulanspersonell, gjennom observasjoner på våre to reiser og gjennom rapporter fra det aktuelle prosjektet
5. Vi har sett på to studier/utredninger, et palestinsk studie om psykisk traumatisering av ambulanspersonell og en norsk utredning om psykisk traumatisering og forbygging hos norsk personell som har tjenestegjort i konfliktområder.

Denne kvalitative oppgaven baserer seg i hovedsak på et litteraturstudie, men vi bruker også egne erfaringer fra to opphold i Palestina for å utdype og underbygge litteraturen. Begge gangene reiste vi sammen med et team fra UNN som var involvert i prosjektet nevnt ovenfor. Reiseleder begge ganger var vår veileder, psykiater Christiane Kolberg. Under våre reiser har vi fått anledning til å delta på seminarer om aktuelle metoder i forbyggende arbeid, vi har hatt samtaler med palestinske sosialarbeidere som jobber i nevnte prosjekt og vi har hatt samtaler med ambulanspersonell. Vi har også fått anledning til å reise mye rundt i de palestinske områdene og fått konflikten innpå egen kropp. Vi har besøkt ambulansestasjoner og sett hvilke forhold personellet jobber under. Vi har også hatt mange samtaler med andre palestinere og sett andre aspekter som veisperringer, muren som er bygget på Vestbredden etc. Vi har også fått snakket med de som organiserer og de som skal dra nytte av ovennevnte prosjekt.

I vår plan for oppgaven skrev vi at vi ønsket å snakke med representanter for den israelske hjelpeorganisasjonen Magen David Adom, MDA. Etter hvert følte vi at det ikke naturlig å ta kontakt med denne organisasjonen. MDA bærer våpen i sine ambulanser, de insisterer også på å bruke David stjernen alene og ikke korset eller halvmånen som symbol. De er også blitt kritisert for ikke å samarbeide med verken PRCS eller røde kors i området. MDA blir betraktet som en part i konflikten og er ikke med i den internasjonale føderasjonen av røde kors/halvmåne organisasjoner. Kilden til denne informasjonen er blant annet Ole Skuterud, lokal røde kors representant.

Å reise til de palestinske områdene er uforutsigbart og forbundet med en vis risiko. Vi fikk også erfare at temaet for oppgaven vår er forbundet med en vis tabu. Våre reiser er derfor relativt korte i et tidsperspektiv. Vi har basert oss på mer uformelle samtaler og observasjoner,

på denne måten føler at vi er kommet tett innpå palestinere i mange lag generelt og på ambulanspersonell spesielt.

I tillegg til å tilegne oss personlig kunnskap om konflikten i Midtøsten, helsearbeid i en konfliktsituasjon, psykisk traumatisering og forebyggende arbeid har vi også fått anledning til å dele vår erfaring med andre. Vi har to ganger fått inn et reisebrev i Tidsskrift for den norske legeforening, (det siste kommer i løpet av høsten) og i våre lokalaviser. Vi har holdt foredrag for kullkamerater under akuttmedisin kurset i 2003 og for leger på Sortland kommunale legekontor og Oslo kommunale legevakt. Vi har også fortalt om våre opplevelser på NRK, radio Troms.

## Litteraturstudie

### Hvordan konflikten rammer helsevesenet

Konflikten i de Palestinske områdene affiserer helsevesenet på mange måter. Dette er veldokumentert og tallene forandrer seg stadig. Det nyeste aspektet er byggingen av Muren på Vestbredden. Vi referer her PRCS egne tall og hva noen anerkjente organisasjoner sier om temaet.

#### **Angrep på PRCS per 13.08.04 (2):**

Angrep på ambulanser: 317

Totalt antall skadede ambulanser, noen ambulanser er skadet mer enn en gang (totalt har PRCS 96 ambulanser): 129

Antall skadede EMS personell: 202

PRCS Personell drept (3 EMT, 2 ansatte og 7 frivillige): 12

Anholdelser og hindring av ambulanser på oppdrag: 1475

Antall ambulanser som har blitt totalskadd: 28

Antall EMS personell som har blitt arrestert siden mars 2002: 80 (1 fortsatt i arrest)

#### **Okkupasjonen fører til dårligere helse i de palestinske områdene.**

Israel okkupasjon av Vestbredden og Gaza har rammet sivil befolkningens helse alvorlig, ifølge en rapport fra organisasjonen Medecins du Monde. Hovedårsaken er at pasienter blir hindret tilgang til helsetjenester. (3)

Rapporten legger ansvaret på Israel og sier de bryter den fjerde Geneve konvensjonen, som forplikter okkupanten til å beskytte sivilbefolkningen.

Organisasjonen har dokumentert mange tilfeller hvor ambulanser har blitt stoppet av soldater, ofte med fatale konsekvenser. Alle ambulanser blir stoppet og mange får ikke passere veisperringer.

Ifølge organisasjonen er de direkte angrepene på ambulanser det mest alvorlige. Dette dokumenterer organisasjonen med flere vitneutsagn

Rapporten hevder også at soldater utfører ulovlige raid mot sykehus beskyttet av Geneve konvensjonen. Rapporten nevner spesielt Nasser sykehuset i Khan Younis som er blitt angrepet 15 ganger siden Intifadaen startet. Alle gangene har personell eller pasienter blitt skadet.

### **Skadet under tjeneste**

“Wounded in the Field” utgitt av den israelske menneskerettighetsorganisasjonen B’Tselem i mars 2002 og beskriver noen av angrepene som har vært på helsetjenesten. (4)

Rapporten deler inn i tre forskjellige typer effekter; Skade på ambulanser og medisinsk personell, hindring av behandling og skade på sykehus.

Ifølge rapporten har ambulanser blitt skadet og helsepersonell blitt skadet og drept ved flere anledninger. Noen ganger har ambulanser blitt direkte beskyttet, også ved anledninger hvor sikkerheten har vært garantert av den israelske hæren. Som eksempel ble fem palestinske

helsearbeidere drept, ti såret og tolv ambulanser skadet i perioden 28. Februar til 13. Mars 2003. Under flere anledninger har røde kors meglet mellom den israelske hæren og organisasjonen Palestinsk røde halvmåne, PRCS i forkant. PRCS har blitt gitt garantier for sikkerheten.

Ifølge rapporten har også minst 27 palestinere dødd som en følge av at de er blitt hindret korrekt medisinsk behandling i perioden september 2000 til mars 2002. Dette har ifølge rapporten hovedsakelig skjedd ved at soldater har hindret ambulanser i å nå skadede, hindret ambulanser i å frakte skadede til sykehus eller ved at befolkningen har blitt hindret tilgang til helsetjenesten.

Rapporten nevner også direkte angrep på sykehus, både rent fysisk og funksjonelt. Stridsvogner har ved flere anledninger beskyttet sykehus eller blokkert innkjørselen til for eksempel akuttmottak. Ved flere anledninger har også sykehusets vann og elektrisitetsforsyning blitt avskåret.

### **Murens helsemessige konsekvenser**

Et relativt nytt moment i konflikten i Midtøsten er byggingen av en mur på Vestbredden. Denne muren skal skille israelere og palestinere. Den følger ikke den såkalte 1967 grensen, men følger forskjellige traseer for å inkludere forskjellige israelske settlements i israelsk territorium. Denne muren skaper en rekke logistiske problemer for palestinsk helsetjeneste og vil påvirke helsearbeideres arbeidsvilkår i stor grad, dermed er det naturlig å anta at den vil påvirke deres psykiske helse, (dette er det ikke gjort noen studier på). Følgende tekst bygger på heftet "Health and segregation - The Impact of the Israeli separation Wall on access to health services". (5)

## **Muren**

Byggingen av muren startet i 2002, i 2003 ble den første fasen ferdig. Denne delen strekker seg 157 km i de nordre områdene av Vestbredden og 20km rundt østre Jerusalem. Når alle murens faser er ferdig vil den strekke seg langs hele den vestre og østre siden av Vestbredden og konfiskere 50% av arealet til israelsk fordel . De forskjellige palestinske områdene vil bli oppdelt og isolert fra hverandre.

## **Konsekvenser**

I murens første fase vil 26 klinikker i primær helse tjenesten bli isolert, enten mellom muren og 1967 grensen, også kalt den grønne linjen, eller inni i murens "snirkler" - som stort sett blir regnet som israelsk militært område. I murens andre fase vil 71 klinikker bli isolert på samme måte. Områdene som rammes av murens første fase vil bli svært vanskelige å nå med akutt medisinsk nødhjelp. Byen Qalqiliya vil bli omringet av muren. Områdene rundt denne byen, som er en av de viktigste palestinske, vil bli mer eller mindre uten tilgang til helsetjenester. Klinikkene som rammes har ofte ikke egne spesialisthelsetjenester og forebyggende tjenester, innbyggerne som sokner til disse klinikkene vil derfor bli mer eller mindre avskåret fra disse tjenestene. Siden leger ofte bor i en annen by/landsby en der hvor klinikken ligger, vil derfor disse klinikkene bli mer og mer betjent av helsepersonell med lavere utdanning.

I murens første fase vil 15000 mennesker bli isolert i området mellom muren og "den grønne linjen". I tillegg er det 180000 som bor i de nærliggende områdene som lever av å dyrke jord som ligger i nevnte område. Alle som skal inn og ut av nevnte område må søke tillatelse av den israelske hæren. De 26 portene som går under muren har totalt uregelmessig og uforutsigbar åpningstid. I noen palestinske byer har innbyggerne nektet å søke om slik tillatelse



for å bo i sin egen by. Dette har resultert i totalt portforbud i opptil 16 dager. Også medisinsk personale må søke om tillatelse for å dra inn i dette området og kan bli nektet å passere, det finnes en rekke eksempler på at dette har fått alvorlige konsekvenser:

27. Oktober 2003 ble en ambulanse som transporterte en pasient med slangebitt holdt igjen i 35 minutter ved en av portene, litt senere på vei til sykehuset i Nablus ble ambulansen holdt igjen på nytt i en time ved en veisperring. Den siste gangen ble ambulanspersonalet fratatt sine ID kort.

8. Mars 2003 skulle en ambulanse hente en pasient som led av alvorlig pustebesvær ved en av portene. Ambulansen nærmet seg porten med sirener og ble holdt igjen i 12 minutter, ifølge soldatene som straff. Ambulanse personalet ble fortalt at hvis de passerte var det ikke sikkert de fikk lov å returnere. Når de endelig nådde frem til pasienten var hun pulsløs. Hun døde før de nådde sykehuset.

1. Mai 2003 ble en ambulanse med en kritisk syk pasient holdt igjen i 1,5 timer. Ambulanse personalet ble fratatt nøklene til kjøretøyet.

## **Faglitteratur**

Vi har sett på forskjellige teorier rundt kriser, psykisk traumatisering og salutogenese. Innen kriseteorier har vi sett spesielt på dynamisk psykiatri. Vi har også sett på et studium på EMS personell i Palestina og en norsk utredning om norsk personell som har tjenestegjort i Palestina.

### **Det psykiske traumet, reaktiv angst og posttraumatisk stresslidelse ifølge Dynamisk Psykiatri**

Følgende tekst bygger i hovedsak på boken "Dynamisk Psykiatri" (6).

#### **Det psykiske traumet**

Boken definerer en psykisk krisetilstand som en livssituasjon der tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsformer ikke er tilstrekkelig for å mestre den aktuelle situasjonen. Boken deler inn i to hovedformer; Den traumatiske krisen og utviklingskrisen.

*Den traumatiske krisen* defineres som individets psykiske situasjon ved en ytre begivenhet av en slik art og grad at vedkommende opplever sin eksistens, identitet og trygghet truet.

*Utviklingskrisen* er en tilstand utløst av en normal livshendelse som i den aktuelle situasjonen er blitt for overveldende.

Forenklet kan man kanskje si at den traumatiske krisen er en normal reaksjon på en unormal hendelse, mens utviklingskrisen er en unormal reaksjon på en normal hendelse. Under en krig

og konfliktsitasjon som den befolkningen i Midtøsten befinner seg i er den traumatiske krisen mest aktuell. Vi vil derfor konsentrere oss om denne nedenfor.

En traumatisk krise kan bli utløst av tre forskjellige typer begivenheter eller trussel om disse begivenhetene; Tap, krenkelse eller katastrofe.

*Tap* dreier seg om å miste noe av verdi for et menneske, for eksempel at en nær dør, en mister en kroppsdel eller et foster i en abort.

*Krenkelse* dreier seg om en hendelse hvor selvtilliten blir hardt rammet. Det kan dreie seg om å bli innlagt på sykehus, en følelse av avmakt eller å miste jobben.

*Katastrofe* dreier seg om en situasjon hvor en er med i en ulykke så stor at den ikke kan håndteres av helsevesenets normale beredskap. Under en katastrofe kan reaksjonen i en viss grad bli mildnet pga fellesskapet i situasjonen.

Hvis en krise dreier seg om tap av en person som sto for et trygghetsaspekt i tilværelsen kan vi snakke om en *overdeterminert* krise. Reaksjonens styrke er vanskelig å forstå ut fra den utløsende årsaken alene. En krise kan også bli overdeterminert hvis en krenkelse rammer en person som har bestemte personlighetstrekk eller krenkelsen vekker til live minner om tidligere krenkelser. Hvis en person har lagt stor ære i å være selvhjulpen kan også et handikapp føre til en overdeterminert krise.

Vanligvis kan man se en naturlig helbredelsesprosess i en ukomplisert traumatisk krise

1. Ved svært voldsomme og dramatiske begivenheter kan man i den akutte fasen se et sjokk stadium der individets psykiske energi er fullstendig opptatt med å absorbere hendelsen
2. Etter hvert som sjokket går over kommer reaksjonsfasen hvor smerten bryter frem. Fasen kan vare i fra uker til måneder og kan preges av symptomer som søvn og appetittforstyrrelser, kroppslige reaksjoner og trang til å flykte ved hjelp av alkohol eller medisiner.
3. Etter reaksjonsfasen kommer bearbeidingsfasen som kan vare fra et halvt til et år.
4. Etter en tid kommer nyorienteringsfasen hvor smerten gradvis avtar. I en del tilfeller blir smerten aldri helt borte som ved for eksempel tapet av et barn. Hvordan en krise forløper avhenger i stor grad i de ytre omstendighetene; en ellers normal livssituasjon (noe som gjør Midtøsten spesiell siden situasjonen der aldri kan sies å være normal) og et godt nettverk rundt en.

Et krise kan også forløpe på en traumatisk måte. I alle faser kan det inntre kompliserende faktorer. I akutfasen kan sjokket bli så stort at det inntre en forvirringstilstand med mangelfull orientering og irrasjonelle handlinger. Situasjonen kan kreve psykiatrisk pleie. En psykose kan inntre etter noen dager. Flere dager insomni kan bidra til å utløse psykose. Etter hvert kan også økende angst og depressivitet komplisere forløpet.

Når en krise blir dårlig løst kan sorgen bli innkapslet. Mens overflaten synes normal kan det skjule seg dyp mistenksomhet og redsel for livet. Ingenting synes gledelig lenger og det kan inntre en dyp ensomhet. Ofte presenteres et komplisert krise forløp med psykosomatiske symptomer. Ofte kan det dreie seg om en forhøyelse av aktiviteten i det sympatiske nervesystemet under hvile med forhøyet blodtrykk økt puls og lignende. Hormonelle mekanismer som nedsatt aktivitet i hypothalamus- hypofyse akselen kan inntre med nedsatt forbrenning og økt slapphet og trøtthet. Dette kan gå over i en melankolsk depresjon.

Under kompliserte kriser kan det være nødvendig med forskjellige tiltak som bearbeidende samtaler, avspenning og psykofarmaka. Grad av behov for intervensjon kan bestemmes med hjelp av følgende figur (s. 50)

	Liten grad av overdeterminering	Stor grad av overdeterminering
Traumatisk krise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekstra støtte fra venner</li> <li>- Rådgivning, evn. profesjonell</li> <li>- Kortere sykemelding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akutt behov for ekspert hjelp</li> <li>- Sykemelding og medisiner</li> <li>- Senere samtaleterapi</li> </ul>
Utviklingskrise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ikke noe ekstra behov hjelp</li> <li>- Samtale med slekt og venner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samtaleterapi og evn. omsorg på sykehus</li> </ul>

Behandling av et menneske i krise kalles kriseintervensjon og representerer en stor utfordring for terapeuten. Pasientens sorg kan også overføres til terapeuten. Terapeuten kan også rammes av en frykt for at lidelser skal ramme ens eget liv og derfor flykte fra konsultasjonssituasjonen. Kriseintervensjon kan ofte gå ut på å styrke pasientens jeg og bygge opp selvtillit og tro på egen mestring. Aggressivitet er vanlig ved kriser og bør bearbeides. Det er også viktig å hjelpe til med at nettverket rundt en rammede er tilstede. I den akutte fasen av krisen må ofte følelser holdes tilbake for at vedkommende skal kunne fungere normalt med sitt nettverk og i sitt arbeid.

## **Reaktiv angst**

Angst er i likhet med smerte en beskyttelsesmekanisme, nødvendig for å overleve. Angst er altså ingen sykdom i seg selv. Allikevel er angst en relativt vanlig årsak til at mennesker søker hjelp, når angsten blir så voldsom at den tar kontroll over livet. Vi så mye angst problematikk i Palestina, EMTs med nedbitte negler og lignende. Vi så også en del angst årsaker, slik som trakassering og overbelastning.

Ofte gir angst seg uttrykk i form av symptomer som tretthet, irritabilitet og søvnvansker.

Graden av angst kan ofte korreleres med graden av fysiske symptomer.

*Reaktiv angst* kan defineres som angst som har utgangspunkt i langvarige problemer eller konflikter i den ytre livssituasjonen. Årsaken kan ligge i at personen setter spørsmål ved selve livet eller sin egen selvfølelse. Det er svært viktig å sette seg inn i situasjonen til den som er rammet av angst.

Angst kan ifølge boken deles inn i tre hovedformer; *identitets og utviklingsangst, overbelastningsangst og skyld/samvittighetsangst.*

*Identitets og utviklingsangst* relateres til perioder i livet som kan rokke ved menneskets identitetsfølelse. Dette kan være forskjellige viktige faser i livet, eller situasjoner hvor ens egen eller de ens nære sin eksistens er truet. Mennesket skal under sin utvikling modnes og i de forskjellige modningsfasene kan angst og krise oppstå hvis kravene blir for tøffe. Å bli moden kan innebære å få større selvinnsikt og selvstendighet, eller å innse livets endelighet.

Hvis man behandler slik angst medikamentelt kan man stå i fare for å gjøre normale livsproblemer til sykdom.

Angst kan også oppstå pga. ufrihet og meningsløshet. De fleste kan takle ufrihet og meningsløshet hvis vi tenker at det er noe som vil forandre seg, hvis ikke (slik som mange opplever det i Midtøsten) kan angst presenteres. Et ikke uvanlig symptom er smerter i brystet, særlig ved innånding. Forsøk på å skjule reaksjonene kan øke den indre spenningen og gi følelse av hat, ondskap og udugelighet. Angsten kan også være et signal på at personligheten svinner hen pga manglende utviklingsmuligheter. Forholdet til ens nærmeste kan bli svekket.

Ensomhet og isolasjon gir ofte opphav til nedsatt selvfølelse og angst. Succidalitet har ofte en korrelasjon med ensomhet. Fornektelse av livets harde realiteter, slik som døden kan også gi angst når en av en eller annen grunn blir realitetsorientert.

### *Overbelastningsangst*

Angst kan skyldes at et menneske har blitt utsatt for psykisk slitasje eller overdrevne krav. Dette kan kalles for “trykkokersyndromet”, det psykiske bygges opp til et nivå hvor det når bristepunktet. Hvor mye vi tåler avhenger ofte av hvilken selvrespekt vi har bygget opp som barn eller senere anskaffet. Overbelastningsangst kommer ofte til uttrykk gjennom psykosomatiske symptomer som muskelsmerter, magebesvær, hypertensjon og annet.

Undertrykt sinne kan gi angst. Det at en person blir utsatt for vedvarende trakassering og krenkelse kan føre til et slikt sinne (slik mange hevder de blir utsatt for i Midtøsten). Ofte prøver en å skyve sinnet til side, noe som kan føre til likegyldighet og angst. Undertrykt sorg kan også føre til angst, ikke sjelden inneholder det en protest mot å bli forlatt.

Langvarig overbelastning eller stress kan føre til en uspesifikk psykofysisk reaksjon. Stress tærer på de psykiske reservekreftene. Ved langvarig stress kan flere psykosomatiske reaksjoner oppstå; rastløshet, irritabilitet, søvnproblemer, nedsatt appetitt, hjerteklapp, diare, magepine, menstruasjonsplager eller liknende. Mekanismene kan ligne de i en posttraumatisk stresslidelse. Det er viktig å utelukke somatiske årsaker til disse symptomene

Behandling av overbelastningsangst går mye ut på å hjelpe den rammede å se sin egen livssituasjon. Det kan også være aktuelt med en kortere sykemelding (noe som er vanskelig i konflikt områder).

*Skyld og samvittighetsangst* kan oppstå når vi handler i strid med det vi selv mener er riktig. Det er da viktig å skille mellom reel og nevrotisk angst. En kronisk dårlig samvittighet overfor seg selv kan føre til depressivitet og engstelse. Det viktigste innen behandling av denne typen angster å være lyttende og hjelpe pasienten mot sine valg.

### **Posttraumatisk stresslidelse**

Begrepet KZ syndromet oppsto etter 2. Verdenskrig som en beskrivelse av de psykiske symptomene tidligere konsentrasjonsleier fanger opplevde. I dag snakker vi om posttraumatisk stresslidelse, PTSD, en tilstand preget av reaksjoner hos personer som har gjennomlevd ekstreme fysiske og psykiske belastninger. Følgende trekk er karakteristiske:

- angst og irrasjonell redsel. Mareritt og konsentrasjonsvansker med tvangsmessig erindring.
- Kronisk depresjon med skyldfølelse ovenfor de døde. Tendenser til masochisme.
- Isolering med skadet identitetsopplevelse.
- Psykosomatiske reaksjoner som hjerteklapp, hodepine og magesmerter



- En tilstand kalt psykisk stivning, noe i en føles dødt og ingenting føles riktig lenger

Terapien av PTSD er langvarig og krevende, terapeuten må kunne takle dødeproblematikk og eksistensielle skyldproblemer.

### **Krisereaksjoner**

Følgende bygger i hovedsak på boken "Traumatic Stress" som kom ut i 1996 (7).

### **Viktige spørsmål om psykisk traumatisering**

Freud mente at alle nevroser som oppstod under krig hadde en formål, at de var tilknyttet underbevisstheten og at de ville forsvinne når krigen var over. Forskning har vist at dette er feil. Kunnskap om psykisk traumatisering er relativt ny og det finnes mange delvis ubesvarte spørsmål;

- Er bakgrunnen for traumatisering organisk eller psykologisk? Hva har mest å si for konsekvensene av en hendelse, den subjektive oppfattelsen eller den objektive hendelsen?
- Et hovedspørsmålene i terapeutisk sammenheng er og har vært om pasienten har best av å gå igjennom sitt traume eller er det best å ignorere og glemme det?
- Hva gjør at noen kan gjennomleve ekstreme traumer uten varige skader, og hvordan kan kunnskap om dette hjelpe andre?

### **Akutte reaksjoner**

Akutt stress syndrom, ASD kan videreutvikles til Post Traumastisk Stress Syndrom, PTSD. Et viktig spørsmål er om PTSD er en normal reaksjon på unormale hendelser. Dr. Arieh Y.

Salev, en av forfatterne av boken mener at PTSD er en psykososial felle, hvor en defekt i en

motstands/helbredelses mekanisme fører til defekter i andre motstands/helbredelses mekanismer. (s.94)

### **Tilpassning ved traumer**

Sammenhengen mellom traumet og en persons respons er avhengig av traumets karakter og personens personlighet, erfaring og sosiale nettverk. Ovennevnte elementer er viktige i forståelsen av en persons sårbarhet/motstandsevne.

En kronisk traume situasjon kan føre til dissosiative lidelser, somatisering og forskjellig selvdestruktiv atferd. Nyere forskning viser også at utvikling av PTSD har flere påvisbare biologiske aspekter som bla involverer signaltransduksjon med cortisol, noradrenalin og dopamin.

### **Hukommelse og gjenoppleving**

Forskning viser at hukommelsen av traumatiske hendelser skiller seg fra hukommelsen av ordinære hendelser. Tradisjonelt har man ment hukommelsen er fleksibel og minnet om en hendelse er integrert med minnet om andre hendelser. Man har også ment at minnet er kontinuerlig og at det minsker i nøyaktighet over tid. Man har også ment at hukommelsen er deklarativ, dvs at vi kan uttrykke den med ord og bilder

Forskning på traumer har vist at minnet om en traumatisk hendelse ikke er integrert med andre minner og at de kan returnere etter en gjenopplevelse uten å ha tapt seg i nøyaktighet eller styrke. Minnet om en traumatisk hendelse kan også ofte ikke uttrykkes, noe som levner pasienten i en "speechless terror" (s.565)

Personer som opplever gjenoppleving vil ofte få mindre plager når man flytter dem ut av situasjonen som fører til gjenoppleving.

