

Et nettverk av førstehjelpere i det minelagte Nord-Irak

Et spørsmål om liv eller død



Masteroppgave i helsefag

Odd Edvardsen

Avdeling for sykepleie og helsefag (ASH)
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
September 2006



SAMMENDRAG

Etter krigen mellom Iran og Irak, 1980-88, var grenseområdene i det kurdiske Nord-Irak et av verdens verste mineområder. Tvangsevakuerte landsbyboere kom tilbake til en minelagt slagmark. Skade- og dødstallene var høye og det var lange transportveier til nærmeste medisinske hjelpetilbud. Den norske hjelpeorganisasjonen Trauma Care Foundation startet i 1996 et opplæringsprogram av førstehjelpere som skulle danne en overlevelseskjede fra minefeltene ute i landsbyene inn til det kirurgiske tilbudet i byen.

Temaet for denne studien er å studere hvordan oppbyggingen av en slik overlevelseskjede fungerer på landsbynivå. Hvordan utvikler en slik intervensjon seg og hvilken medisinsk og sosial betydning har den for befolkningen i området? En forutsetning for å lykkes i denne type prosjekter er at man kjenner de lokale samfunnsmessige og historiske vilkårene. Min hensikt har vært å høre landsbyboernes og de lokale førstehjelpernes stemmer og deres vurdering av den helsemessige og sosiale effekt et slikt nettverk av helsearbeidere utgjør i et område preget av få andre tilbud. Studien viser at prosjektet har vokst ut over rammene for akuttmedisinen der overlevelse etter mineskade var en av de viktigste parametrene for suksess.

Vi har utført gruppeintervjuer med landsbyboere og førstehjelpere i et utvalg av kurdiske landsbyer i Suleimania-provinsen. Feltarbeidet er planlagt og utført i et samarbeid mellom meg og kurdiske medarbeidere som på forskjellige måter er involvert i prosjektet. Dette har gitt en tilgang til den kurdiske livsverden som har vært viktig for gjennomføringen av studien.

Studien viser betydningen av å ha et nettverk av aktører som har solide røtter i den lokale konteksten man opererer i. På denne måten kan intervensjonen utvikle seg i tråd med landsbyboernes behov. Nettopp nærhet til landsbyboernes virkelighet har ført til at prosjektet har evnet å utvikle seg i tråd med endringer i skadepanorama og også ta fatt på ivaretagelsen av alle dem som har vært utsatt for skade. Behov for kompetanseheving har ført overlevelseskjeden inn i de lokale helseinstitusjonene. Framtidas utfordring blir å implementere modellen innenfor rammene av den offentlige akuttberedskapen i provinsen. Nøkkelord: mineskade, skadebehandling, sosial og historisk kontekst, nettverk, Irak, Kurdistan

SUMMARY

After the war between Iraq and Iran, 1980-1988, the border area in Kurdish North Iraq was one of the world's worst mine areas. Villagers evacuated by force returned to a mined battlefield. The number of injured and dead people was high and there were long transport routes to the closest medical help service. In 1996 the Norwegian help organisation Trauma Care Foundation started a training programme of first aid workers who were supposed to form a chain of survival from the mine fields in the villages to the surgery services in the city.

The subject of this study is to find out how the establishment of such a chain of survival works at village level. How does such an intervention develop and what kind of medical and social importance does it have for the people in the area? A condition to succeed with this kind of project is to know the local social and historical circumstances. My intention has been to listen to the voices of the villagers and the local first aid workers and to pay attention to their evaluation of the effect on health and social conditions such a network of health workers may have in an area characterised by few other services. My study shows that the project has gone beyond the scope of acute medicine, in which survival after mine injuries was one of the most important parameters of success.

We have carried out group interviews with the villagers and first aid workers in a selection of Kurdish villages in the Suleimania province. The field study is planned and carried out in a cooperation between me and Kurdish co-workers who in different ways are involved in the project. This has resulted in an access to the Kurdish world, something which has been important for the implementation of the study.

My study shows the importance of having a network of actors who are deeply rooted in the local context in which one operates. In this way the intervention can develop according to the villagers' needs. This close contact with the realities of the villagers has made it possible for the project to develop according to changes in the injury panorama and also to start taking care of all those who have been exposed to injuries. The need to increase the competence has brought the chain of survival into the local health institutions. The challenges in the future will be to implement the model within the framework of the public trauma care system in the province.

Key words: Mine injuries, trauma care, social and historical context, network, Iraq, Kurdistan

FORORD

Før vi går løs på oppgaven har jeg lyst til å takke noen av dem som har gjort dette arbeidet mulig. Først og fremst vil jeg rette en varm takk til vår prosjektkoordinator i Nord - Irak, Dr. Mudhafar Karim Murad. Han har vært med som tilrettelegger av feltarbeidet, som diskusjonspartner og medforsker gjennom hele prosessen. Han har åpnet dette forskningsfeltet for oss på en fantastisk måte. Takk også til hans kone Pakshan og øvrige familie for den gjestfrihet og omsorg de har møtt oss med.

Takk til Tromsø Mineskadesenter og Avdeling for Helsefag ved Høgskolen i Tromsø som har stilt tid og ressurser til disposisjon for å kunne gjennomføre denne studien.

Takk til Torben Wisborg for reisefølge og samarbeid under feltarbeidet. Takk til min veileder Nils Henriksen for gode samtaler og innspill underveis i prosessen. Stor takk til min kollega Hans Husum på Tromsø Mineskadesenter for tålmodig lesing av manusutkast og gode diskusjoner i alle faser av arbeidet.

Sist, men ikke minst, takk til min kone Ellen og min datter Jorunn for å ha stått ut med både mitt fysiske og mentale fravær som et slikt arbeid har medført.

Odd Edvardsen

Tromsø, september 2006

Forsidebilde: Fra den kurdiske landsbyen Bawze

INNHOLDSLISTE

Sammendrag	2
Summary	3
Forord	4
Kart	7
Ordforklaringer	8
Kapittel 1. Innledning	10
Landsbyuniversitetet som opplæringsmodell	11
”Dere kommer for sent”	14
Problemstilling	14
Oppgavens oppbygging og avgrensninger	15
Kapittel 2. Teoretisk posisjon	17
“The Movement”	18
”Technicos de Cirurgia” i Mozambique	19
Feltsykehus under Vietnam-krigen	20
“Where there is no doctor”	21
Egne lærebøker: ”War Surgery” og ” Save Lives Save Limbs”	22
”Community-based health programs”	24
To måter å tenke på	27
Kapittel 3. Sosialantropologiske og historiske perspektiv	29
Studiene til Barth og van Brunissen	29
Betydningen av den historiske konteksten	31
Terroren trappes opp med Anfal-kampanjen	33
Iran- Irak-krigen 1980-88	34
Den første Gulfkrigen 1991	35
Kapittel 4. Metode	37
Kvalitativ metode som tilgang til sosial virkelighet	37
Nærhet og distanse	37
Studier av medicer og mineofre	40

Forforståelse som ryggsekk	41
Intervjuet som kilde til ny kunnskap	44
Hva er det som åpner og hva er det som lukker?	46
Utvalg av landsbyer og informanter	48
Organisering av gruppesamtalene	49
Dramatiske og smertefulle historier	50
Forskningsmateriale og analysemetoder	53
Språk og transkripsjon	55
Forskningsetiske vurderinger	56
Kapittel 5. Hjem til ruiner og minefelt	58
Embargoens ødeleggende effekter	58
Folk rydder miner på egenhånd	59
Det offisielle Mine-Action- apparatets holdning	62
Fraflyttinga fra landsbygda	65
Flyttinga til byen	66
Kvinnenes situasjon i landsbyene	68
Kapittel 6. Landsbyuniversitetet og overlevelseskjeden	71
Preintervensjonstall	71
”De undertryktes pedagogikk”	72
Hvem blir medicer?	75
Medicenes status	77
Lokal tilknytning og lokale endringer	78
Praktisk dyktighet	79
Medicen som organisator i nettverket	83
Etiske og kompetansemessige vurderinger	85
Kapittel 7. To fortellinger av medic Hikmat Hamarahim	88
Introduction	88
The story about Abdul	90
The story about Leihla	92
Hva forteller historiene?	94

Kapittel 8. Videreutvikling av overlevelseskjeden	96
Bygging av ”hvite” parallellstrukturer	97
Hva sier medicene i lokalsykehusene?	98
Vanskelige skader – store utfordringer	99
Samarbeid by og land	100
Kapittel 9. Livet etter skade	102
Avslutning	106
Litteraturliste	110



Kart over Irak med de kurdiske provinsene Erbil og Suleimania

ORDFORKLARINGER

Agha: landsbyleder, høvding og ofte jordeier.

Anfal-kampanjen: Navn på en irakisk utryddelseskampanje i 1988 mot beboerne på den kurdiske landsbygda.

Anjuman: valgt landsbyleder.

ATLS: Advanced life support. Avansert førstehjelp.

Barzani, Massoud: Leder av KDP, Kurdistans demokratiske parti og sønn av den kjente lederen Mustafa Barzani. Innsatt som den første president i den autonome kurdiske regionen i Irak sommeren 2005.

BLS: Basic life support. Basal førstehjelp.

Burmasekken: Ryggsekk med medisiner og medisinsk utstyr som alle mediser har. Veier 20 kg og etterfylles etter bruk. Utviklet i Landsbyuniversitetets første fase i Burma. Derav navnet.

Emergency: Italiensk NGO som har drevet kirurgiske sykehus for krigs- og mineskadde i Kurdistan og Kambodsja.

EOD: Explosive Ordnance Disposal. Minerydding.

Grasrotbevegelse: Her: Folkelige bevegelser organisert rundt primærhelsetjenesten på landsbygda i Sør.

KDP: Kurdistans Demokratiske Parti under ledelse av M. Barzani. Kontrollerer den nord-vestlige delen av det kurdiske området med sete i Erbil.

Ketamin: Smertestillende middel som erstatter morfin i smertebehandlingen. Kan også brukes som anestesimiddel. Påvirker ikke respirasjonen og regnes som et tryggere og bedre alternativ til morfin.

MAG: Mines Advisory Group. Britisk minerydderorganisasjon.

Medic: Førstehjelper som har gjennomført Landsbyuniversitetets tretrinnskurs i basal og avansert førstehjelp.

Mikrokreditt: i denne sammenhengen små lån som penger eller dyr som et ledd i mineskaddes rehabilitering.

Mullah: islamsk prest.

NGO: Non-governmental organisation. Brukes om ikke-statlige bistandsorganisasjoner.

Peshmerga: Kurdisk geriljasoldat, ordet betyr ”den som står foran døden”. Har vært brukt om kurdiske frihetskjemper.

PKK : Kurdistans Arbeiderparti. Stiftet 1978 i Tyrkia. Ledet av den nå internerte Abdullah Öcalan. Skiftet i 2002 navn til KADEK- Kongress for frihet og demokrati i Kurdistan.

PUK: Patriotisk Union Kurdistan. Utbryterparti fra KDP stiftet 1975 under ledelse av Jalal Talabani. Kontrollerer Sulimania-provinsen i det kurdiske området.

Shaikh : islamsk religiøs leder.

Sør: Brukes i denne sammenhengen om de fattige landene i sør i motsetning til de rike i Nord.

Talabani, Jalal: Leder av PUK siden starten. I dag president i Irak.

TCF: Trauma Care Foundation. Navn på stiftelsen som er den drivende kraften i Tromsø Mineskadesenter(TMC). De lokale organisasjonene i uteprojektene har tatt navnet TCF Nord Irak eller TCF Cambodia.

Teaching hospital: Universitets-og regionsykehus for Suleimania-provinsen.

UNOPS: United Nations Office for Project Services. Ledet FNs minerydderprogram i Kurdistan.

UXO: unexploded ordnance. Ueksplodert bombe eller sprenglegeme. Blindgjenger.

KAPITTEL 1. INNLEDNING

Siden 1987 har jeg vært ansatt som lærer ved grunnutdanningen i sykepleie ved Avdeling for helsefag (AFH) ved Høgskolen i Tromsø. Her har jeg også arbeidet med avdelingens internasjonale engasjement. Fra 1988 har høyskolen hatt samarbeid med palestinske organisasjoner både på Vestbredden, i Gaza, Libanon og Egypt. Under den sovjetiske okkupasjonen fra 1979 til 1992 deltok jeg aktivt i solidaritetsarbeid for Afghanistan, blant annet som helseteamkoordinator og stedlig representant for den norske Afghanistankomiteens kontor i Peshawar, Pakistan i 1985.

