

BISTANDSARBDEIDAR

- BELASTNING ELLER BERIKING

5.årsoppgåve stadium IV

Medisin studiet ved universitetet i tromsø

Av: Hildegunn Dalane mk-98

Vegleiar: Professor Toralf Hasvold

Institutt for samfunnsmedisin UiTø

Tromsø september-2003

Innhald:

1. SAMANDRAG	3
2. INNLEIING	3
2.1 Mål med oppgåva.....	3
2.2 Kvifor bistand?	3
3. METODE/ARBEIDSFORM	4
4. RESULTAT AV SPØRREUNDERSØKINGA	5
4.1 Generelt.....	5
4.2 Briefing/debrief	6
4.3 Påverknad på eiga helse	7
4.4 Forventningar og erfaringar	7
4.5 Fare og sikkerheit	8
5. DISKUSJON/VURDERING AV RESULTAT	8
5.1 Metodediskusjon	8
5.2 Før avreise	9
5.3 Briefing/debriefing.....	10
5.4 Opplevingar frå opphaldet.....	11
5.5 Erfaringar og deira bruksområde	12
5.6 HIV/AIDS	13
5.7 Krig, bistand og sikkerheit.....	15
5.8 Etikk bistand og rasisme	17
6. KONKLUSJON	19
7. TABELLAR OG GRAFAR	20
8. REFERANSAR	29

1. SAMANDRAG

Denne oppgåva har som mål å sei noko om den belastninga og dei gledene det er å vere helse bistandsarbeidar. For å finne ut av det er det gjort ei spørreundersøking som er sendt ut til menneske som er eller har vore bistandsarbeidar. I tillegg er det gjort eit litteraturstudium om nokre sentrale emne, som hiv/aids, krig og påverknad på bistandsarbeidaren, samt korleis sjølvbiletet kan verte påverka. Generelt er det positive erfaringar med å vere bistandsarbeidar, ein får mykje igjen for det, ma erfaringar som kjem godt med i Noreg. 13 % har fått etterverknader i form av Post traumatisk stress disorder (PTSD) eller anna psykisk lidning. Briefing er essensielt for å kunne gje ein del viktig informasjon, og for å kunne førebu seg for det som kjem, men under halvparten i undersøkinga hadde deltatt i eit slikt førebuingskurs. Om lag 20 % føler at dei ikkje har nytte av debriefinga. Her bør det gjerast meir arbeid for at fleire skal ha nytte av denne. Hiv smitte skjer via risikoadferd. Ikkje mangel på kunnskap som gjer det, men vanskar med å integrere kunnskapen. Somme av dei som reiser kjem heim med fleire fordomar enn då dei for. Utfordring å legge til rette for at dette ikkje skjer. Alt i alt har både det norske samfunnet og den einskilde noko positivt igjen etter eit opphald som bistandsarbeidar.

2. INNLEIING

2.1 Mål med oppgåva

Med denne oppgåva vil eg prøve å sei noko om kva som skjer med bistandsarbeiderar ute på oppdrag, og noko om somme av dei problemstillingane dei møter. Det er ikkje skreve og forska så mykje på dette området, og det har difor vore vanskeleg å finne stoff til alt.

Spørsmål som var sentrale i utgangspunktet var ma om det var ein større belastning enn beriking å reise ut; Er det trygt? Kva med hiv/aids problematikk? Kvifor reiser folk ut, er bistandsarbeidet nødvendig, kunne kanskje folkegrupper me definerer som ”trengande” klart seg like godt utan vår hjelp? Kva med psykiske reaksjonar i etterkant? Er det nokon som hjelper dei som hjelper, eller er me berre opptatt av resultatata frå arbeidet?

Har prøva å finne ut litt om dette, kva som skjer før utreise, under opphaldet og etterpå.

2.2 Kvifor bistand?

Norsk bistand starta etter ideen om at bistand nytta, med erfaringar frå ma Marshallhjelpa frå USA etter andre verdkrig. I tillegg var den kristne misjonstanken sterk i Noreg. Interesse for internasjonal solidaritet i den norske arbeidarørsla var og ein del av forklaringa.² Det kan virke som om desse tankane framleis er gjeldane i dag, om enn i ei noko ny drakt. Det er fatta mange vedtak opp igjennom åra på politisk nivå, og det har blitt sagt at det er investering i menneske som er avgjerande for å bekjempe fattigdom. God helse har samanheng med betre sosiale vilkår, og ti prosent av norske bistandsmidlar går til helseformål.¹ Dette bygger ma på WHO rapporten frå Sachs kommisjonen som seier at medvite og auka satsing på betre helse i utviklingsland vil føre til økonomisk vekst, og at investering i helse vil gje seks gonger så mykje til bake i form av vediskaping.² Vaksinerings, kamp mot AIDS, tuberkulose og malaria er sentrale, då desse sjukdomane er av dei som gjev størst nedsett DALY's. Å gå inn i krise og konflikt situasjonar har og mykje å seie for ein befolkning si helse, men gjev sterkare inntrykk på bistandsarbeidaren, og det er vanskelegare å drive effektivt arbeid.

I dei seinare åra har det og blitt lagt stor vekt på evaluering av prosjekta, det skal visast til resultat. Kanskje fører dette til at det blir mindre tid til bistandsarbeidaren?

I dag ser me at mange frivillige organisasjonar har teke opp bistands arva, både i misjon og i tanken om sosialt ansvar. Me kan sjå at måten bistanden vert gjeve på reflekterast av dei tankane som er oppe i tida; metodane endrar seg med filosofien og politikken.

I august i 2002 var det ein diskusjon i WHO som gjekk på medisinsk etikk og humanitært arbeid³, viktige spørsmål når det gjeld retningslinjene for bistandsarbeid. Satt fokus på at det er viktig å samkøyre dette internasjonalt, då det er mange etiske minefelt ein kan trø inn i. Ein del opplever at det er nyttig å vere eit vitne om kva som skje, og på den måten støtte både lokale kollegaer og befolkninga. Er dette framtida sin bistand?

Med noko av dette i bakhovudet sende eg ut ei spørreundersøking.

3. METODE/ARBEIDSFORM

Har samla og samanfatta stoff frå ulike artiklar, samt sendt ut ei spørreundersøking⁴ til helsepersonell som har vore ute på oppdrag. For å få namn til undersøkinga har eg kontakta Norsk Luthersk Misjonssamband (NLM), Fredskorpset, Normisjon, Palestinakomiteen, Tromsø Mineskade Senter, Leger Uten Grenser og Røde Kors. Røde Kors kunne ikkje bidra med namn, men er den organisasjonen i Noreg som har mest helsepersonell i bistandsarbeid.

Leger Uten Grenser har sendt ut spørreskjema på mail til sine medlemmer. Det har ikkje lukkast å få vite antal utsende skjema, heller ikkje kjønnsfordeling, difor er svara herfrå utelukka frå analysen. Dei andre er plukka ut på grunnlag av namn frå organisasjonane, og valt ut slik at alle har reist ut eller kome tilbake til Noreg etter 1985. Personar som berre har vore ute før dette er valt vekk. Alle har reist ut som helsepersonell til u-land eller krig/katastrofeområder.

Ein del av innhaldet under diskusjon er innhenta via litteraturstudium, og informasjon frå informasjonsansvarlege i ulike organisasjonar. Har tatt for meg nokre store aktuelle tema. Mesteparten av litteraturen er funnen ved søk i medisinske databasar.

Statistikkprogrammet som er bruka er EpiInfo 2002, grafar er laga i Windows Excel.

4. RESULTAT AV SPØRREUNDERSØKINGA

4.1 Generelt

Det vart sendt ut 120 spørreskjema, og eg har fått 77 svar. Har funne ut at seks av dei som eg sendte til i fredskorpset ikkje er helsepersonell, og desse er derfor fjerna frå materialet.

Reknar då med 114 utsendte skjema, der 67 er kvinner (58,8 %) og 47 menn (41,2 %). Dette gjev ein svarprosent for kvinner på 65,7 %, og på 61,7 % for menn. Total svarprosent på 67,5 %. (Fem svar er med ukjent kjønn, utgjer 6,5 % av svara.) Sjå bak i oppgåva for tabell over alder og kjønn, og yrkesfordeling. (Tabell 1 og 2)

Har fått tilbakemeldingar frå nokre som ikkje ynskjer å delta, og kommentar om at dette er bistand sett frå eit europeisk synspunkt, og at spørreskjemaet er fullt av ”vestlege konstruksjonar”. Ikkje alle har svara på alle spørsmål, men har valt å bruke alle skjema likevel, eitt kom blankt tilbake. Mange har reist ut mange gonger, og er bedt om å svare for den siste gongen. Det har ført til at andre organisasjonar ein dei som er spurde kjem opp som sende organisasjon, og nokre har svara fleire organisasjonar. Sjå diagram 1 for oversyn over organisasjonar. Diagram 2 viser ei oversikt over fordeling i verdsdelar.

Ordet bistandsarbeidar kan romme mykje, men det er her bruka om ein person som har reist til eit utviklings land for å hjelpe i ein situasjon der eit helsevesenet ikkje er tilstades, eller har ei mykje vanskeligare stilling enn i Noreg.

4.2 Briefing/debrief

Dei ulike organisasjonane arbeider på ulik måte; til dømes satsar NLM i hovudsak på langtidsprosjekt og samarbeid med lokale ressursar, medan Leger Utan Grenser satsar meir på å gå direkte inn i nødssituasjonar, gjera eit arbeid der og då, og så trekke seg ut att. Alle organisasjonane har tilbod om - eller obligatoriske - kurs før avreise til, innhaldet litt avhengig av type oppdrag og tidsperiode. Det blir lagt vekt på generell opplæring og førebuing på dei oppgåvene ein skal gjere, og ein generell kunnskap om landet/området, kulturforståing/konflikt og sikkerheit. For dei som skal ut i langtidsteneste for NLM er det og ½-1 års språkskule, anten før utreise eller i landet dei skal til.