### **Traumer og utvikling**

Store traumer i barndommen kan forstyrre den vanlige utviklings prosessen. Foreldre har en svært viktig rolle i modellere et barns opplevelse av en traumatisk hendelse og forhindre permanent skade. Det er alltid viktig at traumer og deres betydnings sees i sin kulturelle og utviklingsmessige sammenheng. Et barns psyke har en stor fluiditet. En persons gjenoppleving av traumatiske hendelser kan komme tilbake etter å ha vært borte en lang fase i livet.

### **Behandling**

Det finnes flere tilnærminger til behandling av traumatiske hendelser, f. eks kognitiv terapi, psykodynamisk terapi og psykofarmaka.

Kjerne symptomene ved PTSD er gjenopplevelse, unnvikelse og hyperarousal (søvnforstyrrelser, irritabilitet etc.). Hvilke plager som rammer pasienten mest varierer og det er viktig å tilpasse behandlingen etter dette. Det er også viktig med hyppig evaluering.

Målet med terapien kan være å få pasienten fra å føle seg hjemsøkt av traumet pga uadekvat følelsesmessig respons til å reagere adekvat ved gjenopplevelse. Traumet må ikke være noe fremmed, men bli en kontrollerbar og integrert del av pasientens historie. Terapien kan også hjelpe den rammede til å sette traumet inn i et større perspektiv.

Et godt terapeutisk forhold er svært viktig, men dette kan være vanskelig å opparbeide siden svik, paranoia, avhengighet osv ofte er en del av sykdomsbildet.

Helsevesenet og militæret i mange land har brukt mye ressurser på forebygging av psykiske skader etter traumatiske hendelser. Debriefing har vært mye brukt, særlig i EMS tjenesten, uten at det har vært noe særlig vitenskapelig grunnlag for dette. Det finnes i det hele tatt lite studier på effekten av forebygging. Noen studier hevder at debriefing kan øke graden av psykisk traumatisering. Viktigste i den akutte behandlingen er kanskje vanlige medmenneskelige mekanismer, slik som beskyttelse og trøst av den rammede. Særlig er foreldres beskyttelse av barn viktig. I 1983 ble det utviklet en modell for såkalt Critical Incident Stress Debriefing, CISD (s.466). Denne modellen deler inn i flere faser:

- En introduksjon hvor forklaring av samtale premissene slik som viktigheten av konfidensialitet foregår.
- En fakta fase hvor deltakerne forteller om hendelsen
- En tankefase hvor deltakerne går igjennom deres tanker under hendelsen
- En følelses fase hvor deltakerne går igjennom deres følelser under hendelsen.

Det finnes lite litteratur på den akutte stress fasen og de akutte stress lidelsene, det meste som finnes av litteratur og studier omhandler personer som har gjennomlevd traumatiske forhold, men som nå lever i en tilnærmet normal situasjon.

Av terapeutiske virkemidler er kanskje kognitiv terapi det mest brukte, men dette er krevende. Det er viktig at terapeutene har omfattende trening og forståelse av traumemekanismer. Samtidig er det svært viktig med en human og empatisk tilnærming uten at dette fører til ytterligere sykliggjøring av den rammede. "Hyperarousal" symptomer kan ofte med fordel

behandles med psykofarmaka. SSRI preparater kan også ha en viss effekt på noen PTSD pasienter. I psykodynamisk terapi angriper man først og fremst pasienten subjektive opplevelse og forståelse av en hendelse.

### **Viktige aspekter**

En svakhet med PTSD diagnosen er at den ikke tar hensyn til tilpassning og komorbiditet. Traumatisk stress kan også føre til emosjonelle, kognitive, somatiske og atferdsforstyrrelser og en rekke lidelser slik som affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser.

Dissosiasjon, dvs manglende integrering av de forskjellige aspektene rundt en traumatisk hendelse synes sentralt i forståelsen av kroniske lidelser etter traumatiske hendelser. Studier av mennesker i ketamin rus (gir bla depersonalisering og manglende dissosiasjon) og forskjellige nyere undersøkelser slik som SPECT ved traumatiske hendelser styrker dette. Nye forskning prøver også å finne sammenhenger mellom psykisk traumatisering og immun systemet.

### **Den salutogenetiske modell**

Innen medisin har det vært vanlig å stille spørsmålet; hvorfor blir vi syke. Fokuset har vært å finne forklaringen til patologi - sykdom. Det salutogenetiske spørsmål har vært; hvorfor forblir noen friske. Fokuset har vært å forsøke å finne den salutogenetiske forklaringen til god helse. Her ser en det som svært vanlig å bli utsatt for ulike eksterne stressfaktorer av både somatisk og emosjonell karakter. Noen mennesker ser ut til å håndtere dette stresset bedre enn andre. Spørsmålet er hvorfor? Og kan denne evnen til å håndtere stress stimuleres, slik at en kan forebygge ulike former for sykdom.

Følgende er i hovedsak hentet fra boken "health, stress and coping" samt "Helbredets mysterium" skrevet av Aaron Antonovsky. (8), (9)

Salutogenese er et uttrykk sammensatt fra de greske ordene *saluto*, helse og *genesis*, utgangspunkt. Aron Antonovsky (1923-1994), professor i medisinsk sosiologi ved sunnheitsvitenskaplige fakultet, Ben Gurion University i Israel, har skrevet flere bøker rundt det salutogenetiske tema. Han har forsøkt å finne svaret til nettopp hvorfor noen forholder seg friske tross ytre stress. Antonovskys mente det måtte finnes en sammenheng mellom stress og sykdom, etter hvert kom han frem til at stress oppstår når en spenning/motstand ikke overvinnes. Evnen til å takle spenning/motstand er essensiell. Antonovsky mener at konsekvensen av en ytre hendelse er avhengig av den rammedes psykologiske, sosiale og kulturelle ressurser som til sammen utgjør hans motstandsevne. Antonovsky mener at den subjektive oppfattelsen av en hendelse er mye viktigere for dens konsekvenser enn dens objektive karakter. Han lanserer uttrykket "breakdown" eller gjennombrudd. Gjennombruddet fører til at noen får "disease", sykdom der hvor andre bare får "dis -ease", ubehag. For å unngå breakdown en inneha gode motstands ressurser, en av de viktigste ressursene er evnen til å tilpasse seg.

Etter flere dybdeintervju med mennesker som hadde vært utsatt for ulik grad av ytre, i hovedsak emosjonelt, stress kom han fram til begrepet OAS. OAS står for opplevelse av sammenheng og rommer tre aspekter. Opplevelse av begripelighet – håndterbarhet og meningsfullhet. Disse momentene mente han var fellestrekkene for de individene som taklet ytre stress svært godt, og til og med kunne komme styrket ut av den stressende situasjonen.

OAS kan ses i et kontinuum mellom sterk og lav følelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse tre aspektene blir ansett å være et resultat av egen arv, oppvekst og erfaring, men preges også av sosiokulturelle fenomener. En kan si at OAS er en betegnelse på hvordan en opplever verden. OAS er en innstilling og ikke et personlighetstrekk.

Et individs erfaringer gjennom livet bidrar til å utvikle en form for forståelse av verden. En forståelse av at ulik adferd får ulike responser og konsekvenser. Ved at denne responsen er stabil utvikles over tid en forståelse av sammenheng. Det å se at egne handlinger avler responser og konsekvenser som en har forventet, kan føre til en opplevelse av at du har evne til å bevist påvirke egen situasjon, og dermed forståelse av at du har medbestemmelse for egen situasjon.

Ved at en gjennom livet møter krav en har forutsetning til å mestre, dvs. en balanse mellom krav og ressurser, utvikler individet en følelse av håndterbarhet. Over tid kan en da få en følelse av at ytre stress kan takles, og en har dermed en positiv determineringsfølelse for stress. En følelse av at "alt ordner seg til slutt". Med dette utvikles altså en vilje til å møte krav, en evne til å mobilisere energi, da en har en tro på at en vil kunne takle situasjonen.

En opplevelse av meningsfullhet blir betraktet som en av de avgjørende faktorene i OAS. Uten en følelse av mening vil en over tid miste motivasjonen til å strebe etter en forståelse av verden samt evne til å takle motstand.

En kan sette opp en dynamisk sammenheng mellom disse tre faktorene.

	Begripelighet	Håndterbarhet	Meningsfullhet	Prediksjon
1	Høy	Høy	Høy	Stabil
2	Lav	Høy	Høy	Uvanlig
3	Høy	Lav	Høy	Vil bevege seg oppover
4	Lav	Lav	Høy	Vil bevege seg oppover
5	Høy	Høy	Lav	Vil bevege seg nedover
6	Høy	Lav	Lav	Vil bevege seg nedover
7	Lav	Høy	Lav	Uvanlig
8	Lav	Lav	Lav	Stabil

Her ser en hvordan de ulike komponentene i OAS kan påvirke hverandre gjensidig.

En har ofte grenser for hva en betrakter som viktig for en selv. En kan si at en setter grenser for hvor en søker begripelighet, håndterbarhet og mening. Disse grensene er ofte fleksible hos OAS sterke individer, men kan ikke innsnevres lengre enn at de rommer betydningen av indre følelser, relasjoner, egen rolle samt eksistensielle spørsmål. Dermed kan en si at et OAS sterkt individ ofte er tilpasningsdyktig.

Det er viktig og ta med seg det kulturelle aspektet av OAS. Til eksempel vil sosial anerkjennelse av bestemte roller prege individets anseelse av egen meningsfullhet. Ulike roller har ulik anseelse i de ulike kulturer, og dette vil dermed prege OAS til ulike grupper. Da vi senere vil diskutere ambulanspersonellet som yrkesgruppe, vil vi her spesielt ta for oss hvordan et yrke kan prege OAS til arbeidstakerene.



Hvis et arbeid er kulturelt verdsatt, og til og med kan betraktes som heroisk, vil dette medføre en følelse av meningsfullhet, som dermed vil avle energi til å takle større belastninger. En kan se på ulike faktorer av arbeidet og hvilken innvirkning disse vil ha på utviklingen av OAS. Egen glede og stolthet over arbeidet formes ofte av den sosiale anerkjennelsen yrket har. Samtidig må arbeideren selv ha en følelse av at denne anerkjennelsen er rettferdig, og det må over tid utvikles en form for eierforhold til dette arbeidet. Med dette vil det ofte komme en opplevelse av selvrealisering som er viktig for følelsen av mening.

Arbeidere må også ha muligheten til å kunne påvirke egen arbeidssituasjon. Med dette vil en få en ytterligere følelse av at en er betydningsfull og dermed ytterligere følelse av mening. Ved at arbeidere opplever at det er en legitim fordeling av innflytelse vil også samarbeid og relasjon fungere bedre, og arbeidet vi kunne være mer lystbetont. De ulike sosiale arrangementene og treningsmulighetene for ambulanspersonellet vil kunne bidra til utviklingen av et godt og lystbetont arbeidsmiljø, og vil kunne gi de ansatte en følelse av betydningsfullhet.

En følelse av håndterbarhet kan kun komme ved at det er en belastningsbalanse der arbeideren har tilstrekkelig ressurser til rådighet for å takle ulike krav arbeidet stiller. Resurser kan bestå i; viten, ferdigheter, material og utstyrtilgang samt miljø. Disse resursene kan bygges opp ved god opplæring og tilrettelegging på arbeidsplassen. Ved at en lagfølelse bygges opp vil arbeiderne ha en opplevelse av tilhørighet, og de vil kunne støtte hverandre i vanskelige situasjoner. Opplevelsen av fellesskap vil være svært viktig i et arbeide som er vanskelig å bære alene, og der enkle feil kan få fatale konsekvenser. Det å takle vanskelige situasjoner vil være gunstig for utviklingen av mestringsfølelse, og vil bidra til ytterligere styrking av OAS. Et godt miljø som fanger deg opp når det går galt vil kunne hindre skade av OAS. Muligheten

til tilstrekkelig hvile er også viktig for at yrket ikke skal slite ned individets resurser, og dermed bidra til utvikling av meningsløshet.

På en arbeidsplass utvikles det ofte felles verdier som gir en gruppeidentifikasjon og dermed en del normative forventninger som bidrar til en form for indre sammenheng. Ofte kan det utvikles et felles språk og ritualer som for utenforstående vil oppfattes som uforståelig og kaotisk, men som for gruppen oppleves som forståelig og ordnet. Det er derfor ofte vanskelig for utenforstående å tolke en arbeidssituasjon. Dette vil kunne medføre ulike feiltolkninger av mestringsstrategier.

## Studier og utredninger

### Den norske utredningen ”Oppfølging av norsk personell som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner”

Vi har valgt å se på en norsk utredning om oppfølging av mental helse hos norsk personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner. Denne utredningen går gjennom en del studier som ser på hvordan bla FN soldater reagerer på traumatiske hendelser og den gir også noen retningslinjer om hvordan oppfølging av denne gruppen bør være i Norge. Vi tror noen av disse funnene og retningslinjene kan overføres til andre traumatiserte grupper i Norge og kanskje også med ambulansepersonell i Palestina. Vi vil sammenligne en del i denne utredningen med en palestinsk forstudie som kommer senere.

Utredningen ble startet av Statens helsetilsyn etter ordre fra Stortinget og ble publisert i 1998 med tittelen “Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner”, (utredningsserie nummer 7, 1998). (11)

Bakgrunnen for denne utredningen var en erkjennelse av at “det sivile helsevesen har begrensede erfaringer og kompetanse når det gjelder oppfølging av personer som har opplevd hendelser under krigsliknende tilstander”, (s.3). Det ble satt opp en arbeidsgruppe bestående av medlemmer fra forsvaret og det sivile helsevesen med representanter fra kommunehelsetjenesten, psykisk helsevern og administrasjon. Arbeidsgruppen skulle se på hvordan helsevesenets kompetanse på dette området kunne styrkes.

Arbeidsgruppen valgte å fokusere på følgende hovedtemaer (s.14):

- Oppfølging av soldater og personell

- Kompetanseoverføring mellom Forsvaret og den sivile helsetjenesten
- Nettverksbygging

### **Sammendrag av arbeidsgruppens konklusjoner**

Gruppen kom frem til at det er et behov for bedre registrering av stressbelastninger (s.14). Det ble foreslått at soldater før dimisjon skulle fylle ut et stressbelastningsskjema hvor tjenestebetingelser og stressfylte hendelser skulle nedtegnes. Dette skjemaet skal inngå som en del av tre helseerklæringer fra den enkelte soldat; den første en egenerklæring som fylles ut ved søknad om internasjonal tjeneste, den andre ovennevnte skjema og den siste en egenerklæring som fylles ut tre måneder etter endt tjeneste. I tillegg skal tradisjonen med legeundersøkelse før tjeneste og ved dimisjon opprettholdes. Det skal også være mulighet med assistanse ved behov og samling av personell tre til fire måneder etter endt tjeneste

Gruppen så også et behov for å styrke nettverksbygging for personell (s.15) Informasjon til de pårørende skal styrkes. FN veteranenes landsforbund bør få utvidet støtte. Veteranene bør gis midler til drift av et rekreasjonssenter. Et slikt senter antas å gi helsegevinst ved å forhindre at ettervirkninger oppstår (sekundærprofylakse).

Gruppen vil også styrke kompetanseoverføring mellom det militære og det sivile helsevesen, slik at erfaringer og kunnskap kan utvides og komme både militært personell og befolkningen generelt til gode (s.14)

### **Bakgrunn**

Flere undersøkelser var bakgrunn for utredningen som kom i 1998:

### UNIFIL undersøkelsen

Forsvarets sanitet igangsatte i 1992 en undersøkelse blant et større antall UNIFIL soldater, denne undersøkelsen ble publisert i 1993 (s.18-19). Undersøkelsen omfattet et utvalg av soldater som hadde vært i utenlandstjeneste i perioden 1978-1991 og omfattet 1211 besvarelser.

Undersøkelsen viste at 95% hadde trivdes godt under tjenesten. 32,9% hadde sett sivile bli utsatt for vold og angrep. 43,8% hadde blitt beskyttet.

20% oppfattet tjenesten som belastende. Mellom 5 og 10% viste tegn på posttraumatisk stress. Omtrent 5% utviklet et posttraumatisk stress-syndrom. Det var vesentlig økning i gjennomsnittlig alkoholforbruk under tjenesten. Det var en økt suicidalitet i forhold til normalbefolkningen.

Undersøkelsen konkluderte med at mulighet for privatliv under tjeneste burde forbedres. Dessuten påpekte den viktigheten av nøye seleksjon når det gjaldt innadvendt personlighet, tidligere negative livserfaringer og alkoholforbruk. Dessuten påpekte den at personer med et begrenset nettverk var ekstra sårbare.

### Danske FN soldater i Bosnia Herzegovina

I Danmark ble det i 1994 publisert en studie blant soldater som tjenestegjorde i Bosnia Herzegovina i perioden februar til august 1993 (s.19-20). Denne undersøkelsen bestod av 455 besvarelser (tre spørreskjemaer fra dimisjon og frem til seks måneder etter dimisjon).

44% var blitt beskutt og 71% hadde blitt hånet av lokalbefolkningen. Ca. tre måneder etter dimisjon opplevde 31% gjenopplevelser, 46% opplevde økt spenningsnivå, 37% opplevde unngåelsesreaksjoner og 27% opplevde fysiske reaksjoner. Det var en tendens til at slike reaksjoner økte frem til tre måneder etter dimisjon og deretter avtok. Undersøkelsen viste en klar sammenheng mellom gjennomgåtte opplevelser og senere reaksjoner. Undersøkelsen viste også at private problemer forsterket etterreaksjonene. Undersøkelsen understreket viktigheten av et fungerende nettverk etter endt tjeneste.

#### Svenske FN soldater i Bosnia Herzegovina

I Sverige ble det i 1996 publisert en populærvitenskapelig rapport basert på et spørreskjema som ble delt ut i fire svenske FN bataljoner. Skjemaet ble besvart av 3505 personer ved dimisjon (s.20-21).

De hendelser som flest var blitt utsatt for var at partene hindret dem i å utføre deres oppdrag, det hadde hendt daglig hos 56%. Den mest vanlige reaksjonen var hjemlengsel, (ganske ofte hos 25%) ellers opplevde 19% uro og rastløshet, 23% følte seg jaktet på og 30% følte maktesløshet. Studien viste også at personellet var mer bekymret for kameratenes helse enn sin egen. Også her var det sammenheng mellom hjemmeforhold og stressreaksjoner.

Studien anbefalte en stabil hjemmesituasjon hos de som reiser ut, en utdanning som også fokuserer på hverdagssituasjoner og at befalet ikke er for autoritære, men isteden utnytter personellets fulle kompetanse.

#### Dansk undersøkelse om soldatenes familie

I Danmark ble det i 1994 utgitt en rapport om soldatenes familie under tjeneste. Ektefeller og samboere til soldater som tjenestegjorde i Bosnia Herzegovina ble intervjuet gjennom tre spørreskjemaer (s.19-23)

Denne undersøkelsen viste at mange var negative til ny tjeneste og at det hadde oppstått en del problemer, særlig i form av savn. Rapporten anbefalte en styrking av kontakten mellom forsvaret og familie/nettverk.

#### Rapporter om FN observatørens psykiske helse

Oslo militære legekontor gjennomførte i 1994 en upublisert studie som omfattet 61 personer som nettopp hadde avsluttet sin tjeneste. Redskapene som ble brukt var General Health Questionnaire og Posttraumatic Symptoms Scale (s.23). Ved disse undersøkelsene fant man en relativt liten grad av ettervirkninger, mindre enn ved UNIFIL studien.

Forsvarets studiesenter og Institutt for samfunnspsykologi ved UiB gjennomførte i 1996 en undersøkelse på 72 personer som hadde vært observatører i det tidligere Jugoslavia (s.23). Denne undersøkelsen tok for seg forberedelser, mestring, tjenesten, omsorg og etterarbeid. Den viste at de fleste hadde opplevd overgrep mot sivile uten å kunne gripe inn. De fleste hadde følt seg godt forbredt og hadde positive erfaringer. Det var noen få som hadde symptomer på PTSD.

I 1997 ble det gjennomført en undersøkelse ved NTNU som sammenlignet 21 FN observatører med 21 norske observatører (s.24). Den viste en langt høyere grad av symptomer på PTSD blant FN observatørene.

### Arbeidsgruppens konklusjoner av undersøkelsene

Arbeidsgruppen som lagde utredningen trekker flere konklusjoner når det gjelder psykososiale problemer under og etter tjeneste (s.24-27)

Gruppen deler opp i følgende problemstillinger:

- Vansker med å tilpasse seg tjenesten
- Debut av psykisk lidelse under tjeneste
- Eftervirkninger fra traumatiske hendelser under tjeneste

Gruppen påpeker også at tjeneste kan være en flukt fra problemer hjemme, men stort sett bare forsterker disse. Gruppen mener at tjeneste krever samarbeidsevne, tålmodighet, aggresjonskontroll og evne til å underordne seg. Det kan oppstå en konflikt når yngre befal skal lede eldre personell. Gruppen ser også et problem i at alkoholkonsum synes å øke under tjeneste.

Gruppen har også sett på ettervirkninger og sett at de psykososiale problemene som dominerer er manglende tilhørighet, isolasjon og tilbaketrekning. Det er en økt forekomst av ulykker og selvmord. Noen sliter med psykiske plager slik som angst, depresjon og psykosomale reaksjoner, (nedsatt hukommelse, hodepine, muskelverk etc). Noen har atferdendringer som økt aggresjon og forhøyet alkoholforbruk. Noen har også problemer med tilpasse seg sivile krav og monotont liv.

Gruppen påpeker også at UNIFIL studien viser at 5% sliter med symptomer på PTSD, dvs gjenopplevelser, unngåelsesatferd og vedvarende symptomer på økt spenning. Ca halvparten restitueres etter ca tre måneder, de som har symptomer lenger har risiko for mangeårige plager



med sosial mistilpassing og økt alkoholforbruk som mulige konsekvenser. Gruppen påpeker viktigheten av tidlig inngripen og forebygging for eksempel i form av forberedelser til oppdrag, felleskapopbygging, kameratstøtte og god ledelse.

## **Dagens oppfølging og forebygging i forsvaret, (1998)**

### Preseleksjon før tjeneste

Arbeidsgruppen påpeker at en utenlandstjeneste kan innebære risiko og stressfylte situasjoner. En på forhånd svekket mental helse vil derfor kunne forverres og det er derfor viktig med en seleksjon til slike oppdrag (s.32). Det er også en del somatiske sykdommer som ekskluderer, slik som for eksempel alvorlig diabetes eller revmatiske sykdommer.

Psykososiale forhold som ekskluderer for tjeneste er, (s.32-33):

- En del psykiatriske tilstander som for eksempel angstnevroser eller tilpassningssvikt
- En del medikamenter som for eksempel regelmessig bruk av psykofarmaka
- En del sosiale problemer som samlivsproblemer siste år, tap av nært familiemedlem, langvarig arbeidsløshet etc.
- Ukritisk holdning til alkohol.

### Oppfølging av personell på tjenestestedet

Oppfølging av personell på tjenestestedet og etter tjeneste varierer svært mye innad i forsvaret (s.33-39). Noen steder er det kun ansatt psykiatrisk sykepleier, mens andre steder er det leger og/eller prester. Oppfølging under tjenesten varierer også mye. I Jegerkorpset er det en oppfølging og evaluering som tar tre dager umiddelbart etter tjeneste. I Jegerkorpset får også soldatene tilbud om en oppfølgingssamtale per telefon etter tre til fire uker med en psykiatrisk sykepleier. I Jegerkorpset er det også en avtale om at befal skal se etter symptomer på psykisk

sykdom hos soldater og henviser til psykiatrisk sykepleier som eventuelt henviser videre. Forsvaret ser ikke på det som sin oppgave å drive langtidsoppfølging.

Arbeidsgruppen peker også på manglende organisering av oppfølging og forebygging i forsvaret. Det finnes ingen minstekrav til oppfølging i felten. Det eneste som er standardisert er et stressmestringsteam som opererer fra Norge. Det er heller ingen kompetanse overføring fra forsvaret til det sivile. Rapporteringen av psykiske reaksjoner er relativt tilfeldig og gruppen peker også på at dimisjon er et lite egnet tidspunkt for kartlegging av slike reaksjoner.

### **Nåværende tilbud i den sivile helsetjenesten**

#### Kommunehelsetjenesten (s.40-41)

1. Legetjenesten
2. Pleie og omsorgstjenesten, følgende funksjoner kan være aktuelt for pasienter med mentale skader:
  - Dagsenter
  - Hjemmesykepleie og psykiatrisk hjemmesykepleie
  - Boligtilpassning
  - Støttekontakt
  - Rehabilitering
3. Sosialkontorene, kan hjelpe pasienter med økonomiske og andre støttetiltak
4. Rusmiddelomsorg, posttraumatiske stresslidelser kompliseres ofte av alkoholisme
5. Fysioterapitjenesten
6. Pedagogisk veiledningstjeneste

### Psykiatriske spesialisttjenester og andre aktuelle tjenester (s.41-42)

Spesialisttjenestene er organisert i psykiatriske sykehus, distriktpspsykiatriske sentra samt privatpraktiserende psykiatere og psykologer.

Pasienter med mentale skader kan også ha behov for å oppsøke andre tjenester som for eksempel familievernkontorer og arbeidsmarkedsetaten.