Ved siden av min lærergjerning ved høyskolen har jeg siden 1999 arbeidet med oppbyggingen av Tromsø Mineskadesenter (TMC). TMC er et ressurscenter for mineskader og traumebehandling i lavinntektsland. Senteret er en forskningsavdeling under Universitetssykehuset i Nord Norge , og drives i samarbeid med Trauma Care Foundation (TCF), WHO og Universitetet i Tromsø. Senteret har vært finansiert av Utenriksdepartementet, NORAD, Norges Forskningsråd og av forskningsmidler fra Helse-Nord. Utgangspunktet for virksomheten ved TMC var krigs- og mineskadeprosjektene som i perioden 1992 – 1998 ble drevet av tre nordnorske leger: kirurg Hans Husum og anestesilegene Mads Gilbert og Torben Wisborg. Ut fra egen erfaring med akuttmedisinsk arbeid i krigsområder som Palestina og Afghanistan valgte de tre legene å legge vekt på å utvikle utdanningsmodeller og læremidler for helsearbeidere i konfliktområder. TCF, og etter hvert TMC, har som siktemål å skape en varig forbedring av helsearbeidet slik at standardene opprettholdes også etter at de utenlandske ”ekspertene” har dratt hjem. For å lykkes med dette må intervensjonene forankres lokalt og kunnskapen og nettverkene må gjøres til landsbyboernes egen eiendom. Utvikling og utprøving av lærebøker, instruksjonsvideoer og treningsmodeller har derfor vært en viktig del av arbeidet. TMC har i dag en omfattende lærebok i prehospitalet skadebehandling oversatt til sju språk som basis for virksomheten (Husum, Gilbert, Wisborg, 2000). TMCs modell for skadebehandling er en overlevelseskjede utenfor sykehus i mine- og krigsherjete områder. Der lokale førstehjelpere (medics) med enkle midler og moderne behandlingsmetodikk stabiliserer skadepasientene på skadestedet og kontinuerlig under den ofte lange transporten til definitiv kirurgisk behandling (distriktssykehus eller kirurgisk senter).

Temaet for oppgaven er hvilken betydning en slik overlevelseskjede har for dem som bor og har sitt levebrød i disse mineområdene. For arbeidet vårt er det viktig å vite mer om de samfunnsmessige vilkårene for og konsekvensene av denne type intervensjon.

Nødhjelpsarbeidets samfunnsmessige virkninger har ofte vært undervurdert (Chambers 2003, Hancock 1989, Bottomley 2003). TMC driver prosjekter i flere land, men jeg har valgt å konsentrere mitt arbeid til det kurdiske Nord-Irak, hvor vi har arbeidet siden 1996. Lokalt organiseres arbeidet av vår lokale partner, TCF North Iraq, som er en lokalt registrert NGO (se ordforklaring). Nord-Irak og Kambodsja er de områdene hvor TMC har hatt de mest langvarige engasjement. Irakisk Kurdistan (Nord-Irak) er et land som gjør et sterkt inntrykk på alle som besøker området. Landet har en uhyre dramatisk historie, en fantastisk natur, et gjestfritt og stolt folk, og området har i snart tretti år stått i sentrum for politiske begivenheter i verdenspolitikken. Krig, deportasjoner, flyktningstrømmer, sult og mineproblemer har preget disse årene og danner bakteppet for mitt arbeid. Jeg har besøkt området fire ganger, de to siste besøkene har vært ledd i min innsamling av data til denne oppgaven.

Landsbyuniversitetet som opplæringsmodell

TMCs opplæringsmodell har blitt kalt Landsbyuniversitetet. Modellen ble utviklet under kampen mot Sovjetisk okkupasjon av Afghanistan fra 1985-92 og i Burma fra 1990-93 under borgerkrigen mellom militærjuntaen på den ene siden, og de nasjonale minoritetene og studentbevegelsen på den andre. Ved landsbyuniversitetene får lekmenn og lokale helsearbeidere en omfattende førstehjelpsopplæring i tre trinn à 150 timer over tre år. Opplæringa er delt i basal og avansert førstehjelp:

Basic life support

- Luftveis- og blødningskontroll
- Hjerte-lungeredning
- Intravenøs væskebehandling
- Smertebehandling
- Hypothermi og infeksjonsforebygging
- Transport og logistikk
- Medisinsk dokumentasjon

Advanced life support

- Intubasjon,
- Thorax-drenasje
- Fasciothomy
- Venøs blottlegging for kanylering
- Nød tracheostomering (airway-cut down)
- Laparotomi for skadekontroll
- Ketamin anestesi

Landbyuniversitetene blir etablert der skadene oppstår, i landsbyene og i jungelen. Mellom treningsperiodene praktiserer studenten/medicinen sine ferdigheter der hun eller han befinner seg. Det kan være som landsbyboer eller som ansatt i en klinikk eller helsesenter. Her driver medicinen også et aktivt opplæringsarbeid i grunnleggende førstehjelp for lekfolk i området.

Landbyuniversitetet er en intervensjon som er forskjellig fra den etablerte bistanden. Vårt arbeid begynner der det internasjonale bistandsapparatet ofte slutter. Sykehusene med folk som har høyere utdanning ligger i byene, og det gjør også det vestlige bistandsapparatet. Det er langt ut til landsbyboerens minelagte virkelighet. Derfor har vårt arbeid hele tiden hatt landsbyboerens livsverden som fokus og arbeidsfelt. Det er ute på landsbygda og i jungelen at folk dør og her er helsetilbudet enten fraværende eller svært mangelfullt utbygd. Målet med arbeidet har derfor vært å gjøre landsbyboerne bedre i stand til å mestre de problemene de står overfor. Etter at arbeidet i Burma ble avsluttet i 1993, valgte TMC ut tre områder for utprøving av den nye modellen for skadebehandling. Disse områdene som ble ansett som noen av de verste mineområdene i verden: Angola, Kambodsja og det kurdiske Nord-Irak. Mineskadeproblemet er et landsbygdfenomen. Utvelgelsen av studenter til landbyuniversitetet fulgte to hovedkriterier. Det ene var at de hadde tillit og var respekterte i sine landsbyer, og det andre var at de bodde slik at de utgjorde en del av et lokalt nettverk som kunne danne en overlevelseskjede. Det var av underordnet betydning om de hadde noe formell helsefaglig utdanning. Hvis studentene var tilknyttet det nasjonale helsevesenet så skulle de fortsette med det, og opplæringsprogrammet ble koordinert med lokale helsemyndigheter så langt det var mulig.

Arbeidet vårt i Kambodsja og Nord-Irak har vært fulgt opp med et omfattende forskningsprogram på utvikling i dødelighet, skadeomfang, evakueringstid, hypothermi, malariaproblemer og smerteproblematikk. Mye av denne forskningen er tilgjengelig i Hans Husums doktorarbeid "Tracks of blood" (Husum 2003). Gjennom et årelangt arbeid har prosjektene utviklet seg videre, og nye perspektiver og problemstillinger kommer til syne. Vi har gjennom omfattende kvantitative studier vist at dødeligheten ved mineskader i intervensjonsområdene har gått ned fra 40% til 10% (Husum 2003). Men samtidig har de lokale førstehjelperne pekt på at overleverne plages av kroniske smerteproblemer, depresjoner og sist men ikke minst en ekstrem fattigdom. På denne måten har en kompleks og dyster virkelighet bak skadepanoramaene presset seg fram og krevd plass i vår oppmerksomhet. En studie utført i 2001/2002 viste at over 70% av de undersøkte mineofrene led av fantomsmerter

og smertesyndromer som flere av de skadde karakteriserte som ”all-body-pain”. Variabler som tidligere skader, kvaliteten på den livreddende behandlingen og amputasjonsstumpens beskaffenhet hadde ingen innvirkning på de kroniske smerteproblemene. Men det var en klar korrelasjon mellom kronisk smerte og tap av inntekt/økt fattigdom (Husum et al. 2002). Det kan altså se ut til at fattigdom i seg selv virker som et kronisk traume. Bønder og landsbyboere i disse områdene lever et marginalt liv. De klarer knapt å brødfø seg selv og sine familier. Det kan derfor se ut til at overlevelse og en varig funksjonshemming bare er en betinget seier over skjebnen.

Prosjektet som var utviklet som et skadebehandlingsprogram med overlevelse som viktigste parameter, hadde med denne erkjennelsen vokst utover rammene for akuttmedisinen. Vi hadde lyktes med å la de lokale folkene overta opplæringen av nye generasjoner av mediser. Prosjektet var lokalt styrt av koordinatorene fra de respektive landene. Vi hadde rollen som ressurspersoner og veiledere både i faglige og administrative spørsmål. Vår innstilling var å bryte med den tradisjonelle bistandsrollen som vi så rundt oss på alle kanter, hvor trua på lokale ressurser og nytten av opplæring ikke var særlig sterk. I vår egen praksis i solidaritets- og bistandsarbeid hadde vi sett nok av prosjekter som ble styrt av vestlige ledere, lokalisert langt fra problemenes midtpunkt og med et ”top-down” perspektiv hvor de lokale stemmene hadde minst de skulle ha sagt (Hancock 1989, Chambers 2003). Vårt perspektiv var ”bottom-up” (Tones et al. 1990), og landsbyene var basis for vårt arbeid. Ut fra et slikt perspektiv var det avgjørende at de lokale medarbeiderne hadde ansvar for utviklingen og driften av prosjektet.

De kortsiktige resultatene av intervensjonen ga oss grunn til å være fornøyd. Likevel presset en virkelighet seg på som vi akuttmedisinere og representanter for det rike Vesten hadde vanskelig for å forstå og se omfanget av. Vårt langsiktige mål er å styrke de fattige bøndenes evne til å mestre sin situasjon for å kunne endre den. Det er den fattige bonden som bærer de tyngste byrdene av imperialismens kriger og globaliseringspolitikk, og for å bidra til endring er det viktig å forstå denne virkeligheten bedre. Det er derfor nødvendig å studere fattigdommen, og det lokale nettverkets sosiale implikasjoner og betydning.

”Dere kommer for sent.”

I 2004 var jeg med en svensk medisinerstudent under et intervju med en landsbymedic i Nord- Irak. Under intervjuarbeidet i den svært avsidesliggende landsbyen Mortkha, flere timers kjøretur fra Suleimania på februarveier som var mer gjørmehav enn veier, traff vi i en tepause far til den intervjuede medicen. Den gamle kurdiske mannen med det tradisjonelle kurdiske hodetørklede på, så skarpt på oss og sa: *”Prosjektet deres er veldig bra. Det har gjort livene våre tryggere, men dere kommer for sent. Landsbyen vår ligger like ved grensen og vi var tvangsevakuert under hele krigen (mellom Iran og Irak 1980-88, min anmerkning, OE) Da vi kom tilbake etter krigen, hadde vi ingen kunnskap om mineproblemet som hadde oppstått. Vi mista 35 innbyggere i vår lille landsby på grunn av dette. Mange blødde i hjel i armene våre uten at vi visste hva vi skulle gjøre”* (Notat i egen prosjektdagbok, OE).

Dette utsagnet har brent seg fast i min bevissthet og er en viktig pådriver i arbeidet med å forstå mer av det brutale dramaet som den kurdiske livsverden representerer. Det historiske perspektivet har så langt vært for lite påakta i vårt arbeid. Vi har gjort surveys og vi kunne mye om historia, men vi har ikke vært nært nok den sosiale konteksten vi skulle arbeide i. Allerede første fase av våre kvalitative studier viste en massiv mobilisering av landsbyboere omkring den skadde, en sosial respons som ble koordinert av den lokale førstehjelperen (Hedelin et al. 2006). Det er landsbyfolkens erfaringer som ligger bak deres oppfatninger og deres atferd også i skadesituasjoner. Det er derfor i lys av disse erfaringene, i en historisk kontekst at man må se etter forklaringer på den breie mobiliseringen av landsbyboere rundt medicenes arbeid.

Problemstilling

Min studieoppgave er altså de samfunnsmessige betingelser for og virkninger av en intervensjon som i utgangspunktet var designet som en akuttmedisinsk protokoll. Intervensjonen ble evaluert i 2003 på kvantitativt grunnlag der variabler som dødelighet og skadeomfang var i fokus. Etter nesten ti års arbeid ser vi at intervensjonen er mer enn rent medisinsk arbeid. Det er en intervensjon med betydelige sosiale og politiske konsekvenser for beboerne i landsbyene. Intervensjonen gjennomføres i en kontekst prega av mange tiår med krig og undertrykkelse. I tillegg har våre tidligere evalueringer i stor grad blitt gjort av oss vestlige ”eksperter” uten at de lokale stemmene har blitt hørt.

Målet for denne studien er ut fra dette å vurdere virkningene av vår intervensjon i en lokal samfunnsmessig og historisk kontekst, slik den blir sett av landsbyboerne og medicene sjøl. Hvordan har prosjektet klart å gjøre befolkningen bedre i stand til å beherske de store problemene som et omfattende mineproblem har påført disse fattige landsbyene? Et annet mål med studien er å beskrive utviklingen og endringene i programmet for bedre å forstå hvilket potensiale det kan representere for framtidige endringer, ikke bare i det kurdiske Nord-Irak, men også i andre lavinntektsland som er ødelagt av miner og krig.

Oppbygging av oppgaven og avgrensninger.