I mitt materiale finn eg at 45,2 % har deltatt på eit slikt kurs (sjå tabell 3), dette samsvarar ikkje heilt med det som vert sagt om at dette er noko alle får. Varierende om kurset opplevas som nyttig. Ein del kommentarar går på at kurset var for kort, og at det var av begrensa verdi, mangelfullt, og nokre få (3 personar) seier at dei ikkje hadde nytte av kurset. Dei fleste som har deltatt på kurs, finn likevel dette nyttig, og spesielt er nemnt er info om kultur, tropemedisinkurs, eller rett og slett at ein får hjelp til å tenke gjennom ein del ting på førehand.

Informasjon om psykiske reaksjonar, PTSD og stress meistring svarar 42 % at dei har fått, 60 % av desse har gått på førebuingskurs, og reknar med at dei har fått informasjonen der. Resterande 40 % har innhenta/fått den informasjonen andre stader ifrå. Av dei som har fått informasjon synes litt over 80 % at dette var nyttig (sjå tabell 4), at kunnskap om dette gjer at isolasjon og kriser vert lettare å takle og at det gjev betre sjølvtilitt. Å vite at ting er vanleg og normalt gjer situasjonen lettare. Nokre få seier at denne informasjonen ikkje er nyttig, at den var alt for teoretisk og lite praktisk. Meir konkret framgangsmåte vert etterlyst, og meir om krisesituasjonar. Andre angjev at den kunnskapen dei har om dette, har dei frå studiet, eller at "livet er den store læremester".

Når det gjeld oppfølging etterpå har 65 % fått tilbod om dette. (Sjå tabell 5) Av dei som ikkje har fått tilbod er det nokre i litt spesielle situasjonar, men framleis er det 30 % som ikkje har fått eit slikt tilbod. Av desse vil det vere folk som har vore ute mange gonger til den same staden, og kanskje ikkje vil ha det same behovet for debrief. Alle organisasjonane angjev opplegg for dei som kjem attende til Noreg. På same måte som ved tilbod om briefing er det ikkje heilt samsvar mellom eit tilbod som det vert sagt at alle får, og kva slags tilbod som vert

gjeve. Ein kommenterte at det var dårleg at dei ikkje har fått eit slikt tilbod, medan ein annan seier at dei sjølve måtte ta initiativ til dette. Av dei som fekk tilbodet er det 11 % som ikkje har nytta seg av det, medan nesten 20 % seier at dei ikkje hadde nytte av debriefinga. (Sjå tabell 5) Dette er delvis fordi det opplevast som den tilbakemeldinga ein gjev ikkje vert tatt til følge – sjølv om same forhold har blitt påpeikt fleire gonger før. Elles ynskjer ein meir fokus på personleg debrief, ikkje berre om prosjekta.

2/3 finn debriefinga nyttig, og her har det kome mange kommentarar på at dette er eit viktig tilbod. Ein del opplevde traumatiske ting ute, og angjev svært god oppfølging med profesjonelle når dei kom heim til Noreg. Organisasjonane angjev eit standard opplegg for dei fleste, men har tilbod med psykolog, lege eller anna personell, dersom det er behov for det.

4.3 Påverknad på eiga helse

13 % av dei spurde har hatt malaria. 70 % av desse har tatt profylakse, 20 % har ikkje tatt profylakse pga biverknader. I tillegg har 9,2 % fått andre tropesjukdomar, som td tyfoid eller relapsing fever. Om lag åtte prosent har fått anna fysisk sjukdom, to har fått tuberkulose, ein under arbeid på tuberkulose avdeling. (Sjå diagram 3) 13 % har opplevd Psykiske etterverknader i form av post traumatisk stress disorder eller anna psykisk lidning som td depresjon.

4.4 Forventningar og erfaringar

Kva slags forventningar ein har, og kor godt tilrettelagt førebuing og arbeidsforhold ute er, vil påverke korleis ein opplever opphaldet, og delvis kva slags oppleving ein sit igjen med etterpå. Grunnar til at folk reiser kan vere mange, men ønsket om å bidra/hjelpe i humanitære naudsituasjonar og personleg overbevisning/tru er dei som går igjen hos mange. (Sjå diagram 4) Over ¾ synes dei fungerte bra eller veldig bra, berre 2,7 % skildrar sin eigen funksjon som mindre bra. (Sjå tabell 6)

På spørsmål om kva dei følte at dei hadde igjen for opphaldet svarte 49 personar at dei hadde utvikla seg fagleg og personleg. Dette utgjer 64 % av alle som svara. Av desse hadde 18 angjeve dette som ein grunn til at dei reiste ut. Berre ein som anga dette som ei årsak til at han reiste ut, hadde ikkje svara at dette var noko han hadde igjen for opphaldet. Ein kommentar var; ” du blir aldri den samme etter å ha vært ute i andre kulturer”.

Ei kjensle av å ha gjort ein viktig jobb hadde 57 %, og 29 % at dei har fått ei betre forståing av norsk helsevesen sine sterke og svake sider. Nesten $\frac{3}{4}$ synes dei har blitt flinkare til å takle stressituasjonar, og 85 % at erfaringane gjer dei til betre helsearbeidarar i Noreg. (Sjå diagram 5 og tabell 7)

Vurdering av om arbeidet ein har gjort var nødvendig i forhold til lokal befolkninga, vil òg spele inn på tankane ein har mens ein er ute, og kva ein tenker etterpå. Over 60 % angjev at arbeidet dei var med på var nødvendig, medan 34,7 % trur at arbeidet dei gjorde kunne ha blitt gjort av lokale ressursar, berre dei hadde fått litt hjelp utanfrå. Berre 1,3 % angjev at deira arbeid var overflødig. (Sjå tabell 9) Nokre som har vore ute i mange år seier at i byrjinga var arbeidet nødvendig, men etterkvart kunne lokale ressursar ta over. Opplæring av personell i vertslandet har for mange vore ein viktig del av arbeidet.

4.5 Fare og sikkerheit

Har spurt kva bistandsarbeidarane opplever som den største trusselen mot eigen sikkerheit, og finn at opp mot halvparten (46,2 %) opplever trafikkulukker som den største trusselen. Talet vert høgare om ein reknar med dei som angjev dette som ein av dei to største farane. Ran og overfall står for 21 % av trusselbildet. 40 % av dei som har kryssa for rubrikken "anna" seier krigshandlingar er den største trusselen. (Sjå tabell 8) 72 % synes likevel at personleg sikkerheit vart bra eller veldig bra ivaretatt.

5. Diskusjon/vurdering av resultat

5.1 Metodediskusjon

Har valt å bruke både spørreundersøking og litteraturstudium som deler av oppgåva. Spørre skjemaet omfattar mange tema, og oppgåva hadde blitt meir sentrert dersom eg hadde gjort ei pilot undersøking først for så å gripe meir fatt i eit par av emna. Slik det er no, kan det av og til virke som om eg prøver å gape over litt mykje på ein gong. På grunn av tida er det ikkje sendt ut purring for svar, men har likevel ein svarprosent på 67,5 %. Denne hadde antageleg vorte høgare om eg hadde purra. Av dei som har svara er mange kvinner mellom 50 og 60, noko som er litt uvanleg innafor bistandsmiljøet. Mange av desse har vore ute som misjonærar der kjønnsfordelinga er noko jamnare enn i anna bistand. Likevel kan det vere at eg har eit litt mindre representativt utval enn ein skulle ønske i undersøkinga.

Undersøkinga vart ikkje så brei eller så stor som meininga var, og gruppa som har svara omfattar ikkje alle kategoriar av bistandsarbeiderar. Det gjer at det er litt vanskeleg å trekke bastante konklusjonar for gruppa "norske bistandsarbeiderar", men om ein ser på dei organisasjonane som det er svar frå, trur eg at dei fleste retningar er representert.

Forma er slik at svara vert ei subjektiv oppfatting av det dei har vore med på, slik at det td ikkje er mogeleg å sei noko om kor mange som verkeleg utvikla seg fagleg og personleg anna enn det dei seier sjølv.

Litteraturstudiet er konsentrert om eit par av emna, og er integrert i diskusjonsdelen. Desse er valt ut då dei er viktige og "oppe i tida". Mange andre emner enn dei som er omtalt her kunne vore aktuelle. Noko som hadde vore interessant å hatt med, er korleis bistandspartnarane opplever samarbeidet.

Samla sett seier oppgåva noko om somme av dei problema/utfordringane bistandsarbeidaren møter, og korleis det påverkar den einskilde.

5.2 Før avreise

Før avreise vil ein viss seleksjon av kven som reiser finne stad. Eigenskapar bistandsarbeidaren bør ha, har dreia meir vekk frå einvegs kommunikasjon om ferdigheitar til dialog, frå kunnskap om høgteknologisk medisin og kliniske ferdigheitar til lavteknologiske helseprogram, evne til leiing og tilrettelegging for lokal utvikling.⁵ Men sjølv om samarbeid er blitt viktigare, stilles det framleis svært høge faglege krav til utsendingane. Det er få, om nokon standardiserte inter-organisasjonelle prosedyrar for utveljing og rekruttering av personell. Men dei organisasjonane i Noreg eg har vore i kontakt med, har alle sine retningslinjer. Noko av det ein legg vekt på er krav til faglig dyktigheit, erfaring frå tverrkulturell samanheng, evne til samarbeid, og deler same grunnfilosofi som organisasjonen.⁶ Til dømes er mesteparten av NLM's personell ikkje berre utsend helsepersonell, men vitne om Jesus i kulturar der Han er lite kjent. Kristen tru og modning vert difor viktige faktorar i denne utvals prosessen. I undersøkinga mi er personleg overbevising/tru ein av grunnane, for ein del den viktigaste grunnen til at dei reiser. (Sjå diagram 4) Intervju med alle som skal reise er ønskeleg, og dette vert gjort i stor utstrekning i dag. Ein prøver å finne ut om personen passar til denne type jobb, men det er vanskeleg å kunne seie noko om dette før "ein har vore i elden". Vurderinga vert difor delvis gjort på grunnlag av "magefølelse", men dei som tek slike avgjerder har ofte lang erfaring i å vurdere menneske. Dei som reiser er altså ei selektert gruppe, som innehar spesielle eigenskapar og ferdigheitar.