### Utfordringer i den sivile helsetjenesten (s.42-45)

Det finnes ingen oppfølging i det sivile av FN/NATO veteraner. Disse er helt avhengige av primærhelsetjenestens forståelse av problemet

Allmennleger, psykiatere og psykologer har ofte liten forståelse av problemer etter krigsopplevelser og PTSD. I 2. Linje tjenesten finnes det noe kunnskap om PTSD, men liten kunnskap om militær hverdag, det er en fare for at denne pasient gruppen ikke vil føle seg forstått.

Det kan også være et problem at soldater og veteraner oppfatter psykiatri som et stigma.

I rusmiddelomsorgen har det frem til 1998 ifølge arbeidsgruppen vært lite kunnskap om kompliserende faktorer til rusmisbruk, slik som for eksempel krigsopplevelser.

### **Dagens kompetansefordeling og behov**

De siste 40 årene har det vært anslagsvis 55.000 norske soldater i utenriktjeneste. Også andre grupper er relevante for tematikken "traumastisk stress" eller krigs/katastrofe

psykologi/psykiatri, som eksempler kan det nevnes andre grupper som har hatt tjeneste i konfliktfylte områder og flyktninger/asylsøkere (s.46)

Det finnes mange grupper i Norge som innehar kompetanse på ovennevnte felt (s.46-49):

- Forsvaret
- Spesialisthelsetjenesten
- Undervisningssektoren
- Sentre for flyktninger og asylsøkere
- Kirken
- Private organisasjoner

Det er viktig å bygge opp økt kompetanse og økt utveksling av kompetanse i alle disse leddene, dette kan gi flere gevinster på sikt:

- Økt forståelse i samfunnet for de som er rammet av stresslidelser
- Større oppmerksomhet rundt problematikken, dette kan også øke statusnivået for denne type lidelser
- Større bevissthet rundt forverrende miljøfaktorer
- Stimulering av forskningsinteresse

## **Nettverk**

Flere undersøkelser understreker betydningen av gode forhold hjemme, dette påvirker blant annet graden av PTSD. Undersøkelser viser også at soldatene ofte tenker mer på familien hjemme, enn sin egen sikkerhet. Ved hjemmeavdelingene er det opprettet støttegrupper for de pårørende (s.50). Forsvaret sender også ut informasjon til de pårørende bla. Via Internett og tekst tv (s.50)

FN veteranenes landsforbund bidrar allerede i dag med å fange opp de som har fått psykiske skader etter tjeneste (s.51-52). De jobber også med å utvikle kameratstøttegrupper.

Kameratstøttegruppen skal være et lavterskeltilbud og skal ha mulighet til kontakt med en fagperson. Det jobbes også med at krigsinvalid hjemmet på Bæreia skal kunne nyttes av FN veteraner.

Arbeidsgruppen ser en rekke utfordringer når det gjelder nettverksbygging (s.53-55). Blant annet må informasjon til pårørende bli bedre, særlig etter at det aktuelle utplasseringssted har vært i massemedia. Det kan også være et behov for å gi pårørende kurs i psykiske ettervirkninger.

Arbeidsgruppen påpeker også FN veteranenes landsforbunds dårlige økonomi. Gruppen ser en stor nytte i at det blir utviklet kameratstøtte og et rekreasjonssenter. Dette er lavterskeltilbud, noe som er viktig siden det ofte dreier seg om normale reaksjoner på unormale hendelser. Det er viktig å unngå "pasientidentifisering" Det er også viktig å fokusere på det sosiale, på kamerat og fellesskapet og ikke på det sykelige. For å unngå sykelliggjøring bør et senter være åpnet for alle, og ikke et senter hvor sykelighet er inngangskriterium.

### **Arbeidsgruppens konklusjoner**

Arbeidsgruppen trekker en rekke konklusjoner ut av ovennevnte analyser og rapporter. Disse konklusjonene ga en innstilling til Helsetilsynet

Gruppen mener det er viktig at personell som på denne måten verver i samfunnet tjeneste får den støtten de trenger. Gruppen mener slikt personell kan prioriteres på følgende måter (s.56):

- Bedring av seleksjonsprosedyrer
- Styrking av registreringsrutiner under og etter tjeneste
- Styrking av kompetanseoverføring til det sivile uten etablering av særomsorg
- Utbygging av eksisterende nettverk og særlig FN veteranenes landsforbund.

### **Den palestinske studien “Overlevelse gjennom smerte”**

I Juli 2002 fullførte Dr. Elia Awwad, daværende direktør for PRCS mental health departement, en studie hvor han så på hvilke psykiske konsekvenser okkupasjonen fikk for ambulanspersonalet. Hensikten med denne studien var å avdekke psykisk traumatisering av ambulanspersonell som følge av arbeidsforhold skapt av konfliktsituasjonen mellom Israel og Palestina. Tittelen på studien var “Learning to survive through pain” og var støttet av EU. Denne studien dannet grunnlaget for det psykososiale støtteprosjektet, støttet av Tysk Røde Kors som vi ser nærmere på senere i oppgaven. Følgende bygger på dr. Elias studie. (10)

#### **Introduksjon til studien**

Dr. Elia skriver at det er gjort mange studier på overlevende etter naturkatastrofer, og etter menneskeskapte katastrofer. Disse studiene viser at reaksjonene etter menneske skapte katastrofer er mer langvarige og kompliserte.

Palestinerne har nå gjennomgått en menneskeskapt katastrofe over tre tiår. Det er gjort noen studier under den første intifadaen om situasjonens innvirkning på folks mentale helse, men lite eller ingen studier fra den andre intifadaen.

Ifølge dr. Elia er det en del faktorer man må ha med når man vurderer de psykososiale konsekvensene for palestinerne:

- Sammenlignet med andre land finnes det få psykososiale støttetilbud. Der hvor det finnes er ofte personellet ungt og uerfarent.
- Palestinerne gjennomgår et type II traume, dvs. et traume som går over flere generasjoner, i motsetning til type I traume som er relativt kort.
- Å oppsøke psykososiale støttetilbud er stigmatiserende i Palestina
- En rekke faktorer som fattigdom, ustabilitet etc. gjør palestinerne sårbare.
- Palestinere som blir drept av israelere blir sett på som martyrer. Dette gjør at de pårørende kan undertrykke sosialt uakseptable følelser.
- Helsearbeidere som jobber med traumatiserte løper ofte en ekstra risiko for å bli utsatt for traume selv. Dette gjør helsearbeidere til en mer utsatt gruppe enn gjennomsnittsbefolkningen.

Behovet for somatisk helsearbeid er relativt enkelt å observere. Dette er derimot ikke tilfellet for psykososialt helsearbeid. Det må rettes særskilt fokus mot tema for at behovet skal avdekkes, spesielt da det ikke finnes noen kultur rundt slikt helsearbeid fra tidligere. Ifølge Dr. Elia viser flere studier at manglende psykososiale støttetiltak kan føre til en økning i antall traumatiserte på opptil 50%

Ifølge den 4. Genevekonvensjonen skulle alle EMS tjenester være beskyttet, men det har ikke vært tilfelle. I løpet av den siste intifadaen har ambulanspersonell i større grad enn tidligere blitt direkte rammet av konflikten. Fra sept. 02 til juni 02 har 135 EMS arbeidere blitt arrestert, 179 har blitt skadet, 3 har blitt drept. 165 ambulanser har blitt delvis ødelagt og 427 ambulanser har blitt nektet tilgang til skadde.

Sett i lys av det totale antall skadde og fallene i Palestina ikke er høyere i denne intifadaen sammenlignet med den første, kan disse tallene tyde på at ambulanspersonalet i større grad har blitt direkte mål. Helsevesenet er en av de få infrastrukturen som fremdeles har en viss funksjon i Palestina, og blir dermed den siste støttende samfunnsstruktur.

Ifølge Dr. Elia er det syv stress faktorer som er de viktigste for å vurdere de psykiske sekvelene hos palestinsk ambulanspersonell

1. Separasjon fra familien i forbindelse med arbeid. Veisperringer og portforbud kan forlenge separasjonstid og gjøre hverdagen svært uforutsigbar. Situasjonen forverres når både en selv og familien er i fare.
2. Uforutsigbare og plutselige hendelser utenfor egen kontroll. Ambulanspersonellet utsettes hele tiden for plutselige angrep som er vanskelig å forberede seg på
3. Utsettelse for livstruende hendelser da de stadig opererer i kampsoner.
4. Observerer daglig andres tragedie.
5. Utsettelse for sterke inntrykk. Arbeidsdagen er full av sterke lyder, lukter etc. Personellet deler sjelden sine følelser med familie eller andre fordi de ikke vil bli sett på som ofre.
6. De opplever å jobbe svært lange vakter, og mottar ikke lønn som tilsvarer arbeidsmengden.
7. Store forventninger i samfunnet. Forventninger som er vanskelig å innfri skaper trøtthet. Denne trøttheten og frustrasjonen øker når arbeidet forhindres som følge av konflikten.

### **Beskrivelse av studiens framgangsmåte**

Studiens materiell var EMS personell på ni stasjoner på Vestbredden og seks stasjoner i Gaza. Totalt jobber det rundt 250 personer på disse stasjonene. 196 spørreskjemaer ble levert inn, hvorav 184 ble brukt, (12 skjemaer var ikke ordentlig utfylt).



Redskapene brukt for analysen var følgende:

1. Sosiodemografiske karakteristika ble kartlagt
2. Tallfesting av voldsopplevelser. Et spørreskjema med 34 spørsmål kartla hva slags type vold og hvem som ble rammet av volden.
3. "Impact of events scale", et PTSD vurderings verktøy
4. "General health questions", ser på funksjonsevne, insomnia, følelse av press/stress, selvtillit og tilfredshet
5. SCL-90-R skalaen. Et verktøy for bruk på voksne og ungdom. Spør etter symptomer på en rekke syndromer; somatisering, OCD, økt sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobier, paranoia og psykose.

## **Resultater**

### *Sosiodemografiske data*

Gjennomsnittsalder var 32,6 år. 83,8% var menn. 40% av EMS tilhørte Gaza, 30% Sør Vestbredden og 30% Nord Vestbredden. 65% rapporterte at de jobbet overtid, men flere er ikke ansatt i faste stillinger og kan derfor ikke rapportere overtid.

### *Voldsopplevelser*

Spørsmålene varierer fra å ha inhalert tåregass, (97,1%) til om et familiemedlem har blitt drept (11,6%). 83,2% hadde vært vitne til at noen ble drept foran dem. 11% har opplevd at et familiemedlem eller en kollega var blitt drept. 51.93% var blitt skadet og/eller slått. 79.0% hadde opplevd å bli gjenholdt eller arrestert. Hvis en ser på gjennomsnittlig eksponisjon (SUM32), var over 50% blitt eksponert for opptil halvparten av de voldelige opplevelsene.

Det er også spørsmålene som tar for seg om man har merket forskjell i kollegamiljøet (52,9%), om man har opplevd frustrasjon og sinne mot kollegaer (63,2%), om man har observert mer problemer på jobben (76,3%) og om man har fått forandret forholdet til familien (44,5%). Dette viser at flertallet på en eller annen måte er blitt påvirket av sine voldsopplevelser.

På spørsmålet om hvem man ville spurt om man trengte psykososial støtte, svarte 15,1% venner, 5,9% svarte psykolog/psykiater og 3,2% en sosial arbeider. Bare 2,2% sa familien.

To ulike skjema ble brukt for å detektere hvilke følger voldsopplevelsene hadde fått for ambulanspersonellets mentale helse, IES-R og Exposure to the Event Scale. Dr. Elia har sammenlignet voldsopplevelser og "Impacts of events" og fant en nesten lineær sammenheng mellom disse to. 40% av ambulanspersonellet opplevde alvorlige symptomer som følge av voldsopplevelsene, og det ble funnet høyest "impact score" på Nord Vestbredden.

Under våre reiser kunne vi se tydelige tegn til at ambulanspersonellet var preget av situasjonen. De fleste var psykomotorisk urolig, virket ofte agitert og vi kunne observere flere affektutbrudd. Flere fortalte at de i betydelig større grad enn tidligere kunne reagere svært sterkt på mindre irritasjoner, og ikke følte at de hadde samme kontroll over sine egne utbrudd. Ved Gaza ambulansstasjon mener vi at vi kunne observere en endring i relasjon og adferd blant ambulanspersonalet mellom første og andre besøk. Under siste besøk var diskusjonene mer høyløst og noe aggressiv. Dette ble bekreftet av personalet selv. De mente dette skyldtes den langt mer spente situasjonen. 15 palestinere var nylig drept av israelsk militær, blant dem flere barn.

### *“General health questions”*

Analysen av disse spørsmålene viser at majoriteten har klart seg relativt godt. 90,61% følte at de kunne fungere i arbeidet, og 86,34% var fornøyd med arbeidet og følte at de ytte sitt beste. Bare 14,36% har opplevd tapt selvtillit. 61,88% har utviklet tegn på søvn og rastløshet.

### *SCL-90 skalaen*

Analysen viste at EMS personellet hadde en høyere andel av tegn på psykisk sykdom enn normalbefolkningen. Det ble funnet en positiv korrelasjon mellom alder og generelle symptomutslag, samt lengden av arbeidsdager og symptomutslag på fobi. Det var en sterk positiv korrelasjon mellom SUM 32, som var et mål på relativ voldseksponisjon, og SOM, som er et mål på somatiseringsgrad. Generelt ble det funnet en klar sammenheng mellom voldseksponisjon og symptomutslag.

### **Studiens konklusjon**

Ifølge studien har nesten alle EMS personellet, >93% vært vitne til eller selv blitt utsatt for voldelige hendelser, to tredjedeler har selv vært utsatt for arrestasjon eller skade. Over halvparten har symptomer på OCD, økt sensitivitet, depresjon eller paranoia.

Denne gruppen har ifølge dr. Elia høy risiko for å utvikle forskjellige psykiske sekveler og oppfølging av denne gruppen er kritisk for fremtiden til EMS tjenesten. EMS personell jobber hele tiden i et høy risiko miljø, men deres behov har blitt neglisjert. Frustrasjon, sinne, irritabilitet, fatigue etc. er vanlige reaksjoner når man arbeider under forhold med kronisk stress.

Undersøkelsen viser også at de fleste har opprettholdt et høyt funksjonsnivå på tross av de belastningene de har blitt utsatt for. Dr. Elia forklarer dette med den nasjonale stoltheten som vokser fram ved å hjelpe medborgere som er rammet av konflikten. Gode utdanningsprogram som forbereder personellet godt og dermed kan virke forebyggende og øke mestringsfølelsen. Følelse av personlig utvikling under arbeidet kan også bidra positivt.

Dr. Elia påpeker selv en svakhet med sin egen studie. Det er ingen kontrollgruppe. Dette er svært vanskelig å gjennomføre siden nesten alle palestinere er utsatt for et kontinuerlig traume. Derimot sammenlignet man de tre geografisk inndelte gruppene fra Gaza, Nord Vestbredden og Sør Vestbredden da de hadde ulike arbeidsforhold. En fant at personellet i Gaza var utsatt for flere voldsopplevelser enn sine kollegaer på Vestbredden, men de var mer tilfreds med sin innsats. Dette kan komme av at de også rapporterte mindre press i feltet. Det var også observert mindre interpersonelle endringer på arbeidsplassen i Gaza.

EMS personellet møter ifølge dr. Elia en stor forventning i samfunnet. Deres trening og engasjement kan maskere det faktum at de ikke er bedre rustet til å takle et slikt press enn befolkningen ellers. Deres behov blir ofte tilsidesatt for de primære ofrenes behov, og de er derfor lite forberedt på egne følelsesmessige responser.

EMS personellet bør ifølge dr. Elia prioriteres som gruppe med hensyn på psykososialt støttearbeid.

Det er ifølge dr. Elia vanlig at man etter slik stress utvikler en defensiv distansering. Man utvikler svart humor og en tro på at det er viktigere å få jobben gjort enn å tenke på sine egne

behov. Denne tankegangen sammen med stresset kan føre til at det videre utvikles kronisk fatigue, redusert entusiasme og utbrenthet.

Ut fra studiet foreslår dr. Elia en del mottiltak:

- En screening av potensielle søkere til EMS tjenesten. Man bør se etter motstandsevne og modenhet.
- Trening og forberedelse på de ulike scenarioene de kan møte i sin hverdag
- Trening i stressmestring. Dr. Elia anbefaler også debrifing for at personellet skal få arbeide sammen om sine følelser.
- Man bør prøve å plassere personellet nær deres hjem, slik at de kan dra nytte av sitt eget nettverk
- Ledere og veiledere bør opplæres til å kunne lede personellet med bestemthet, men også med sensitivitet. De burde også læres opp til å være på utkikk etter symptomer på stress og utbrenthet.
- For å redusere det totale stresset er det viktig å forbedre organisasjonen. Dr Elia foreslår en del tiltak:
  1. Redusere byråkratiet og papirarbeidet
  2. Promotere team bygging
  3. Forebygge konflikter
  4. Forbedre utstyr
  5. Utvikle gode arbeids planer
  6. Forbedre kommunikasjonen innad i organisasjonen
  7. Forbedre kommunikasjon ut til de ansattes familie og nettverk
  8. Tilby god arbeidsplass rent materielt
  9. Forbedre de overordnedes evne til å verdsette de ansattes innsats

- Etter spesielle hendelser bør det være spesielle tiltak som “utluftings”, (defusing) møter
- Etter at et psykososialt støttetilbud er utbygget bør man gjennomføre en ny undersøkelse.

### **Sammenligning av den norske utredningen og den palestinske studien**

En av hovedoppgaven til UNIFIL og FN soldater er å utføre humanitært arbeide. Deres erfaringer i tjeneste kan derfor til en viss grad sammenlignes erfaringer gjort av PRCS ambulanspersonell. Mange av soldatene har rapportert lignende traumatiske opplevelser som det ambulanspersonellet utsettes for. Begge gruppene rapporterer hendelser som å se sivile eller kollegaer bli drept, bli beskutt selv, bli forhindret i sitt arbeide samt oppleve håning. En kan også finne paralleller i de rapporterte symptomene i de to gruppene. Mange opplever gjenoppleving, økt uro, unngåelsesreaksjoner samt en rekke fysiske reaksjoner. Mange av soldatene og ambulanspersonellet blir plaget av vedvarende symptomer. I både Dr. Elias studie og den norske utredningen kommer det fram at fokuset på mentale helse har vært for svakt. Dette har resultert i alvorlige konsekvenser for enkeltindivider som kanskje kunne vært unngått.

Det blir anbefalt en rekke strategier for å forsøke og forebygge framtidig mental traumatisering i begge studiene. Mange av disse forebyggende forslagene gjentar seg. Grundig selektering av personell er et av disse punktene. Som seleksjonskriterier i den norske studien settes fravær av en del somatiske og psykiske sykdommer, relativt stabile sosiale forhold samt fravær av rusproblematikk. Den palestinske studien er mindre konkret og foreslår screening for motstandsevne og modenhet. Det kan eventuelt trekkes paralleller mellom disse da motsandsevne kan innebære seleksjonskriteriene beskrevet i den norske utredningen.

Videre blir det påpekt begge steder at det er viktig med et stabil nettverk, og det blir vektlagt at økt kontakt med familien har en gunstig effekt for soldatenes/ambulansespersonellens mentale helse. I den norske utredningen blir det påpekt at jevnlig telefonkontakt kan virke styrkende for soldaten selv, samt bidra til at familiens stressnivå senkes. Dette er igjen gunstig for fremtidig innstilling til ny tjeneste både hos soldaten og familien. Dette blir også satt fokus på i det palestinske studiet der det blir anbefalt at EMS personellens arbeidstid burde reduseres, og deres arbeide burde ligge så nært hjemstedet som mulig. Langvarig fravær fra familie ble også nevnt som forverrende faktor for ambulansesjåførene. Portforbud og veisperringer gjør hjemreise vanskelig for mange, og hindrer ofte personellet i å komme seg hjem mellom skiftene.

Det blir også anbefalt at ledere innen tjenestene skal være trent til å være på utkikk etter personal som viser symptomer på sykdom, for videre kunne henvise dem til en behandler. Dette er viktig da den rammede sjelden søker hjelp selv. Ved at personellet kommer tidligere til behandling forbedres deres mulighet til videre takling, og de kan om nødvendig bli skjermet for arbeidsbelastning over en periode. Det kan være vanskelig å få gjennomført sykemeldinger i Palestina da behovet for ambulansespersonell er langt fra dekt. Derimot er det forsøkt en rekke tiltak som kan føre til at ambulansespersonellens ventetid kan blir bedre og langt mer positivt ladet. Ulike treningsaktiviteter med styrkeapparat og bordtennis er tilgjengelig på alle stasjoner, små kjøkkenkroker skal bli en del av hver stasjon, det er også tiltenkt at alle stasjoner skal ha et pauserom med spill og TV etc.

Videre blir det fokusert på en forberedning av personalet på de situasjoner de kan bli utsatt for, og hvordan det kan tenkes at de vil reagere på dette. Med dette kommer ikke hendelsen like overraskende, og personalet kan få en mental forberedelsestid. Det blir også informert om

ulike taklingsmekanismer i og etter slike situasjoner. Dette kan virke forebyggende for mental traumatisering.

En stor ulikhet mellom de to gruppene er derimot at soldatene kommer hjem til relativt trygge forhold, dette er derimot ikke tilfellet for det palestinske ambulanspersonellet. De lever under et kontinuerlig belastning, og kan ikke få samme følelse av trygghet etter endt tjeneste. Dette må ikke glemmes når en skal tilpasse behandling som sporer seg fra vesten til de palestinske behovene. De fleste behandlingsprogram for stress lidelser er gjennomført i trygge miljøer, der en kan gå inn på den traumatiske hendelsen under trygge rammer. Ofte blir diagnosen Post Traumatisk Stress Lidelse satt. Traumatisk stress lidelse blir sjelden "post" for ambulanspersonell i Palestina. De gjennomgår stadig retraumatisering og deres overdeterminering øker stadig. Dermed må framgangen i det mentale støttarbeidet tilpasses disse behovene, og fokus har blitt rettet mot forebyggende arbeid og mest mulig avlastende strategier.



## **Prosjektet i Palestina; ”Psykososial traumehåndtering”**

### **Rapporter**

#### **Psykososial traume håndtering, introduksjon**

Etter publiseringen av Dr. Elias studie, se side 25, ble det funnet grunnlag for å starte et prosjekt som hadde som målsetting å tilby psykososial støtte til ambulanspersonell ved PRCS. Dette prosjektet ble ledet av Mental Health Department (MHD) ved Palestinsk Røde Halvmåne (PRCS), og ble finansiert av det tyske røde kors.

Prosjektet startet som et mentalt støtteprogram for PRCS ambulanspersonell med deres familier i november 2001. Siden har prosjektets målgruppe utvidet seg til å omfatte hele PRCS personell med familier, det har også blitt satt økt fokus på barn.

Prosjektet har knyttet til seg eksternt fagpersonell for å bedre kompetansen og gi nye impulser til arbeidet. Overlege Christiane Kolberg ved Åsgård sykehus har deltatt i dette arbeidet fra starten, og har rekruttert andre fagpersoner fra Tromsø til å delta. Som vår veileder har Kolberg gjort det mulig for oss å delta som observatører av prosjektet. Vi går her igjennom rapportene fra prosjektet (12), (13), samt PRCS sin plan for videre arbeide (14).

#### **Rapport fra første kvartal**

Prosjektledelsen brukte det første kvartalet til å informere ambulanspersonellet om grunnlaget for prosjektet basert på Dr. Elias studie. De informerte om målsettingen med prosjektet, som var å forsøke å finne psykososiale støttefunksjoner som kunne avlaste personellet. De informerte også om hva de ansatte kunne forvente å bli tilbudt i rammen av

prosjektet. To brosjyrer med generell informasjon om prosjektet, samt informasjon om stress, traume, arbeidsforhold, taklingsmekanismer samt tegn og symptomer på traumatisk stress, var forberedt og ville bli distribuert til ansatte og frivillige i løpet av andre kvartal.

140 av alt 250 ambulanspersonell hadde allerede mottatt ulike former for psykososial støtte. Psykolog Munir Mussa hadde tilbudt psykologisk støtte til de ansatte på Vestbredden siden juni 2001. Han besøkte de ulike stasjonene på Vestbredden, og tilbød individuelle samtaler samt gruppemøter. De ansattes familier var på dette tidspunktet ikke involvert.

Utvelgelse og forberedning av personell som skulle delta i prosjektet tok noe lenger tid enn først antatt. Dette da få palestinere har gjennomført sin utdanning over de siste årene pga at det har oppstått store vansker med å komme til universitetene pga. veisperringer og portforbud. Eskaleringen av konflikten førte også til at det var svært vanskelig å gjennomføre intervjuer pga den innskrenkede mobiliteten. Dermed tok det lengre tid enn forventet å finne egnet personell. Mobile enheter, som skulle være tilgjengelig for oppfølging etter utrykninger, var derfor kun under utvikling. Det ble forventet at de ville bære klare i begynnelsen av andre kvartal.