I kapittel 2 redegjør jeg for min teoretiske posisjon og går gjennom teori og forskning som har vært viktig for vårt arbeid generelt og for denne masteroppgaven spesielt. Kapittel 3 er viet antropologiske og historiske perspektiver som gir et bidrag til å forstå den kurdiske konteksten som vårt prosjekt implementeres i. Da mye av denne historien er lite kjent i Vesten har jeg valgt å gi denne plass i oppgaven. I kapittel 4 gjør jeg rede for mine metodiske og forskningsetiske vurderinger. I den metodiske delen har jeg lagt vekt på drøfting av det kvalitative forskningsintervjuet som tilgang til ny kunnskap. Her drøftes også utfordringer med å studere egen intervensjon i fremmede kulturer. Kapittel 5 omhandler situasjonen for landsbybefolkningen da de vendte tilbake til sine områder etter deporteringene de ble utsatt for før og under Iran-Irak-krigen (1980-88). Her ser jeg på hvordan livet i landsbyene har utviklet seg over tid og hvilke utfordringer disse samfunnene står overfor nå. Kapittel 6 presenteres Landsbyuniversitetet som modell og hvordan nettverket av førstehjelpere har utviklet seg både praktisk og pedagogisk i Kurdistan. I kapittel 7 presenteres to fortellinger om skadesituasjoner fortalt av en av de mest erfarne medicene i Nord Irak, Hikmat Hamarahim. Disse fortellingene er tatt med fordi de gir et godt bilde av hvordan dette nettverket av mediser og førstehjelpere fungerer lokalt. Kapittel 8 viser hvordan byggingen av en overlevelseskjede fra minefeltet til det kirurgiske sykehuset har utviklet seg i det Nord-Irakiske helsevesenet. Distriktssykehusenes rolle og den lokale modelleringen av prosjektet over tid er tema for denne delen. I kapittel 9 kommer jeg inn på situasjonen for de som er skadet av miner, men har overlevd og lever som handikappede i landsbyene.

I arbeidet med denne oppgaven, både i feltarbeidet og under bearbeidingen av materialet ser man hvilke politiske implikasjoner som ligger i denne problematikken. Både internasjonal

politikk og imperialistiske kriger og lokale maktstrukturer er en viktig del av den konteksten vi opererer i. Jeg har skissert betydningen av de lokale maktstrukturene i Nord- Irak, men det er ikke plass innenfor rammene av denne oppgaven til å gå grundig inn i dette. Politisk har Irak beveget seg fra å være et okkupert land til å i stadig større grad å utvikle seg i retning av en borgerkrig som i dag preges av motsetningene mellom sunni- og shiamuslimer, men som kaster sine lange skygger inn over den kurdiske provinsen. Irak har i denne situasjonen fått en ny grunnlov som har konsekvenser for den kurdiske samfunnsformasjonen, men dette må utstå til videre forskning på temaet.

Jeg har brukt termen feltarbeid om datainnsamlingen til denne oppgaven. Det kan stilles spørsmål ved om vel fire ukers reising rundt i de kurdiske landsbyene gjør det pretensiøst å kalle denne datainnsamlingen for feltarbeid. Jeg har imidlertid valgt å bruke denne termen fordi reisen var en kontinuerlig prosess, der både intervjuer, diskusjoner med grupper og enkeltindivider utenom intervjusituasjonene og samtaler med medarbeiderne i prosjektet utgjorde en helhet som var med på å øke min innsikt i den kurdiske dramaet. Et drama som det er viktig å forstå, når man skal implementere prosjekter av samfunnsmessig betydning for de involverte.

En siste avgrensning er at arbeidet med mineofrenes situasjon og livet etter skade ikke kan få den plass temaet fortjener. Arbeidet med rehabilitering er fortsatt i sin vorden innenfor prosjektet. Medicene og landsbyfolkene har påpekt behovene og presser på for å øke innsatsen. Denne typen virksomhet er imidlertid ressurskrevende utover våre økonomiske rammer og vi har som akuttmedisinere heller ikke hatt den nødvendige ekspertise til å gå fort fram i dette arbeidet. Vi er i gang med et evalueringsarbeid på dette feltet, men det var ikke mulig å gi rehabiliteringsarbeidet tilstrekkelig plass innenfor rammen av denne oppgaven.

Oppgaven inneholder termer og forkortelser som krever en forklaring. Dette har jeg samlet i et eget avsnitt kalt ordforklaringer fremst i oppgaven. Jeg har også valgt å ta med kart over provinsen og noen bilder som illustrerer oppgavens tema.

KAPITTEL 2. TEORETISK POSISJON

Arbeidet i Tromsø Mineskadesenter er for meg en fortsettelse av solidaritetsarbeid med land og folk som har vært og er utsatt for imperialistisk undertrykkelse og krig. Solidaritetsarbeid har prega store deler av mitt voksne liv og har omfattet områder som Vietnam, Kambodsja, Afghanistan, Latin-Amerika og Midt-Østen. Solidaritetsarbeid er tosidig: Det innebærer konkret hjelp til befolkningene i områdene slik at de bedre blir i stand til å leve sine liv, og dessuten en politisk og ideologisk kamp mot de imperialistiske krefter som fører til at store deler av verdens befolkning opplever krig og fattigdom som sin hverdag. Dette gir en viktig del av grunnlaget for den teoretiske posisjonen for denne studien. Min tidligere lærer i sosiologi, Yngvar Løchen skriver i boka ”Sosiologens dilemma”: ” *Det er altså ikke mulig å skille sosiologien fra samfunnet. Sosiologi kan ikke drives innenfor et avsondret vitenskapelig system. Sosiologien som fag kan bare utvikle seg gjennom deltakelse i samfunnet. Går vi frem på annen måte, skaper vi et falskt bilde av samfunnet. Men dette synet henger også sammen med en oppfatning av sosiologiens formål. I omtalen av den vitenskapsorienterte sosiologien var hovedpunktet at denne ville bli en dårlig og illusjonspreget sosiologi dersom den ikke reflekterte seg inn i et menneskelig fellesskap; den relevante sosiologien reiser spørsmålet ”relevant for hva?”; den engasjerte sosiologien ble fremstillet som et middel mennesker kunne bruke til innsikt i og kontroll over stengende sosiale krefter; aksjonsforskeren må vurdere for hvem og på grunnlag av hva han skal aksjonere. Sosiologiens formål er å fortelle om virkeligheten, direkte og usentimentalt, men med lidenskap, og å arbeide for at denne virkeligheten blir oppfattet og forstått*” (Løchen 1970:132).

Løchen gir her et godt program for vitenskapelig virksomhet, og jeg deler hans ønske om at lidenskapen ikke skal gjøre meg sentimental. Arbeidet med oppgaven har brakt meg i nærkontakt med en virkelighet som er så grusom at mange kvier seg for å ta den inn over seg. Ett av mine mål er at denne virkeligheten skal bli oppfattet og forstått. Jeg vil gjøre Marx’ ord til mine når han sier at det ikke er tilstrekkelig å fortolke verden, man må arbeide for å forandre den (Marx 1845).

TMCs arbeid har fra starten av blitt fulgt opp med vitenskapelige evalueringer. Dette forskningsmaterialet er en viktig referanse i mitt arbeid. De publiserte artiklene og sammenfatningen er tilgjengelig i Hans Husums doktorgradsarbeid ”Tracks of blood” (Husum 2003). Det meste av det forskningsmessige arbeidet vårt består av kvantitative studier. Vi har

ved hjelp av omfattende pasientdokumentasjon bygget opp en database med medisinske variabler som for eksempel skadeomfang, pasientens vitale tegn, anatomisk diagnose, medisiner, transporttid, overlevelse og infeksjonskomplikasjoner. Dette materialet er unikt og er samlet inn under vanskelige forhold. I en redaksjonell kommentar i *Journal of Trauma* kommenteres dette dokumentasjonsarbeidet på følgende måte: *“In addition to the extensive efforts that the authors have gone through implementing the training program and the resulting trauma system, the authors are to be commended for the detailed nature of their analyses. First, they have set up a fairly comprehensive information system using the lay first responders and paramedics. They were able to obtain information on pre-hospital deaths including those at the scene before any type of treatment. Second, they engage in an appropriate and in-depth analyses, accounting for both physiologic and anatomic severity of injury”* (Mock, J. of Trauma 2003:54:1197).

Det ser ut til at våre studier av traumebehandling i lavinntektsland er ganske enestående, i alle fall er det publisert få rapporter om emnet. ” *We have searched the medical databases for references to epidemiological and clinical studies of the effect of trauma and outcome of trauma care where the trauma victims are stuck in poverty and the doctors and hospitals are far (MEDLINE, IMSEAR, the African Index Medicus, and IMEMR). There are some few reports from hospital based epidemiological studies of urban trauma... However, we found no descriptions of the “epidemic of trauma “as seen by the victimized communities, and no reports on rural prehospital trauma systems by colleagues from countries in the South”*(Husum , Tracks of Blood, 2003:10). For denne mastergradsstudien er det derfor få referanser innenfor den medisinske faglitteraturen som jeg kan bygge på.

”The Movement”

Sjøl om det er publisert lite vitenskapelig materiale knytta direkte til denne type intervensjoner, betyr det ikke at det ikke har vært drevet arbeid på landsbygda i Sør for å handtere de mange helseproblemer som bondebefolkninga utsettes for. På en kongress i People Health Assembly i Bangla Desh i 2000 traff jeg representanter for grasrotbevegelser (Se ordliste) fra mange asiatiske land. I India kalte de seg bare for ”*The Movement*”. Dette er ikke en organisasjon, men snarere et nettverk som er sammensatt av mange forskjellige folkelige helseprosjekter. Kongressen ble arrangert av organisasjonen ”Gonoshasthaya Kendra” (”The People’s Health Center”). Senterets leder, Zafrullah Chowdhury hadde ut fra

erfaringene med medisinsk arbeid under frigjøringskrigen mot Pakistan i 1970-71 startet et arbeid som han oppsummerer på følgende måte:

"We have tried to demystify medical care and decrease the control of the medical profession and instead promote the paramedic, the village-level health worker, as the backbone of health care. This has led to both capability building and job creation for the poor, especially poor women, as well as putting health care within the reach of those who have not in the past had access to it."

Zafrullah Chowdhury 1992. (<http://www.rightlivelivelihood.org/recipe/gk.htm>)

Jeg føler at TMC hører hjemme i denne bevegelsen. Chowdhurys posisjonering er dekkende for mitt eget teoretiske ståsted.

"Technicos de Cirurgia" i Mozambique

Den svenske gynekologen Staffan Bergström har sammen med kolleger i Mozambique drevet et opplæringsprosjekt der "Technicos de Cirurgia" (helsepersonell med en fireårig medisinsk utdanning, kompetansemessig en mellomting av leger og sykepleiere) fikk systematisk opplæring i kirurgi og obstetikk. Utgangspunktet for Bergstrøms arbeid var følgende: "In Mozambique there are presently 12 Mozambican specialists in obstetrics and gynaecology for more than 15 million inhabitants. The extreme scarcity of specialists implies that other arrangements must be made to cope with the need for emergency interventions, such as caesarean delivery, salpingectomy for ectopic pregnancy, symphysiotomy, uterine evacuation at miscarriage and legal abortion" (Bergström et al 1996:511). På landsbygda var det mange steder der det ikke var tilgang på legespesialister. Prosjektet tok derfor sikte på å utdanne nye helsefaglige yrkesgrupper i legespesialist-arbeid. "The delegation of major surgery to staff not formally trained as medical doctors is a matter of controversy. Traditional professional roles are challenged and limits of responsibility altered. There may be reasonable grounds to doubt whether such delegation is compatible with safety" (Bergström et al. 1996:508). Etter en treårig utdanning der de får kirurgisk opplæring på deltid kombinert med turnustjeneste i gynekologisk avdeling sertifiserer kirurg-teknikerne til å utføre generell, gynekologisk og obstetrisk kirurgi. Slik har de i Mozambique realisert "The Movement"-strategien med å avmystifisere den medisinske behandlingen.

I 1999 publiserte Vaz og Bergström resultatene av sin kontrollerte studie av opplæringsprogrammet: "Since 1989 three workshops have been organized in order to assess the work in rural hospitals of medical assistants trained in surgery or anesthesiology. So far

the evidence indicates that their performance has been remarkably good, given the difficult logistic conditions under which they carry out their duties. Their performance has to be judged against the alternative of there being no surgeons at all. Some 90% of surgical cases in rural hospitals, involving hernia, appendicitis, abortion, caesarean section, rupture of of ectopic pregnancy, bone fractures, abdominal traumas with ruptured internal organs, burns, peritonitis or intestinal occlusion, can be handled successfully by tecnicos de cirurgia” (Vaz et al. 1999:689). Studien viser at disse lokale helsearbeiderne har vært i stand til å utføre en imponerende mengde med tildels avanserte kirurgiske inngrep med bakgrunn i god trening og en omfattende praksis i områder hvor det ikke eksisterer en formell legetjeneste.