5.3 Briefing/debriefing

Generelt om briefing, så har undersøkingar som er gjort før funne at lengda og kvaliteten på kursa varierar mykje, både frå undersøking til undersøking og organisasjon til organisasjon. Briefing om sikkerheit og politisk informasjon er ofte mangelfull, og nokre opplever at dei på grunn av dette kjem i ein unødig risikoposisjon.^{7 8}

Her har under halvparten deltatt i eit førebuingkurs, dette talet er lavt. Spørsmålet er om dei har deltatt, ikkje om dei har fått tilbod om kurs. Kan hende er det fleire som har fått tilbod om det. Noko av forklaringa kan vere at mange har reist mange gonger, og fått eit kurs før første avreise, men ikkje før det siste oppdraget (som er det dei skulle svare for). (Sjå tabell 12) Alvorlegare at 12,5 % av dei som ikkje hadde nokon erfaring heller ikkje har deltatt i førebuingkurs.

Ulike oppdrag krev ulike førebuingkurs, men trening i stressmeistring, konfliktløsning, arbeid i ei anna kulturell setting og team arbeid vil alltid vere aktuelt. Ein del av dei som har deltatt på førebuingkurs har fått info om PTSD og stressmeistring. Denne informasjonen må vere praktisk retta, slik at ein kan nyttiggjere seg denne når ein står i situasjonen. Ikkje alle vil stå i ekstrem situasjonar, men mange kan bli eksponert for "lavintensitets traumer" over fleire år. Det er viktig å lære seg metodar for å handtere stresset, og å kjenne igjen symptoma. Ofte arbeider ein åleine, og har få andre rundt ein kan prate med om personlege ting. Dette er òg ein av grunnane til at menneske med uavklarte personlege kriser i Noreg ikkje får reise. (Td har Palestinakommiteen klare retningslinjer på det.) Ein veit at stressnivået kan vere høgt som bistanstarbeidar, men kunnskap om det, kan fungere som ei stressvaksine. Å ha følt stresset på kroppen gjer at ein ofte handterer dette betre neste gong. Om lag tre fjerdedelar synes dei er flinkare til å takle stress situasjonar etter å ha vore ute ein eller fleire periodar, noko som kan kome godt med i ein stressa kvardag. Likevel har over 13 % fått PTSD eller anna psykisk sjukdom, som td depresjon og "utbrenthet". (Diagram 3) For å unngå dette er informasjon på førehand viktig, men og støtte medan ein er ute. Sjølv der eit støtteapparat er godt utbygd, kan eit problem vere at mange unngår profesjonell støtte. Stigma assosiert med psykisk sjukdom kan vere høgare hos helsepersonell, som fryktar at det vil vere teikn på at dei ikkje er i stand til å utføre jobben som profesjonelle.⁹ Metodar som kan avdekke psykisk sårbarheit bør bli betre, slik at ein kan oppdage problemsituasjonar raskare.

Når ein kjem heim til Noreg att, vil mange oppleve eit nytt kultursjokk. Kontrastane til det dei har sett og vore med på vert store i forhold til kvardagen her. Ein debrief der ein får tatt opp

opplevingar og problem vil gjere det lettare å tilpasse seg kvardagen i norsk helsevesen att, og unngå ein del psykiske etterverknader. Debrief om prosjektet er viktig for det vidare arbeidet, men ein må ikkje gløyme det personlege oppe i det heile. Men effekten av debrief metodar bør studerast vidare, då relativt mange opplever dette som unyttig.

5.4 Opplevingar frå opphaldet

Dei fleste synes dei fungerte bra, og over 90 % synes samarbeid og kommunikasjon med lokale har fungert bra eller veldig bra. 71,4 % som synes samarbeidet fungerte OK, opplever at fagleg nivå på lokale var mindre bra. (tabell 11) Men generelt opplevast fagleg nivå som godt (sjå tabell 6 og 11). Det ser altså ut som om at godt fagleg nivå på lokale kollegaer veg opp for lite kunnskap til lokalt språk og kultur. (8,2 % angjev at dei ikkje kjente noko til kulturen før avreise.) Dei som angav ingen kjennskap til kulturen synes dei har fungert veldig godt. Dei som har vore ute i korte periodar kan naturleg nok ikkje det lokale språket, men av dei som har vore ute i over eit år, kan over 60 % det lokale språket godt eller litt, noko som gjer samarbeid og funksjon lettare. (sjå tabell 13) Det kunne ha vore interessant å ha gjort ei undersøking om korleis lokale medhjelparar opplevde samarbeidet med bistandsarbeidaren.

Risikoen for å verta smitta med ein del sjukdomar er større. Dels prøver ein å førebygge dette med vaksiner, dels informere om og minske risikoadferd. Generelt sett er det likevel få som får alvorleg sjukdom. Ein del av forklaringa kan vere at dei som reiser har svært god helse i utgangspunktet. (Menneske med dårleg helse vert luka ut før utreise, eller ynskjer ikkje å reise.) Vaksiner mot fleire sjukdomar er standard før avreise, men i eit miljø med andre - og ofte større mengder bakterier - er det vanskelig å unngå all sjukdom, då risikoen vert høgare. Til dømes er risikoen for sekundær menigokokk infeksjon 25 gonger større enn for den vanlege befolkninga (i England), men er likevel ikkje større enn 0,8 per 100 000.¹⁰ Det ein konkluderte med i den undersøkinga var at totalt sett er risikoen framleis liten, og unødvendig bruk av (antibiotika) profylakse bør unngåast. Det same gjeld for ei rekke andre sjukdomar. Eit problem kan vere at ein vert smitta av sjukdomar det er lite kompetanse på i Noreg, eller at ein får med seg resistente bakteriar tilbake til Noreg. Testing for MRSA er obligatrisk for alle som har arbeidd på sjukehus utanfor Norden.

5.5 Erfaringar og deira bruksområde

Kvardagen i norsk helsevesen er blitt nokså resultatorientert, den er høgteknologisk og krev at du skal halde deg godt oppdatert innafor eige fagområde. Etter lengre opphald i utlandet kan det opplevast som vanskelig å kome attende til ei slik røynd. Samstundes har samfunnet blitt meir og meir internasjonalt, framandkulturelle er ein større del av helsevesenet sine brukarar. Meir globale medisinske problem er iferd med å kome til Noreg, det er tydelegare at me er ein del av ein større samanheng enn kvart einskild helseforetak. Arbeid med td å minske førekomsten av tuberkulose, vil på sikt gje betre helse for alle. Erfaring med andre kulturar og levesett gjer at ein lettare kan forstå menneske med anna bakgrunn i Noreg. Alternative måtar å gjere ting på, lettare for å finne andre løysingar, meir observant på sparing er erfaringar som det er kommentert at kjem til nytte her heime.

Å få ei betre forståing av norsk helsevesen sine sterke og svake sider er òg ein styrke. Dette må kunne utnyttast på ein betre måte enn det vert gjort i dag. 85 % meiner at dei vert betre helsearbeidarar i Noreg med dei erfaringane dei har fått av å vere bistandsarbeidar. Av dei som svara nei her går kommentarane på at ingen spurde etter den kompetansen dei satt inne med, og at lengre opphald i utviklingsland gjer at det er vanskeleg å halde seg fagleg oppdatert i kva som skjer her heime.

Etter å ha vore i kontakt med DNLF (Den Norske Lægeforening), viser det seg at det ikkje er så lett å integrere opphald i u-land i vidare- og spesialist utdanning. Ingen kurs i utlandet er automatisk godkjent, ein må søke spesielt om dette. Det som eventuelt vert godkjent, er etter individuell søknad, og det krevs særleg god dokumentasjon for innhaldet i tenesta. Svært få søkarar pr år (< 1 pr. år), og det finnes ingen statistikk på kor mange av desse som får søknaden godkjent. Sidan det er så få, finnes det heller ingen generelle retingslinjer for vurdering av søknadane. (info frå lægeforeninga)

Men ein kan få godskrive to år i utlandet som del av spesialistutdanning i allmenn medisin, òg dette etter individuell søknad.

Det er med andre ord vanskelig å integrere utanlandsopphald som ledd i vidare- utdanning. (Dette er lettare td i Storbritannia, der fleire institusjonar godkjenner opp til eit års praksis i andre land.¹¹) Men det kan gje mykje verdifull trening og erfaring ein kan bruke i jobb i Noreg, sjølv om det ikkje kan brukast direkte i karrieren. Folk med kompetanse på framandkulturelle vil det bli behov for etterkvart. Ein person i spørjeundersøkinga anga

lønsforhøging etter slikt opphald, då arbeidsgjevar meinte personen hadde fått ein kompetanse det var stort behov for.

5.6 HIV/AIDS

Tall frå Statens Institutt for folkehelse viser at i 1997 var 66 norske bistandsarbeidarar smitta av HIV på arbeidsoppdrag i Afrika. 94 % (62) av desse var menn, og alle var smitta gjennom seksuell kontakt.¹² Ved utgangen av 2002 var 88 nordmenn smitta med HIV i Afrika, og sannsynlegvis er nesten alle desse bistandsarbeidarar. (78 menn og 10 kvinner.)¹³

Som bistandsarbeidar er ein i ein sårbar situasjon, sosiale beskyttings-mekanisamar er vekke, stress nivået er ofte høgt. Kombinasjonen av dette og personlege eigenskapar gjer at nokre er svært utsett for hiv-smitte.