Trening av allerede ansatt personell var kommet i gang. De ansatte bestod av psykologer og sosialarbeidere som var tiltenkt å jobbe med ambulanspersonell, samt sosialarbeidere ansatt i primærhelsetjenesten som skulle gi støtte til ambulanspersonellens familier.

Det hadde også oppstått vansker med å få i gang støttetiltak i Gaza, da det var svært vanskelig å ta seg inn i området, og det var generelt vanskelig å opprette god kommunikasjon.

Det ble startet en undersøkelse av ambulanspersonellets mentale helse. Fem spørreskjema ble tatt i bruk og distribuert til de ulike stasjonene og videre evaluert. Disse resultatene vil bli sammenlignet med nye undersøkelser gjort etter noen mnd. for å evaluere selve prosjektet.

### **Rapport andre kvartal:**

I den første delen av prosjektet var målsettingen å forsøke og redusere stress relaterte symptomer hos ambulanspersonell etter store hendelser med flere skadde og døde. Det ble dannet en psykologisk traume gruppe som hadde hovedansvaret for å finne alternative strategier for arbeidet. Hovedfokus var å finne tiltak som kunne bedre helbredelses prosessen, helsen, arbeidslivet og familielivet samt hindre langtidsskader hos ambulanspersonellet. Målgruppen var 250 EMTs ved PRCS.

### **Framdrift:**

Det praktiske arbeidet kom ikke i gang før andre uken i februar da seleksjon og trening av prosjektansatte først måtte fullføres. Ni psykologer og sosialarbeidere ble ansatt i Gaza og fem på Vestbredden. I tillegg jobbet 12 sosialarbeider fra primærhelsetjenesten sammen med teamet på Vestbredden og 2 jobbet sammen med teamet i Gaza. Gjennomføring av ulike oppgaver ble sterkt hindret av konflikten i disse okkuperte områdene. Det kommer en nærmere beskrivelse av dette under.

### **Vestbredden:**

#### Gruppe samtaler:

I februar ble det avholdt 21 gruppesamtaler med totalt 96 deltagere. I mars ble det avholdt 35 gruppesamtaler inkludert 8 mobile akutt grupper, med totalt 176 deltagere. I april ble det

avholdt 15 gruppesamtaler med totalt 50 deltagere. Arbeidet i april ble betydelig påvirket av reokkupasjon av Ramallah og portforbud mange andre steder

#### Individuelle samtaler

I februar ble det avholdt 58 individuelle samtaler; de fleste av disse i Nablus og Hebron. I mars ble det avholdt 125 individuelle samtaler, da inkludert 25 individuelle mobile utrykninger i Jenin og Tulkarem etter at to EMTs omkom. I april ble det avholdt 130 individuelle samtaler, 60 av disse ble avholdt i Ramallah pga et høyt antall arrestasjoner. Flere møter ble utført per telefon pga portforbud.

#### Familiebesøk

50 familiebesøk ble utført i mars, inkludert 15 mobile team til familiene av de drepte EMTs. Ingen familiebesøk ble gjennomført i april pga den militære avlukkingen av byer på Vestbredden. Kontakten ble opprettholdt via telefon.

#### Gazastripen:

Selv om Gazastripen ikke gjennomgikk de samme portforbud som Vestbredden, var det store bevegelsesbegrensninger mellom nord og sør i Gaza. Spesielt var det vanskelig å gjennomføre arbeidet i Deir Al Balah og Al Moasi Zone, byer nært sjekkpunktet mellom nord og sør. Møter mellom team i nord og sør ble holdt ukentlig via telefon. De prosjektansatte ble også påvirket av at en av de ansatte ble skutt og skadet i sin flyktningleir. Denne ansatte mistet tre av sine familiemedlemmer. Familiebesøk og sykehusbesøk ble utført under hele rekonvalesensen, og han kom etter en tid tilbake til sitt arbeide som hovedansvarlig for ambulansestasjonen ved flyplassen.

### Gruppesamtaler

I februar ble det avholdt 36 gruppesamtaler med totalt 60 deltagere. I mars ble det avholdt 65 gruppesamtaler med totalt 60 deltagere. I april ble det avholdt 60 gruppesamtaler med totalt 60 deltagere.

### Individuelle samtaler

I februar ble det avholdt 45 individuelle samtaler. I mars ble det avholdt 31 individuelle samtaler. I april ble det avholdt 40 individuelle samtaler.

### Familie besøk

I februar ble det ikke avholdt familiebeseøk. I mars ble det avholdt 20 familiebeseøk. I april ble det avholdt 25 familiebeseøk.

### Etter seks måneders arbeide:

Ambulansepersonell og deres familier fått tilgang på psykososial støtte og rådgivning, noe som var mer eller mindre fraværende tidligere. Denne tilgangen kom først i gang februar 02, fire måneder etter at prosjektet ble iverksatt.

*Mobile enheter* er satt opp for å dekke behovet ved akutt situasjoner. Mobile enheter består av en senior psykolog, den lokale psykolog/sosialarbeider samt en sosialarbeider fra primærhelse tjenesten. Disse teamene har blitt brukt mye den siste tiden pga eskaleringen av konflikten.

*Bevisstgjøring av stress, og stressymptomer* blant ambulansepersonell og deres familier har skapt forståelse og bedret mestring av situasjonen. *Psykoedukative taktikker* og

taklingsstrategier har bedret mestring, mens *sosiale tilstelninger, treningsmuligheter og turer* har bidratt til at personalet føler seg ivaretatt. Dette kan motvirke den utryggheten EMS personellet møter i sitt arbeide.

*Mental helse status hos ambulanspersonalet blir undersøkt*, deres bakgrunn blir tatt med i evalueringen og oppfølgings planer blir iverksatt. Ulike spørreskjema har blitt utvalgt for bruk i kartleggingen av mental helse status. SCL-90R som skal finne og evaluere psykologiske symptomer. Demografiske spørreskjema. Event, Item og Experience spørreskjema. Impact of event spørreskjema og generelt helse spørreskjema. Flere lider under utbrenthet, angst og PTSD. Flest tilfeller blir observert etter skader og død blant kollegaer.

Tre *opptreningsprogrammer* har blitt utviklet for å gi prosjektets ansatte en bedret evne til å møte de utfordringer eskaleringen av konflikten bringer. Det har vært flere kurs i februar for å støtte denne opptreningen. Disse kursene er ikke alltid gjennomførbare pga. bevegelsesbegrensninger.

*Støttepersonell* blant ambulanspersonalet har blitt utvalgt i Gaza, i alt 6 ble ansatt i februar 02. Dette avventes på Vestbredden pga den sterke bevegelsesbegrensingen og dermed nedsatt mulighet til å støtte disse. Det er også vanskelig å finne egnet personal da de fleste trenger psykologisk støtte selv.

*Informasjons brosjyrer* er laget, og vil bli i omløp de følgende måneder.

Prosjektet har blitt hindret av nedsatt tilgang på kvalifisert personell og eskalering av konflikten.

### Generelt:

De prosjekt ansatte var klare til å igangsette arbeidet første uken i februar fire måneder etter prosjektet startet. Ni psykologer/sosialarbeidere ansatt i Gaza, og fem på Vestbredden. På Vestbanken måtte altså enkelte psykologer/sosialarbeidere dekke to stasjoner. To Primary health care (PHC) sosialarbeidere ble ansatt i Gaza, og tolv på vestbredden. Støttepersonale blant ambulanspersonell på stasjonene ble utvalgt i Gaza men ikke på Vestbredden. Støttepersonal på Vestbredden ble ikke valgt i påvente av å bli bedre kjent med personalet. Siden unngikk man dette da samtlige av personalet var så traumatisert at de ikke ville gi ytterligere ansvar til noen.

Sosialarbeidere og psykologer mottar svært lik utdannelse, og de utfører derfor nærmest likt arbeide. Det er svært vanskelig å få tak i ferdig utdannet og kvalifisert personell da få klarer å gjennomføre utdannelsen på normert tid evn. ikke i det hele pga sterke bevegelers restriksjoner. De fleste tar utdannelsen i Jerusalem. Det er ofte svært strenge restriksjoner ved sjekkpunktene inn til Jerusalem. Disse begrensningene øker stadig og stadig færre får muligheten til å motta utdannelse.

De fleste av prosjektets psykologer/sosialarbeidere var nyutdannede og de behøvde derfor god oppfølging. Prosjekt ledelsen forsøkte derfor å gjennomføre kurs og behandlingsmøter der de enkelte kunne ta opp problemer. Over tid fant man at det ble stadig vanskeligere å gjennomføre slike møter på Vestbredden pga de stadig økende bevegelserestriksjonene. Telefonisk kontakt ble i perioder eneste mulige kommunikasjon. I Gaza ble ukentlige telefoniske møter holdt mellom nord (Gaza city) og sørsiden (Khan Younis). Sjekkpunktet mellom nord og sør blir stadig vanskeligere å passere.

Både EMTs og frivillige ble fulgt opp av teamene, familier ble fulgt opp ved behov.

Ambulansepersonell mottok individuell - og gruppe samtaler. Etter dødsfallet av to EMTs mars 02 i Jenin og Tulkarem og tre kritisk skadde i Jenin ble mobile enheter sendt for å støtte de skadde med deres familier, de avdødes familier samt det resterende personellet.

Arrestasjonen av tolv av Ramallahs ambulansepersonell i april 02 førte til økt bruk av mobile enheter for oppfølging av de arresterte, deres familier og personell. To av ambulansepersonellet i Gaza ble kritisk skadd i april 02, dette krevde også økt bruk av mobile enheter for oppfølging av de skadde, deres familier og personell.

Ambulansepersonell kan etterspørre familiebesøk fra psykososiale team. Det har blitt valgt å inkludere familier i arbeidet for både å bedre følge opp personellet, og for å styrke det allerede tilstedeværende familiestøtte systemet. En form for psykoedukativ metode har blitt satt i verk slik at både personell og familier bedre kan forstå de ulike reaksjoner arbeidet kan medføre. En bedret forståelse kan dermed bedre reaksjonene på ulike symptomer på stress personellet kan vise i hjemmet. Ved dette arbeidet ønsker en også å bevisstgjøre ambulansepersonellets familier om mulighetene for å få ulike former for psykososial støtte.

I tillegg til en psykoedukativ framgangsmåte har det blitt valgt å bruke sport, turer, sosiale tilstelninger og kultur for å motvirke det negative stresset ambulansepersonellet møter i sin hverdag. De ulike stasjonene har styrkeapparater, tennisbord og annet treningsutstyr som kan brukes til atspredelse i stille perioder.

Det blir også fokusert på stressreducerende teknikker i dette arbeidet slik at personellet står bedre rustet til å møte sitt arbeide. Ofte møter de ydmykelse og ulike hindringer for sitt



arbeide. En taklingsstrategi i slike situasjoner kan redusere påkjenningen og gi bedret takling. Endret tankemønster rundt situasjonene, pusteøvelser og gjensidig støtte av hverandre er taktikker som brukes aktivt.

Videre har de mentale helse teamene sett at det ikke nødvendigvis er gunstig å dvele for lenge med traumatiske episoder, da slike med all sannsynlighet vil gjenta seg. Derfor blir det som nemt ovenfor fokusert på atspredelse, bedret taklingsevne og psykoedukative strategier.

Ut ifra eskaleringen av konflikten, med reokkupasjon og økende voldspirale, forventes det at traumatiseringen vil øke og dermed behovet for psykososial støtte. Den kumulative naturen av volden gir ikke rom for å komme over traumatiske episoder, bare mulighet til å finne en måte å leve med stadig traumatisering. Dette gir også behandlingsvansker da det er svært vanskelig å skape en trygg atmosfære som er grunnmuren i et godt behandlingsforhold.

I starten opplevde prosjektledelsen stor skepsis til prosjektet. Med tiden har denne skeptisismen endrett seg til interesse og tiltakene har blitt et krav. Individuelle samtaler blir oftere søkt enn gruppe samtaler, da de fleste er skeptiske til å åpne seg i gruppen. Likevel har gruppesamtaler vist seg å ha den beste effekten etter sammenstøt.

I Gaza har støttepersonalet blant ambulansesjåførene bidratt til å identifisere personell som viser tegn på høyt stress, på Vestbredden avventes en slik ordning.

### **Vanskeligheter under prosjektet:**

Eskaleringen av konflikten har gått alvorlig ut over gjennomføringen av prosjektet.

Eskaleringen har medført veisperringer, totale portforbud, reokkupasjon av flere byer på

Vestbredden, arrestasjoner og økende vold. Ved flere anledninger kunne ikke prosjekt ansatte nå sine stasjoner på uker, og kunne kun ha telefonisk kontakt. 29. mars 02 ble de fleste byer på Vestbredden reokkupert, som førte til 24 timers portforbud der ingen kunne forlate sine hjem. Disse forholdene varte i inntil tre uker. Dette skapte en svært desperat situasjon. Ved flere anledninger ble tanks og soldater plassert utenfor ambulansestasjoner for å hindre ambulanser å forlate stasjonen. Flere nattlige operasjoner ble avlyst pga militære farer. Assistanse fra røde kors hadde lite betydning, og ambulanser ble stadig hindret fra å nå pasienter eller stanset med pasienter i. Noen områder ble fullstendig stengt for ambulanspersonell som Jenin og gamlebyen i Nablus. Flere av ambulanspersonellet ble arrestert, mange mer enn en gang. Flere ambulanser ble skutt på. Ambulanspersonellet ble utsatt for daglig ydmykelse hvor de ble gjenholdt og strippet ved sjekkpunkt. De ble ofte fysisk og verbalt misbrukt av soldatene. Denne situasjonen har påvirket deres psykologiske tilstand betydelig og behovet for hjelp er stadig voksende.

Prosjekt ansatte er ikke utrustet til å møte dette høye nivået av traumatisering, og ytterligere kursing og oppfølging er nødvendig.

### **Videre plan for PRCS mental health**

Etter som konflikten har eskalert gjennom perioden, ble det stadig økende behov for psykososial støtte også utenom ambulanspersonellet. Prosjektet ble derfor utvidet til også å omfatte annet PRCS personell og barnefamilier. Den brede effekten av konflikten og okkupasjonen er velkjent, og bryter grunnleggende menneskerettigheter for sikkerhet og helse, inkludert mental helse og normale utviklingsmuligheter. Det er en stadig forverring av situasjonen med økende antall sjekkpunkt, økende antall og lengde av portforbud, økende destruksjon av hus og jordbruksland, flere systematiske ransaker, flere arrestasjoner, flere

skadde, flere målrettede drap og en voksende mur. Hverdagen blir stadig mer uforutsigbar og preget av konflikten. Dagens situasjon sees også utifra minnet av fortidens konflikt med tap av land og folk. Den mest dominerende konsekvensen av den vedvarende konflikten er tapet av håp. Traumatiseringen av individet, familien og samfunnet er kontinuerlig og vedvarende. Fokus for prosjektet vil være å fokusere på mestringsstrategier og støtte for å kunne leve med situasjonen og den gjentakende traumatiseringen.

Psykologisk/psykiatrisk støtte og ekstern sosial støtte er et relativt nytt konsept i det palestinske samfunn. Storfamilien og lokale samfunnsgrupper har vært viktig for denne støtten. Ettersom stadig flere blir direkte berørt av konflikten har behovet for profesjonell ekstern støtte stadig blitt større. Skepsisen for ekstern støtte er ofte stor, men prosjektet fokuserer på ett holistisk syn for å styrke de allerede tilstedeværende støttestrukturer. Ved å integrere den tidligere strukturen blir også den eksterne støtten mindre fremmed.

Det fokuseres på bearbeiding/forsoning med tidligere traumer, samt på å finne mestringsstrategier som kan bidra til økt hverdagsfungering evn. virke forebyggende ved gjentatt traumatisering. Lokale støttegrupper involveres slik at kjennskap og kunnskapen om psykososial støtte øker i lokalsamfunnet. Det gis både psykologisk og sosial støtte da disse støtte strategiene viker sterkt tilbake på hverandre.

Flere avdelinger i PRCS er involvert. Primærhelsetjenesten, Rehabiliteringen, Ungdom og frivillige, Ambulansetjenesten, Katastrofe avdelingen, Sosialtjenesten og Avdeling for mental helse.

Avdeling for mental helse er for tiden under utvikling med utbygging av kapasitet. For å utvide kapasiteten har seks psykososiale familie sentre (PFC) blitt inkludert, der fire ligger på Vestbredden og to ligger i Gaza. Gjennom disse sentrene håper PRCS å kunne nå flere familier og barn som har behov for ekstra støtte, samt spre informasjon om prosjektet og dets muligheter.

### **Palestinske barn – spesielle hensyn:**

Artikkel 39 i FNs konvensjon for barns rettigheter stadfester at "... alle barn som er offer for en væpnet konflikt, tortur, neglekt, dårlig behandling eller utnyttelse har rett til å motta all tilgjengelig behandling som kan integrere barnet tilbake til samfunnet..."

Ut ifra denne konvensjonen har palestinske barn rett til å motta den støtte som kan tilrettelegges for å integrere traumatiserte barn tilbake til samfunnet. Palestinske barn blir traumatisert på flere ulike måter som følge av konflikten. 300 skolebarn har blitt drept under den nåværende intifadaen. Disse tallene kan gi et inntrykk av barns hverdagssituasjon. Tap av foreldre – slektning – bekjent, tortur, bevitne voldsepisoder, separasjon fra foreldre, skader inkludert de som skaper deformitet og ulike funksjonshemninger, deltagelse i vold, portforbud, fattigdom og deprivasjon samt destruksjon av hjem kan føre til alvorlig mental traumatisering.

Emosjonelle reaksjoner kommer til uttrykk i flere former hos barn. Talevansker, konsentrasjonsvansker, lærevansker, søvnproblemer, inkontinens, regredering og ulike somatiske plager er de vanligste formene. Barn må sikres et trygt miljø for å kunne motta emosjonell støtte. Det er svært viktig at barna mottar denne støtten for å kunne utvikle seg

videre og oppnå et normalt produktivt liv. For tiden har ikke det palestinske samfunnet noen spesialisert mental helsetjeneste for barn. Dette vil prosjektet ta sikte på å utbedre.

### **Målsetting og strategi:**

Målsetting:

1. Øke familiers og lokalsamfunns evne til å gi psykologisk og sosial støtte.
2. Bevisstgjøring rundt psykososiale tema.
3. Spesielt bidra til å øke barns helse og velferd ved å involvere skole, foreldre og lokalmiljø.
4. Bedre foreldres muligheter for å søke psykososial støtte for sine barn.
5. Øke lokalsamfunns kunnskap om PRCS og Røde kors.

Strategi:

Den mentale helsen til det palestinske folket kan ikke bedres ved å fokusere på enkelt individer. Hele folket er mer eller mindre affisert av konflikten, og et videre perspektiv er nødvendig. For at intervensjonen skal være effektiv må også intervensjons formen passe innenfor de kulturelle rammene, og det allerede tilstedeværende sosiale støtte systemet. I det palestinske samfunnet er familien og lokalsamfunnet referansepunktet for individet og gir trygghet og identitetsfølelse. Ved å ta sikte på å bygge opp under og styrke disse støtte strukturene kan man raskt bygge opp et omfattende støtte system. Prosjektet har derfor valgt en holistisk framgangsmåte for å kunne gi et best mulig resultat.

For å bygge opp allerede tilstedeværende støtte strukturer har prosjekt ledelsen valgt å bygge opp seks psykososiale familie sentre (PFC). Fire på vestbanken; Jenin, Tulkarem, Bethlehem og Hebron, og to i Gaza; Rafa og Jabaliya. PFC vil tilby psykososial støtte og bidra til

bevisstgjøring rundt psykososiale tema. Det er et mål og både gi et psykososialt tilbud på sentrene og et oppsøkende tilbud.

Samarbeid innenfor PRCS:

Videre vil de PFC være koblet opp mot lokale PRCS tjenester som kan bidra i støtte arbeidet som PRCSs primærhelse tjeneste, sykehus, rehabilitering, ungdom og frivillige, katastrofe avdelingen. Dermed bedres muligheten til å jobbe holistisk.

Målgruppe:

Det blir nødvendig å begrense målgruppen til områdene som kan dekkes av PFC. Sentrene ligger også i områder som er hardest rammet av konflikten, og en vil derfor kunne nå disse utsatte gruppene. Det vil også være fokus på høy risiko grupper. Målgruppene er som følger:

- Familier med barn.
- Gravide kvinner.
- Ungdom.
- Menn.
- Intifada affiserte familier.
- PRCS ansatte.

For å kunne nå disse gruppene vil en jobbe med skolesystemet, ungdomsgrupper og andre lokale støttegrupper for å utvikle en bedret kunnskap om psykososiale tema og tjenester. Det vil også legges til rette for et henvisningssystem fra disse gruppene.

Bevisstgjørings kampanjer med brosjyrer og telefonlinje skal bidra til å øke tilgjengeligheten av tjenestene. Telefontjenesten kan også bidra til å nå grupper i mer avsidesliggende områder, og dermed gi denne gruppen et bedre tilbud. Oppsøkende grupper kan bli sendt ut til disse

gruppene om det skulle være et sterkt behov for hjemmebesøk. Det vil også bli avholdt møter med andre psykososiale tjenester i området for å unngå overlapping og utvikle et integrert system.

### **Utviklingsplan og aktivitetsbeskrivelse:**

Ulike aktiviteter vil utvikles for best å nå de ulike målgruppene:

#### Barn:

Det mentale helse departementet (MHD) har erfaring fra to skole baserte psykososiale programmer, et i Tubas og et i Hebron. Disse programmene har høstet gode resultater og erfaringer. Ved å gi lærere trening i psykososiale ferdigheter nås store grupper av barn gjennom skoleapparatet. Denne treningen gjør også lærerne bevist psykososiale temaer slik at de bedre kan fange utsatte barn og familier og henvise de videre i systemet. Flere skoler vil involveres i lignende programmer. PRSC ansatte vil stå for undervisningen av lærere i psykososiale tema og teknikker. PRCS vil følge opp målskolene med rådgiving og diskusjonsgrupper for lærere og foreldre.

MHD i Gaza har hatt god erfaring med Deres "Child Wellbeing program" som fokuserer på å gi barn muligheten til å leke og samtidig motta nødvendig støtte. Programmet har egen kino, teater, animasjons gruppe, åpent studio, kunst gruppe og lekeplass. Disse aktivitetene gir barna en positiv motvekt til den stadig tøffere hverdagen. Leken gir barna en mulighet til å uttrykke seg og skape sin egen verden borte fra hverdagen. Flere uttrykksterapi former blir tatt i bruk for å hjelpe barna til å takle hverdags stresset bedre. MHD ved PRCS vil på sikt forsøke å utvide "Child Wellbeing" programmet til å omfatte alle målområdene. Disse programmene vil være knyttet til det skolebaserte programmet for å gjøre barn og foreldre klar over tilbudet.

### Foreldre:

Som en del av det skole baserte programmet vil foreldre inkluderes i diskusjonsgrupper og undervisningsgrupper for å øke kunnskapen om et støttende miljø rundt barn. Foreldrene vil også bli informert om prosjektet og ved behov hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke. Denne tjenesten har tre mål; øke kunnskapen rundt psykososiale tema, gi barn bedre oppvekst miljø samt gi foreldre nødvendig støtte.

### Kvinner:

MHD i Betlehem har via ulike kommunale grupper arrangert diskusjonsgrupper for kvinner. Gruppene har fokusert på temaer rundt forberedelse av fødsel, takling av barn og familievold. PFC vil knytte dette programmet til de ulike sentrene og utvikle denne tjenesten videre.

Primærhelsetjenesten (PHC) har gjennomført et "Safe Motherhood" program som gir informasjon om angående; helse og sosiale støtte tjenester til vordende og nye mødre i flere målområder på Vestbredden og i Gaza. PFC vil assistere PHC i psykososial bevisstgjøring.

### Ungdom:

MHD har i tre år samarbeidet med ungdoms avdelingen for å utvikle et "Youth Violence Prevention Programme" som kalles "Manafez" i Betlehem og Khan Younis. Dette programmet tar sikte på å gi ungdom muligheten til å motvirke sin egen utagering ved å gi dem støtte og alternative uttrykksformer. Da unger og ungdom som følge av konflikten ikke lenger får jevn skolegang har det også vært et mål å gi undervisning og karriereorientering. Dette programmet vil på sikt utvides til de seks PFC.



### Menn:

Palestinske menn er en spesielt utsatt gruppe som ikke mottar noe spesifikk psykososial støtte. Menn er hovedforsørger i den palestinske familien. Dette er en vanskelig oppgave i den nåværende svært dårlige økonomiske situasjonen. Menn er også spesielt utsatt for og deltagende i konflikten terror. Ofte vil denne frustrasjonen føre til utagering og misbruk som ofte går utover familien som er en svært lukket gruppe. Et pilot informasjons og støtte program som spesielt tar for seg menn er under utvikling fra MHD. I første omgang vil dette programmet være koblet opp til det skole baserte programmet og en liten gruppe frivillige fedre vil bli utvalgt fra hver av klassene. En diskusjonsgruppe vil skapes og bli avholdt av PFC ansatte.

### Intifada rammede familier:

MHD har erfaring med å jobbe med Intifada affiserte familier fra den nåværende intifadaen. Spesielt i Betlehem og de oppsøkende gruppene. Det har vært fokus på å gi akutt støtte til familier som har mistet sine hjem, mistet et familiemedlem, familiemedlemmer skadet eller familiemedlemmer i arrest. Denne akutt støtten vil utvikles videre og oppfølgingsprogrammer vil skapes for å gi tilstrekkelig psykososial støtte.