Feltsykehus under Vietnam-krigen

Den vietnamesiske kirurgen Le Cao Dai gir et sterkt bilde av de utfordringer som den vietnamesiske frigjøringsbevegelsen sto overfor i krigen mot amerikanerne. I sin sjølbibliografi fra organiseringen av feltsykehus i Sør-Vietnam fra 1965-73 gir han mange eksempler på hvordan kreative løsninger på medisinske problemer tvinger seg fram under vanskelige forhold. *”As for myself, after I graduated from university, I studied surgery and then specialized in heart and chest surgery. But battlefield realities quickly taught us to abandon the barriers of speciality. There are many reasons, but the greatest is our soldiers diseases“* (Dai 2004:300). Denne erfarne kirurgen peker på betydningen av å utvikle personell med generalistkompetanse ut over sin egen spesialitet for å møte hverdagens utfordringer.

Vietnameserne slo sammen spesialitetene i øye-, øre-nese-hals- og tannlege til *”The Five Senses Department”*. Den største utfordringa under krig var å løse alle slags utfordringer og dette utfordret innarbeidede roller i helsevesenet. Le Cao Dai skriver: *”We doctors also do all kinds of other work: We put up buildings, dig bunkers, haul bamboo, and climb up to roof sheds. When we have wounded soldiers, we do surgery, afterwards, if we have no stretcher - bearers, we carry our own post-op patients to their bunkers”* (Dai 2004:483).

Han sier videre som respons på kritikk av en slik praksis fra en nylig ankommet kollega: *“That is normal: A doctor may work as a nurse, as a medical orderly, as a farmer, a builder, and even as a soldier with the gun in the fire-fight against enemy special forces rangers. There may be criticism that we are careless about how we live. But no one here has ever instructed staff about this obvious point: Our supreme responsibility on the battlefield is to do anything necessary for our wounded and ill soldiers”* (Dai 2004:483).

I det vietnamesiske opplæringsprogrammet for mediser var første tema transport. Med god logistisk organisering og enkle midler kunne de evakuere nesten tusen pasienter fra et jungelsykehus i løpet av en natt på grunn av amerikansk bombing. Neste tema under opplæringen var planting av matvekster. Underernæring var den største trusselen for de skadde og helsepersonellet. *”Only then we proceed to the third and the fourth lessons. The fifth lesson deals with professional language”*(Dai 2004:341). Evnen til å tilpasse opplæring og innhold til den virkelighet man står overfor er en stor utfordring i alle helseprogrammer, så også i vårt.

I vårt eget arbeid ved TMC har vi fokusert på modellutvikling og omtalt landprosjektene i Nord-Irak, Kambodsja o.s.v. som ”laboratorier”. Men så langt har vi i for liten grad studert de spesifikke forhold i hvert enkelt ”laboratorium”. Etter mitt syn er det viktig å studere konteksten man opererer i og hvilke historiske, sosiale og kulturelle forhold som danner grunnlaget for denne konteksten. Et hvert prosjekt som ikke er grunnlagt på analyse av de særegne historiske og sosiale forutsetningene i intervensjonsområdet, vil få problemer.

“Where there is no doctor”

David Werner har hatt stor betydning for utviklinga av helsearbeid på landsbygda i Sør gjennom sine bøker ”Where there is no doctor” (Werner 1993) og ” Helping Health Workers Learn.”(Werner & Bower 1991). Han har hatt stor innflytelse på den medisinske tradisjonen som også vårt arbeid bygger på. Werners program oppsummeres i seks punkter:

1. *Health care is not everyone’s right, but everyone’s responsibility.*
2. *Informed self-care should be the main goal of any health program or activity.*
3. *Ordinary people provided with clear, simple information can prevent and treat most common health problems in their own homes – earlier, cheaper, and often better than can doctors.*
4. *Medical knowledge should not be the guarded secret of a select few, but should be freely shared by everyone.*
5. *People with little formal education can be trusted as much as those with a lot. And they are just as smart.*
6. *Basic health care should not be delivered, but encouraged.*

(Werner 1993:Introduction)

Han utdyper dette på følgende måte: *”Clearly, a part of informed self-care is knowing one’s own limits. Therefore guidelines are included not only for **what to do**, but for **when to seek***

help. *The book points out those cases when it is important to see or get advice from health worker or doctor. But because doctors or health workers are not always nearby, the book also suggests **what to do in the meantime** – even for very serious problems”* (Werner 1993: Introduction). David Werner og nettverksorganisasjonen ”Health Wrigths” har praktisert denne strategien på landsbygda i Mexico, blant annet gjennom Prosjekt Piaxtla. Arbeidet startet med bygging av basale helsetjenester på landsbynivå. ”*Village health promoters were trained using participatory, learning-by-doing methods, and became relatively competent in the treatment of common illnesses and injuries*” (Werner, Saunders 1997:143). Etter som arbeidet utviklet seg begynte landsbyboerne å forstå årsakene til sykdom, og kunne derfor stille krav om sosiale forbedringer og rettigheter for landarbeiderne og bøndene i Piaxtla. Werner har også vært sentral i nettverksorganisasjonene International People’s Health Council og People’s Health Assembly Movement. (www.healthwrights.org)

Den brasilianske pedagogen Paolo Freire har vært en viktig premissleverandør for Werner. Freires distinksjon mellom det han kalte ”the banking approach” og ”the problem-posing approach” til utdanning er utgangspunkt for Werner og hans kollegers helseutdanningsprogrammer. Freire omtaler ”the banking approach” som en tilnærming der den allvitende læreren doserer sin kunnskap til den uvitende eleven som et ”instrument of oppression”. Den motsatte tilnærmingen er ”problem-posing or awareness-raising approach”, hvor lærer-elev-relasjonen er preget av likeverd og refleksjon. Denne metoden representerer i følge Freire et ”instrument of liberation” (Werner & Saunders 1997:132). Disse viktige pedagogiske prinsipper har vi også ved TMC forsøkt å legge til grunn for undervisningsmetodene ved Landsbyuniversitetet.

Egne lærebøker: ”War Surgery” og ”Save Lives Save Limbs”

I vårt eget prosjekt er det produsert to lærebøker som legger grunnlaget, både teoretisk og praktisk, for vår virksomhet. War Surgery (Husum et al. 1994) er en handbok i skadekirurgi til bruk på distriktssykehusnivå og i felt under vanskelige forhold og med lite utstyr å hjelpe seg med. Boka bygger på forfatternes omfattende erfaring fra solidaritetsarbeid i Afghanistan, Midt-Østen og Sørøst-Asia. Forfatterne gir sin programerklæring i bokas forord: ”*We learn from our fellow health workers a whole new way of looking at problems. We should not simply look at the wounded in the way surgical textbooks have taught us – dividing the patients into systems. Because resources are so scarce, we have to look at the enormous healing capacity of the human body as our best “ally” - and look at surgery as a total*

supportive strategy to assist that healing capacity. And we should look at the injured person as someone who is not a passive recipient of medical attention. The patient is actively trying to help himself, and so are his family and friends. The patient and his community therefore become part of the medical team, as operation assistants, blood donors, nurses and physiotherapists. They also teach us how to use local food resources for nutrition, and how to improvise and “pirate” equipment which would otherwise be beyond their reach” (Husum et al. 1994:5). Forordet avsluttes med at det er nødvendig å bryte med den forestilling at det bare er kvalifiserte og formelt utdannede kirurger som kan utføre livreddende operasjoner: “...if the “copyright and patent” on surgical knowledge are broken, then many more talented people will come forward” (Husum et al. 1994:6).

Save Lives Save Limbs (Husum et al. 2000) har undertittelen:” Life support for victims of mines, wars, and accidents”. Boken er en oppfølger til ”War Surgery” og inneholder et omfattende program for basal og avansert førstehjelp. Her presenteres også programmet for byggingen av overlevelseskjeder (”chain-of-survival”) fra skadestedet og fram til sykehuset. Overlevelseskjeden baserer seg på lokale ressurser og tar utgangspunkt i lokale forhold: ”All the people who one after the other help the mine victim to stay alive, from the site of injury to the hospital, form the backbone of the chain of survival. The chain of survival depends not only on these people, but also on their skills, their equipment, and how they cooperate” (Husum et al. 2000:130). En god overlevelseskjede forutsetter befolkningens tillit og støtte. ”The Village University and the chain of survival can only work with the support of the rural population. Control by outsiders and city people may cause villagers to lose interest” (Husum et al. 2000: 137). Hovedprinsippene for opplæringsprogrammet er gjengitt i Husums doktorgradsarbeid ”Tracks of blood”: ” 1) **Confidence** – train where you live; we all learn better when feeling confident and at home. 2) **Simple teaching** – the guiding principle throughout the training is to understand how “oxygen starvation” develops, and how it can be prevented by simple means. 3) **Problem shooting** – examine, indentify the main problem, solve the main problem, examine again, identify the next main problem, take action, and so on. 4) **Learning by doing** – lectures constitute less than 25% of the course; hands-on training on fellow students or live animals injured under anaesthesia should always follow the classes. 5) **Local control** – after three years, the Village University students should be able to run equivalent training programs themselves” (Husum 2003:28).

”Community-based health programs ”

I 50- og 60-åras frigjøringskamp mot kolonistynet oppsto det en ideologisk debatt om helsepolitiske strategier. De folkelige bevegelsene kritiserte det rike Vestens modell-tenkning som ikke knyttet helseproblemene til sosiale, økonomiske og politiske forhold, men vektla uvitenhet og overbefolkning som viktigste årsak til dårlig helse. Etter kritikernes syn er det en rekke forhold som demonstrerer den vestlige modellens fallitt: De medisinske tjenestene forblir byfenomener. Fattigdommen og klasseforskjellene har økt og ikke blitt mindre i den fattige delen av verden i de siste ti-åra. En av fem personer lever fortsatt under ”fattigdomsgrensen” som er satt til en inntekt på en dollar om dagen. En av fire personer mangler rent drikkevann, og de ser aldri en utdannet helsearbeider (Werner, Saunders 1997). Inspirert av lokale grunnplansbevegelser og utviklingen av barfot-legekonseptet i Kina oppsto bevegelsen for ”Community-Based Health Care (CBHC)”: *”Most of these programs started as a humanitarian response to enormous unmet needs, with a humanitarian rather than political agenda. But institutionalized exploitation and routine violation of people’s basic rights so clearly contributed to ill health and high death rates (especially of children) that many of these community-based programs evolved strongly socio-political components... The impressive health gains of China and by community-based health programs in the Philippines and elsewhere stood in stark contrast to the disappointing results of most western-oriented national health programs. Despite criticism dismissing them as “non professional” or “second rate”, health planners began to examine the potential of using the principles of CBHP for national health services. This would entail a revolutionary shift from the existing medical establishment to strong community participation, with emphases on prevention, prioritization of rural areas, and an approach which put disease in a social context. This meant literally turning the system upside down, from a top-down system to a bottom-up approach”* (Werner, Saunders 1997:16).

En milepæl i utviklingen av CBHC-bevegelsen var The International Conference of Primary Health Care i Alma Ata i 1978. Konferansen munnet ut i et ambisiøst vedtak om ”Health for All by the Year 2000”. For å nå dette målet skulle Primary Health Care være hjelpemiddel nummer en. Konferansen vedtok ei radikal tilnærming til helsearbeidet og ante nok at dette også ville møte motstand: *“It can be seen that the proper application of primary health care will have far-reaching consequences, not only throughout the health sector, but also for other social and economic sectors at the community level. Moreover, it will greatly influence community organization in general. Resistance to such change is only to be*

expected...”(From the proceedings of the International Conference on Primary Health Care Alma Ata 1978 i Werner, Saunders 1997:19). Og motstand har det blitt. Nettopp de kreftene som man ventet ville sabotere et slikt helsepolitisk program har styrket sine posisjoner i årene etter Alma Ata konferansen. Verdensbanken og Det Internasjonale Pengefondets krav til strukturelle tilpasninger av økonomien i mottakerland rammer de fattigste. Storstilt privatisering av helsetjenester og krav om nedskjæringer i offentlige utgifter fungerer heller ikke til å styrke primærhelsetjenesten for de som trenger den mest. Likevel er mye av retorikken fra PHC fortsatt i bruk. *”To maintain the new image, the progressive language of Alma Ata was co-opted; expressions such as ”people’s participation”, ” decision-making by the people,” and ”empowerment” became part of the new, official jargon. Central control, however, remained intact. While community participation was encouraged, it was generally the participation of weak compliance, rather than the strong participation of decision-making control... Grassroots efforts to put health into the hands of the people posed a serious threat – not only to elites and governments- but also to the medical establishment, who for so long had maintained a powerful monopoly on the knowledge and power of healing. Their reluctance to relinquish control, combined with government’s bureaucratic procedures placed major obstacles in the path of these new programs”* (Werner, Saunders 1997:19).