Med tanke på risikosex og antal partnerar ser det ut som om det har vore ei endring i bistandsmiljøa, frå tidlig åtti-tallet og fram til i dag. Av dei som var ute som bistandsarbeidarar før – 85, var bruk av kondom lite utbredt, og ein del hadde mange partnerar. Etter – 85 er trenden færre partnerar, meir bruk av kondom.

Tabellen under er henta frå Heidi Kvalvaags rapport Seksuelt overført hiv-smitte blant bistandsarbeidare.¹⁴ (Tabell 2-2 s. 15)

Årstal	Alle	Tilfeldige sex partnerar				Faste forhold	
		0	1-4	5-7	>7**	Eit	Fleire
1980-87	8	1		3	3	5	1
1987-97	16	5	6	2		5	
Totalt	24*	6	6	5	3	10	1

*Totalt 20 informantar, fire av disse var ute i to periodar. Hatt lokale sex partnerar i ein av periodane. Fleire har hatt både faste forhold og tilfeldige sex partnerar.

**Desse tre hadde mellom 25 og 50 sex partnerar.

Sex med prostituerte vert rekna som risikofyllt, men prostitusjonen opptrer annleis enn det ein er vant til frå Norge. Mange gonger vert det oppfatta som sjekking fordi det skjer i kjente omgjevnader, som på barar og kafear der dei bur. Når ein ikkje er kjend med miljøet og kulturen kan det vere vanskeleg å sjå dette tydeleg. Bistandsarbeidarar opplever at dei vert

sedd på som attraktive, og får mange tilbud om sex. Dei veit at mykje av dette skuldast ytre forhold, men det opplevast likevel som personleg. Sagn av familie og venner gjer at behovet for intimitet aukar, og det kan opplevast som svært vanskeleg å seia nei.

På nitti-talet har alle som reiser ut som bistandsarbeidarar god kunnskap om hiv og aids. Dette fører til at ein startar å vurdere risikoen for smitte. Risikovurderinga er annleis i faste forhold enn ved kontakt med prostituerte. Kva som gjer at ein opplever ein situasjon som mindre risikofylt vert då viktig i førebyggingsarbeidet.

Dei forholda som eg no listar opp er henta frå Heidi Kvalvaags rapport, og seier noko om kva som gjer at nordmenn opplever ein situasjon som mindre risikofylt.

- at situasjonen virka kjent og likna på forhold dei hadde hatt i Noreg
- at partnaren hadde høg sosial status
- at partnaren tok initiativ til å prate om hiv
- at ein kjende seg frisk etter å ha hatt sex med partnaren
- at det var ei "skikkelig jente", dvs at ho ikkje var så lett tilgjengeleg
- at jenta var tilbakehalden og ikkje sjølv tok initiativ til sex
- at jenta ikkje tok betaling, sjølv om dei møttest på nattklubb
- at den som var prostituert ikkje var på nattklubben kvar kveld

Når ein er klar over dette, vil ein kunne vurdere risikosituasjonar annleis, og kanskje ta andre val.

Smitta via "needelstick-injury" er mindre vanleg, men ved arbeid spesielt i Afrika vil ein kome bort i mange som er smitta, og ein må ta førehandsreglar. Ingen nosokomial hiv smitte er registrert verken i Noreg, Danmark eller Sverige. Det er likevel eit område som må tas alvorleg, då det er mange "stikk-ulukker" som skjer. Ei undersøking publisert i 1998¹⁵ viser at i løpet av 10 mnd hadde 5 av 8 legar stukke seg på ei nål medan dei behandla ein person infisert med hiv. Dette tilsvarar 0,75 hendingar pr. lege pr. år. Alle desse tilfella var rekna som alvorlege, då stikket var perkutant, involverte ei blodig nål, og førte til at legen sjølv starta å blø. I tillegg kjem det at nålestikk skader oftast er underrapportert. Eit konservativt estimat for risiko for serokonversjon etter nålestikk blir 3/1000 pr. lege pr. år.¹⁴ Frekvensen av slike hendingar er større hos mindre erfarne legar, og det er ein del relativt nyutdanna personell som reiser ut som bistandsarbeidarar for å få erfaring.

Er det skjedd ein stikkskade med infisert nål, finnes det profylakse for å unngå serokonversasjon; trippelkur med Zidovudine, Lamivudine og Indinavir. Zidivoudine åleine har vist seg å redusere risikoen med om lag 80 %.¹⁶ Denne kuren er svært dyr, og det må på førehand vere avklart kven som eventuelt skal betale for denne. Dette kan fort bli eit etisk dilemma, då lokale kollegaer oftast ikkje har tilgang til, eller råd til denne profylaksen. Avhengig av kvar du er, vil forskriftsmessig lagring òg vere vanskeleg.

Seksuell kontakt er altså det som inneber størst risiko, og her bør hovedtyngda i førebygginga setjast inn. Bistandsarbeiderar no har generelt høg utdanning, og er i stand til å ta til seg mykje kunnskap sjølv. Utfordringa ser ikkje ut til å vere å gi informasjon, men at bistandsarbeidaren integrerer denne kunnskapen. Overdriven info om fare ved seksuell kontakt gjer at avstanden mellom det dei får høyre og egne erfaringar vert så stor at ein avvisar informasjonen som lite truverdig. Skremsels propaganda ser og ut til å ha effekt i svært kort tid.

I følge Heidi Kvalvaag vil kunnskap om samfunnet ein skal til virke beskyttande, det same gjer det å ha familie med seg. Ein grunnleggande respekt for lokale kvinner er essensielt. Det å ha leiar ansvar inneber ei *haldning* om å ta ansvar, og virkar førebyggjande i seg sjølv. Leiarerfaring gjer det òg lettare å takle at ein skil seg ut. Å ha ansvar for hiv-aids arbeid aukar eiga fokusering og virkar då dobbelt førebyggjande. Det mange likevel peiker på som avgjerande, er eit godt sosialt nettverk. Utan det står mange i fare for risikoadferd. Organisasjonane bør satse på dette, og til dømes legge til rette for det sosiale ute, ikkje berre vere opptatt av at jobben skal gjerast mest mogeleg effektivt.

5.7 Krig, bistand og sikkerheit

Om lag 70 % opplever trafikkulukker som største eller nest største fare mot personleg sikkerheit. Ser ein vekk frå prioritering utgjer slike ulukker 40 % av trusselbildet. (Sjå tabell 8) Dette stemmer overens med vanleg oppfatting av trusselbildet. Relativt mange angjev krigshandlingar som stor fare, noko som tyder på at ein arbeider nærare krigssonene enn før. Men sett under eitt er det i mi undersøking førebygging mot trafikkulukker som vil ha størst helsemessig effekt.

Effektiv bistand samstundes med at ein skal beskytte dei som hjelper, er eit dilemma som alle internasjonale hjelpeorganisasjonar møter. Tradisjonelt er trafikkulukker sett på som den

største faren for død blant bistandsarbeiderar. Dette gjeld nok framleis, spesielt om ein ikkje ser på berre død, men og skade i samband med dette. Likevel har ein dei siste åra høyrst stadig meir om kidnapping, død og overfall blant bistandsarbeiderar. Talet på døde bistandsarbeiderar har stige, men det same har det totale antalet bistandsarbeiderar. Tidlegare var mykje av arbeidet konsentrert i flyktningeleirar, no er ein nærare konfliktområda der situasjonen er politisk komplisert og sikkerheiten endrar seg svært raskt. Dette kan vere noko av forklaringa. Ofte er det meir konflikt mellom interesser enn krig mellom statar, og bistandsarbeidaren kan verta oppfatta som representant for den eine eller den andre sida. Dette aukar risikoen både for kidnapping og drap.

Ei undersøking har sett på død av 382 bistandsarbeiderar mellom 1985 og 1998.¹⁷ Dei fleste arbeida for FN, medan 15,5 % var frå NGO's. 68 % var død på grunn av "intentional violence", 17 % pga motoriserte kjøretøy. "Intentional violence" var årsaka til 57 % av død blant medisinsk personell. Me ser at menneske med våpen vert ein større trussel enn trafikkulukker. (Å skulle forhandle med gerilja eller andre væpna personar, inngår normalt ikkje som ein del av førebuingsskurset, og vil vere ei stor utfordring for bistandsarbeidaren.) Ein ting som stikk seg ut, er at ein tredel av dødsfalla skjedde i løpet av dei første tre månadane. Spesielt korttids annsette står i fare for ikkje å ha fått god nok innføring i kva som er risikabelt, inkludert risiko i samband med køyring. Trening før avreise og gode sikkerheitsrutinar kan redusere denne risikoen. Erfarne folk på staden som kan vegleie nye virkar å vere ei god løysing, men mange stader krev det overlapping av stillingar.

I ein krise situasjon kan mange faktorar som politiske avgjerder, naturkatastrofar osb variere, og vere umogelege å føresjå. Ein kan bli eksponert for sterke inntrykk som det kan vere vanskeleg å distansere seg frå. Spesielt for desse er det viktig med debrif for å bearbeide inntrykka. Det er gjort lite forskning på kva som skjer med dei som hjelper i slike katastrofar. Menneskelig utløyste katastrofar ser ut til å vere verre å handtere enn dei utløyst av naturen.¹⁸ Flaumar går tilbake og stormar bles over. Dei etterlet seg eit kaos som er kvantifiserbart, og er relativt kortvarig. Om menneske står bak vert ofte deler av helsevesenet totalt øydelagt, og etterlet seg mykje usikkerheit og fare for nye katastrofar.