Over de siste årene har det blitt utviklet et psykososialt intervensjons nettverk som inkluderer psykologer, sosialarbeidere og frivillige fra PRCS.

### PRCS ansatte:

MHD har gjennomført ett psykologisk støtte og stress mestrings program for PRCS ansatte med spesiell fokus på EMS personell og deres familier. Dette programmet vil nå utvides til også å omfatte andre PRCS ansatte. Dette for å gi støtte til en utsatt gruppe som stadig jobber

under konflikt forhold for å utføre humanitært arbeide. Programmet omfatter også en 24-48 timers akutt respons gruppe som fokuserer på akutt støtte ved dødsfall av kollegaer, skade, anholdelser, vold og traumatiske episoder. Programmet gir individuelle og gruppe samtaler til ansatte og deres familier, fysiske treningsprogrammer og sosiale motivasjons aktiviteter for å oppnå sitt mål. PFC vil tilrettelegge for videre utvikling av denne tjenesten.

## Norsk deltagelse i og vår observasjon av prosjektet ”Psykososial traumehåndtering”

### Introduksjon

Sommeren 2002 ble Palestina-komiteen ved leder og psykiatrisk sykepleier Venke Aarethun bedt om norsk faglig bistand til ”Psykososial Traumehåndtering” prosjektet. Siden dette har det vært et formelt samarbeid mellom Palestina-komiteen og PRCS om ovennevnte prosjekt. Dette samarbeidet har blitt støttet av den norske utenriksdepartementet og har stort sett bestått i å sende fagteam fra Universitetssykehusene i Trondheim og Tromsø får å undervise psykologene og sosialarbeiderne innvillvert i prosjektet .(15)

Psykiater Christiane Kolberg ved Universitetssykehuset Nord – Norge, UNN, vår veileder, har ledet flere fagteam. Vi har vært med slike fagteam ved to anledninger, 31.januar - 9.februar 2003 og 1.mars - 12.mars 2004.

Den første gangen bestod teamet av Lars Henrik Myklebust, psykolog ved UNN og Liv Dahle, klinisk sosionom ved BUP – UNN. Den andre gangen var psykolog Steffen Rostock Svendsen med isteden for Lars Henrik Myklebust. Ved begge turene var hovedformålet å holde seminarer for psykologene/sosialarbeiderne involvert i prosjektet. Ved begge turene reiste vi rundt i nesten hele Vestbredden og Gaza.

### 2003

#### Møter med EMS personell

Ambulansestasjonen i PRCS sitt hovedkvarter i Al Bireh 03.02.04

Vi tilbringer dagen sammen med ambulansepersonellet ved stasjonen i Al- Bireh utenfor Ramallah. Vi blir godt tatt imot, men EMS personellet er ikke spesielt pratsomme, særlig når det gjelder mentale spørsmål.

*Ahmad* er lederen for denne stasjonen. Han bekrefter mye av det vi allerede er blitt fortalt, men Ahmads beretninger gjør sterkt inntrykk på oss. Øynene og ansiktstrekene forteller mer enn ordene. Han forklaring av hvordan det føles å kjøre gjennom sjekk punkt der han har blitt arrestert, avkledd og slått bringer oss nærmere deres virkelighet. Han forteller om stor frustrasjon knyttet til portforbud og veisperringer. Dette gjentar han ofte. Hans egne traumer etter hans fengselsopphold vil han ikke snakke om. Personellet hans jobber lange og harde skift. De sosiale aktivitetene og rekreasjons tilbudet som finnes blir satt stor pris på. Det er godt å ha muligheten til å snakke om felles opplevelser.

På plassen utenfor stasjonen ser vi et bordtennisbord. Ambulansepersonellet forteller at det blir flittig brukt. Men på høyden over stasjonen ligger en israelsk bosetning som ofte skyter ned på stasjonen. Sandsekker beskytter vinduene opp mot bosetningen, og for kort tid siden ble en av personellet hardt skadd av skudd derfra. Hvordan er det å stå der ute å prøve å koble av med bordtennis mens "fienden" har deg i sikte? Stort sett sitter personellet inne på pauserommet og snakker sammen. Det er her vi blir sittende i dag. På TV skjermen går MTV. Det er mye latter, men samtidig mye neglebiting og andre nervøse bevegelser. De fleste røyker vannpipe. Ord som depresjon, frykt og ydmykelse går igjen. De forteller at de snakker lite direkte om deres opplevelser. En av dem har blitt skutt i hodet på jobb, en annen i et bein. Det virker som deres mobilisering er mye patriotisk motivert. En EMT kommer tilbake sint og frustrert, han mener ambulansene blir brukt som taxier for å nå igjennom sjekkpunkt. Dette synes han er ydmykende.

Vi møter to norske sykepleiere, Ingrid Sønnerland og Elisabeth Bergsland. Ingrid og Elisabeth har jobbet på PRCS ambulanser i Gaza, der er situasjonen mer intens, men personellet er mer pratsomme om deres opplevelser.

Ingrid har vært her flere ganger og kjenner ambulansepersonellet godt, hun gir oss rask tilgang på informasjon om de menneskene vi har vært sammen med hele dagen. Hun forteller at flere av dem har vært lenge i fengsel, uten dom og uten visshet om de vil bli sluppet fri. Mannen som ikke har sagt stort hele dagen ble skutt i hode på et sjekkpunkt av en ung soldat som sto noen få meter fra han. Alle disse historiene har de unngått hele dagen. Det virker som om de helst ikke vil prate om dem. Så kommer Ingrid farende med bilder tatt av ulike situasjoner PRCS personell har blitt utsatt for. Da kommer historier om andre enn dem selv fram, og de er mer enn villig til å fortelle. Dette løfter lyset bort fra dem selv, og de kan fortelle om hverdagen uten å gjenoppleve egne historier. Vi ser det forbrente liket av Dr Khalil. Ambulansen han var med var den eneste som slapp inn i Jenin under sammenstøtene. Noen meter etter at de hadde passert sjekkpunktet inn i Jenin ble en granat skutt inn i ambulansen og Dr Khalil ble drept. To andre unge gutter ble svært sterkt forbrent og overlevde så vidt. De ligger fremdeles på sykehus. Historier om pasienter som har dødd mens tanks blokket veien for ambulansen, spesielt dveler de rundt historien om en ung gutt som døde bare meter fra stasjonen.

Ahmad forteller plutselig om sitt fengselsopphold. Han og hans pasient ble stoppet og arrestert av soldater. I to måneder satt han fengslet i en leir ute i ørkenen. Ingen viste hvor de var, han fikk heller aldri vite hvorfor. Han viser frem en bok han fikk av sine medfanger og lurte på hvordan det har gått med dem. Alle på stasjonen, selv PRCS sin lokale leder har blitt utsatt for ydmykende behandling, som å bli avkledd, på veisperringer.

Vi blir tatt med til en av veisperringene ambulansene møter på veien til Ramallah. Her er veien gravd opp på to punkter med ca. en kilometers mellomrom. En ambulanse må kjøre til det ene punktet, pasienten må trilles over til punkt to hvor en annen ambulanse kan ta over.

### **PRCS sin ambulansestasjon i Gaza city 07.02.03**

Tilstede på møtet er flere EMTs og deres sjef. Det første vi legger merke til er at alle ambulansene har kulehull og synelige tegn på å ha blitt angrepet. En EMT hevder at en av ambulansene ble beskutt over tjue ganger på en dag.

Mange av EMT personellet har mye mareritt og vonde minner, særlig fra oppdrag hvor de har plukket opp sønderskutte og lemlestedede barn etter sammenstøt. Mange av dem har dårlig søvn.

Når det er sammenstøt blir alle innkalt, også lederen kjører ut på oppdrag. Da er det vanskelig og tungt å dra fra familie og barn. Mange motiverer seg til å dra ut med kjærlighet til sitt arbeide og patriotisme. De vet at de redder sine egne.

Etter vanskelige oppdrag, som kan innebære drepte og skadede barn eller angrep på dem selv, drar de tilbake til stasjonen. Der gjør de ofte rutine arbeide som å vaske og stelle bilene, fylle ut rapporter etc. De røyker og drikker kaffe. Det er menn som gjerne vil gi et tøft inntrykk, men innad føler de seg som en familie. Noen ganger diskuterer de hendelsene, andre ganger sitter de bare stille sammen. De har tryggheten i fellesskapet og at de *kan* lufte sine tanker. EMT personellet tar også vare på hverandres familier. Innad i gruppen er det er spøkefull tone, og lederen har et godt forhold til de andre. Mange uttrykker ønske om å dra til Norge.

Stasjonen er sparsommelig innredet på tross at den ligger i det gigantiske og overdådige PRCS komplekset, dette stusser vi alle ved. EMTs her har ikke noe psykososialt tilbud

### **Møter med ansatte i PRCS mental health departement**

#### **Jennifer Jordan i Jerusalem 01.02.03**

Jennifer Jordan koordinator ved PRCS. Hun er 23 år gammel og psykolog fra Canada som også har studert internasjonal politikk. Hun jobber tett med ambulansepersonellet og forteller at det er ekstra tøft for dem i stille perioder som nå. Da får de tid til å tenke gjennom hva de har vært igjennom. Jennifer brukte mye trening og sosiale arrangement som avlastning i disse periodene.

#### **Jennifer Jordan og dr. Muhammed Mandour i PRCS hovedkvarter i Al-Bireh 02.02.03**

Dr. Mandour er en psykiater fra Egypt og leder PRCS mental health departement. Jennifer Jordan er hans assistent. Vi møter også PRCS sin EMS direktør og PRCS sin ansvarlig for krisehjelp. PRCS er observatør medlem i den internasjonale Røde Kors føderasjonen.

Tidligere var det mer eller mindre individuelle grupper, nå er de samordnt. Deres hovedkvarter ligger i Al Bireh utenfor Ramallah på Vestbredden. Organisasjonen har startet en desentralisering for å sikre at noe hjelp kommer fram til de områdene der det trengs assistanse, fordi sjekkpunktene ofte hindrer at ambulanser kommer frem. Ulike primærhelse sentre blir utstyrt med nødvendig utstyr for akuttberedskap og pakker med medisinsk utstyr, og det satses på akutt medisinsk opplæring av helsepersonell. Spenningen foran en mulig forestående storkrig i regionen er stor, PRCS ser for seg to mulige scenarier: totalt portforbud eller fordrivelse. Dette vil kreve stor medisinsk innsats.

Jordan og dr. Mandour forteller om den fortvilte situasjonen der avstander som før tok minutter å kjøre nå kan ta timer grunnet sjekkpunkter og veisabotasje, (jordvoller etc.). Det opprettes mobile enheter i nærheten av sammenstøt der de med mindre alvorlige skadene kommer inn. Dette letter kjørebelastningen på ambulansespersonellet. Alvorlige skader må uansett inn til sykehus, det er ikke alltid dette er gjennomførbart da det er strengere sikkerhets tiltak ved sammenstøt. Det oppstår ofte svært truende situasjoner for ambulansespersonellet, og dette legger et stort press på de ansatte. I løpet av den siste intifadaen er 3 av ambulansespersonellet drept, 200 av 250 er skadet, 10-15 svært alvorlig, 50% har blitt arrestert, 5-6 er enda i fengsel. Både ambulanser og mottak blir beskyttet. Det skjer også at tanks blokkerer utkjørselen fra stasjonene. De ansatte har et stort ansvar og mot. De kan ikke la være og hjelpe syke og skadde på tross av deres egen risiko. PRCS er frustrert over det manglende samarbeidet med israelerne.

Vi lurer på hvordan de israelske styrkene kan forsvare sin behandling av PRCS. Det er rapportert funn av sprengstoff i en ambulans. PRCS forteller at den aktuelle ambulansen ble ransaket rett før den ble stoppet igjen og sprengstoff ble funnet. PRCS og Røde kors hevder sprengstoffet ble plantet, Israelske myndigheter hevder noe annet. Det er vanskelig å vite hva sannheten er, men denne episoden blir brukt for å forsvare angrepene mot PRCS.

Dr. Mandour forteller om en innestengt frustrasjon hos palestinerne. Samfunnet deres lammes, folk kan ikke gå på jobb og produktiviteten synker. Depresjon og vold i hjemmet øker



Dr. Mandour er også opptatt av at man må prøve å forstå de israelske soldatene. De er nok genuint redde, særlig etter ambulansen som ble stoppet med en bombe. Dr. Mandour er opptatt av at EMS personellet bør lære litt hebraisk for å minske spenningsnivået.

#### **Odeh Amarneh, Nablus 04.02.04**

Odeh Amarneh er en ung sosialarbeider fra Jenin som jobber i primær helsetjenesten og med EMS personell. Han forteller at han var tilstede under beleiringen av Jenin for noen år siden, (den gang det var en stor debatt om det hadde foregått en massakre). Etter denne hendelsen hadde han store psykiske problemer, men ingen å snakke om dem med. Han synes dette er svært problematisk, hvordan man skal hjelpe andre å bearbeide sine traumer når man selv er traumatisert. Han lurer på hvor han skal henvende seg for å få hjelp. Han nevner at det hjelper han mye å vite at andre, for eksempel nordmenn sympatiserer med hans situasjon.

#### **Dr. Elia Awwad i Bethlehem 05.02.04**

Dr. Awwad er leder for det mentale helseprogrammet i Palestina. Han er mannen bak prosjektet for å forebygge mentale skader hos EMS personell. Han har også laget lignende prosjekter for dansk og sveitsisk røde kors. Dr. Awwad startet med psykososialt arbeid da han jobbet med et YMCA prosjekt for traumatiserte etter intifadaen.

Han forteller at det er svært vanskelig å finne kvalifisert personell i et land der skoler og universiteter blir tvunget til å stenge, og studentene forhindret i å komme seg til sine skoler/universitet. Der er ifølge Awwad altfor få terapeuter i forhold til traumatiserte. Derfor er utdanning svært viktig.

Han forteller også at det før den siste intifadaen var et godt samarbeid mellom det palestinske og det israelske helsevesenet. Dette samarbeidet er sterkt savnet. Han forteller også om en vanskelig kamp om bistandspenger. Det palestinske helsevesenet er i stor grad avhengig av bistand. Dette skaper kamp mellom de ulike instansene og hindrer konstruktivt samarbeid.

I terapeutisk sammenheng er det ifølge Awwad svært viktig å tenke over hva man overfører fra Vesten. Som eksempel nevner han selvmordsbombere som tar sitt eget liv men ikke nødvendigvis er suicidale. En suicidal blir her ofte betraktet som en svak person med mye problemer, mens en selvmordsbomber er en sterk, religiøs martyr. Den sistnevnte statusen gir de etterlatte mer anerkjennelse og økonomisk støtte. En selvmordsaksjon blir paradoksalt nok ofte betraktet ut fra et humanistisk og nasjonalt motiv, man ofrer seg for nasjonen, mens et selvmord betraktes som egoistisk. En selvmordsaksjon blir betraktet som et effektivt kampmiddel og aksjonisten er en stor martyr, man rammer alle aspekter ved fiendens samfunn. Ovenfor denne tankegangen er det vanskelig å bruke vestlig filosofi og psykologi. Derfor er det viktig med palestinske psykologer og terapeuter, noe det finnes lite av.

Awwad mener at alt for få terapeuter har en holdning til palestinernes kamp. Veiledning er essensielt. Han mener det er viktig å trene opp terapeuter som kan være med ambulansene ut på oppdrag, som kan takle presset som oppstår under de store sammenstøtene, med mange skadde barn. Terapeutene må også kunne jobbe med traumatiserte barn og deres familier, på sykehus og andre steder ute i felten. Awwad forteller at det ble svært vanskelig å få terapeuter til å jobbe ute i ambulansene etter at de ble et militært mål, man har i stor grad flyttet dem inn på sykehusene.

Awwad forteller at etter hvert som EMT prosjektet skred frem oppdaget man hvor vanskelig de har det. Mange har utviklet aggressivitet, mer eller mindre kronisk kvalme, frykt og panikk. Som eksempel nevner Awwad episoden hvor en tysk lege som jobbet for PRCS ble drept i en ambulanse. EMT som jobbet sammen med han følte etterpå at han ikke var levende selv. Han ville aldri mer gå inn i en ambulanse. Han opplevde også flashbacks, nedsatt appetitt og et økende røyeforbruk, dette er ifølge Awwad vanlig ved akutt stress sykdom, ASD.

Awwad innså etter hvert hvor stor behovet for hjelp var blant EMTs. Mange følte seg selv som offer isteden for hjelpere. Han organiserte etter hvert det psykososiale støtteprosjektet. I starten var det største problemet å få tak i nok kvalifisert personell. Awwad bor selv i Bethlehem og det ble etter hvert svært vanskelig å jobbe herfra, pga beleiringen. Etter en stund overførte han prosjektet til PRCS sin psykiater dr. Mandour i Ramallah.

Awwad har også jobbet med psykososialt arbeide for familiene til de som har blitt deportert. Han sier det er svært viktig, både her og i EMS prosjektet å bruke egne erfaringer i arbeidet. Man må lære seg å kjenne sin egen frykt og frustrasjon. Awwad stiller spørsmål om den økende aggressiviteten blant palestinerne vil forsvinne hvis konflikten løses, eller om det er et varig traume.

Awwad mener det er et stort problem at de fleste palestinske terapeutene er svært unge og uerfarne. Deres utdanning er relativt kort. Hvis man henter inn folk fra utlandet er det viktig at de får nok veiledning slik at de forstår forholdene i Palestina. Det er viktig at de forstår sine begrensinger. Awwad forteller at det er et problem at mange terapeuter blir utbrent og forsvinner. De opplever mangel på medisiner og støtte. Mange går over i det private. Awwad

mener potensialet er tilstede hos de palestinske terapeutene, men det forsvinner når oppfølgingen ikke er god nok. Resultat blir frustrasjon og utbrenthet. Awwad avslutter møtet med å si at han ikke ville sendt noen av sine egne barn til noen av de palestinske terapeutene.

### Møter med annet helsepersonell

#### **Ole Skuterud i Nablus og Hebron 04.02.03 og 05.02.03**

Vi reiser til Nablus og Hebron med nordmannen Ole Skuterud. Han er stedlig representant for den internasjonale Røde kors føderasjonen på Vestbredden. På veien til Nablus kjører vi gjennom utallige veisperringer. Ole Skuterud fra Røde kors har en paternalistisk tone med de unge soldatene som gjør at deres redde barnslighet blir ekstra gjennomsluktig.

PRCS hovedkvarteret i Nablus er ifølge Skuterud en gave fra byens innbyggere. På vei tilbake fra Nablus kjører vi med våre røde kors biler innom mange landsbyer, slik at sosialarbeidere fra Nablus kan komme seg hjem. På en av veisperringene glemmer sjåføren å stoppe, soldatene blir rasende og skyter i været. Ingen reagerer noe spesielt. Vi har med oss en gammel lege i en av bilene, men vi må stoppe lenge før vi når landsbyen hans fordi veien opp dit er sperret. Den gamle mannen må ut av bilen og la seg forhøre og tydelig trakassere av de unge soldatene. Dette skjer i et land hvor respekt for de eldre er en meget viktig del av kulturen.

Litt senere ser vi en ambulanse som blir anholdt av en tanks. Skuterud forteller at han synes tre år i Midtøsten har vært verre enn syv år i Somalia. I Somalia var det langt mer blodig, men her er ydmykelsen og urettferdigheten tydeligere og mer uutholdelig ifølge Skuterud. Han forteller også om samtaler med soldater hvor de selv har reagert med avsmak på situasjonen.

Når vi skulle besøke Hebron er byen er lukket av et totalt portforbud. Det betyr at ingen kan gå ut og ikke engang røde kors kommer inn, selv i merkede biler med flagg. Skuterud forteller at en tanks har sperret av innkjørselen til ambulanse stasjonen. Vi reiser isteden til familien til en av sosialarbeiderne som er med i utkanten av byen, hun har ikke hatt mulighet til å besøke dem på flere måneder.

#### **Personell på El Wafa sykehuset i Gaza city 08.02.04**

På El Wafa rehabiliterings sykehus ble to 21 år gamle sykepleiere drept 07.02. Sykehuset er et rehabiliterings sykehus for slagrammede og de som er skadet i konflikten. Sykehuset virker og har ry på seg for å være meget velholdt. Det er drevet av en islamsk stiftelse, men støttet av bla USAID og verdensbanken. Vi møter informasjonsdirektøren og annet personell.

Stemningen er dystert, det henger bilder av sykepleierne overalt. Vi får høre personalets versjon av det som skjedde. Et kamp helikopter svedde over plassen utenfor sykehuset og israelske soldater annekterte huset ved siden av. Pasientene var blitt reddet og de to sykepleierne hadde gått inn på rommet til to pasienter med paraplegi. Ett skudd hadde gått igjennom vinduet og rammet de to, som begge to døde. Vi får se rommet, vinduet med hullet og blodsporene. En 70 år gammel vakt ble også hardt såret.

Sykehuset er tydelig merket med internasjonale symboler. Alle er sinte over at helsearbeidere blir drept på et sykehus. Ingen føler seg trygge noe sted, pasientene har rømt. Også personellet er svært reddet, frustrerte og sinte. Tapet av trygghet er det verste tapet, de trodde man kunne være trygg på et internasjonalt anerkjent sykehus.

#### **Møter med sosialarbeidere og psykologer**

På vår reise gjennom Vestbredden og Gaza deltok vi på flere møter med psykologer og sosial

arbeidere som arbeider for PRCS. På noen møter deltok også noen EMTs.

### **PRCS hovedkvarter i Al Bireh utenfor Ramallah 02.02.03**

Tilstede på møtet er syv palestinske psykologer og sosialarbeidere. De forskjellige psykologene tar opp forskjellige kasus som diskuteres innad i gruppen og med oss fra Norge. Det første temaet som tas opp er frykt. Ambulanse personellet blir ofte beskutt på oppdrag. Dette fører til en følelse av hjelpeløshet. Uforutsigbarheten i situasjonen er også belastende. Dette fører til en frykt for å dra ut på nye oppdrag.

#### *Kasus 1*

En psykolog forteller om et en EMT som i tre dager etter et oppdrag hvor de hadde blitt beskutt ikke turte å reise ut i det hele tatt. Israelske styrker skøt og ødela ambulansen de kjørte. De ble liggende alene i veikanten uten å vite hva som ville hende. De hørte skuddene og soldatene som nærmet seg ambulansen. De ble slått av soldatene, og trodde selv at de skulle dø. Etter seks timer ble de hentet av Røde kors. Nå har begge store problemer med å fungere på jobb. De sliter med typiske symptomer som gjenopplevelse, tilbaketrekning, søvnevansker og angstanfall, men begge har som mål å komme tilbake i jobb. Fem måneder etter hendelsen hadde han fortsatt problemer med søvn og appetitt og å reise ut på oppdrag om natten. Pasientens familie øker presset med utspill som at vedkommende er deres eneste sønn og liknende. I starten av samtale fornekter arbeideren problemene, terapeuten prøver å få han til å innse dem.

- Det blir diskutert viktigheten i å unngå at pasienten føler skam over å ikke mestre situasjonen han befinner seg i. Det er viktig at man ikke induserer retraumatisering, og for å hindre dette er det viktig at pasienten virkelig er klar for samtaleterapi. Det er viktig å bygge

opp tillit mellom behandler og pasient. Det er viktig å ikke presse samtalene fremover, men å motivere pasienten til å fortsette. Trygghet og små skritt er viktig. Hvis pasienten ikke vil snakke er det viktig å finne ut om dette utgjør et problem eller om det er en mestringsstrategi. Å kunne snakke om et problem uten å oppleve retraumatisering vil etter hvert kunne gi en mestringsfølelsen

### *Kasus/tema 2*

Videre på møtet snakkes det om hvor vanlig det er at frustrasjon og ydmykelse på jobb går over i aggresjon hjemme og på ambulanse stasjonen. Flere av pasientene har blitt klar over problemets størrelse under samtale. Her kan gruppesamtale være en strategi, andre mulige teknikker som blir tatt opp er kognitiv terapi og avslapnings øvelser. Det er viktig at pasientene som befinner seg i det man kanskje kan kalle en macho kultur beholder sitt selvbilde når man behandler aggressivitet.

Det er mange av pasientene som har blitt voldelige ovenfor sin egen familie. Det blir diskutert hva man da kan gjøre for barna. Det diskuteres at det er viktig å få barnet til å snakke med pasienten. Både pasienten og barnet vil ofte lure på om det kan skje igjen. Det er viktig å gi barnet tilbake en følelse av trygghet.

### **PRCS stasjonen i Nablus 04.02.03**

Deltakerne på møtet er hovedsakelig sosialarbeidere.

Møtet innledes med en litt dyster stemning, alle synes det er ekstra vanskelig å jobbe under nåværende forhold. Pga veisperringar og portforbud er det dyrt og vanskelig å komme på jobb. Ledere og pasienter presser på, dette gjelder både i EMS og i den psykososiale tjenesten.