I boka ”Health Education” (Tones et al. 1990) drøftes ulike tilnærminger til lokalt helse- og sosialarbeid under overskriften ”Community organization – variations on a theme”. En type strategi karakteriseres som *”community organization”* og har som bærende element at intervensjonen skal ha *”self-empowerment”* og sosial utvikling som mål. En annen strategi kalles *”social/technical planning”* og er opptatt av *”tasks rather than process goals”* og legger vekt på endring uten å være opptatt av *”empowerment of the people living therein”*. I følge forfatterne utgjør disse to tilnærmingene to fundamentalt forskjellige filosofier : *“on the one side, a radical, self-empowerment model of health education and, on the other, the preventive medical model seeking to change behaviour and maximize the efficiency of health and illness services. It also mirrors the dilemma associated with the adoption of the WHO’s primary health care philosophy. For instance it is clear that community development/community organization provides both a practically appropriate and philosophically sound approach to implementing the tenets of primary health care in developing countries as well as handling problems of inequalities in “fourth world” situations. The self-empowerment goals of community organization exactly match the aims of*

health promotion which are concerned with maximizing public participation (Tones et al. 1990 :242).

Mobilisering av lokale krefter er et bærende element i overlevelseskjeden. Der det finnes lite ressurser må dette kompenseres med kreativ bruk av de krefter man rår over. Som Werner og Saunders viser er ikke dette politisk ukontroversielt. Hvordan et hvert prosjekt markerer sine mål, både kortsiktige og langsiktige, vil være avhengig av de lokale politiske forholdene. I samtalen, historiene og intervjuene som ligger til grunn for denne mastergradsstudien ser vi hvordan økt kompetanse og mestring fører til økt sjøltillit. Derved utvides perspektivene og deltakerne reiser nye samfunnsmessige spørsmål som f. eks. myndighetenes neglisjering av distriktene og de mineskadde pasientenes rettigheter. Dette er problemstillinger med innbygget politisk sprengstoff. Under feltarbeidet i de kurdiske områdene ble vi også konfrontert av lokale folk med spørsmål om Vestens ansvar for at Saddam Hussein kunne minelegge store deler av landet deres. Helseintervensjonen som har lokal mestring som mål, fungerer derfor også som en inspirator og organisator for ytterligere forbedringer av folks levekår. I dette ligger prosjektets kanskje største utfordring framover.

Tones og medforfattere drøfter også hvordan intervensjoner i primærhelseomsorg kan evalueres og jeg synes deres tilnærming til dette er i tråd med hvordan vi ser på evaluering og oppfølging som en kontinuerlig prosess i nært samarbeid med alle involverte. ”*Community development is above all concerned with action research: it is inappropriate for evaluators to maintain an Olympian detachment and merely report on whether or not certain programme objectives have been achieved. Innovative programmes require a continual flow of information in order to better change course in pursuit of relevant goals and react to changing circumstances. Participatory evaluation is also a key element in the empowering process.....Although clinical trials might be excellent for avoiding placebo effects in testing the efficacy of a drug or a single clinical intervention, complex health promotion programmes require illumination rather than the double blind*”(Tones et al. 1990:246).

I utgangspunktet var byggingen av overlevelseskjeder i de minelagte områdene i Nord-Irak en medisinsk intervensjon som siktet inn på områder utenfor den etablerte helseinfrastrukturen. Det kortsiktige målet for intervensjonen var å bringe de mineskadde fra skadestedet fram til det kirurgiske behandlingstilbudet i live. For å oppnå dette måtte man innføre ny kunnskap i de strukturene som fantes, og bygge ny kompetanse i de landsbyene som ingen infrastruktur

hadde. Prosjektets bottom-up tilnærming har gitt intervensjonen en dynamikk som gjør at det stadig flere av landsbyboerne engasjerer seg og at intervensjonen ekspanderer til nye områder både geografisk og faglig. De to case-storyene som er lagt inn i oppgaven viser denne utviklingen. Bottom-up strategien innebærer å lytte til de lokale stemmene som ytrer seg. Bare på den måten kan arbeidet styres i en retning som dekker beboernes behov, og samtidig gi beboerne og brukerne den kunnskap og sjøltillit som er nødvendig for å sette intensjonene ut i livet. Intervjuene med landsbyboere, mediser, førstehjelpere og medicens egne fortelling hjelper oss å forstå dynamikken og utviklingen i prosjektet. Samtidig gir det oss mulighet for retrospektivt å se hvordan våre egne intensjoner og vår egen forståelse har endret seg under løpet.

Jeg vil avslutte denne bolken med et sitat fra sosialpsykologen Sonia Kruks. Hun oppsummerer sin strategi for studier av samfunnsmessige maktrelasjoner i fire punkt:

” (1) *Differences of race, class, ethnicity, gender, sexual orientation, and so on have for too long been obscured by a hegemonic, white, male, upper-class and heterosexual elite which, under the guise of claiming that there exists a universal human condition, has constructed accounts of reality that serve its own ends; (2) Those groups whose identities were previously subjugated by this elite should now be privileged as sources of both epistemological and moral authority, since their oppression gives them a unique capacity and right to speak about and judge what is true and what is good; (3) (implicit in the first two claims) access to truth and the authority to make moral and political judgements is not universal, but is always relative to whom one is; (4) To “unmask” or “deconstruct” privileged, universalist readings of reality and to make possible the expression by the previously silenced and subjugated of their own identity and truth are not only valid forms of political action, but the most important forms of political action today* (Kruks 1999:122).

To måter å tenke på

Min egen teoretiske tilnærming tilsvarer langt på vei posisjonen til Kruks: Samfunnsmessige sannheter er relative og gitt av posisjonen som man inntar. Min egen langsiktige interesse er å skape forandring nedenfra, å hjelpe undertrykte og svake til å kunne bedre sin egen situasjon. Dette innebærer å lytte til og legge vekt på de svakes egen kunnskap om sin egen virkelighet. I boken ” *Whose reality counts? Putting the first last*” analyserer Robert Chambers utviklingsprosjekter i fattige jordbrukssamfunn (Chambers 2003). Han hevder at mye av utviklingsarbeidet har vært ”top-down” og ikke ”bottom-up”. Derfor har da også resultatene

ikke på noen måte stått i stil med de uttalte intensjonene. Chambers kritiserer også den forskningsmessige evalueringen av prosjektene ved at den ikke har vært lagt opp i et nært samarbeid med de ”studerte” og derfor i for liten grad har vært i stand til å nå inn til landsbyboernes livsverden.

Men det finnes andre – og diametral motsatte – måter å tenke på. Graham Hancock’s kritiske analyse av internasjonal bistand i boken ”Lords of Poverty” (Hancock 1989) byr på en rekke eksempler der bistandsintervensjoner ikke kommer de fattige i Sør til del. Under overskriften ”Arrogance and paternalism” drøfter han den ”humanitære etikken” med utgangspunkt i en uttalelse av tidligere statsminister Margaret Thatcher. ” *Britain’s Prime Minister Margaret Thatcher best summed up this patronising attitude when she said of Ethiopian peasant farmers:” We have to try to teach them the basics of long-term husbandry” (Interview in the documentary African Calvary, BBC, Easter 1985). The truth is that it is very little we can teach these tenacious and courageous people about the basics of their trade that they do not already know far better than we do; they have been extracting a living – and often a surplus – from the harsh eroded mountainsides of their homeland for millennia. What they do need, if they need anything, is the means to maintain their productivity in the face of escalating ecological disaster. Mrs. Thatcher’s thinking on the subject, however, is indicative of the manner in which aid becomes transformed by the strange alchemy of mercy from mere neutral material help into something that “we”, the rich, do to “them”, the poor” (Hancock 1989:22).*

KAPITTEL 3. SOSIALANTROPOLOGISKE OG HISTORISKE PERSPEKTIV

Studiene til Barth og van Brunissen

Antropologene Fredrik Barth og Martin van Brunissen har begge drevet omfattende antropologiske studier av den kurdiske landsbygda. Barth i begynnelsen av 1950-åra i det sørlige Kurdistan, Kurdisk Irak, (Barth 1953) og van Brunissen på slutten av 1960- og begynnelsen av 70-tallet i de kurdiske områdene i Irak, Iran, Tyrkia og Syria (van Brunissen 1992). Barth beskriver et samfunn organisert i relativt små landsbyer som er organisert i et spenn fra stamme- og slektsorganisering til rene føydale eiendomsforhold. Jordbruksformene varierer fra stammebasert nomadisme til livegenskap under store jordeiere. Skillet mellom by og land er stort, og lokale skikker og maktforhold har forrang foran mer formell nasjonal politisk organisering.

Barth gir et interessant bilde av disse ”uformelle” strukturer og hvordan de er med på å styre landsbyene. En landsby har etter hans oppfatning tre nivåer i denne uformelle strukturen. Aghaen (landsbyleder, høvding og ofte jordeier), familieoverhoder og Aghaens nærmeste møttes ”*in the smokefilled room*” – gjestehuset som alle landsbyer skulle ha. Her vil ”*the policy makers*” diskutere alle viktige spørsmål for landsbyen, løse konflikter og ta viktige beslutninger. Det neste nivået er de mer uformelle samlinger av landsbyboere på de flate hustakene som preger alle kurdiske landsbyer: ”.. *here the attitudes of the less privileged sections of the village to specific issues become coordinated; pressures are applied and excitement created that may lead to concerted action where persons feel they have been badly wronged*” (Barth 1953:105).

Begge disse samlingspunktene er på denne tiden forbeholdt menn. Barth karakteriserer kvinnenenes stilling slik: ”*they meet and gossip by the village water-hole.*” Basert på egen erfaring fra studieopphold i kurdiske områder tror jeg Barth gir et fordreid bilde av kvinnenenes innflytelse i disse uformelle strukturene på grunn av sin manglende tilgang til kvinnenenes verden. Jeg har også erfart fra andre sterkt kjønnsdelte samfunn at kvinnene kan ha en sterkere innflytelse gjennom familiene enn deres formelle status skulle tilsi. Barth tar da også forbehold om at det er vanskelig å vurdere kvinnenenes posisjon de kurdiske områdene. Han skildrer et samfunn der slekt og stamme er viktige føringer for relasjoner, makt og giftemål. ”*The Kurdish villager is not concerned with abstract features of village organization – he*

sees the organization of his own village, and other organizations affecting him, in terms of hierarchies of individuals, of named and familiar people, each with a familiar total status (Barth 1953:79). Barth gir også en interessant utlegning av grunnlaget for den sterke gjestfriheten som vi møter overalt i Kurdistan. "Hospitality is an integral aspect of the Kurdish ideal of a man, conversely, a person with a reputation for miserliness suffers corresponding loss of prestige" (Barth 1953:109).

Tradisjonelt har det kurdiske samfunnet løst mange av sine konflikter mellom stammer, og mellom stammer og myndigheter med væpna kamp. Landsbylederne har alltid lagt vekt på å ha et visst antall mann under våpen. Dette har vært en del av maktstrukturen i samfunnet. Barth beskriver at dette er på retur utover 30- og 40-tallet. Likevel ser man her noe av årsaken til den styrke kurderne har vist i sin kamp for sine rettigheter. Ei omfattende væpning av befolkningen har vært et viktig innslag i kampen mot krefter som har undertrykket den kurdiske befolkningen. Den kurdiske peshmergaen er en slags geriljasoldat som har en sterk stilling i det kurdiske samfunnet og det antas at de kurdiske partiene som i dag styrer Kurdisk Irak har over 100 000 mann under våpen og dette gjør kurderne til en betydelig militær kraft i dagens Irak, i følge Mudhafar Murad.

Barth skildrer i 1953 et samfunn i sterk endring der stabile strukturer brytes ned. *"The rate of detribalization has been tremendously speeded up by modern communications, reaching into the mountain fastness and most distant valleys; external administration has pacified all the old tribal strongholds; and movements of groups across the border from Persia are prevented or at least seriously hampered. It is thus only a question of time, probably less than a generation, till the segmentary lineage type of tribal organization is completely replaced by the non-tribal type in Southern Kurdistan."* (Barth 1953:135).

Martin van Brunissen gir i sitt arbeid "Aghas, Shaikh and State" (1992) et historisk tilbakeblikk på de politiske og sosiale strukturene i hele den kurdiske området. Han gjør de samme observasjoner som Barth når det gjelder endringene i den kurdiske samfunnsformasjonen. Endringer i jordbruksdriften, mobilitet i arbeidsstyrken og økt offentlig innflytelse på bekostning av Aghaen endrer de strukturene for ledelse som Barth beskriver. Gjestehuset mister gradvis sin betydning som forum for beslutninger og aghaens maktbasis undermineres. *"The central governments that brought Kurdistan under close control in the course of this century understandably claimed a monopoly in the exercise of physical*

violence. As their control became more effective, the road to power through the manipulation of violent conflicts was gradually closed. In order to rise to power in the tribal domain, knowing how to deal with government officials, which always have been a useful skill, became essential. It seems that chieftains began to depend even more than before on external support in order to prop up their positions” (van Brunissen 1992:78).

Både Barth og van Brunissen skildrer kurdiske samfunn i rask endring. De dramatiske hendelsene som har rystet det kurdiske Nord-Irak i de siste tretti årene, har ført til at tendensene som de to antropologene peker på har skutt ytterligere fart.