"You can bring whatever you like here. If this war continues, it will mean nothing."¹⁹ Dette er sagt av ein eldre mann på landsbygda i Sudan, og seier mykje. Det er vanskelig å drive helsearbeid i områder som er herja av krig, der det er store flyktningestraumar og ofte mangel på personell. Kostnadane aukar fordi forsyningar må bli flydd inn, det kan vere vanskeleg å

kome til i områder med epidemiar eller mistanke om epidemiar. For å få effektivt helsearbeid i krigsområde, må stridighetane stansas. Ved å tilby humanitær hjelp kan ein bygge relasjonar mellom to partar, som etterkvart og kan gje rom for mekling i konflikhtar, og kanskje kan ende med fred.¹² På den måten vert helsearbeid og helsearbeidaren viktige brikker for å oppnå politiske mål. Totalt sett vil det å skape fred kanskje ha større effekt på helsetilstanden enn noko anna einskildtiltak.

5.8 Etikk bistand og rasisme

Helsevesenet er omgjeve av etiske reglar og normer. § 1 i Etiske regler for leger seier: "En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke å gjenvinne sin helse, og friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn."²⁰ Basis for arbeidet ligg her, men i praksis kan det vere vanskelig. Til dømes er det ikkje alle land som legg like stor vekt på menneskerettane. Skal ein då følgje sin eigen moralske standard, eller skal ein følgje dei normene som gjeld i samfunnet der ein arbeider? Medisinske dilemma, korrupsjon, bestikkingar, konflikt situasjonar; alt dette er problemstillingar ein vil møte, og ein vil bli forma av å måtte ta avgjerder.

Eit eksempel: 100 pasientar: 50 treng ein tbl for å bli frisk, 50 treng 2 tbl. Du har 50 tbl. Kva gjer du? Kostnadseffektiv – gje alle tablettane til dei som treng ein for å bli frisk? Eller gje alle lik moglegheit, dele ut ein tbl til 50 tilfeldige; 32-34 blir friske? La folk sjølv bestemme? Men kva om dei byrjar å sloss? Uansett kva du gjer vil det ikkje bli rettferdig for alle, og menneskerettane seier at alle er likeverdige, så korleis velje? Kva utdanning eller føresetnader har bistandsarbeidaren til å avgjere dette? Og kven gjev han/ho retten til å ta desse avgjerdene? Som alltid i etikken er det fleire spørsmål enn svar. For bistandsarbeidaren blir det meir enn ein teori, ein må gjera eit val. Ansvarer kan fort bli tyngande. Prioriteringane – både for einskildpersonar og organisasjonar - må vere klare, og den mest erfarne bistandsarbeidaren bør ta det meste av ansvaret. Samfunnet ein er i er vanlegvis ikkje "passive mottakarar", og bør på eit eller anna vis ansvarleg gjerast. Ein vanske kan vere at bistandsarbeidaren er svært paternalistisk, og vil "leke Gud".⁴

Tabell 9 viser at ganske mange meiner at lokale ressursar kunne handtert arbeidet på eiga hand, med litt hjelp. Dette vitnar om refleksjon i forhold til det ein held på med. Kanskje er

ikkje ”vår vestlege innsats” den beste i alle situasjonar. Nokre stader er ikkje partnaren interessert i å få ein bistandsarbeidar, men tvingast til å søke for å få tilgang til økonomiske ressursar. Dette veit ofte ikkje den som reiser ut, og når dei så er på plass vert ein skuffa og frustrert.²¹ Nokre få i undersøkinga kjem heim med fleire fordommar og er desillusjonerte (sjå tabell 10), men langt dei fleste har lært å setje pris på ein annan kultur. Opp mot 20 % har fått redusert sine fordommar, og er blitt positivt overraska av kulturen og landet. To kommenterar eksplisitt at dei har fått nye gode venner. Inntrykk frå svara i oppgåva er at det er ei positiv haldning til landet og kulturen. Som fortald under vil ein kunne utvikle fordommar av å reise ut, men finn lite av dette i mitt materiale. Men det er bygd på subjektive uttalingar.

Eit opphald som bistandsarbeidar vil vere med på å forme sjølvbildet. Maria Eriksson Baaz har publisert ei doktorgradsavhandling om korleis bistandsarbeidaren formar sjølvbilete rundt negative stereotypiar om samarbeidspartnarane.²² Ein vert fordomsfull av å reise ut. Mange reiser med idealistiske motiv, men dei moralske konfliktane og dilemma dei møter er dei i liten grad budd på. Sjølvbilete som idealistisk verdsborgar vert alvorleg trua, og somme kjem heim med fleire fordommar og stereotypiar enn då dei reiste ut.²³ Eriksson Baaz meiner at dette er eit strukturelt problem, som eit resultat av neoliberal logikk i bistandsmiljøa. Sjølv seier ho at personellbistand ikkje kan legitimerast i dag; bistand tek jobben frå folk som har god nok utdanning til å gjere jobben sjølv.¹⁹ I oppgåva si peiker ho ikkje på gode løysingar på dette, men vil at spørsmålet om identitet skal kome på agendaen. For å unngå noko av denne utviklinga vil det vere viktig å realitetsorientere dei som reiser ut, og kanskje luke ut dei som på intervju er alt for idealistiske, då dei fort vil kunne bli frustrerte. Personar i begge undersøkingane over var stort sett saman med andre vestlege på fritida, så det å bruke tid på å bygge vennskap med lokale kollegaer vil kunne motvirke utvikling av rasistiske tankegangar.

Det er blitt stadig fleire krav om at arbeidet ein gjer skal vere basert på forskning (evidence-based). Dette gjeld i mange samanhengar, ikkje berre i medisinen. Tradisjonelt har norsk bistand har vore litt prega av den skal vere moralsk høgverdig og er ikkje alltid like reflektert.²⁴ Resultatet kan lett bli ”ein kvit elefant”; eit stort kostbart og fullstendig mislykka utviklingsprosjekt. Høgare krav til kjennskap om lokale forhold og behov gjer at det ikkje alltid berre er å ”sette i gang”. Men kva kriterier skal ligga til grunn for humanitær medisinsk hjelp? Tilgang på reint vatn, mat og ly vert ofte brukt som grunnar til å gripe inn. Men brot på menneskerettar, menneskeleg liding og sosial kontekst skulle og kunne vere grunnlag for å planlegge nødhjelp.²⁵ Desse faktorane er ikkje like lett å ”evidence-basere”. ”To bear witness” kan her verte like sentralt som å behandle eit barn med diarè.

Det å vera vitne i humanitært medisinsk arbeid har i alle fall to sider. Først det å vere i lag med menneske som er offer for urettferd eller vald, og ved det vise medkjensle. For det andre å få ei internasjonal fokusering på det som skjer, og krevje at verdssamfunnet grip inn. Med dette ynskjer ein å berge liv. ”To bear witness” vil ha moralsk verdi i seg sjølv, utover dei gode konsekvensane som kjem ut av det hevdar ein artikkelforfattar.²⁵ Medkjensle kan av og til gjere like mykje for ei befolkning som mykje anna hjelp. Albert Schweitzer har sagt at: ”the first step in the evolution of ethics is an enlargement of the sense of solidarity with other human beings.”²⁶

6. KONKLUSJON

Bistandsarbeid har røtter i vår historie, og vert prega av dei ideane som er oppe i tida. Dette vil og prege bistandsarbeidaren. Eit ønske om å hjelpe ligg til grunn for mykje av det som vert gjort, men god vilje åleine er ikkje nok. Personellbistand er somme stader overflødig no, mykje av arbeidet som vert gjort kunne lokale ressursar ha gjort sjølv, om dei berre får noko hjelp. Utrusting og oppmuntring av lokale kollegaer vil bygge opp eit lokalt helsenett, og gje best hjelp på sikt.

Ein bistandsarbeidar som er vitne vil kunne påverke verdsoptionen til å ta ansvar, med dei følger det vil kunne få. Mange lang har no godt utdanna eige personell, så kanskje dette vil verte den vanlege forma for bistand etterkvart?

Generelt er opplevingane av å ver bistandsarbeidar positiv, og 86 % kunne tenke seg å reise ut ein gong til. I undersøkinga er det stor diskrepans mellom dei som - i følge organisasjonane – skal få briefing og dei som faktisk har deltatt. Briefing er essensielt for å gje info om kulturen ein skal til, info om risker og førebuing for det som kjem. Får ein eit sant bilete av forholda, og kva ein vil forvente seg vil stresset bli mindre, og med det minskar faren for risikoadferd, og det er mindre sjans for å utvikle stereotypiar, fordommar og psykisk lidning i etterkant. Ein bør altså få eit godt kurs før avreise, og debrief etterpå. Her bør det leggest ned ein del arbeid, då forholdsvis mange finn dette unyttig.

Noreg er godt tent med å la helsepersonell reise ut ein periode, då dei kjem tilbake som betre helsearbeidarar, og har innhenta ein del kunnskap me treng her heime. Totalt sett ei beriking for den einskilde og for samfunnet.

Nye utfordringar krev nye ressursar, og nye måtar å gjere ting på. Bistandsarbeid er framleis nødvendig slik eg ser det, men tida framover og filosofiske straumar vil vel avgjere i kva slags former dette vil skje i.

7. Tabellar og grafar

Tabell 1: Tabell over alder og kjønn.