Det blir tatt opp hvor viktig det er å lære å takle stress under nåværende forhold, presset pga veisperringer blir tatt opp igjen og igjen. Det er alltid usikkert om man når frem til sitt arbeidssted og når man eventuelt gjør det er man ofte utslitt og lite motivert til å jobbe med pasienter. Dette gir en følelse av hjelpeløshet, flere av de tilstedeværende sier de føler seg behandlet som dyr.

Som eksempel nevner en av de tilstedeværende at vedkommende må gå over 12km hver vei for å komme på jobb. Det første man tenker på når man endelig kommer frem er hvordan man skal komme tilbake. Følelsen av å være fengslet går igjen hos de fleste. En annen av de tilstedeværende, en doktor, forteller at han kun klarte å nå sitt kontor 25 dager i løpet av de siste åtte månedene.

Fra det norske teamet blir viktigheten av å sette små mål og sette grenser for seg selv belyst. Det er lite man kan gjøre med arbeidsforholdene, man må jobbe med seg selv og hvordan man takler dem. Det er i en slik situasjon viktig å føle seg støttet av ledelsen.

Et problem som nevnes er falske forhåpninger i befolkningen. Mange tror at helse personell kan bevege seg fritt, noe som absolutt ikke er tilfelle. En EMT forteller at man møter ingen takknemmelighet når man endelig når frem til pasienten, bare frustrasjon over at det tok så lang tid. Hos de ansatte i PRCS vokser det frem en følelse av skyld og hjelpeløshet, dette utvikles videre til frustrasjon som akkumuleres. Hvem skal hjelpe helperne er et spørsmål som kommer frem.

Et tema som blir tatt opp er konflikten som oppstår når terapeuten har en så problematisk



hverdag at han eller hun gjerne vil diskutere sine problemer med pasienten. En ung sosialarbeider fra Jenin forteller at han var tilstede under beleiringen for noen år siden, (den gang det var en stor debatt om det hadde foregått en massakre). Etter denne hendelsen hadde han store psykiske problemer, men ingen å snakke om dem med. Han synes dette er svært problematisk, hvordan man skal hjelpe andre å bearbeide sine traumer når man selv er traumatisert. Han nevner at det hjelper han mye å vite at andre, for eksempel nordmenn sympatiserer med hans situasjon.

En annen forteller om viktigheten av å rose seg selv. Vedkommende, en doktor, forteller om en episode hvor han ble hindret å nå sitt kontor pga. veisperringer. Han trosset forbudene og snek seg rundt på alternative veier. Etterpå følte han seg som en helt og levde lenge på episoden.

Mange av de tilstedeværende forteller også at restriksjonene går utover deres familieliv. Når det er umulig å forutse fremtiden blir det vanskelig å ta seg av kone og barn.

#### *Kasus/tema*

På slutten av møtet forteller en kvinnelig sosialarbeider en gripende historie. Hun forteller om en pasient som er mor til en selvmordsbomber. Denne sønnen fortalte sin mor at han dro til Jerusalem for å studere, men isteden sprengte han seg selv i luften. Denne moren har blandede følelser ovenfor sin sønn, på den ene siden er hun stolt og betrakter han som en martyr. Allikevel er hun også fullstendig knust og også sint pga. tapet av en meget kjær sønn. Familien lider også meget på grunn av hendelsen, det var sønnen som forsørget familien økonomisk. Hans bror er nå ettersøkt og israelerne truer med å rive huset som avstraffelse. Det er vanskelig å vite hvordan man skal støtte moren, møtet kommer frem til at man bare må

spørre henne hvordan hun trenger støtte. Som terapeut er det også viktig å holde styr på ens egne følelser i møtet med et slikt kasus.

- Viktigheten av å dele erfaringer med andre blir belyst. For helsearbeidere kan debriefing være et alternativ. Det er viktig å innse at stress og traumer vil forekomme, det viktige er hvordan de kan reduseres. Det dreier seg om normale reaksjoner på unormale hendelser.

- På slutten diskuteres hva som er spesielt med ovennevnte tema i Palestina. Møtet kommer frem til at det her dreier seg om kroniske, gjentakende traumer. Det finnes ikke noe sikkert sted man kan søke tilflukt ved. Traumene som oppstår har ofte en politisk forklaring og hele samfunnet er utsatt. Opplevelse av tidligere traumer kan føre til adaptering og retraumatisering.

### **PRCS hovedkvarter i Gaza city 06.02.03**

Tilstede på møtet er det noen leger og en del sosialarbeidere, noen jobber med EMT prosjektet mens andre jobber i primærhelsetjenesten. Under møtet er det en litt opprørt stemning, dagen før ble to sykepleiere skutt av snikskyttere som skøt inn i et sykehus i Gaza city.

I Gaza er det mindre veisperringer enn på Vestbredden, det er mest under sammenstøt at ambulanser blir angrepet. Allikevel har oppslutningen rundt EMT prosjektet vært stor, mange trenger mental og sosial bistand. Det er ofte vanskelig å vite om reaksjonene til de utsatte er naturlige under slike omstendigheter.

Det blir fremhevet at ambulansetjenesten alltid hjelper alle parter, allikevel blir ambulansene

ofte angrepet av militante settlere.

Flere av de tilstedeværende jobber også med andre prosjekter. Noen jobber med barn og familier. De jobber med forskjellige tiltak for å redusere depresjon og psykososiale sekveler. Det er ofte vanskelig å nå frem til pasientene, det er mange stigma forbundet med det å gå til psykolog/psykiater. En av de tilstedeværende jobber med de problemer som giftemål innad i en familie kan føre med seg.

Som eksempel nevnes flere kasus: En gutt hvis familie er blitt tvangsflyttet som opplever økende rastløshet. En kvinne som blir kvalm og svimmel hver gang det er skyting i nærheten. Mange av terapeutene opplever frustrasjon over sakte fremgang. Man går to skritt frem og et tilbake.

Flere av de tilstedeværende forteller om gruppe aktiviteter og oppsøkende tjenester. I leirene rundt settlements er det mer problemer enn i byene. I de oppsøkende enhetene søker man særlig å jobbe med mor og barn forhold.

Det nevnes av flere av de tilstedeværende at de synes jobben er tung og vanskelig. Stolthet over eget yrke holder en oppe. Et frustrerende element er at media ikke ser og anerkjenner deres vanskelige hverdag. Det hevdes at det er viktig at ledere er i samme situasjon som dem selv.

Som et konkret tiltak nevnes en mental helse stasjon på hver ambulanse stasjon med møter en gang pr uke.

Flere av deltakerne på møtet hevder at det blir vanskeligere og vanskeligere å jobbe. Gaza opplever stadig økende økonomisk utrygghet og arbeidsledighet. Følelse av mestring, stolthet og kjærlighet til landet bærer befolkningen gjennom situasjonen.

## **2004**

### **Møter med EMS personell**

#### **Møte med en EMT i Bethlehem 03.03.04**

Utenfor ambulansestasjonen i Bethlehem står en meget kontaktsøkende og stolt ung ambulansarbeider. Den mannlige ambulansarbeideren forteller meg at de fleste ambulansene har enkelt førstehjelpsutstyr slik som sug, kanyler etc. Avansert utstyr slik som scoop og medikamenter må tas med spesielt. De har en ambulanse som er en intensiv care unit. Han er meget stolt av deres ambulanser

Han forteller også at det er mye stress, 52 oppdrag på en formiddag. De fleste oppdragene er ren rutine. Veisperringene er det største problemet. De kan bare bevege seg innenfor Bethlehem, det er fire sykehus her. Ambulansestasjonen har Internett, bordtennis og styrkeapparater, dette er han glad for.

#### **Møte på PRCS senter og ambulansestasjon i Tulkarem 07.03.04**

På veien mellom Ramallah og Tulkarem møter vi anholdte ambulanser på hver veisperring, ifølge internasjonalt regelverk skal gjennomsekk av disse ikke ta mer enn åtte minutter, men dette blir ikke overholdt.

I Tulkarem møter vi den lokale PRCS direktøren. hun forteller at anholdelse av ambulanser

ved veisperringer er det største problemet. Mange gravide i området har måttet føde i ambulansene. Hun forteller også at PRCS prøver å være en "familie" for sine ansatte. De har barnehage, kompetansesenter etc. som støttetiltak for sine medarbeidere

Vi blir spurt om å delta i en markering for en EMT ved navn Ibrahim. Han ble drept av israelske soldater mens han var ute på oppdrag for to år siden. Alle ambulansene i byen kjører med sirener og blålys hans gravsted. Dette er både en heder for Ibrahim og hans familie og et mentalt støttetiltak for de ansatte. Stemningen er dystert. Noen av deltakerne holder frem et banner hvor en kan lese at angrep på ambulanser er brudd på Geneve konvensjonen.

Dr. Fathi er med på turen. Han forteller at muren har store konsekvenser både for folks psykiske og fysiske helse. Muren omringer og isolerer byene Tulkarem og Qualqia som vi besøker senere. Begge ovennevnte byer rammes svært hardt av muren. De omringes og kveles økonomisk. Muren fører ifølge han til avmaktfølelse og depresjon. Den fører til tap av selvtillit, le petit mort - liten død sier dr. Fathi. Begge byene må bygge nye sykehus siden deres ambulanser ikke lenger kan regne med å nå nabobyene.

#### **Møte med Ahlam, en frivillig EMT, Al Bireh 08.03.04**

Ahlam er en 25 år gammel kvinne. Hun har utdannelsen EMT- basic som er et 21 dagers kurs i førstehjelp. Hun har jobbet som frivillig i syv år og et år som ansatt. Hennes drøm er å bli paramedic. Dette krever en treårig utdanning som hun må til utlandet for å ta, hun får ikke tatt den i Jerusalem fordi hun ikke får reise dit av israelske myndigheter, (Jerusalem ligger 2 mil fra Ramallah).

Hun var 17 år da hun så ambulansene på TV og bestemte seg for å verve seg som frivillig.

Dette var under den første intifadaen og hun følte at dette ville være en viktig og meningsfylt jobb. Hun ville få sjansen til å redde mange menneskeliv og mange unge mennesker ville være avhengig av hennes innsats.

Hun har blitt skutt to ganger, en gang i leggen og en gang i magen. Dette skjedde under angrepet på Arafats hovedkvarter i Ramallah. Under dette angrepet ble det skutt både med skarp ammunisjon og gummikuler. Ti ambulansarbeidere ble skadet. Familien hennes var svært redde i begynnelsen og særlig etter denne hendelsen. De har hatt lange samtaler i familien og nå støtter de henne.

Hun forteller at veisperringene og settlements er de største problemene. Alt blir kontrollert. Flere ganger har hun vært med på at gravide kvinner har måttet føde i ambulansen. Hun er blitt slått av soldatene på veisperringene mange ganger. En gang hadde hun med seg en gammel kvinne med nyresvikt i ambulansen. Da soldater stoppet ambulansen, nektet dem å kjøre videre og kastet nøkkelen slo hun soldaten tilbake. Ofte blir de angrepet av settlere, stasjonen har mange ganger blitt beskyttet fra settlementet ovenfor.

Hun sier hun ikke er redd. Det som holder henne i jobben er følelsen av å være til nytte og utfordringen. Det er ikke mange kvinner i dette yrket. Hun har ikke tatt i bruk det psykososiale støtteprogrammet fordi hun ikke har fått plass. Hun har mye innestengte følelser hun gjerne skulle ha fått luftet ut, mye stress og mye sinne. Noen ganger snakker hun med kollegaer om de vonde følelsene og minnene. Noen ganger har de piknik og andre aktiviteter for avstressing. Selv er hun glad i dans og særlig tradisjonell palestinsk dans for å mestre stresset.

#### **Møte med de ansatte på ambulansestasjonen i Rafah 09.03.04**

Rafah er det området i Gaza som er blitt hardest rammet av kamper. Her er et svært stort antall av husene bombet eller revet ned, blant annet en barnehage. På ambulansestasjonen bærer flere av ambulansene preg av kulehull. Ambulansearbeiderne forteller frustrert om hvordan de ble hindret i å redde to unge jenter. Personellet her føler seg glemt av verden, det kommer sjelden utlendinger hit. Allikevel for vi inntrykk av et godt kameratskap og humør.

Rett før man kommer til Rafah ligger palestinerne flyplass, bygget noen år etter at Oslo avtalen ble inngått. Flyplassen er klar for bruk bortsett fra at israelerne har revet opp litt av rullebanen og radaren og nekter palestinerne å bruke flyplassen. På tross av dette har de en ambulansestasjon her. Tjenesten der rullerer og fungerer delvis for stolthetens skyld og delvis som avlastning.

#### **Møte med Dr. Khalil Aboufoul i Gaza city 10.03.04**

Vi blir vist rundt på PRCS sykehuset i Gaza av dr. Khalil Aboufoul, kirurg på sykehuset. Dr. Khalil er også en av lederne for EMS tjenesten i Gaza. Han forteller at sykehuset har 120 sengeplasser, men dette kan utvides til 300 i krisesituasjoner. Akutfunksjoner er gratis, ellers er sykehuset privat. Mange Intifada offer kommer inn her. Den private delen av sykehuset er med på å drive akutthjelpen.

Dr. Khalil er tydelig sliten. Han forteller at han ikke har hatt ferie på to år. Når det er sammenstøtt kommer det mange skadede til Al Quids sykehuset. Han forteller at han tidligere var en svært rolig person, men nå er han mer stresset, rastløs og urolig. Han røyker mer, hisser seg lettere opp og bruker høyere stemme. Jobben er full av stress og vanskelig å forutse. Han hadde for eksempel invitert 12 kypriotiske kirurger og satt opp operasjonsprogram for dem.

Etter å ha ventet på Eretz, (grenseovergangen til Gaza) i åtte timer ble de avvist. Hele operasjonsprogrammet måtte da avlyses, bla fordi det mangler spesialister i Gaza. Tidligere trente dr. Khalil aerobic for å roe seg ned, men nå er det ikke tid.

Under omvisningen på sykehuset får dr. Khalil et sinneutbrudd mot en av sine kolleger. Han beklager så og sier at dette aldri hendte før intifadaen. Han har mye innestengt aggresjon pga situasjonen, dette rammer hans medmennesker.

#### **Møter med EMTs på ambulansestasjonen i Gaza city 10.03.04 og 11.03.04**

Ambulansestasjonen er flyttet til et nytt bygg, men er fortsatt lokalisert i en kjeller. De fleste ambulansarbeiderne er mest opptatt av høyere lønn pga. den risikoen de er utsatt for. En av de ansatte har gått fra en høyt lønnet leder stilling fordi han mener dette arbeidet er viktigere.

Få benytter seg av tilbudet fra PRCS mental health. I deres nye lokaler ønsker de seg bedre kjøkken og sanitær forhold. De har ikke lenger noe data og trimrom slik de hadde i deres forrige lokale. Det er tydelig en del frustrasjon å spore.

Lederen på stasjonen mener at det forrige lokalet på mange måter var bedre, men det skjer en kontinuerlig forbedring. De ansatte ble tatt med på råd når det nye lokalet ble bygget. I det forrige lokalet var de nærmere sykehuset og det var større. De ønsket seg egentlig en selvstendig bygning og et eget fintess rom. Ifølge lederen blir ikke det psykososiale støttetilbudet brukt noe særlig. Det er han som bestemmer når de skal ta kontakt. Han hevder selv å være en støtte for de andre, han hjelper de andre når de har problemer. For en tid siden var personell fra denne stasjonen først til stede når flere personer hadde blitt brent, ingen benyttet da noe psykososialt støttetilbud etterpå. Ifølge lederen er det ingen på stasjonen som



har psykiske problemer, han tar kontakt med hjelpeapparatet hvis han ser at noen har problemer. Han tok kontakt da 14 personer ble drept i sammenstøt, da hadde de felles gruppesamtaler etterpå. De fleste på stasjonen betrakter han som en god leder, det er lite konflikter.

### **Møter med ansatte i PRCS mental health department**

#### **Møte med Viola, sekretær i PRCS i Al Bireh 01.03.04**

Viola er sekretær ved PRCS, møter oss i Ramallah. Hun er kristen og forteller hvordan hun mener det er stor forskjell mellom hvordan kristne og muslimer prioriterer barna sine. Hun bekrefter den økende segregeringen mellom muslimer og kristne innenfor de Palestinske områdene. Nød, fattigdom og kamp om ressurser gir grobunn til fordommer og stridigheter.

#### **Møte med dr. Fathi Flefel, leder for PRCS mental health departement i Al Bireh**

**03.03.04**

*Dr. Fathi* har overtatt etter dr. Mandour som leder for PRCS mental health departement. Han slår oss øyeblikkelig som sympatisk og åpen. Han har tatt sin utdannelse i psykologi i vesten og har derfor en god basis for å virke som bindeledd mellom vestlige team og sine medarbeidere. Han har også master i uttrykksterapi.

Dr. Fathi forteller at psykologene og sosial arbeiderne i PRCS nå jobber bredere. Ingen jobber kun med ambulanspersonell. Dette er ifølge dr. Fathi bra, det er gunstig å få litt avveksling i pasient grunnlaget. I Gaza er det fortsatt mye angrep på ambulanser, der er fortsatt en stor aktivitet rettet mot ambulanspersonell. Fokus i PRCS er nå flyttet litt bort fra forebyggende arbeid, til også terapeutisk arbeid. I følge dr. Fathi har PRCS gjennomgått en stor utvikling i de senere årene. PRCS driver mye mental hygiene arbeid nå, dette arbeidet ble startet av dr. Elia Awwad.

Ifølge dr. Fathi er psykologene og sosial arbeiderne relativt like i deres bakgrunn, alle har minimum fire års utdanning og tre års praksis.

Dr. Fathi ser endel problemstillinger i forhold til psykososialt arbeid i PRCS videre:

- Kan man bruke teknikker som kunst terapi både i forhold til barn og helsepersonell, kan man bruke slike teknikker analytisk.
- Hvordan kan man få bedre kontinuitet i prosjektene, er det en ide å jobbe med de samme terapeutene hele tiden.
- Hvordan kan man bruke familie og relasjons terapi. Psykodynamikk, dvs. hvordan påvirker forholdet foreldrene imellom barna. Hvordan tar man vare på barna når foreldrene har problemer.

#### **Hjemmebesøk hos Iman, psykolog i PRCS, Hebron 04.03.04**

Iman er psykolog i PRCS og jobber i ledelsen sammen med dr. Fathi. Iman er utdannet psykolog og har jobbet i Hebron, hennes hjemby, og i Ramallah med spesiell fokus på ambulanspersonell. Vi ser at hun er sliten, og vi får senere forklaringen på hvorfor. Hennes vei til arbeid er ikke noen lett spasertur. Forholdene på arbeidsplassen er heller ikke optimal.

Selv om Imans hjem er rett på andre siden av det "jødiske" området i Hebron får hun ikke gå gjennom området for å komme seg hjem, og må i stedet gå en lang omvei. I Imans hjem er det et bilde av hennes bror og hennes fetter. Broren ble drept under massakren i Ibrahim moskeen for 13 år siden. Mange familier har vanskelig for å komme over sorgen av martyrer. Det er vanskelig å komme over en sorg en ikke kan snakke om. Man skal være stolt over en martyr, man skal være glad for at deres død hadde en hensikt, at de døde for landet. Nylig ble også et

av Imans søskenbarn, som hadde vært bestevenn med hennes avdøde bror, martyr.

Hjemme hos Iman er alle slitne, men glade i dag. Imans søster har født natt til i dag, og hun var så heldig å få føde på sykehus. Det er få som er så heldige. På veien tilbake blir vi stoppet av en midlertidig veisperring. Det var ufattelig å se en far stå med noen av sine barn på den ene siden av sperringen, mens de andre barna hans stod på den andre siden.

#### **Møte med Jumaana, sosialarbeider i Bethlehem 04.03.04**

Jumaana arbeider med ambulanspersonellet i Bethlehem. Hun forteller at de har klart å opprettholde noen av tiltakene fra EMS prosjektet. Treningsrommet som ble laget under prosjektet er fremdeles i bruk, og det arrangeres sosiale arrangementer. De sosiale arrangementene omfatter i mindre grad familien til de ansatte, familien får også mindre tilbud om informasjon om mentale forhold etc. Det arrangeres også gruppe debrief og individuelle samtaler. Fokus har utvidet seg til å omfatte andre PRCS ansatte og barn.

#### **Møte med dr. Atef og dr. Azmi, lederne for PRCS mental health i Gaza 11.03.04**

Atef Elasouly og Azmi al Astal er ledere og veiledere for PRCS mental health i Gaza. I tillegg til disse to er det ansatt en psykolog til og tre sosial arbeidere.

I Gaza er det seks EMS stasjoner. I snitt er det ansatt 20 personer på hver av dem, fem til syv personer jobber samtidig på hver stasjon. Det er alltid en sosialarbeider tilgjengelig.

Målet er at teamet skal jobbe mot alle ansatte i PRCS, som er 800 i Gaza alene. Hovedfokus er å jobbe mot familie og nettverk.

I starten av prosjektet var det mye problemer. Ambulansepersonellet så ikke på seg selv som syke og skjønte ikke hvorfor det var sosial arbeidere på stasjonene deres.

I dag er prosjektet stoppet i sin tidligere form. Det er lite ressurser til å drive forbyggende psykososiale tiltak, noe som var hovedfokus tidligere. Tidligere dro de mye på fellesturer med ambulansepersonellet og deres familier, de arrangerte fester etc. De kjøpte inn computere og bordtennisbord til stasjonene etc., dette er det ikke lenger ressurser til. I dag er de mer en beredskap, stasjonslederne kan kontakte teamet hvis det er behov. Både dr. Atef og dr. Azmi er frustrerte over at de ikke lenger kan støtte ambulansepersonellet i samme grad som før. Det føles litt som om alt arbeidet sakte men sikkert svinner hen. Samtidig ser de så absolutt det resterende personalets behov for hjelp og støtte. Med en større gruppe blir det betydeligere mindre ressurser per person.

Dr. Atef forteller at mange går en tradisjonell vei til ikke vestlige medisinere før de oppsøker teamet. Teamet har gjennomsnittlig ca. 20 kasus på et år, deres fokus er samtale og nettverksterapi. Psykiatri er mye forbunnet med skam og tabu og det er vanskelig å oppnå kontakt. Det er lettere å oppnå kontakt hvis man skaper en relasjon først, gjerne gjennom forskjellige sosiale aktiviteter.

Ifølge dr. Atef er det særlig stress, spenning, angst og depresjoner som plager personellet. Ofte er det store familiære problemer, mange menn sliter med potensproblemer. Dette er et problem som det er vanskelig å nå frem til. Det er et økt aggresjonsnivå, det har vært en stor økning i vold i hjemmet. Mange føler seg ydmyket på veisperringene og lar dette gå utover familien. Terapeutene jobber både individuelt og i gruppe. Samtaleterapien er frivillig utlufting, "defusing" og ikke debriefing.

## **Andre møter med palestinere**

### **Møte med ordføreren i Salfit 06.03.04**

Området/byen Salfit på Vestbredden er blant områdene som rammes hardest av muren.

Området, med ca. 60.000 innbyggere mister 70% av dagens areal fordi muren skal omslynge settlementet Ariel.

Settlementet og muren får en rekke helsemessige konsekvenser. Fordi ambulanser vanskelig vil nå sykehus i Nablus og Ramallah bygger Salfit et eget sykehus med alle funksjoner.

Settlementet Ariel, også med 60.000 innbyggere, slipper sin kloakk rett ned i dalen til innbyggerne i Salfit med de negative helsemessige konsekvenser dette medfører.

### **Møte med Yousef Odeh, visedirektør for utdanning i Qualqlia 07.03.04**

Yousef viser oss rundt på en av de lokale barneskolene. Her forteller han en historie om en jente som satt ved vinduet i et av klasserommene. Skolen hennes ligger inntil muren. Hun fikk panikkanfall og kvelningsfølelser, ville vekk fra skolen. Etter hvert fortalte hun foreldrene at det skyltes muren. Hun satt og så på porten og alle militærkjøretøyene hele tiden. Noen landsbyer er falt innenfor muren slynger og kalles nå militært område, innbyggerne har noen steder nektet å søke IDF om tillatelse til å leve i egen by. Legeundersøkelser har da foregått gjennom gjerdet. Yousef forteller at mange elever sliter med konsentrasjonsvansker. Når de hører skudd blir de reddet og gjemmer seg under pulten. Mange blir frustrerte over å ikke kunne gå på skolen pga. at landsbyen deres omringes av muren.

En drosjesjåfør forteller at det han er mest redd for er ikke materielle skader, men skader på seg selv. I dagens situasjon er familien og andre økonomisk avhengige av han. Det finnes lite støtteordninger hvis han går bort. Det samme kan nok delvis overføres på ambulansesjåfører.

### **Møte på PRCS senteret i Khan Younis 09.03.04**

I Khan Younis er PRCS senteret et senter for behandling og rehabilitering av handikappede barn. Huset er blitt beskutt mange ganger og inneholder flere kulehull. Det er forbudt å gå opp på taket av huset pga. faren for å bli beskutt. Khan Younis ligger rett ved stranden, allikevel er hele strandsonen okkupert av settlements.