Betydningen av den historiske konteksten

Helt fra mitt møte med den gamle mannen i Mortkha som sa vi kom for sent, har jeg innsett at det er nødvendig å studere intervensjonens historiske kontekst. Særlig er det viktig å forstå det politisk-militære dramaet som har pågått de siste tretti år. Krieger, minelegging, deportasjoner og henrettelser preger i høy grad den kontekst som vi implementerer vårt program i. En vurdering av programmets konsekvenser må derfor legge til grunn landsbyfolkene og medicenes livserfaringer fra disse blodige årene.

I studiene av den nyere kurdiske historien har jeg hatt står nytte av arbeidene til Erling Folkvord og David Mc Dowall. Folkvords bok ” Kurdistan- om fortid, folk og framtid” (Folkvord 2002) er dels et historisk verk som omhandler nyere kurdisk historie. Men boka formidler også inntrykk og skildringer fra mange studiereiser i de kurdiske områdene på 1990-tallet. Boka er skrevet av en solidaritetsarbeider med uttalt politisk støtte til den kurdiske kampen for frihet og nasjonal sjølråderett. Forfatteren har omfattende kontakter innenfor politiske og intellektuelle miljø over hele Kurdistan og gir aktuelle tidsbilder og formidler analyser som bidrar til den historiske dimensjonen som har vært viktig i mitt eget arbeid.

Mc Dowalls bok ”A Modern History of the Kurds”(McDowall 2005) er et omfattende verk om kurdisk moderne historie som omfatter hele det kurdiske området. Boka dekker epoken fra det Ottomanske riket i det nittende århundre fram til 1997. Mc Dowall er Midt-Østen-historiker og bygger på to hovedkilder: et stort personlig kontaktnett i regionen, i hovedsak kurdere, og det britiske Public Record Office hvor rapportene fra britiske kolonitjenestemenn ble arkivert.

Fordi den historiske konteksten er viktig og mye av den dramatiske kurdiske historien er ukjent i Europa vil jeg i det videre gi et kort riss av de viktigste hendelsene de siste tretti årene. Historisk har det vært stor trafikk over grensen mellom Iran og Irak i de kurdiske områdene. Handel, både legal og illegal, har vært utbredt, og den kurdiske befolkningen på begge sider av grensen er knyttet sammen av slektsband og kulturelt fellesskap. I perioder har Iran vært bakland for kurdiske opprørere i kampen for selvstendighet og opprør mot sentralmakta i Bagdad (Brunissen 1992, Mc Dowall 2004). Allerede flere år før utbruddet av krigen mot Iran var regimet i Bagdad bekymret for at de kurdiske grenseområdene ville utgjøre en strategisk fare. De mistenkte at kurdiske uavhengighetsbevegelser kunne komme til å alliere seg med fienden Iran (Folkvord 2002). I 1975 inngikk daværende Shah Muhammed Reza Pahlavi av Iran og nestkommanderende i det irakiske nasjonalrådet en avtale under et OPEC-møte i Algerie. Denne avtalen løste en grensetvist i Gulfområdet om havnebyen Shatt al Arab. Avtalen inneholdt også et punkt som gikk ut på at Shahen skulle stoppe all støtte til den kurdiske bevegelsen under ledelse av Mustafa Barzani. *"Litt etter at Algerie-avtalen var på plass (1975) begynte Irak å rydde ei "kurder-fri sone" med ei bredde på opptil 20-30 kilometer langs grensene mot Iran og Tyrkia. C. Randal (Randal 1997) oppgir at Irak ødela 1500 landsbyer med dynamitt og bulldozere, og tvangsflytta anslagsvis 750 000 innbyggere til mer sentrale og lettere kontrollerbare strøk"* (Folkvord 2002:187). Det finnes imidlertid ikke sikre tall på hvor mange som ble tvangsflytta blant annet fordi landsbyer i grenseområdet ble ødelagt flere ganger i perioden 1975-80. Bagdadregimet startet en storstilt evakuering av mange landsbyer i grenseområdene mot Iran i den hensikt å skape en mennesketom sikkerhetssone. Befolkningen ble tvunget inn i såkalte kollektivbyer med strengt forbud mot å bevege seg utenfor området. Enkelte opplevde å bli flyttet flere ganger i løpet av perioden med tvangsevakuering. De fleste evakuerte bodde i kollektivbyene til krigen var over, noen familier ble varig boende der.

Kampen for kurdernes nasjonale rettigheter har vært lang og hard i de kurdiske områdene i Tyrkia, Syria, Iran og Irak. I 1923 etablerte fredsavtalen i Lausanne ei kolonial oppdeling av det kurdiske området under kontroll av disse fire landene. *"Siden har kurdernes land blitt styrt fra Ankara, Teheran, Bagdad og Damaskus"* (Folkvord 2002:63). I Sør-Kurdistan, som var under britisk kontroll fram til Irak ble en sjølstendig stat i 1932, har det vært færrest hindringer for å bruke kurdisk språk. Aviser og litteratur på kurdisk har hele tiden vært i sirkulasjon i dette området. I den senere tid har det vært voldsomme opptøyer mot nasjonal

undertrykkelse og diskriminering av kurdere både i Iran og i Tyrkia. Avisa Klassekampen rapporterer i skrivende stund om gatekamper med steinkasting og bensinbomber mot tyrkisk politi og soldater i Diyarbakir, den kurdiske ”hovedstaden” i Tyrkia (Klassekampen 01.04.06). Da jeg passerte den tyrkiske grensen på vei til Nord-Irak høsten 2005, beslagla det tyrkiske sikkerhetspolitiet min utgave av van Brunissens bok om kurderne (Brunissen 2002) med rasende kommentarer om at bokas kart over kurdiske områder i Tyrkia var rent oppspinn. I følge grensevaktene skulle boka sendes videre til sikkerhetspolitiets sentral. Vi har personlig erfart hvordan både iranske og tyrkiske drosjesjåførere slår av kassetene med kurdisk musikk når vi nærmer oss offentlige institusjoner, militære kontrollposter eller innkjøringer til flyplasser.

Terroren trappes opp med Anfal-kampanjen

Prisen som den kurdiske befolkningen har fått betale for sin nasjonale kamp mot Baghdad-regimet har vært svært høy. En av de blodigste epokene innledes med utnevnelsen av al-Majid i 1987. Han fikk til oppgave å bekjempe den stadig voksende kurdiske motstanden mot krigen Irak og ett av tiltakene var ytterligere avfolkning av områder som han oppfatta som bakland for den kurdiske motstanden. Al-Majid definerte store deler av landsbygda som forbudt område, og alle som befant seg der var å betrakte som desertører. I et av sine første direktiver fra mars 1987 ba han de militære ansvarshavende ”... iverksette tilfeldig bombardement med bruk av artilleri, helikoptre og fly til en hver tid, både natt og dag, med sikte på å drepe et høyest mulig antall personer som oppholder seg i de forbudte sonene.” Ordren var like klar for ofrene:” Alle personer som tas til fange i disse landsbyene, skal fengsles og avhøres av sikkerhetstjenestene. De som er mellom 15 og 70 år skal henrettes så snart at man har fått all nyttig informasjon det er mulig å få fra dem og denne informasjonen er meddelt videre på foreskrevet måte... Hvis vi ikke handler på denne måten, vil det aldri bli slutt på sabotørens aktiviteter, ikke på en million år.” (Lydbåndopptak av Al-Majid, erobra av kurdiske opprørere i 1991. Refert i Folkvord 2000:191,192 fra Middle East Watch 1993:7 Her drøftes autentisiteten til disse opptakene)

Terroren fortsatte i 1988 som en omhyggelig regissert kampanje med navnet ”Anfal”. Uttrykket er henta fra Koranen og beskriver situasjoner der muslimer rettmessig kan ta krigsbytte fra de ”vantro”. Kurderne er for en stor del muslimer, og navnevalget var et forsøk på å gi kampanjen kulturell legitimitet. Folkvord sammenlikner Anfal-kampanjen med tyrkernes utrydding av armenere og assyrere i 1915. Det offisielle tallet på antallet kurdere

som ble drept i perioden 1987 – 91 er 182 000. Skildringene av massakrene er mange og er akkurat så grusomme som de for oss bedre kjente massakrene i My Lai under Vietnam-krigen og Srebrenica i Bosnia. Først og fremst menn og unge gutter ble ført bort og henrettet i tusentall. (Folkvord 2002) Mc Dowell bekrefter omfanget av Anfal-terroren: *“By the end of the war almost 4.000 villages and hamlets were destroyed, and at least 1.5 million people had been forcibly resettled”* (Mc Dowell 2004:360). I en fotnote sier han at USA hevdet å ikke kjenne til den systematiske ødeleggelsen. Dette er imidlertid usannsynlig fordi USA drev systematisk satellittovervåkning av området under hele perioden. På kart som ble framstilt under Gulfkrigen var tre fjerdedeler av landsbyene i Kurdistan markert som *”destroyed”* (Mc Dowell 2004:366) I Sulimania er det opprettet et museum i det irakiske sikkerhetspolitiets hovedkvarter. I de tidligere cellene og torturkamrene er det montert 182 000 lyspunkter i taket, et for hver av de drepte, som reflekteres i 4000 speilbiter – ett speil for hver ødelagte landsby fra denne forferdelige perioden. Under offensiven på landsbygda brukte Bagdad-regimet den brente-jords taktikk. Alt ble ødelagt, hus ble revet, buskap drept, og folk ble drevet vekk uten å få ta med seg noen eiendeler. Landsbyene Mortka og Bawze og Shemiran der vi gjorde vårt feltarbeid, ble alle evakuert på siste halvdel av 1970-tallet. Darramyran ble ikke evakuert før i 1983 fordi den ligger lenger fra grensen enn de andre og derfor ble ansett for å ha mindre strategisk betydning.

Iran- Irak-krigen 1980-88

I Shemiran-området bølget krigen fram og tilbake. I en periode presset iranerne fronten helt inn til de landsbyene vi besøkte. Irakerne fryktet at iranerne ville nå fram til og kontrollere den store Derbandekan-dammen i Suleimania-provinsen. Kraftverket ved denne dammen er en viktig energikilde for hele regionen. Den militære betydningen av dette frontavsnittet førte til intensivt irakisk krigføring med omfattende bombing, minelegging og også bruk av kjemiske våpen (Notat i feltdagbok etter samtale med lokalbefolkning). I følge medicene i Shemiran var store deler av området i og rundt landsbyene deres sterkt minelagt. På grunn av mineproblemet måtte en av landsbyene etter tilbakekomsten bygges opp på et annet sted enn der den opprinnelig lå.

Krigen mellom Iran og Irak tok slutt sommeren 1988, men så sent som i mars samme år rykket Iran fram og okkuperte den kurdiske byen Halabja i samarbeid med kurdiske styrker fra PUK. Svaret fra Saddam var den kjente massakren der irakiske fly angrep Halabja med kjemiske bomber. Mer enn 5000 menn, kvinner og barn ble drept i ett eneste angrep.

Denne barbariske politikken mot kurderne førte til omfattende flyktingestrømmer, hundretusenvis av kurdere søkte sikkerhet i nabolandene Tyrkia og Iran (Mc Dowall 2004, Folkvord 2002).

Den første Gulf-krigen 1991

I 1990 ble Saddam Hussein redefinert fra å være en sikker alliert for Vesten til å bli Vestens hovedfiende nummer en. Foranledningen var Iraks okkupasjon av Kuwait i august 1990. De økonomiske sanksjonene som ble iverksatt fra Vesten, rammet også de kurdiske områdene og kom på toppen av de andre påkjenningene kurderne hadde fått føle på kroppen på 1980-tallet. Økonomi og infrastruktur ble ytterligere rasert, for eksempel steg prisen på hvetemel med over 4000 % (Folkvord 2002). Folk ble tvunget til å selge innbo og løsøre for å overleve. Da Saddamregimet led nederlag i den første Gulfkrigen i februar 1991, brøt det ut opprør som raskt spredde seg til hele den kurdiske regionen i Irak. Dette var et folkelig opprør fra en befolkning som var pint til det ytterste og ikke kunne klare mer. Det omtales blant folk i Irak som "The Uprising". Vestligstøttede radiostasjoner oppfordra til opprør for å styrte Saddam, og shiamuslimene gjorde opprør i de sørlige regionene av Irak. Den kjente kurderlederen Barzani, leder for KDP patiet sier om opprøret: "*The uprising came from the people itself. We didn't expect it*" (Mc Dowall 2004:371). Etter nedelaget i Kuwait var den militære kapasiteten til sentralregjeringa i Bagdad redusert i de kurdiske områdene, og opprøret spredde seg raskt fra landsbygda til de store byene. I løpet av to uker hadde den kurdiske motstanden tatt væpna kontroll over "sitt" territorium og kontrollerte hele Nord-Irak helt ned til byen Kirkuk. Men framgangen i det kurdiske opprøret skulle vise seg å bli kortvarig. Presidents Bush appellerte på Radio Voice of America til kurderne at de måtte styrte diktatoren Saddam for å få slutt på blodsutgytelsene, men det skulle vise seg at signalene om amerikansk støtte ikke var til å stole på. Vestmaktene ønsket ikke en situasjon der man risikerte en oppsplitting av Irak, men foretrakk heller en svekket Saddam ved makta i Bagdad som kunne holde det irakiske territoriet under kontroll. Derfor snudde de amerikanske styrkene ryggen til når Saddam satte i verk sitt felttog for å gjeninnføre kontroll over både kurderområdene i nord og shiaområdene i sør. Uthvilte avdelinger fra Republikanergarden som ikke hadde vært involvert i den første Gulfkrigen ble satt inn sammen med luftstyrker. Resultatet av denne overlegne hærstyrkens herjinger var at to millioner kurdere ga seg på flukt mot Tyrkia og Iran. De fleste flyktingene endte opp i Iran hvor tilgangen til

internasjonal bistand var liten. Tyrkia stritta i det lengste i mot å slippe flyktningene inn i Tyrkia. Mange kom seg over, men mange ble stoppet av væpna makt.