	20-30 år	30-40 år	40-50 år	50-60 år	Over 60 år	Totalt
Kvinner	3	7	11	15	7	43 (55,8 %)
Menn	3	2	11	8	5	29 (37,7 %)
Ukjent						5 (6,5 %)
Totalt	6 (7,8 %)	9 (11,7 %)	22 (28,6 %)	23 (29,9 %)	12 (15,6 %)	77 (100 %)

Tabell 2: Yrkesfordeling

Yrke	Sykepleier	Jordmor	Lege	Spes.sykepl.	Anna**	Totalt
Antall	23	16	24	5	11	79*
% av total	30	21	31	6,5	14,5	103%*

* 2 personar kjem under to kategoriar, difor totalt sett 79 og ikkje 77 personar, og 103 %

** Anna inkluderar ma fysioterapeut, ergoterapeut, tannlege, ambulansesjåfør og med stud.

Tabell 3: førebuingkurs og HIV/AIDS informasjon

HAR DU FÅTT GOD INFORMASJON OM RISIKOADFERD I FORHALD TIL HIV/AIDS?

Deltatt i førebuingkurs	Yes	No	TOTAL
Yes	21	12	33*
Row %	63,6	36,4	100,0
Col %	51,2	37,5	45,2
No	20	20	40
Row %	50,0	50,0	100,0
Col %	48,8	62,5	54,8
TOTAL	41	32	73
Row %	56,2	43,8	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0

* Av 33 deltatt på førebuingkurs fann 29 (87,9 %) dette nyttig, medan 3 (9,1 %) ikkje synes dette var nyttig, ein ikkje svara.

Tabellen viser ei oversikt over dei som har deltatt påførebuingkurs og informasjon om hiv/aids.

Tabell 4: Informasjon om PTSD og stressmestring

Informasjon om PTSD og stressmestring?	Ja	Nei	Blank	Totalt
	32	41	4	77
% av Total	41,6	53,2	5,2	100
Om ja, var dette nyttig?				
	26	3	3*	32
% av Total	81,2	9,4	9,4	100

* 2 svara eit tja, både nyttig og ikkje nyttig, ein svara veit ikkje.

Tabellen er ei oversikt over dei som har fått info om PTSD og kven som hadde nytte av det.

Tabell 5: Debriefing

Har debriefing blitt tilbode?	Ja (% av total)	Nei (% av total)	Total	
	46 (64,8 %)	25 (35,2 %)	71 (100 %)	
Om ja, hadde du nytte av denne?	Ja	Nei	Tja	Ikkje deltatt*
	29	9	3	5
% av total (46 stk)	63,0 %	19,6 %	6,5 %	10,9 %

*Dei som har fått tilbod om debriefing og ikkje deltatt svarer at dette er fordi dei ikkje hadde behov for det.

Tabell over debriefing og kven som hadde nytte av denne.

Tabell 6: Oppleving av egen funksjon og samarbeid med lokale

	Korleis fungerte samarbeid med lokale medhjelpere?				Totalt
		Veldig bra	Bra	Ok	
Korleis synes du sjølv du fungerte under opphaldet?	Veldig bra	13	6	0	19
	Rad %	64,8	31,6	0	100
	Kolonne %	77,5	15,0	0	26,0
	Bra	12	31	2	45
	Rad %	26,7	68,9	4,4	100
	Kolonne %	46,2	77,5	28,6	61,6
	Ok	1	3	3	7
	Rad %	14,3	42,9	42,9	100
	Kolonne %	3,8	7,5	42,9	9,6
	Mindre bra	0	0	2	2
	Rad %	0	0	100	100
	Kolonne %	0	0	28,6	2,7
	Totalt	26	40	7	73
	Rad %	35,6	54,8	9,6	100
	Kolonne %	100	100	100	100

Oversikt over eigen opplevd funksjon og korleis samarbeidet var med lokale medhjelpere.

Tabell 7: Erfaringar og stresmestring

	Trur du at diner erfaringar gjer deg til ein betre helsearbeidar i Noreg?			Synes du at du er flinkare til å takle stressituasjonar etter å ha vore bistandsarbeidar?		
	Antal	% andel	Total %, n = 77	Antal	% andel	Total %, n = 77
Ja	57	85,1 %	74 %	47	72,3 %	61,0 %
Nei	10	14,9 %	13 %	18	27,7 %	23,4 %
Total	67	100 % (67)	87 %	65	100 % (65)	84,4 %

% andel er % av dei som har svara på spørsmålet

% total er % av alle som har sendt inn spørreskjema (n = 77)

Tabell 8: Personleg sikkerheit

Kva opplevast som største fare mot personleg sikkerheit? Svara er prioriterte med 1.pri som største fare.

	1.prioritet	2. prioritet	3. prioritet	Totalt
Kidnapping/drap	6	2	4	12
Rad %	9,2 %	6,7 %	40 %	10,4 %
Kolonne %	50 %	16,7 %	33,3 %	100 %
Ran/overfall	14	9	4	27
Rad %	21,5 %	30 %	40 %	23,5 %
Kolonne %	51,9 %	33,3 %	14,8 %	100 %
Trafikkulukker	30	14	2	46
Rad %	46,2 %	46,7 %	20 %	40,0 %
Kolonne %	65,2 %	30,4 %	4,4 %	100 %
Anna	15	5	0	20
Rad %	23,1 %	16,7 5	0 %	17,4 %
Kolonne %	75 %	25 %	0 %	100 %
Stort sett trygt				5
Rad %				4,35 %
Blank				5
Rad %				4,35 %
Totalt	65	30	10	115
Rad %	100 %	100 %	100 %	100 %
Kolonne %	56,5 %	26,1 %	8,7 %	91,3 % *

* inkluderar ikkje dei som ikkje har svart eller dei som følte seg heilt trygge.

Rubrikken **anna** inkluderar ma krigshandlingar, sjukdom og isolasjon.

Tabell 9: Nødvendighet av arbeidet

	Antal	% av total
Ja, arbeidet var nødvendig	46	61,3 %
Ja, arbeidet var viktig, men lokale ressursar kunne klart det, om dei fekk litt hjelp	25	34,7 %
Nei, arbeidet var overflødig	1	1,3 %
Veit ikkje	2	2,7 %
Totalt	75	100 %

Tabellen viser kva bistandsarbeidaren sjølv tenker om nødvendigheiten av arbeidet dei var med på. Eit par har svara at arbeidet var nødvendig i starten, men etterkvart kunne lokale kollegaer ta over. (Desse svara har eg lagt til svar nr 2.)

Tabell 10: Inntrykk av vertsland og kultur

Utsegn	Antal	% av antalet som har svara, n=77
Positivt overraska	23	29,9 %
Negativt overraska	3	4,0 %
Har lært mykje nytt	48	62,3 %
Fekk fleire fordommar	3	4,0 %
Fekk færre fordommar	11	19,3 %
Har lært å setje pris på ein annan kultur	54	70,1 %
Anna*	5	6,5 %

*Her inngår svar som; litt skuffa, blitt desillusjonert, lært å setje pris på Noreg og fått nye venner.

Tabellen viser korleis landet og kulturen vart opplevd.

Tabell 11: Samarbeid med og fagleg nivå på samarbeidspartnarar

KORLEIS FUNGERTE SAMARBEID MED LOKALE MEDHJELPERAR?				
Fagleg nivå var på lokale samarbeidspartnarar	Bra	Ok	veldig bra	TOTAL
Bra	21	1	12	34
Row %	61,8	2,9	35,3	100,0
Col %	55,3	14,3	48,0	48,6
Dårleg	0	0	1	1
Row %	0,0	0,0	100,0	100,0
Col %	0,0	0,0	4,0	1,4
mindre bra	3	5	1	9
Row %	33,3	55,6	11,1	100,0
Col %	7,9	71,4	4,0	12,9
Ok	13	1	5	19
Row %	68,4	5,3	26,3	100,0
Col %	34,2	14,3	20,0	27,1
veldig bra	1	0	6	7
Row %	14,3	0,0	85,7	100,0
Col %	2,6	0,0	24,0	10,0
TOTAL	38	7	25	70
Row %	54,3	10,0	35,7	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabellen viser samanhengen mellom korleis ein opplevde samarbeidet med lokale medhjelparar og korleis ein vurderer det faglege nivået på deira.

Tabell 12: Erfaringar frå tidlegare oppdrag.

ERFARING FRÅ TIDLEGARE OPPDRAG				
Deltatt i førebuingkurs	ein gong før	Ingen erfaring	ja, fleire	TOTAL
Yes	7	10	16	33
Row %	21,2	30,3	48,5	100,0
Col %	43,8	66,7	38,1	45,2
No	9	5	26	40
Row %	22,5	12,5	65,0	100,0
Col %	56,2	33,3	61,9	54,8
TOTAL	16	15	42	73
Row %	21,9	20,5	57,5	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabellen viser erfaringar frå tidlegare oppdrag, og om deltaking på førebuingkurs.