### **Møte med de ansatte ved et ungdomssenter i Gaza city 10.03.04**

“Gaza community mental health” har 70 ansatte, både sosial arbeidere og psykologer. De prøver å ikke være institusjonalisert og ikke sykeliggjøre. Det skal være et frivillig tilbud til alle. Blant tilbudene er filmskapning, aggresjonsterapi og kunstscole. Allikevel har de problemer fordi folk oppfatter slike tilbud som tabu og de blir ofte lite brukt.

### **Seminar om kunstterapi/ møte med psykologer og sosialarbeidere**

#### **Bethlehem 03.03.04**

Seminaret holdes av psykolog Steffen Rostock Svendsen. Terapeutene som er tilstede jobber til daglig med barn, kvinner og familier. De bruker gruppeterapi, individuell terapi og psykososial støtteterapi.

En kan bruke tegneterapi for to formål:

1. Stressfrigjøring
2. Analyse

Det stilles tre hovedspørsmål under undervisningen.

1. Hvem kan ha utbytte av uttrykksterapi

2. Når kan uttrykksterapi brukes
3. Hvordan kan uttrykksterapi brukes
4. Hvorfor bruke uttrykksterapi

- *Hvem:* Nesten alle kan ha nytte av uttrykksterapi

- *Når:* En viktig forutsetning for enhver terapi er tillitt og trygghet. Det er viktig å opprette et samarbeid mot et felles mål som likeverdige partnere. Klienten må selv føle seg klar for å bruke denne uttrykksformen. Tid til å skape trygghet kan være et problem i forhold til ambulanspersonell, det kan være vanskelig å få de til å ta seg god nok tid og oppnå nok konsentrasjon i en stresset hverdag.

- *Hvordan:* Som diskutert tidligere kan psykologer og sosialarbeidere uten uttrykksterapi som spesialfelt kun bruke denne terapiformen som en stressfrigjøring for sine klienter. Dette er også den viktigste funksjonen av terapien.

- *Hvorfor:* Ofte kan det være vanskelig å finne ord som kan beskrive det en føler. Mange har også over årene lært seg å holde følelser for seg selv, og har derfor en barriere å krysse når de skal uttrykke følelser. Her kan tegning være en måte både for å beskrive indre spenning og krysse den skapte barrieren.

Forslag til fremgangsmåte:

- Det må være opprettet tillit og trygghet, og klienten selv må ønske å forsøke teknikken.

Klienten kan tegne fritt eller terapeut kan gi en enkel instruksjon.- konkret eller abstrakt.

- Legg fram tegnestifter, fargeblyanter og maling. Gi klienten mulighet til å velge.

- Etter klienten føler seg ferdig med tegningen kan en still spørsmål som: Hvordan gikk du fram når du tegnet, hva tegnet du først etc.?

- Hva følte du før, under og etter tegningen?

- Spesifiser en følelse i tegningen?
- Hva forteller bildet deg?
- Hva vil du tegne videre nå?

De fire steg:

1. Resistans. Stengsler tør ikke åpne opp pga. sterke følelser og skam.
2. Undring. Kan jeg gjøre dette, - ambivalens.
3. Visualisering. Ser for seg at en kan, hva en skal tegne.
4. Start, med eller uten et mentalt bilde av hva en vil uttrykke. Oftest uten.

### **Respons fra deltagerne**

*- Eksempel på oppgave: Tegn din indre spenning. Alle deltakerne på seminaret gis denne oppgaven. Fri tegning med farger. Etterpå skal alle deltakerne tolke sine egne tegninger, hva forteller de?*

- Det var en figurativ tegning i forsamlingen. Deltakerne blir spurt om deres følelsesmessige status før og etter tegningen. Deretter går to og to sammen og diskuterer deres tegninger. En av sosialarbeiderne tegner en figurativ tegning. Hun tegnet et bilde med åser, blomster og fugler. Mens hun tegnet dette ble hun stadig tristere og avsluttet tegningen med å tegne et gitter med piggråd over bildet. Hun innså at hun tegnet det hun ønsket å se for så og innså etter hvert at dette ikke var virkeligheten. Hun følte en sorg over situasjonen mens hun tegnet gitteret, men i etterkant var hun roligere. Hun fortalte at hun blir ble lett deprimert, hun føler det som å leve i en zoo og at tegningen representerer dette. Hun sier føler seg lettere etter å ha tegnet, som om noe har sluppet ut. Allikevel er det bare en svært liten del. det er mye innestengte følelser igjen. Dette er en prosess som tar lang tid. Hun hadde tegnet en del av sin



sorg og brukt den til å drive en kreativ prosess. Det slo oss at de fleste satt igjen med en følelse av ro i etterkant av tegningen, selv om de kunne føle intenst under tegneprosessen og når de fortalte om tegningen.

- En annen av deltakerne forteller hun først tegnet et optimistisk bilde, men fikk nesten dårlig samvittighet. Hun føler det ikke reflekterer hennes sinnstilstand. Hun kommer fra en flyktingeleir. Hun er egentlig meget deprimert. En videre oppgave kunne ifølge Svendsen nå være å tegne depresjon. Hva slags form og farge har den.

- En annen av deltagerne sier hun synes det er svært vanskelig å være terapeut og klient samtidig. Både nå og i det virkelige liv. Hun trenger noen til å hjelpe å tolke hennes egne følelser.

- En av deltakerne forteller om en ung jente som mistet sin bror i sammenstøt. I terapien tegnet hun en tegneserie om hendelsen som de senere utviklet til et rollespill. - I kunstterapi er det viktig med kreativitet.

- Flere av deltakerne synes det virker vanskelig å bruke metodene forebyggende fordi det er så mange uventede faktorer.

*På møtet kommer det frem flere eksempler på hvordan mange av deltakerne hadde brukt tegning i sitt arbeid med barn:*

Flere brukte tegning for å hjelpe barn som var plaget av mareritt. De kunne tegne marerittet på et eller flere ark, for så å klippe arket/arkene i biter. De kunne også lage skuespill ut av en ab

tegningene i en mindre gruppe. Den som hadde marerittet kunne instruere de andre. Så skulle de lage en ende på marerittet.

Ofte lot de barn tegne på et stort lerret i lag slik at de fikk en følelse av tilhørighet.

Tegning ble også brukt for å gi barn en følelse av kontroll. Fantasien kunne gi dem en form for frihet og kontroll. En metode gikk ut på å la barna tegne en trygg by hvor de hadde lyst å være. De kan tegne aktiviteter og leker de ønsker seg. Ofte går de rundt å ser hva andre har tegnet for å tilføre noe i sitt bilde. Til slutt kan de lage en dramatisering av et av bildene. Det er ofte stor entusiasme under disse aktivitetene. Fantasiverdenen er noe de kontrollerer. Deres håp og ønsker holdes levende. Det er selvfølgelig en fare for at barna blir klar over alt de ikke har og føler misnøye, men terapeutenes erfaring var at barna var fullstendig klar over dette fra før og syntes det var godt å ha et miljø de hadde kontroll over.

En annen metode de brukte var å brette et ark i fire og så tegne en følelse i hvert felt. Dermed fikk de et mer balansert bilde av følelseslivet til den enkelte.

Det ble også fortalt at ved fritegning tegnet ofte barna tanks, jagerfly og soldater. De hadde ofte eksakte navn på de militære farkostene og våpnene. Dette forteller dem hva som opptar barna. Leken deres dreier seg også rundt samme tema.

### Seminar om familie relasjoner/ møte med psykologer og sosialarbeidere

Seminarene ledes av Liv Dahle og avholdes i Bethlehem og Gaza city. Tilstede er sosialarbeidere og psykologer

### **Innledning**

I et samfunnet hvor alle har gjennomgått og gjennomgår store traumer, hva er det da som gjør at mange ikke blir traumatisert? Et stikkord er beskyttende faktorer, også kalt resilience.

Eksempler på slike faktorer kan være familie, nettverk, samfunn og religion. Det er viktig å

forstå traumet og dets uttrykksmåter for å finne de beskyttende faktorene. En måte å styrke resilience på er å styrke relasjonen mellom barn og voksne, både hos de voksne og barna. En av pionerene bak forskning på dette feltet er Maria Artz. Dette temaet er utgangspunktet for dagens seminar.

### **Interaksjon og dialog er viktig fra første dag**

Barn i en konfliktsituasjon er spesielt avhengig av å bygge opp beskyttende faktorer.

Eksempler på beskyttende faktorer:

- 1 Samfunnsfaktorer
- 2 Religion
- 3 Familiesystem
- 4 Forståelse av situasjonen
- 5 Uttrykksmulighet

Samfunnssituasjonen i Palestina er vanskelig å kontrollere. Religion er som oftest støttende.

En kan gripe inn i tre av de støttende faktorene; familiesystem, forståelse og uttrykksmulighet.

I det palestinske samfunn er storfamilien den vanligste familiestrukturen. Dette er svært nyttig når eksempelvis foreldre er traumatisert, der forelder fengsles, skades eller dør. Da er andre

familiemedlemmer nære og støttende. Når barn traumatiseres er det også nyttig at flere

familiemedlemmer har tid til å trygge barnet. Familiene har stor forståelse for hverandre da de alle er i samme situasjon, samtidig er de alle mer eller mindre traumatisert.

Det ble lagt fokus på tre regler som aldri må brytes ved veiledning med foreldre.

- 1 Fortell aldri hva foreldre måtte gjøre galt, men dra fram det positive du vil se mer av, og diskuter hvordan en kan få mer ut av dette gode.
- 2 Gi foreldrene av din kunnskap, og la dem selv avgjøre om dette kan passe for nettopp dem. Du har fagkunnskap, de har kunnskap om familien. Samarbeid.

### 3 Bygg opp foreldrenes selvbilde som foresatte.

Syv viktige punkter i en støttende dialog:

1. Søke barnets fokus. Både ytre og indre fokus. Møtepunkt.
2. Bekrefte barnets fokus ved å beskrive situasjon.
3. Beskrive både ytre og indre faktorer.
4. Gi barnet tid til å respondere på oppmerksomhet.
5. Positiv tilbakemelding og beskrive forventet oppførsel. Ledende.
6. Introdusere nye ord og elementer. Ledende.
7. Gjensidig avslutning der en gir barnet mulighet til å starte opp et nytt tema med deg eller andre.

### **Kjærlighet gir trygghet**

Å omfavne et barn er den mest kjærlige og trygge beskyttelsen man kan gi. Et eksempel fra Norge er en bilulykke hvor mor og barn var involvert. Etter ulykken satt mor og omfavnet barnet når ambulansen kom til stedet. Et eksempel fra Palestina er bildet som gikk verden rundt av faren som omfavnet barnet sitt, under skuddveksling. Barnet ble skutt i farens armer og hendelsen gjorde inntrykk på en hel verden.

Når et barn gir uttrykk for utrygghet med gråt eller lignende, kan en gi tilbake trygghet med situasjonen på mange vis. Det er ulike grader av tryggende tiltak, det er viktig å ikke overdrive graden av tiltaket men gi akkurat det barnet har behov for. En kan prøve seg fram i steg; først forklare situasjonen, blikkontakt for å si fra at jeg er her det er greit, snakke til barnet, stryke barnet og tilslutt holde barnet.

Ved et traume er den utvidede familien svært viktig. Den nær familien er kanskje selv rammet av det samme traumet og ute av stand til å hjelpe.

### **Oppmerksomhet og oppdragelse**

For et barn er negativ oppmerksomhet bedre enn ingen oppmerksomhet. Det er viktig å oppdra et barn gjennom å lære det hva det skal gjøre og ikke gjennom hva det ikke skal gjøre. Å si hva et barn ikke skal gjøre er ikke nok til å få det til å forstå hva det skal gjøre. Når barnet belønnes for ønskelig atferd vil denne atferden forsterkes og fortsette.

*Ifølge deltakerne er bortskjemming et problem det palestinske samfunnet. Det er viktig å gi oppmerksomhet uten å skjemme barnet bort. Det fortelles om en gutt, en klient som ødelegger mange av familiens gjenstander og tilsynelatende er fornøyd etterpå. Er dette et uttrykk for hans indre spenning eller at han ikke får nok oppmerksomhet. En måte å endre hans atferd kan være å hele tiden gi gutten positiv oppmerksomhet når han har positiv oppførsel.*

Det er viktig å være en ledende foresatt, barnet må vite hvem som bestemmer. Hvis barnet er umulig og man gir seg når intensiteten er sterkest, da lærer barnet at bare man roper høyt nok får en viljen sin. Det er viktig for en foresatt å ikke gi seg før intensiteten avtar

*- Det blir under seminaret diskutert en viktig forskjell mellom øst og vest. Mange av deltakerne mener at man i vest har sterk tilknytning til barna under oppveksten, men når barna blir eldre forsvinner denne kontakten. I Østen er det utenkelig at foreldre ender på sykehjem slik som i vesten. Der er det en forventning om at man betaler tilbake til foreldre når de blir gamle. Den forskjellen er nødvendigvis ikke god eller dårlig, men den kan være kulturell, historisk, sosiologisk eller sosioøkonomisk. I Vesten oppdras man til å skulle ha et*

*selvstendig liv, mens man i Østen oppdras til å ha en tett kontakt til familien hele livet.*

*Relasjon til familien er sannsynligvis svært viktig uansett kultur.*

## Diskusjon

Vår oppgave bygger på følgende problemstillinger:

1. Hvordan virker en konfliktsituasjon inn på arbeidsforholdene til helsepersonell?
2. Hvordan virker konfliktens hendelser inn på helsearbeideres mentale helse? Hvordan affiseres helsearbeidere av de hindringer som legges på deres daglige gjerning?
3. Hva slags tiltak har blitt gjort for å motvirke psykiske skader og mentalt forbrede helsepersonell på de påkjenninger konflikten kan medføre?

Vi vil her forsøke å besvare disse problemstillingene basert på materialet i vår oppgave:

1. *Hvordan virker en konfliktsituasjon inn på arbeidsforholdene til helsepersonell?*

2. *Hvordan virker konfliktens hendelser inn på helsearbeideres mentale hele? Hvordan affiseres helsearbeidere av de hindringer som legges på deres daglige gjerning?*

En psykisk krisetilstand oppstår når en befinner seg i en situasjon der tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsformer ikke strekker til. Ved den *traumatiske krisen* er denne belastende situasjonen av en slik art og grad at vedkommende opplever sin identitet, trygghet og eksistens truet. Denne begivenheten kan innebære tap, krenkelser eller katastrofer. (6)

Basert på "Overlevelse gjennom smerte", rapportene fra "psykososial traumehåndtering" og egne observasjoner kan det fastslås at ambulanspersonellet utsettes for traumatiske kriser som både innebærer tap, krenkelser og katastrofer. De opplever daglige *krenkelser* ved de permanente og provisoriske sjekkpunktene/veisperringene, der de blir utsatt for ulike former for trakassering. De opplever stadig *tap* av egne og andres trygghet og helse. Enkelte ganger

opplever de også tap av liv, det kan være tap av familiemedlemmer, arbeidskollegaer eller pasienter. De utsettes også i høy grad for små eller større *katastrofer* under sammenstøt der normalberedskap ikke strekker til. Alle disse situasjonen kan føre til en følelse av *maktesløshet*.

Det faktum at alle disse situasjonene er *menneskeskapt* kan forverre situasjonen ytterligere. Ut i fra et salutogenetisk perspektiv, kan en tenke seg at menneskeskapt kriser i større grad, enn til eksempel naturkatastrofer, vil kunne røkke ved individets forståelse av verden og medmennesker i negativ retning. Det blir ikke krisen alene, men også det faktum at krisen ble skapt med intensjon som vil prege ettervirkningene. Dette vil muligens kunne svekke følelsen av mening. På denne måten kan helbredelsesprosessen forsinkes eventuelt utebli.

Ambulansepersonellet opplever stadig gjentagende traumatisering. Det finnes mye dokumentasjon på at ambulanser ofte blir gjenholdt svært lenge, til og med hindret i å nå frem til pasienter/sykehus. Det finnes også dokumentasjon på at ambulansepersonell har blitt fysisk og psykisk trakassert på sjekkpunktene. I våre samtaler med helsepersonell i Palestina fikk vi ved gjentatte anledninger høre frustrasjon over sjekkpunkter og veisperringer. Korte veistrekninger kan ha flere sjekkpunkter. Distanser som tidligere tok minutter å kjøre, kan nå ta flere timer. Dette er et enormt problem for alle palestinere, de blir isolert i sine byer/landsbyer. Dette hindrer dem i å besøke slekt og venner, ta utdanning samt oppsøke viktige samfunnstjenester som for eksempel helsetjenester. Allikevel er det klart at veisperringene/sjekkpunktene representerer en ekstra belastning for ambulansetjenesten, som ofte er avhengig av rask tilgang til pasient og sykehus. Både ved samtale med palestinere og gjennom egne observasjoner fikk vi erfare at den israelske hæren ikke tar hensyn til overnevnte aspektet, stikk i strid med internasjonalt regelverk.



Ved at disse traumatiske episodene stadig *gjentar seg* kan en utvikle overdeterminering, der en utløser minner fra tidligere krenkelser, tap eller katastrofer. Den akkumulerende naturen av traumatiseringen kan også medføre at en stadig får en svekket reservekapasitet å møte nye kriser med. Samtidig utvikler ambulanspersonellet et stadig økende erfaringsgrunnlag, som kan bidra til utviklingen av hensiktsmessige taklingsmekanismer.

Den akkumulerende naturen av traumatiseringen får også en innvirkning på grad av *uforutsigbarhet*. Ambulanspersonellet forventer krenkelse, tap og katastrofer. På den ene siden føre dette til en form for mental forberedning som kan motvirke den psykiske påkjenningen av krisen. Samtidig fører dette til en svært belastende arbeidssituasjon, der de mer eller mindre kontinuerlig forventer ulike former for angrep mot egen og andres identitet, trygghet og eksistens.

Denne arbeidssituasjonen kan disponere for utvikling av traumatisk stress, overbelastningsangst, skyld og samvittighetsangst, reaktiv depresjon og andre uspesifikke psykofysiske reaksjoner. "Overlevelse gjennom smerte" og rapportene fra "Psykososial traumehåndtering" bekrefter at ambulanspersonellet har en noe høy prevalens av disse traumereaksjonene. Det ble funnet en sterk positiv korrelasjon mellom relativ volds eksponisjon og symptomutslag. Over halvparten har symptomer på OCD, økt sensitivitet, depresjon eller paranoia. 61,8% har utviklet tegn på søvn og rastløshet. Både familieforhold og arbeidsmiljø blir preget av denne utviklingen.

Ulike personer har ulik risiko for å utvikle sykdom, en kan si at de har ulik *motstandsevne*. Motstandsevnen kan styrkes av personens karakter, tidligere erfaringer og sosiale nettverk.

Denne motstandsevnen mot utvikling av sykdom beskrives av Aron Antonovsky som OAS,- opplevelse av sammenheng. Det vil si individets følelse av begripelighet, håndterbarhet og mening.

Vi har diskutert noen belastende aspekter konflikten bringer inn i arbeidssituasjonen til ambulanspersonellet. Noen av de mest overraskende resultatene i "Overlevelse gjennom smerte" var kanskje at 90.61% følte at de mestret arbeidet, og 86.34% var fornøyd med arbeidet. Kan en tenke seg til at denne konflikten, ut i fra et salutogenetisk ståsted, også kan gi ambulanspersonellet en *følelse av mening*? Under møter i Palestina kom det fram at mange mente at nasjonalfølelsen og ønsket om å hjelpe sitt folk styrket deres motivasjon og dermed vilje til å møte de krav yrket stiller. Kanskje kan dette også bidra til å styrke fellesskapet i gruppen, og dermed bedre samarbeidsevnen. På grunn av denne viljen til å mobilisere energi samt økt samarbeidsevne, vil ambulanspersonellet kunne utvikle en økt evne til å håndtere vanskelige situasjoner.

Ambulanspersonellet er en *høyt ansett gruppe* i det palestinske samfunnet. De representerer ofte håpet i et land der de fleste tryggende infrastrukturer har falt sammen. Hvis ambulanspersonellet selv føler at denne anseelsen er rettfærdig, kan de utvikle en stolthet over yrket og dermed en positiv forståelse av sin egen rolle. En kvinnelig EMT i Ramallah kunne fortelle at følelsen av å være til nytte var motivasjonen for hennes arbeid. Samtidig vil denne anseelsen også innebære en viss forventning fra folket, som ofte en ofte ikke kan innfri pga de vanskelige forholdene. Dette kan medføre en ekstrabelasting i form av at personellet opplever andres skuffelse over deres innsats. Dette var noe som spesielt ble nevnt under møtet i Nablus 04.02.03. Situasjonen i seg selv samt møtet med skuffelsen vil kunne forsterke

følelsen av maktesløshet. Denne maktesløsheten vil kunne føre til en svekket opplevelse av håndterbarhet og muligens også tap av mening. En svekket opplevelse av sammenheng.

3.*Hva slags tiltak har blitt gjort for å motvirke psykiske skader og mentalt forberede helsepersonell på de påkjenninger konflikten kan medføre?*

Flere ulike tiltak har vært forsøkt for å motvirke psykisk traumatisering gjennom prosjektet "psykososial traumehåndtering". Vi ønsker her å diskutere tiltakene, og hva en kan forvente å oppnå med disse.

Prosjektledelsen for "Psykososial traumehåndtering" henvendte seg ikke til ambulanspersonellet for å undersøke hva de selv mente de hadde behov for av støttende tiltak i forkant av prosjektets start. Ved senere undersøkelse av dette, kom det fram at de ønsket bedre arbeidsvilkår i form av bedre lønn, lokaler, arbeidsplaner og lignende. Noen av disse ønskene ble også etterfulgt, men hovedintensjonen med prosjektet var å gi psykologisk støtte, noe ambulanspersonellet ikke etterspurte.

En kan da spørre seg om ikke midler burde vært gitt til å for eksempel å bedre lønn, istedenfor psykologisk støtte. En bør imidlertid tenke på at bistandsmidler ofte gis over en begrenset periode, for eksempel tre år. Prosjektet ble støttet av Tysk Røde Kors som igjen søkte støtte fra EU. Hvis midlene hadde blitt gitt til å bedre lønn ville de bli brukt opp relativt raskt, når man bruker midlene til undervisning om psykiske krisereaksjoner er håpet at dette vil ha en *varig* forebyggende effekt.

Det kan være at behovet for psykologisk støtte ikke ble nevnt da dette er et tabubelagt område som heller ikke har fotfeste i den palestinske kultur. Kanskje så de på dette tiltaket som en krenkelse av deres yrkesstolthet. En annen årsak kan være at de ikke følte behov for slik støtte. Ut i fra dette kan en diskutere om de virkelig er en trengende gruppe, selv om de var spesielt utsatt for å møte ulike belastende situasjoner. Dette synspunktet kan støttes av at en så høy andel anga at de opplevde at de var fornøyd med arbeidet og egen mestring. En kan også diskutere om ikke den høye andelen av psykiske sekveler er mer et bilde av normalsituasjonen i Palestina, og at ambulanspersonellet dermed ikke utpeker seg som en spesielt utsatt gruppe.

Grunnlaget for å sette i gang støttetiltak for nettopp ambulanspersonellet er basert på det arbeidet de utfører. Svært mange er avhengig av ambulanspersonellets innsats. Hvis man kan styrke deres mestring, vil dette ha ringvirkninger for resten av befolkningen.

I starten av prosjektet hadde de fleste psykologene og sosialarbeiderne en forventning om at de skulle gå inn som *behandlere* av ambulanspersonellet. Behandling av psykiske lidelser er ofte både tid og ressurskrevende, tid og ressurser som med stor sannsynlighet ikke vil være tilgjengelig over tid. Konfliktsituasjonen skaper heller ikke grobunn for behandling, da behandling krever trygge forhold der faren for gjentakelse av traume er små. Ut i fra dette utviklet prosjektet seg til å i større grad fokusere på forebyggende arbeide framfor behandling. En ønsket da å finne forebyggende tiltak som kunne ha en mer varig virkning.

Både den palestinske studien og den norske utredningen peker på viktigheten av god *seleksjon av personale*. Man må prøve å finne individer med god motstandsevne. Det må i så tilfelle lages noen faste kriterier som kan brukes for veiledning ved nyansettelser. En kan her komme

med flere ulike konkrete kriterier som i den norske utredningen, eller en kan mer diffust lete etter OAS-sterke individer slik som dr. Elias foreslår.

Skolering av både frivillige og fast ansatte har tidligere hatt relativt lav fokus på den mentale belastningen som følger av arbeidet. Ved å øke fokuset på denne delen av arbeidet kan de ansatte bli mer forberedt på de belastningene de vil møte.

En *psykoedukativ* strategi der en prøver å gi ambulanspersonell kunnskap om ulike normalreaksjoner etter kriser har vist seg å ha god effekt. Denne undervisningen kan brukes av personellet både for å forstå sine pasienter bedre samt egne reaksjoner. Ved dette vil en skape en form for sammenheng, og en forståelse for at dette er normale reaksjoner som forventes å avta. Samtidig vil personellet implisitt få en forståelse for når en beveger seg utenfor normal området og behøver hjelp. En unngår å informere om det som kan gå galt for ikke å skape frykt.