Den humanitære krisa gjorde at vestlige styrker så seg nødt til å intervenere. De opprettet en autonom kurdisk sone i Nord-Irak omtalt som "Safe Haven". Denne sonen ble annektert fra Irak og var på størrelse med Akershus fylke. De kurdiske flyktningene i Tyrkia ble tvunget tilbake til dette området. Utover 1991 begynte Bagdad å trekke sine tropper tilbake fra de kurdiske områdene, og et område nord for den 36.breddegrad som til da hadde vært en flyforbudsone for irakiske fly, ble etter hvert grunnlag for et amerikansk/britisk protektorat. Protektoratet ble administrert ved at de to store kurdiske partiene, PUK og KDP, delte området mellom seg. PUKs Talabani (nåværende president i Irak) etablerte sitt regime i Suleimania og KDPs Barzani etablerte sitt administrative senter i Erbil (Folkvord 2002). Denne organiseringen har bestått inntil nå. Endringer i dette systemet vil komme med implementeringen av den nye grunnloven for hele Irak som nå forsøkes satt ut i livet.

KAPITTEL 4. METODE

Kvalitativ metode som tilgang til en sosial virkelighet.

Eline Thornquist innleder avsnittet ”Meningsfylte fenomener – forskningsmessige implikasjoner” slik: ” *I kvalitativ forskning søker en å forstå menneskelig virksomhet, menneskers opplevelses- og meningsverden, deres sosiale og kulturelle systemer og prosesser og de praksiser og relasjoner de impliserer og skaper. En søker altså å bidra til økt forståelse for særtrekk, mønstre og sammenheng som gjør seg gjeldende på det aktuelle forskningsfelt*” (Thornquist 2003:205).

Thornquists definisjon av kvalitativ forskning er en treffende beskrivelse av hva jeg selv ønsker å forstå innenfor det felt jeg arbeider. Hun peker på tre sentrale implikasjoner av sin posisjon. For det første må forskningen preges av nærhet til forskningsfeltet og menneskene som inngår i det. For det andre må man få økt innsikt i tankene og handlingene til de en forsker på, hvilken meningsverden og hva slags relasjoner de er involvert i. For det tredje må man være seg bevisst dobbeltrollen som forsker og menneske. Hvilken rolle spiller vår egen forforståelse i vårt forsøk på å forstå det vi ønsker å undersøke?

Med utgangspunkt i Husserl bruker Jan Bengtsson begrepet ”livsverden” om den sosiale virkelighet som er tema for våre undersøkelser. ”*Livsvärlden är den värld som vi alltid redan lever i tillsammans med andra människor och som vi kan stå i et kommunikativt förhållande til. Livsvärlden är således en social värld med mänsklig organisering av livet, traderat från människa til människa. Därmed är även sagt at livsvärlden er en historisk värld*” (Bengtsson 1999:17). Nettopp det historiske elementet er viktig i mitt arbeid. For å kunne øke min forståelse av dagens sosiale virkelighet er det nødvendig å forstå de levde erfaringene som ligger til grunn for det jeg i dag ser og hører. Derfor er landsbyboernes opplevelse av den nære historien et viktig tema i våre intervjuer og samtaler.

Nærhet og distanse.

Både Thornquist (2003) og Paulgaard (1997) drøfter begrepene ”nærhet” og ”distanse” i forhold til forskningsfeltet. De hevder at man må være nær nok til å få tilgang til menneskers meninger og vurdering av sammenhenger. Men samtidig må man ha distanse for å kunne vurdere helheten i forhold til delene. I mitt arbeid har begrepet nærhet blitt stadig viktigere i

løpet av forskningsprosessen. Som nevnt i innledningen preges prosjekter og forskning i Sør av mangel på nærhet til den virkelighet som er arena for både forskning og intervensjoner (Chambers 2003, Hancock 1989). Årsakene til denne mangel på nærhet er mange. Vi kommer til en verden som er ukjent. Vi forstår ikke språket og møter kulturelle og sosiale prosesser som utfordrer vår egen erkjennelseshorisont. Antropologen Ingrid Rudie beskriver den store forskjellen det var å forske i Malaysia under sitt første og sitt andre besøk i landet.: *”Det første (feltarbeidet) ble opplevd som et slit for å skaffe seg oversikt over et meget komplekst og flytende samfunn. Ved tilbakekomsten – og selv om det hadde skjedd store endringer - fikk jeg en subjektiv opplevelse av at innsikten økte i en mye raskere takt enn den hadde gjort ved det første feltarbeidet”* (Rudie 1997:129).

Det er et stort sprang både geografisk og sosialt å komme fra det trygge Norge til den kurdiske landsbygda. Den nye verden kan virke kaotisk. Den kulturelle og sosiale kompetanse som vi har opparbeidet oss har liten relevans og gir oss ufullstendige svar på mye av det vi opplever. Våre observasjoner påvirkes også av ubehaget ved å oppleve den grelle kontrasten mellom fattigdommen ute og vår egen komfortable tilværelse hjemme. Under hele perioden av arbeid med denne mastergradsstudien har Irak vært et land i krig. Sikkerhetssituasjonen har derfor vært et viktig tema i planlegging og utføring av arbeidet. Men hva som er reell og innbilt risiko er ikke lett å avgjøre til ei hver tid. Derfor er et nært og tillitsfullt samarbeid med våre medarbeidere en viktig forutsetning, også sikkerhetsmessig. Uro og frykt har svært forskjellig effekt på forskjellige mennesker, og det kan være ubehagelig å være i en situasjon der vi føler oss prisgitt andre.

Den kurdiske gjestfriheten som vi har møtt i de kurdiske landsbyene og blant våre medarbeidere og deres familier gjør et sterkt inntrykk. De siste årene har jeg besøkt Kurdistan fire ganger og tilbrakt mer enn to måneder i det som nå har vært mitt forskningsfelt. Under fortæringen av utallige kopper te i løpet av timelange diskusjoner kjenner jeg at jeg stadig kommer nærmere menneskene og deres sosiale virkelighet. Nærhet forutsetter tillit, og ved å bli bedre kjent med menneskene har jeg fått tilgang på ny informasjon og kommet til nye erkjennelser. Som eksterne forskere kommer vi nettopp fra den delen av verden som har forårsaket enorme tap og lidelser for det kurdiske samfunnet. Kriger, okkupasjoner, landminer og støtte til diktatoren Saddam Hussein har vært Vestens bidrag til den nye lokale historie. Dette konfronteres vi med under våre besøk i landsbyene. Denne konfrontasjonen skaper naturlig nok en avstand som det skal mer til enn høflige besvergelses for å komme over. Det

store innslag av vestlig bistandsvirksomhet, spesielt i byene, har også gitt kurderne erfaringer med vestlig arroganse og en livsstil som ikke fremmer tillit til besøkende - sjøl om de påstår at de har de beste hensikter.

I eget og andres arbeid har jeg erfart at tillit i relasjoner etableres over tid. Man blir gradvis bedre kjent med hverandres mål og ikke minst med hverandres praksis gjennom prosesser som tar tid. Økt tillit og fortrolighet mellom deltakerne i arbeidet gjør diskusjonene dypere, og tilgangen til tanker og informasjon forandrer seg. Mine erfaringer med internasjonalt arbeid i over 20 år sammen med afghanere, palestinere, khmerer, burmesere og andre har vært en viktig ballast for meg i denne studien. Gjennom å bo og arbeide sammen med mennesker i Sør mener jeg å ha klart å endre noe på det ” hvite” og etnosentriske perspektivet som preger oss i Vesten i imperialismens tid. Både det året jeg arbeidet som helseteamkoordinator og Afghanistaniskomiteens representant i Peshawar i Pakistan i 1985 og mitt år som lærer på Røde Halvmånes sykepleierskole for palestinere i Kairo i 1993-94 har lært meg mye om hvordan verden arter seg, sett fra Sør. Jeg vil drøfte dette nærmere under diskusjonen om forforståelse.

Jeg har valgt å samarbeide nært med vår prosjektkoordinator Mudhafar Murad, leder for TCF Irak, under alle faser av forskningsarbeidet. Sammen har vi ført lange og grundige diskusjoner om grunnlaget for prosjektet og hvilke mål vi egentlig arbeider for. TCF har vært i stand til å rotfeste sitt arbeid i landsbyene og organisere arbeidet slik at hverdagen blir tryggere for landsbyboerne. Medicer og førstehjelperne utgjør et nettverk som strekker seg utover det å være en overlevelseskjede ved alvorlige skader. TCFs arbeid med rehabilitering og sosial organisering av skadde i sjølhjelpsgrupper har i seg et potensiale for politisk og sosial rettighetskamp. Arbeidet med å integrere TCFs modell for skadehåndtering i det lokale helsevesenet har også vært et viktig tema i våre diskusjoner. En dypere forståelse og enighet om intervensjonens basis og mål har ført meg nærmere den kurdiske livsverden som er mitt forskningsfelt. Under gjennomgangen av arbeidsmetodene drøfter jeg noen av implikasjonene av dette nære forskningsmessige samarbeidet med de lokale aktørene.

Tilgang til en annen livsverden forutsetter nærhet, men for å forstå mer av det man erfarer i dette nære perspektivet er det også nødvendig med distanse. Refleksjon over det man ser og hører er en forutsetning for å kunne komme til ny kunnskap. Paulgaard sier: ” *I kulturstudier er det aktørenes fortolkninger av sine handlinger som er utgangspunkt for analyse. Disse*

fortolkningene ligger ikke der åpent og tilgjengelig som data forskeren bare kan dra ut i felten og samle inn. Data skapes av forskeren som et ledd i det arbeidet han eller hun utfører i felten (Wadel 1991). Dette arbeidet forutsetter at forskeren både går inn og deltar innenfor de sammenhenger som studeres, og er i stand til å stille seg selv utenfor for å velge ut, kategorisere og analysere de erfaringer som gjøres, på en mer systematisk måte enn vi gjør i dagliglivet” (Paulgaard 1997:70). I løpet av det ensomme arbeidet med bearbeiding og analyse av materialet kan denne distansen kjennes lang. Nye spørsmål dukker opp. Andre perspektiver og tråder trer fram. Jeg har vært så heldig å kunne reise tilbake til Kurdistan og bruke vel ei uke på å reflektere over mine foreløpige analyser og funn med noen av de kurderne som var med i feltarbeidet i landsbyene, først og fremst Mudhafar Murad. Denne vekslingen mellom nærhet og distanse i analysearbeidet synes jeg selv har vært med på å gi en dypere innsikt.

Studier av medicer og mineofre

I 2004 var jeg med på å tilrettelegge en kvalitativ studie som TMC skulle gjennomføre i Nord-Irak. Et utvalg av landsbymedicer og overleverer etter mineulykker skulle intervjues om sin egen opplevelse av skadesituasjonen og behandlingen. Feltarbeidet ble utført av en svensk medisinerstudent, Henrik Hedelin som også publiserte en rapport ved Göteborg Universitet som et ledd i sin legeutdannelse (Hedelin 2005). Deretter er deler av materialet publisert i *Läkartidningen*, tidsskriftet til den svenske legeföreningen, under tittelen ”Traumavård i fattiga länder – en bys kollektiva angelägenhet. Omhändertagandet av minskadade på landsbygden i norra Irak” (Hedelin, Edvardsen, Murad, Husum 2006). Målet med studien var å undersøke ”ikke-kvantitative överlevnadsfaktorer under krävande og komplexa forhold.” Jeg var selv observatør under noen av intervjuene og har gjennomgått det innsamlede materialet i samband med publisering av artikkelen. Studien ga et godt bilde av en bred sosial mobilisering omkring den mineskadde, en mobilisering som ble ledet av den lokale medic. I tillegg til medicenes rent medisinske erfaring og ferdigheter, ser det ut til at landsbyenes evne til å delta i hjelpearbeidet en viktig faktor for liv eller død. ”*Överlevnad är i stor grad beroende av sociala faktorer. Trauma uppfattas av bybor (landsbybeboere, min anmerkn.) som en kollektiv angelägenhet” (Hedelin et al. 2006).*

Ved Tromsø Mineskadesenter har jeg hatt tilgang til et stort materiale av data, dokumentasjon og rapporter som har relevans for min studie:

Transkriptene og analysen av Hedelins studie: "Succeeding with low-tech trauma care – A qualitative study of a trauma system in Northern Iraq". Eksamensarbeid ved Medisinerutdanningen, Göteborg (Hedelin 2005). Dette materialet består av seks intervjuer med mediser og ti intervjuer med mineskadde samt hans analyse av materialet og manuskriptet som nå er publisert i Läkartidningen (Hedelin et al 2006).