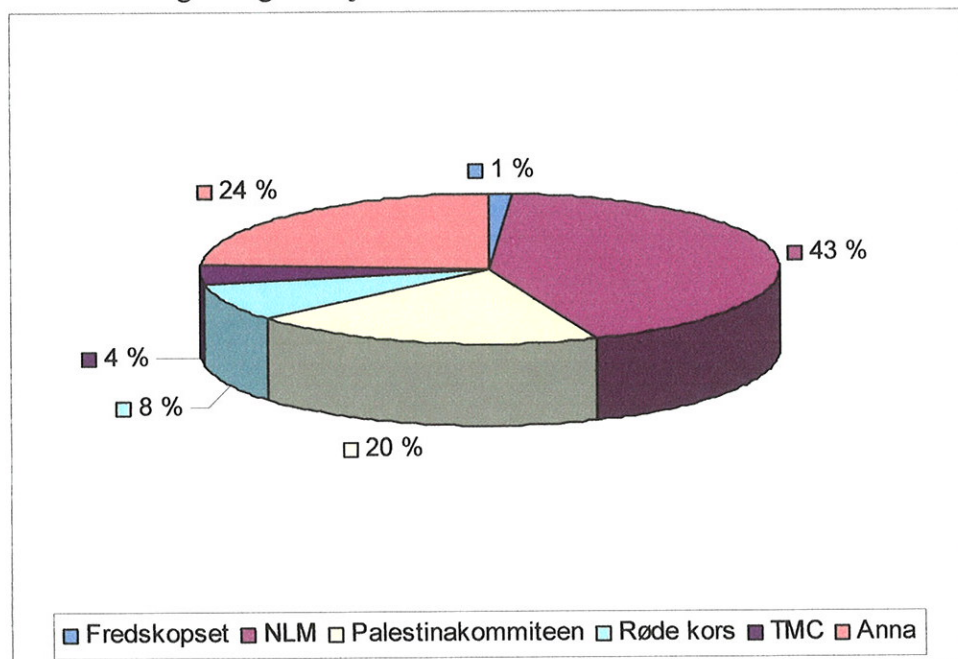
Tabell 13: Språkkunnskap og tidsperiode

KUNNE DU DET LOKALE SPRÅKET?				
Tidsperiode	godt	ingenting	Litt	TOTAL
mindre enn 6 mnd	0	10	11	21
Row %	0,0	47,6	52,4	100,0
Col %	0,0	33,3	37,9	28,8
½-1 år	2	3	1	6
Row %	33,3	50,0	16,7	100,0
Col %	14,3	10,0	3,4	8,2
1-3 år	4	6	8	18
Row %	22,2	33,3	44,4	100,0
Col %	28,6	20,0	27,6	24,7
over3 år	8	11	9	28
Row %	28,6	39,3	32,1	100,0
Col %	57,1	36,7	31,0	38,4
TOTAL	14	30	29	73
Row %	19,2	41,1	39,7	100,0
Col %	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabellen viser sammenhengen mellom dei som kan det lokale språket, og tidsperioden dei var ute for.

Diagram 1

Viser fordelinga i organisasjonane.



Anna inkluderar ma Kirkens nødhjelp, FN, Flyktningerådet, Normisjon, Norges handicapforbund, Flying doctors service, og privat forespørsel.

Diagram 2
Fordeling i verdensdelar

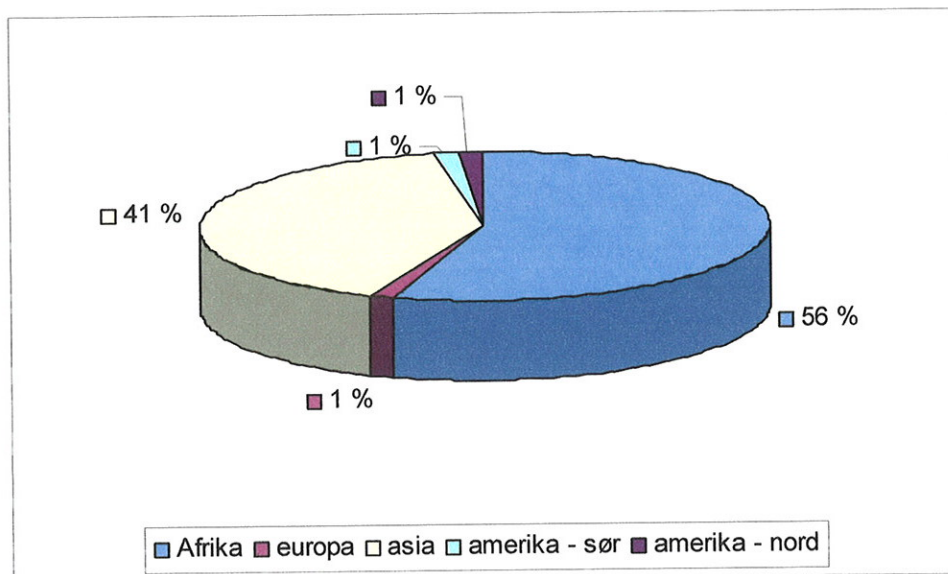


Diagram 3

Overblikk over % fordeling av dei som har fått helsemessige konsekvensar under/av opphaldet.
Av dei som har hatt malaria har 70 % tatt profylakse, 20 % ikkje tatt profylakse pga biverknader.

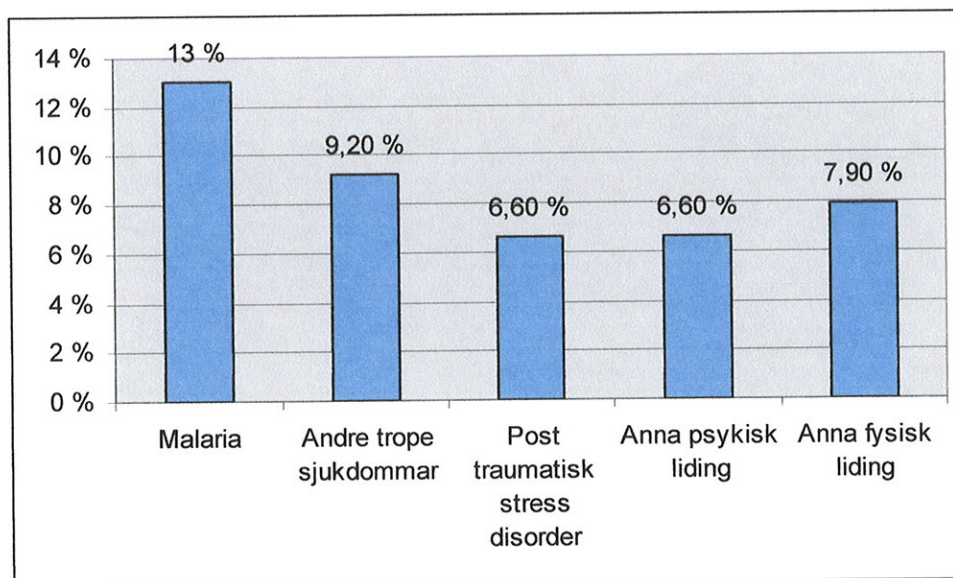


Diagram 4

Oversikt over grunnar til at folk vel å reise ut.

Anna her er ma personleg forespørsel, ønske om å jobbe internasjonalt, solidaritet og misjonærkall.

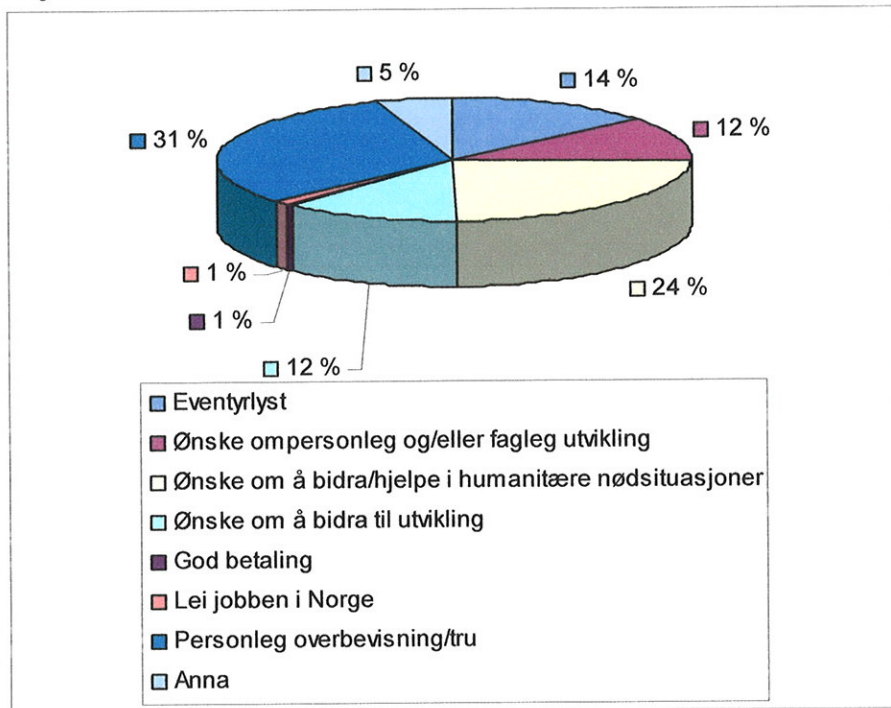
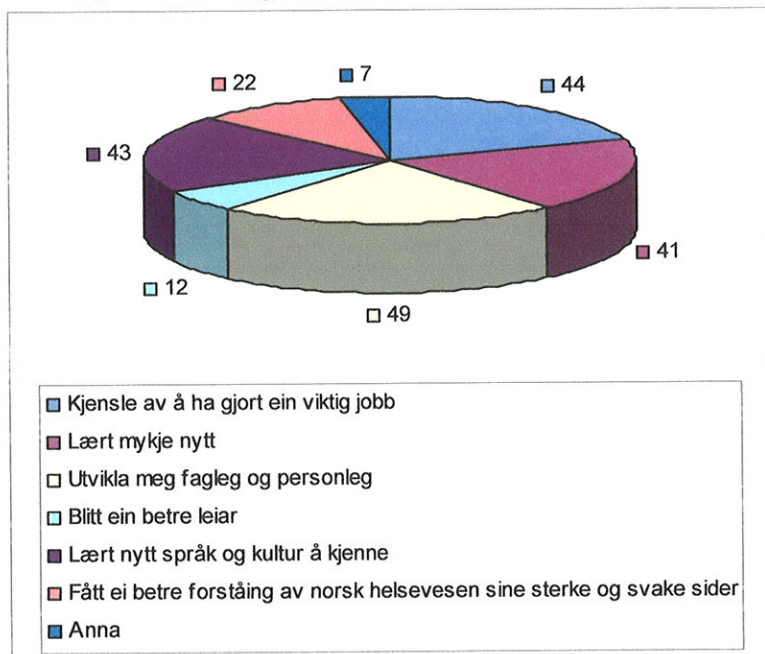


Diagram 5

Svar på spørsmålet kva dei synes dei hadde igjen for opphaldet.