*Ledere* for ambulansstasjonene derimot har fått informasjon om ulike symptomer og tegn de må være oppmerksom på for å fange opp de som trenger ekstra støtte eller avlastning. Ved å gi miljøet selv evnen til å fange opp og takle slike situasjoner, kan en styrke deres opplevelse av håndterbarhet. Ved å skape en aksept for at det enkelte ganger er behov for å avlaste personell, og kanskje skape en slags prosedyre for dette, kan utvikling av sykdom stoppes på et tidlig stadium. Særlig i Gaza så vi viktigheten av å ha en god leder som setter pris på de ansatte. På denne stasjonen, hvor de ansatte har opplevd svært mye, var det godt humør og god kommunikasjon. Her fungerte det slik at lederen søkte om psykososiale støttetiltak hvis han så behov for dette. Under noen av våre møter med sosialarbeidere pekte også de på viktigheten av at ledelsen verdsetter deres innsats.

Det har vært stilt spørsmål ved gevinsten av *debriefing*, spesielt ved stadig gjentagende traumer. Målet må være å skape en kognitiv sammenheng og forståelse, men samtidig unngå retraumatisering ved å holde fokus på nåtid. I Palestina har i man valgt å bruke "*defusing*" etter belastende oppdrag. I dette ligger det at man i minst mulig grad styrer samtalen inn på å gjenoppleve selve situasjonen, mer gi rom for ventilerende av ulike følelser og frustrasjon som kommer som følge av situasjonen. Disse følelsene møtes og diskuteres, og man bekrefter deres innsats som individ og gruppe under oppdraget. Man kan på denne måten hindre utvikling av skyld, sinne og frustrasjon, som kan skape uro og stress.

Det har også vært arrangert ulike kurs i *stressmestring*. En har da fokus på beroligende pusteteknikker, trening for å hindre utagering, samarbeid for å hindre følelsen av å være alene. På denne måten kan en styrke deres evne til å håndtere stress.

Ved å bedre forholdene på ambulansestasjonene slik at ambulansepersonellet kan få gode hvilemuligheter, kjøkkenkrok, tv, data og treningsmuligheter, blir ventetiden mellom oppdrag mer positiv. På denne måten kan en gi ambulansepersonellet en følelse av at de er verdsatt. Det var også nettopp slike utbedringer ambulansepersonellet selv etterspurte. Dette vil kunne gi dem en oppfattelse av mer legitim fordeling av innflytelse. Det er tross alt deres arbeidssituasjon som skal forbedres, deres svar på hvordan dette kan oppnås bør derfor etterfølges.

Ved at arbeidstiden har blitt kuttet ned og ambulansepersonellet har blitt plassert så *nær egen familie* som mulig kan arbeidsbelastningen reduseres. På denne måten vil de kunne få viktig restitusjonstid, som kan hindre utvikling av utbrenthet.

En kan lett trekke den konklusjonen at behovet for avlastning er størst i de svært aktive periodene. Ambulansepersonellet selv derimot forteller at det er de stille periodene, der de får tid til å tenke igjennom hendelsene, at ulike symptomer på stress melder seg. Det er i disse tidene de behøver støtte og om ønskelig avlastning.

Behovet for *bekreftelse* etter tøffe oppdrag eller perioder er stort. Det er da viktig at ledelsen er oppmerksom på deres innsats og gir bekreftelse på dette. På denne måten vil en kunne styrke deres følelse av betydning og mening.

*Det virker som om konflikten i de palestinske områdene fører til en viss grad av traumatisering av helsepersonell. Det virker også som dette til en viss grad kan forebygges av ulike psykososiale tiltak hvis disse tiltakene er tilpasset målgruppens kultur og ønsker.*

## Kildehenvisning

1. Norsk Folkehjelp (2003): *"Intifada – Opprør mot okkupasjon."* Utgitt av Norsk Folkehjelp
2. Palestinian Red Crescent Society, PRCS: [www.palestinercs.org](http://www.palestinercs.org)
3. Dyer, O. (2003): *"Israel's occupation of Palestinian territories has damaged health, charity report says."* BMJ Des 2003; 327: 1303-a.
4. B'Tselem (2002): *"Wounded in the field; Impending Medial Treatment and Firing at Ambulances by IDF Soliders in the Occupied Territories."* [www.btselem.org](http://www.btselem.org)
5. Barghouti, M et al. (2004): *"Health and Segregasjon - The Impact of the Israeli Separation Wall on Access to Health Services"* Jerusalem, HDIP; Health, Development, Information and Policy Institute.
6. Cullberg J. (1999): *"Dynamisk psykiatri."* (5. Utgave) Tano Aschehoug
7. van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (1996) *"Traumatic Stress; the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society."* New York, The Guilford Press
8. Antonovsky, A. (2000): *"Helbredets mysterium."* København, Hans Reitzels Forlag
9. Antonovsky, A. (1979): *"Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well -Bieng."* San Francisco, Jossey - Bass Publishers
10. Awwad, E. (2002): *"Assesment of Exposure to Violent Events on Palestinian Emergency Medical Services: Learning to Survive Through Pain."* Upublisert
11. Statens helsetilsyn (1998): *"Oppfølging av norsk personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner"* utredningsserie nr. 7, 1998, Statens helsetilsyn.



12. Deutsches Rotes Kreuz (2002): "*EMS Psychological Trauma Management, first quarter report.*" Upublisert
13. Deutsches Rotes Kreuz (2002): "*EMS Psychological Trauma Management, second quarter report.*" Upublisert
14. PRCS Mental Health Department (2003): "*Capacity Building for PRCS Psychosocial Services. Vision and Framework – A Concept Paper.*" Upublisert
15. Kolberg, C. (2003): "*Oppsummerende rapport fra arbeid med prosjekt PAL 1020466 – "Undervisning og Psykologisk debrief av palestinsk helsepersonell"*" Upublisert
16. Khamis, V. (2000): "*Political Violence and the Palestinian Family: Implications for Mental Health and Well Being.*" Binghampton, Haworth Press

## Appendiks

### Reisebrev fra Tidsskrift for den norske legeforening 2003

Brev fra Palestina:

## **Å trygge en befolkning på bekostning av egen trygghet**

Det palestinske folk og det israelske folk lever i frykt og drives av fortvilelse. Helsepersonellet møter fortvilelsen til de krigsskadde og har selv blitt et militært mål.

Jobben deres preges av at de ikke lenger har den beskyttelsen helsepersonell normalt har i en konflikt. De er satt til å trygge en befolkning på bekostning av sin egen trygghet.

Det er tidlig fredags ettermiddag og vi står på Tromsø lufthavn. Vi er to studenter som skal reise sammen med tre helsearbeidere til Palestina. Christiane, Lars og Liv er henholdsvis psykiater, psykolog og sosionom, og samarbeider med Palestinsk Røde Halvmåne (Palestine Red Crescent Society; PRCS) om mentalt helsearbeid. Vi har vært så heldig å få reise sammen med dem, og skal skrive en studentoppgave om hvordan konflikten påvirker helsearbeidernes mentale tilstand. Vi er spente på hva som vil møte oss der nede? Nyhetene rapporterer om selvmordsaksjoner og militære angrep, men hvordan er hverdagen? Den spente situasjonen mellom Irak og USA gir oss en ekstra bekymring. Kommer det til å bryte ut krig? Hvordan vil det i så fall påvirke situasjonen i Palestina?

Vi ankommer flyplassen utenfor Tel Aviv sent på natten og kommer fram til Hotell Meridian i Jerusalem tidlig på morgenkysten. Vi ser lite til urolighetene vi hørte så mye om før avreise. Her hersker en spent ro. Soldater vokter helligdommer, og skillet mellom den palestinske og israelske delen av byen er åpenbar. Det er vanskelig å forstå hvordan de to folkene, som har gitt hverandre så mye sorg, klarer å leve sammen om enn atskilt.

## **Sjekkpunkt**

Neste morgen er vi på vei til Ramallah, en by på Vestbredden, og vi møter turens første sjekkpunkt. Biler har hopet seg opp, og de lange inngjerdingene fram til passkontrollen er fulle av mennesker, som må vise identitetspapirer for å ferdes i eget land. Hvis det er strengt portforbud, vil ingen slippe igjennom, men i dag ser det ut til å gå bra.

Unge israelske soldater med ladede våpen kontrollerer papirene. Soldatene er sytten år når de må inn i militær førstegangstjeneste, som varer i tre år. Senere må de inn en måned hvert år. De bruker altså store deler av livet sitt til å møte folket som landet og lederne deres undertrykker. De må ta på seg rollen som overgripere. Dette er ingen enkel situasjon for soldater som ikke er enig i myndighetenes politikk.

## **Møte med Palestinsk Røde Halvmåne**

Vel fremme i PRCS-stasjonen i Ramallah fikk vi en kort innføring i det mental helsearbeid organisasjonen driver. Arbeidet rettet seg i begynnelsen mot pasienter hentet rett fra sammenstøt, men arbeidet utviklet seg etter hvert til også å omfatte ambulanspersonellet. Skadede kan bli hentet fra sammenstøt mens kulene suser, og ofte blir flere pasienter samlet i en bil. Når de endelig kommer seg ut av skuddvekslingene, er neste utfordring å komme seg gjennom sjekkpunktene. Mens tiden er knapp og ambulanspersonellet frykter for pasientenes liv, ransaker soldater med ladede våpen ambulansen. Ofte må personalet kle av seg og legge seg ned på veien, og enkelte ganger blir de arrestert. Dette skjer mens pasientene de skal hjelpe lider, ja kanskje er døende. Når de endelig får passere, kan de i det fjerne se neste kontroll, der historien gjentar seg. Beretningene sjokkerer oss, og ambulansene med kulehull bringer det hele enda litt nærmere.

Av 250 ambulanspersonell er 200 skadd av skudd og splinter. Tre er drept og flere er fengslet. Behovet for støtte er stort, og avlastningsteamet møter mange utfordringer. Vi møtte noen av psykologene i Palestinsk Røde Halvmåne som fortalte hvor vanskelig det er å hjelpe mennesker som aldri kan få en følelse av trygghet. De kan ikke hjelpe ambulanspersonalet *ut av* situasjonen; de må hjelpe dem å *leve med* situasjonen.

## **Ambulanspersonellets historier**

Om kvelden møter vi Josef på ambulansstasjonen. Josef har nettopp tilbrakt tre måneder i fengsel. Tydelig preget av hendelsen forteller han at han ble arrestert på et sjekkpunkt uten

noen form for forklaring, og tilbrakte tre måneder fengsel i total uvisshet om hva som ventet han. Han ble nektet besøk, fikk svært lite mat og gikk ned flere kilo i vekt. Han ser ned i gulvet mens han forteller og klarer ikke si mer enn at han ble behandlet svært dårlig. I etterkant har han aldri blitt gitt noen begrunnelse for arrestasjonen. En av Josefs kolleger ble skutt i hodet og magen på et sjekkpunkt mens soldaten som avfyrte skuddene så han rett i øynene. Heldigvis var hodeskuddet overfladisk, og ambulansen fikk brakt han til sykehuset i tide.

Sjekkpunktene representerer frykt og ydmykelse for ambulanspersonellet. Hver dag må de ta mot til seg for å møter dem på nytt. Vi sitter igjen med mange spørsmål. Hvordan holder de ut? Når ble ambulanspersonell militære mål?

### **Landsbyer eller fengsler?**

Neste dag kjører vi med Røde Kors til Nablus. Vi passerer landsby etter landsby under portforbud. Det er nesten ingen mennesker å se, kun soldater som vokter veiene. Ingen er ute og nyter det fine været, ingen barn leker i hagene. Strengt portforbud gjør disse menneskene til fanger i egne hjem.

En av legene fra Ramallah er med i bilen. Han skal hjem til familien som han ikke har sett på tre måneder. Vi setter ham av foran soldatene som vokter veien til landsbyen hans. Legen, en eldre mann, må vise fram papirene sine før han kan ta fatt på den lange, gjørmete veien opp til landsbyen. Uten Røde Kors-transport ville han antagelig ikke kommet seg hjem.

Vi nærmer oss Nablus. Midt i veien ser vi en tanks med løpet rettet mot en ambulanse. Vi stopper og får vite at tanksen "bare" har stått der i en og en halv time, og at ambulansen ikke har noen pasient i bilen. Vi forlater stedet og ankommer PRCS-stasjonen i Nablus. Vi møter nye fortvilede mennesker og hører nye rystende historier. Mange historier minner om dem vi allerede har hørt, men i Nablus er portforbudet enda strengere. Mange av de ansatte bor i landsbyene vi passerte på vei inn til Nablus. Når de våkner om morgenen i sine hjem, kan de ikke vite om de kommer seg på jobb, og kommer de seg på jobb, vet de ikke om de kommer seg hjem. Dette er de okkupertes hverdag.

## **Strengt portforbud**

Tilbake i Ramallah og etter en god natt søvn kjører vi til Hebron, en av byene på Vestbredden som er hardest rammet av okkupasjonen. Nelly, en frivillig fra Palestinsk Røde Halvmåne, er med oss. I likhet med legen fra Ramallah er det måneder siden hun var hjemme. Å reise med Røde Kors er hennes eneste mulighet til å se alle søstrene sine, sine to brødre, foreldrene og hjembyen. På vei inn i byen får vi beskjed om at det har blitt iverksatt strengt portforbud. Små barn med redde øyne springer hjem fra skolen. Butikker stenges. Det er for farlig å kjøre inn til sentrum av byen der PRCS-stasjonen ligger, men vi når Nellys hjem som ligger i utkanten av byen.

En av søstrene til Nelly møter oss i døra. Hun tilbringer 24 timer i døgnet innenfor husets fire vegger. Hun er redd for å gå ut, redd for å dø. Brøren hennes forlater huset enkelte ganger, men da tar han farvel med familien først, for kanskje blir han satt i fengsel. En annen søster av Nelly er høygravid, men har ikke vært til svangerskapskontroll. Legekontorene ligger i sentrum av byen, og hun har ikke klart å komme seg dit. Det er vanskelig å si hvor hun kommer til å føde. Faren forteller om frustrasjon og maktesløshet. Han har ingen kontroll over eget liv og kan ikke hjelpe familien sin. Nelly er i tvil om hun skal bli med oss tilbake, for det er nok lenge til hun får se familien sin igjen.

## **Fattigdom og fortvilelse**

Neste dag er vi på veien igjen; vi skal til Gaza. Når vi går langs Gazas vakre strandlinje, får vi en følelse av frihet, men i horisonten skimter vi fartøy som vokter kysten. Fiskerne i Gaza kan bare bevege seg seks kilometer ut fra stranda, og vi kan se båtene deres ligge helt inn mot land. Gaza er bevoktet på alle kanter. Fattigdommen er stor og arbeidsledigheten er på hele 70%. Likevel klarer befolkningen stort sett å ta vare på hverandre. Helsevesenet forsøker å hjelpe familiene til å ta vare på hverandre. Spesielt har oppmerksomheten vært rettet mot å hjelpe barna. Hver kveld er det sammenstøt i utkanten av byen, og bombeangrep er ingen sjeldenhet. I Gaza kunne vi nærmest føle befolkningens sinne og fortvilelse på kroppen.

Dagen før hjemreise fikk vi høre at to sykepleiere var blitt skutt inne på et sykehus i Gaza. Tilfeldigvis fikk vi besøke nettopp dette sykehuset dagen etter. Vi så blodsporene etter de to 21 år gamle guttene som ble skutt mens de sto bøyd over pasientene sine. I vinduet så vi et kulehull. Kuler drepte begge de to guttene. Den ene døde momentant; den andre klarte å rope

desperat om hjelp før han døde. En av pasientene på rommet glemte at han var lam i venstre side og forsøkte å hjelpe. Dermed falt han ned av sengen ved siden av den døende pleieren. De fleste pasientene forlot sykehuset i redsel for nye angrep.

Sykehuset var i sorg. Det var bilder av de to døde guttene overalt. Pleierne uttrykte redsel og frustrasjon. Når de kunne bli angrepet inne på et sykehus støttet av Verdensbanken, hvor skal kan de da være trygge? Senere hørte vi mange forklaringer på hendelsen. Israel hevder at de to sykepleierne ikke var inne på sykehuset da de ble drept, for oss er det vanskelig å tro at et helt sykehus løy.

### **Et annet land, en annen frykt**

Den siste dagen tilbrakte vi i Jaffa og Tel Aviv. Der opplevde vi en ny type frykt. Det var ingen soldater rundt oss, ingen tanks, ingen helikopter i syne, bare vanlige mennesker. Her var trusselen menneskene rundt, for en selvmordsaksjon kommer uten forvarsel. Mange unge mennesker gav uttrykk for at de skammer seg over hvordan landet deres behandler palestinerne. Samtidig var de selv offer for Palestinernes vrede. De er både overgriper og offer, en kombinasjon som er vanskelig å takle. Avmakt og frustrasjon blant helsearbeidere

### **Reisebrev fra Tidsskrift for den norske legeforening 2004**

Brev fra Palestina:

## **Avmakt og frustrasjon blant helsearbeidere**

De fleste nyhetene fra Midtøsten det siste året vært dystre. Hvordan opplever helsearbeidere og befolkningen der situasjonen? Ser de noe snarlig løsning eller er det avmakt og frustrasjon som dominerer?

For et år siden var vi i Israel og Palestina for å se på hvordan konflikten påvirker helsearbeidernes mentale tilstand (referanser). I mars var vi der på ny i samme ærend. Denne gangen gikk turen først til Vestbredden og deretter Gazastripen. Vi var to medisinstudenter som reiste sammen med et fagteam fra Universitet i Tromsø for å lære om psykososialt støttarbeide i organisasjonen Palestinsk Røde Halvmåne, PRCS. Fagteamet bestod av en psykiater, en psykolog og en klinisk sosialarbeider.

**Kunst som terapi**

På et møte med psykologer og sosialarbeidere fra Bethlehem og Hebron holdt psykologen et foredrag om kunstterapi, dvs. om hvordan man kan bruke tegning for å få pasienten til å uttrykke, tolke og bearbeide sine egne følelser. Under foredragene ble deltakerne satt til å tegne sine følelser. En av deltakerne fra Hebron tegnet først et vakkert landskap. Deretter tegnet hun sorte ruter over slik at landskapet ble rammet inn i piggtråd. I hennes tolkning representerte det opprinnelige landskapet en utopi, en drøm om hvordan livet kunne vært. Piggtråden representerte virkeligheten. Hun fortalte at hun følte seg som et dyr sperret inne i en zoologisk have.

Med denne opplevelsen friskt i minne reiste vi senere på dagen til Hebron for å besøke familien til en av medarbeiderne i Palestins Røde Halvmåne. Landskapet rundt Hebron er grønt og frodig, men lite tilgjengelig for palestinere fordi Hebron, som alle byer i Palestina, er omringet av veisperringer. Palestinerne er som i fengsel. Hebron har ca. 120 000 innbyggere, og midt i sentrum bor det noen hundre israelske nybyggere. En del av disse nybyggerne bor i andre og tredje etasje i hus i gamlebyen. Når man går innover mot sentrum, er det som reisen i *Mørkets hjerte*, boken som filmen *Apocalypse nå* bygger på. Man føler at man kommer nærmere og nærmere galskapen. Alle butikker er stengt, og bortsett fra israelske soldater er det nesten ingen mennesker ute. I gamlebyen har palestinere satt opp et nett over gatene slik at de ikke skal få søppel, matrester og steiner som kastes ned fra nybyggerne i de øvrige etasjene, i hodet. I lange tid har det vært permanent portforbud i Hebron etter klokken seks, da får ingen - ikke engang ambulanser - være ute. Vi observerte selv en nybygger som skulle ut for å kjøre bil; da ble plutselig alle gater stengt. Unger og foreldre måtte vente på hver sin side av gaten. Det var mye frustrasjon og sinne blant palestinere. 16-17 år gamle israelske soldater med skarpe våpen var satt til å kontrollere situasjonen. Vi opplevde det som meget skremmende.

### **En ni meter høy mur**

Det viktigste som har skjedd i Midtøsten i løpet av det siste året er nok muren som bygges på Vestbredden. Muren strekker seg over et enormt areal og er opptil ni meter høy. Muren er ikke helt ferdig, men der hvor den ennå ikke er påbegynt, er det mange steder elektriske gjerder med vollgraver og piggtråd. Med jevne mellomrom er det høye kontrolltårn, hvor man så vidt kan skimte soldatenes gevær stikke ut fra de små gluggene i tårnet.

Vi traff på muren mange steder. Overalt vekket muren sinne og frustrasjon hos helsepersonell og alle som blir rammet av den. Byene som omslutes av muren ligner mer og mer på gettoer. Vi besøkte blant annet området Salfit med omtrent 60 000 innbyggere. Med muren mister dette området nesten 70% av sitt areal: muren snirkler seg inn fra 1967-grensen for å ta med bosettingen Ariel på "israelsk" side. Salfit vil i stor grad bli låst inne i sikkerhetssoner og veisperringer. Innbyggerne bygger nå sykehus fordi deres ambulanser ikke lenger kan regne med å nå frem til nabobyene. I mange palestinske byer skjer det samme: man prøver å bygge ut slik at man er mest mulig selvforsynt med

helsetjenester. Man tør ikke lenger stole på at ambulansene når frem til nabobyen, som kanskje er bare 10 kilometer unna.

Nede i dalen i Salfit er der en stor og flommende elv. Åpne elver er meget sjelden i denne delen av verden. Elven har en merkelig lukt. Det viste seg at "elven" er kloakken fra bosetningen Ariel med om lag 60 000 innbyggere. Denne bosetningen slipper sin kloakk urensset ned i dalen til palestinerne. En kan jo bare forestille seg hvilke helsemessige konsekvenser dette har.

Rundt den palestinske byen Qalqilia med omtrent 40.000 innbyggere er muren ferdig og omringer byen totalt. På den lokale barneskolen, som ligger helt inntil muren, får vi høre om en jente som stadig fikk anfall av panikkangst, kvalningsfølelser og hjertebank. Hun hadde aldri hatt noe slikt tidligere, og hun ba sine foreldre innstendig om å få bytte skole. Foreldrene og lærerne lurte på hva årsaken var. Etter hvert kom det frem at jenta satt ved vinduet ut mot muren og så rett på en av portene. Portene går delvis under den ni meter høye betongmuren, og inn og ut av porten er det en stadig strøm av israelske militærkjøretøyer. Dette hadde fremprovosert jentas anfall. Historien er ikke den mest dramatiske, men illustrerer godt de følelsene som brer seg blant palestinerne.

### **Gaza - verdens største fengsel**

Vi avsluttet turen i Gaza. Det var mye usikkerhet om vi i det hele tatt ville få tillatelse til å besøke Gaza. I løpet av det siste året siden vårt forrige besøk (1) var Gaza blitt enda mer lukket og isolert. Man må søke den israelske hæren via den norske ambassaden om tillatelse til å reise inn dit. Israel kontrollerer grensene mellom Gaza og Israel i nord og mot Egypt i sør. Flystripen på den nye flyplassen er fullstendig ødelagt av israelerne.

På Røde halvmåne-sykehuset i Gaza by møtte vi en av kirurgene. Han hadde for en tid tilbake invitert noen kirurger fra Kypros og hadde laget en plan for hvilke kirurgiske operasjoner de skulle utføre på palestinske pasienter. Alle kirurgene hadde søkt om tillatelse til å komme til Gaza via sin ambassade. Etter tolv timer på grensen ble de nektet å komme inn, og alle planer måtte avlyses. Pasientene måtte skuffet reise hjem igjen til en uviss skjebne. Få kan reise ut for å få utført inngrep. Kirurgen fortalte at han føler seg svært stresset av å jobbe under slike betingelser. Han har ikke hatt ferie på flere år og følte at han var blitt mye mer aggressiv enn før.

Gaza er omtrent 40 x 10 km stort. Her bor det omtrent 1,2 millioner palestinere og 6 000 israelere. Israelere legger beslag på om lag 60% av landområdet og deler Gaza inn i fire deler. Svært mange palestinere har de siste årene ikke fått fornyet sine identitetspapirer og kan derfor ikke reise ut av sin del fordi de er redd for å bli stoppet på veisperringer. Dermed er de i praksis innelukket i et område som er omtrent 10 x 10 km stort. De fleste av dem er svært kontaktsøkende når de møter utlendinger.



I Rafah på grensen til Egypt hadde det vært sammenstøt nesten daglig. En svært stor andel av husene, også skoler og barnehager, er revet eller bombet. På ambulansestasjonen var humøret høyt og tonen fleipete, men personalet følte seg glemt av omverden. Nesten alle bilene hadde kulehull, og ambulanspersonalet hadde store problemer med å nå frem til de skadede når det var sammenstøt.

### **Avmakten brer om seg**

Etter vårt forrige besøk i Palestina kom vi hjem med en følelse av håp. Vi hadde snakket mye med mange israelere og palestinere som hadde et håp om en bedre fremtid. Denne gangen følte vi oss tunge til sinns. Frustrasjon og avmakt preget ambulanspersonell og andre helsearbeidere vi snakket med. Palestinerne kan ikke bevegesfrihet. Muren er et synlig symbol på frihetsfratøvelsen. De som ser et håp, blir stadig færre. Samfunnet radikaliseres. Hverdagen går sin gang, i stor grad pga. et omfattende nettverk i storfamilier. Fattigdommen vokser. Folket kan overleve fattigdommen, men kan de leve uten håp om en bedre fremtid?

**Silje Andreassen**

**Eirik Kjus Aahlin**

Universitetet i Tromsø