Anna her er ma nye venner, forståing for at ikkje alle tenker likt, audmjukheit for andre kulturar, takksemnd og innblikk i kva behov der er.



8. Referansar

- ¹ Utanriksdepartementet. Rapport om norsk utviklingssamarbeid i 2001. Nettsidene til UD.
- ² Utanriksdepartementet. Rapport om norsk utviklingssamarbeid i 2001, s.10.
- ³ Humanitarian Accountability Project (HAP) og World Health Organization (WHO). Medical ethics and humanitarian work report, roundtable discussion August 2002.
- ⁴ Utsendt spørreskjema, vedlegg 1.
- ⁵ Johnstone, Paul. How to do it: Work in a developing country. British Medical Journal (BMJ) 1995; 311: 113-115.
- ⁶ Norsk Luthersk Misjonssamband (NLM). Strategidokument for utviklingssamarbeid. April 2002.
- ⁷ WHO. Occupational health and field personell in complex emergencies: report of a pilot study. April 2002
- ⁸ Adillner L. Relief workers need professionalism. BMJ 1995; 311: 895
- ⁹ McCall Maureen, Salama Peter. Selection, training and support of relief workers: an occupational health issue. BMJ 1999; 318: 113-116
- ¹⁰ Gilmore Anna, Stuart James, Andrews Nick. Risk of secondary meningococcal disease in healthcare workers. Lancet 2000; 356: 9242
- ¹¹ Banatvala Nick, Scott Ivan. Working overseas: from individual to organisational strategy. BMJ 2001; 323: S2-7315.
- ¹² Kvalvaag Heidi M. Seksuelt overført hiv-smitte blant bistandsarbeidere. Diakonhjemmets høgskolesenter 1997; forskningsrapport nr 6/97
- ¹³ MSIS rapport 6/2003
- ¹⁴ Kvalvaag Heidi M. Seksuelt overført hiv-smitte blant bistandsarbeidere. Tabell 2-2 s.15.
- ¹⁵ Gilks Charles F, Wilkinson David. Reducing the risk of nosocomial HIV infection in British health workers working overseas: role of postexposure prophylaxis. BMJ 1998; 316: 1158-1160
- ¹⁶ Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D,mfl. Case control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. New England Journal of Medicine 1997; 337: 1485-1490
- ¹⁷ Sheik M, Gutierrez I, Bolton P, Spiegel P, Thieren M, Burnham G. Deaths among humanitarian workers. BMJ 2000; 321: 166-168
- ¹⁸ Cullinan Tim. The problem of medical relief agencies. Lancet 2001: 357; 9257
- ¹⁹ Hopkins D. Sudan war and eradication of dracunculiasis. The Lancet Supplement 2002; 360: 21-22
- ²⁰ Etiske regler for leger. Vedtatt av landsstyret 1961 med endringer, senest 2002. Legealmanakken til DNLF 2003.
- ²¹ Simonsen Anne H. Selv i den beste familie. Verdensmagasinet X 2002; nr 3.
- ²² Baaz Maria Eriksson. The white Wo/Man's burden in the age of partnership (Ph.D avhandling). Göteborg: Göteborg University, department of development research, 2002.

²³ Engebrigtsen Ada. Med Norad – i Afrika, identitetshåndtering og virkelighetsforståelse blant nordmenn i Zambia (mastergradsoppgåve). Oslo: Universitetet i Oslo 1988.

²⁴ Arne Olav Øyhus. Biståeren og det gåtefulle folket. I: Thomas Hylland Eriksen. Hvor mange hvite elefanter? Kulturdimensjonen i bistandsarbeidet. Oslo: Ad Notam forlag AS, 1989.

²⁵ Robertson DW, Bedell R, Lavery JV, Upshur R. What kind of evidence do we need to justify humanitarian medical aid? *Lancet* 2002; 360: 330-33

²⁶ Schweitzer Albert. The teaching of reverence for life. New York: Holt, Rinehart og Winston, 1965:9.

Eg skal i samband med medisinstudiet i Tromsø skrive ei oppgåve om bistandsarbeiderar, og har til hjelp her laga eit spørjeskjema. For å få så gode opplysningar som eg kan, eg er det viktig å få svar frå flest mogeleg. Alle opplysningar vil verta anonymisert, og opplysningane er til bruk i oppgåva.

Målet er å finne ut meir om kva som skjer med bistandsarbeiderar, då det er skreve og forska lite på dette. Vil det ekstra stresset og risikoen bistandsarbeiderar utset seg for virke inn på deira kvardag seinare? Kva kan ein eventuelt gjere for å minke risiko og stress? Kan ein forebygge psykiske etterreaksjonar ved debriefing, eller oppfølging på anna måte?

Fyll ut på spørsmåla etter beste evne, og returner det i vedlagt konvolutt så fort som mogeleg. For dei som får dette via mail er adressa **Hildegunn Dalane, Ishavsveien 1 B, 9010 Tromsø**, eller de kan svare pr mail.

Skulle det vere spørsmål kan du kontakte meg på mail: dalane@student.uit.no

Ved å fylle ut dette skjemaet er du med på å hjelpe meg med oppgåva, på førehand mange takk!

Helsing Hildegunn Dalane

Sett ring rundt det svaret som passar best. Om du har vore ute fleire gonger, så svar for den siste gongen. Fyll gjerne ut med kommentarar om du ynskjer.

1)Kjønn	mann	kvinne			
2)Alder	20-30	30-40	40-50	50-60	60+
3)Yrke	lege	jordmor	sykepleier	helsesøster	anna _____
4)Organisasjon	Fredskorpset	Leger uten grenser	Røde kors		
	NLM(Norsk lutersk misjonssamband)		anna_____		

5)Verdsdel Afrika Asia Amerika- nord - sør Europa Oceania

6)Tidsperiode > 3 år 1-3 år ½-1 år < 6 mnd

7)Erfaring fra tidlegare oppdrag?

Ja, fleire Ein gong før Ingen erfaring

8)Kor mykje kjente du til av kulturen i oppdragslandet før avreise?

Mykje Litt Ingenting

9)Kunne du det lokale språket?

Godt Litt Nei, ingenting

10)Deltok du i førebuingkurs før avreise?

Ja Nei

11)Om ja, synes du kurset/informasjonen var relevant for opphaldet?

Ja Nei

Kommentar:_____

12)Har du fått god informasjon om risikoadferd i forhold til HIV/AIDS?

Ja Nei

13) Fekk du noko informasjon om psykiske reaksjonar, post traumatisk stress disorder og stress mestring?

Ja Nei

14) Om ja, var dette til hjelp?

Ja Nei

Kommentar_____

15)Korleis synes du sjølv at du fungerte under opphaldet?

Veldig bra Bra OK Mindre bra Dårlig

16)Korleis fungerte samarbeid og kommunikasjon med lokale medhjelparar?

Veldig bra Bra OK Mindre bra Dårlig

17) Korleis synes du fagleg nivå var på lokale samarbeidspartnarar?

Veldig bra Bra OK Mindre bra Dårlig

18) Korleis synes du personleg sikkerheit vart ivaretatt?

Veldig bra Bra OK Mindre bra Dårlig

19) Kva oppfatta du som den største faren i forhold til personleg sikkerheit? (Om det er vanskeleg å svare berre ein, grader svaret, med 1 som største fare.)

Risiko for kidnapping/drap

Risiko for ran/overfall

Trafikkulukker

Anna _____

20) Korleis synes du sikkerheit i forhold til smitterisiko vart ivaretatt?

Veldig bra Bra OK Mindre bra Dårlig

21) Har opphaldet gjeve deg helsemessige konsekvensar i form av?

Malaria Tatt profylakse Ikkje tatt profylakse

Andre trope sjukdomar

Post traumatisk stress disorder

Anna psykisk lidning

Anna fysisk sjukdom

22) Har oppfølging etterpå/debriefing blitt tilbudd? Ja Nei

23) Om ja, hadde du utbytte av denne? Ja Nei

Kommentar _____

24) Trur du at dine erfaringar som bistandsarbeidar gjer deg til ein betre helsearbeidar i Norge?

Ja Nei

Kommentar _____

25) Synes du sjølv at du er flinkare til å takle stress situasjonar etter å vore bistandsarbeidar?

Ja Nei

26) Kvifor reiste du ut som bistandsarbeidar? (fleire svar alternativ mogeleg)

Eventyrlyst

Ønske om personleg og/eller fagleg utvikling

Ønske om å bidra/hjelpe i humanitære nødsituasjonar

Ønske om å bidra til utvikling

God betaling

Lei jobben i Norge

Personleg overbevising/tru

Anna: _____

27) Synes du det arbeidet du var med på var nødvendig, eller trur du lokale ressursar kunne klart å handtere situasjonen sjølv?

Ja, arbeidet var nødvendig

Ja, arbeidet var viktig, men lokale ressursar kunne klart det med litt hjelp

Nei, arbeidet vårt var overflødig

Veit ikkje

28) Kva tenker du om kulturen og landet du var i under oppdraget? (Fleire svar moglege)

Positivt overraska

Negativt overraska

Har lært mykje nytt

Fekk fleire fordommar

Fekk mindre fordommar

Har lært å setje pris på ein annan kultur

Anna: _____

29) Kva syns du at du har igjen for opphaldet?

Kjensle av å ha gjort ein viktig jobb

Lært mykje nytt

Utvikla meg fagleg og personleg

Blitt ein betre leiar

Lært nytt språk og ny kultur å kjenne

Fått ei betre forståing av norsk helsevesen sine sterke og svake sider

Anna: _____

30) Kunne du tenke deg å reise ut som bistandsarbeidar ein gong til?

Ja Nei

Kommentar: _____

TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å SVARE PÅ SPØRSMÅLA!!