Foto og skadebehandlingsarkiv:

Tromsø Mineskadesenter har et stort arkiv bestående av skadedokumentasjon/injury charts av alle personer som er behandlet av medicene med fotodokumentasjon tatt på skadestedet. Helt fra oppstarten av programmene har skadebehandlingen vært fulgt opp med skadeskjema/injury chart som dokumenterer skadeomfang og behandling av alle pasienter som medicene behandler. Medicene har vært utstyrt med kameraer og det også en unik fotodokumentasjon av skader og transportorganisering.

Transkript, foto, og kliniske data fra en studie av kronisk smerte hos overlevende etter mineulykker. Studien ble gjennomført i Nord-Irak og Kambodsja av Resell, Vorren og Husum (Husum et al. 2002).

En evaluering av sjølhjelpsgruppene i Nord-Irak utført mars 2003 av Mads Sundet. Intern rapport fra prosjektreise i TMCs arkiv.

Overlevelseskjeden sett med lokale øyne: Upublisert materiale fra intervjuer av kambodsjanske medics og mineskadde utført av kambodsjanske helsearbeidere og to danske medisinerstudenter, Anni N. Jeppesen og Karoline Dalgaard i 2004.

Tromsø Mineskadesenter har satt som politikk å knytte til oss interesserte studenter som har vært med og utført studier på utvalgte områder som del av deres utdanning. Disse oppgavene er veiledet av oss og koordinatorene i uteprojektene og er et materiale som er med på å utfylle et bilde av hva som foregår i prosjektene. Vi har ligget så tett på disse arbeidene at vi kjenner både deres sterke og svake sider og kan ta høyde for det i vår bruk av dem som kilder.

Forforståelse som ryggsekk

I studiet av andre menneskers menings- og opplevelsesverden og hvordan denne verden materialiserer seg i sosial praksis må jeg også se på min egen menings- og opplevelsesverden

og hvilken innflytelse den har på mine observasjoner (Thornquist 2003). Min forståelse av verden er et resultat av de inntrykk og de erfaringer jeg har skaffet meg gjennom livet. Vietnamkrigen var en begivenhet som preget vår generasjon. Den førte oss til diskusjoner om imperialismen, om USA som en supermakt, og videre til studier av kolonialismen som system. Forfattere som Frantz Fanon, Jan Myrdal, Eldridge Cleaver og Jean Paul Sartre åpnet for et helt annet perspektiv på verden enn det som var rådende i sekstiåras Norge. Dette var tenkere og politiske ledere som så verden fra de undertryktes side. Deres sosiale og politiske praksis var kampen mot imperialismen i alle sine avskygninger og framtredeformer. De kjempet for "jordens fordømte" som Fanon kalte de fattige bøndene sin bok om kolonialismen (Fanon 1967). Fanons analyse av avkoloniseringen for snart femti år siden er dessverre ennå aktuell. Han påpeker hvordan Vesten har forsynt seg grådig av koloniernes ressurser og sier: *"Når vi hører en eller annen europeisk statssjef erklære med stort patos at man må hjelpe de stakkars underutviklede folkene, brister vi ikke akkurat i gråt av takknemlighet. Vi mener tvert i mot at det ikke er mer enn rett og rimelig at vi omsider får en slags erstatning. Derfor vil vi heller ikke finne oss i at u-hjelpen får karakter av velgjørenhetsbasar. Grunnlaget må være at begge parter er ved full bevissthet om hva det gjelder: u-landene må innse at dette er noe de har krav på, og givernasjonene at dette er en gjeld som må betales.."* (Fanon1967:86).

Malterud omtaler forforståelsen som en ryggsekk forskeren bærer med seg inn i forskningsprosjektet (Malterud 2003). En type forforståelse ved studier av landsbysamfunn i Sør er den orientalistiske tenkningen som er en del av grunnlaget for vestlig kultur og vitenskap. I boka "Orientalismen" drøfter Edward W. Said hvordan man i Vesten har laget en ideologisk overbygning over uretten som Fanon beskriver. Gjennom et perspektiv der verden deles i "vi" og "de andre" legitimerer Vesten sin plikt som sivilisasjon til å innføre demokrati og kultur i Orienten. Said siterer den britiske kolonipolitikeren Balfour som i en tale i 1910 sa: *"Er det bra for disse viktige nasjonene – jeg innrømmer at de er viktige – at dette eneveldige styret skal utøves av oss? Jeg synes det er bra. Jeg synes at erfaringen viser at de under dette styret har det mye bedre enn de har hatt det noensinne tidligere i verdenshistorien, og at dette ikke bare er til deres fordel, men til hele den siviliserte Vestens fordel... Vi er ikke bare i Egypt for egypternes skyld, selv om vi er der for deres skyld, vi er der også for Europa i sin alminnelighet"* (Said 2001:39). Det går knapt en dag uten at vi nå – hundre år etter Balfour – hører liknende utsagn i våre nyhetssendinger, men nå som en begrunnelse for den vestlige invasjonen i nettopp Irak. Orientalistisk tenkning preger også mye av bistanden til landene i Sør. "Hjelpen" har klare politiske føringer som fører til at mange tidligere koloniland blir rene

protektorater underlagt giverland og Verdensbanken gjennom et nettverk av humanitære organisasjoner og økonomiske avtaler (Hancock 1989, Husum et al. 2000).

Malterud hevder at forforståelsen, innholdet i ryggsekken, hele veien påvirker forskeren når han samler inn og leser sine data. Innholdet kan gi næring og styrke, men den kan også bli til en bær som gjør at vi må avbryte reisen for alt handler om det vi har med oss og ikke om det som vi ser langs veien (Malterud 2003). Turen kan bli som når guidebokkyndige turister blir skuffet fordi virkeligheten fraviker fra det bildet som de selv og guideboken har skapt om deres bestemmelsessted. Det er nettopp gjennom drøfting av egen forforståelse at vi får bedre innsikt i fenomenene. For eksempel går heller ikke vi sjøl fri for innflytelsen fra orientalismen, men slik påvirkning kan bearbeides gjennom diskusjoner med samarbeidspartnerne vår ute, for eksempel Murad. Slike grunnleggende diskusjoner om posisjonering er én type vaksine mot orientalistisk tankegods. En annen vaksine mot ureflektert forforståelse er vår uttalte målsetting om å holde landsbyboernes situasjon i fokus for vårt arbeid. Denne posisjoneringen har ført oss dit mange andres arbeid slutter, til nære samtaler, medisinsk førstehjelpsarbeid og forskning på landsbygda i Sør.

Under drøftinga av kontekstens betydning refererer Paulgaard til Hastrup og Ramløv som krever at man må *”forlate sin egen verden - la seg innskrive i det annerledes...”* Muligheten for egentlig innsikt knyttes til et krav om å arbeide *” ut fra en prinsipiell ikke-viden om det sociale rum vi studerer”*(Paulgaard 1997:71). Dette er altså forskere som hevder at forforståelsen er et bias – en feilkilde. Etter mitt syn er forsøk på å legge bak seg sin forforståelse og å opptre som *”ikke-vitende”* i forhold til den virkelighet man står i, en metafysisk posisjon. Det er et perspektiv som har sin bakgrunn i det positivistiske krav om den objektive, *”fordomsfrie”* observatør som er uten personlig innflytelse over det innsamlede materiale. I kontrast til en slik posisjon går Paulgaard til Gadamer og hans vektlegging av kontekstens betydning: *”Vitenskapstradisjon i vår tid fokuserer ikke bare på hvordan man skal få tilgang til andre aktørers mening og kontekst, men også på fortolkerens kontekst. Dette fordi forståelse ikke bare kan relateres til det fenomen, de objekter og handlinger som skal forstås, men også omfatter den som fortolker disse fenomen, og den forutforståelse som han eller hun har. Denne forståelse kan ikke løsrives fra den kontekst aktøren er en del av, enten denne er forsker eller informant. Fra et slikt perspektiv blir kravet om ikke-viten i studiet av samfunnsmessige og kulturelle fenomen ikke bare problematisk, det blir umulig”* (Paulgaard 1997:73). I tråd med Gadamer sier Malterud: *”Preconceptions are not the same as bias, unless the researcher fails to mention them”* (Malterud 2001, 483-488). Det å ikke nevne sin

forforståelse vil i denne sammenheng være å ikke tenke seg selv inn i fortolkningen. Bengtsson minner oss på at: ” *Det finns därför inget som hindrar oss från att undersöka den egna livsvärlden eller andras livsvärldar. Men vi får inte glömma att vi fortfarande själva alltid är en del av livsvärlden. Även om vi studerar den, kan vi med andra ord aldrig undankomma den* ” (Bengtsson 1999:27).

Rollen som solidaritetsarbeider i et prosjekt er ikke forskningsmessig uproblematisk. Jeg er både aktør og observatør. Jeg vil ikke kalle det forskning i egen kultur (Wadel 1991). Det er snarere forskning i egen aksjon, i eget prosjekt. Arbeidet vårt med Landsbyuniversitetet og nettverket som er utviklet ved dette læresenteret har vært fulgt opp med forskning og dokumentasjon som i sin form grenser mot aksjonsforskning, slik denne forskningstradisjonen er beskrevet av Torbjørn Axelsen (Axelsen og Finset 1973). Forskeren setter i gang en aksjon eller forsøk som følges opp med forskning både før, under og etter selve aksjonen eller intervensjonen. Helt fra starten har TMCs intervensjon i Nord-Irak vært fulgt opp med forskning for å evaluere intervensjonen. Under etableringen av overlevelseskjeden og opplæringen av mediser var det intervensjonens medisinske effekt som sto i fokus. Mortalitet, skadeomfang, behandlingsmetoder og transporttid fra minefelt til sykehus ble registrert for alle pasienter. Når medicene etter hvert reiste spørsmålet om hvordan overleverne egentlig hadde det, gjorde vi en studie av mineofrenes livssituasjon med vekt på smerteproblemer, depresjoner og fattigdom (Husum et al. 2002). Studier av på medisers og mineofres opplevelse av skadesituasjonen førte oss videre til å se på effekter av intervensjonen i den kurdiske samfunnsformasjonen. Gradvis har våre kurdiske medarbeidere blitt mer og mer trukket inn i denne forskningsprosessen, samtidig med at de på sjølstendig grunnlag modellerer prosjektet for å kunne møte de utfordringer og endringer som de til ei hver tid står overfor. Systematisk evaluering og refleksjon bringer derfor prosjektet videre og genererer kunnskap som vil kunne komme til nytte i liknende intervensjoner andre steder til andre tider. Malterud knytter slik refleksiv praksis til aksjonsforskningsbegrepet: ” *Vi kan også ha en pragmatisk forståelse av aksjonsforskning som en strategi for utforskning av refleksiv praksis – det gjensidige forholdet mellom handling, kunnskapsutvikling, implementering av ny kunnskap og endret praksis* ” (Malterud 2003:156).

Intervjuet som kilde til ny kunnskap

Til Thornquists andre sentrale implikasjon: Hvordan skaffe seg en økt innsikt i menneskers meningsverden, eller livsverden som Bengtsson sier? (Thorquist 2003; Bengtsson 1997)

Ved å være til stede under noen av den svenske studentens kvalitative intervjuer i 2005 så jeg flere problem med det kvalitative intervjuet som metode. Spesielt under de første intervjuene var det klart at Hedelin ønsket å standardisere både intervjubetingelsene og utvalget av informanter for å få mest mulig like "case". I planleggingen av intervjuene hadde ikke disse problemene blitt tilstrekkelig drøftet, og i felt kunne jeg se at denne standardiseringen var med på å lukke tilgangen til sentrale data i stedet for å åpne opp for ny kunnskap. Hedelin kommenterer dette på følgende måte i sin oppgave: "*They (Edvardsen/Wisborg) participated and listened to some interviews, giving feedback enabling me to modify my method along the way. My questions to the informants and my behaviour changed as I gained more insight into the problem that I was studying*" (Hedelin 2005). I sin omfattende gjennomgang av kvalitative intervjuer påpeker Henning Olsen det asymmetriske i intervjusituasjonen ved at informanten skal bidra med sine erfaringer, meninger eller kunnskaper innenfor et felt som er forhåndsdefinert av forskeren (Olsen 2003). Dette drøftes også av Amina Mama i hennes arbeid om svarte kvinners identitet i Storbritannia. "*Whoever has been studied, the fact is that power relations of orthodox research process have vested complete authority in the scientists, who have usually been male and white or western. This has had the effect of silencing the researched- whether these have been colonised people, black people, women or members of other powerless groups – or at least of orchestrating whatever they are heard to say*" (Mama 1995: 66). Mama fortsetter: "*Within this paradigm, proper interviewing is about creating a highly artificial social relationship in which the interviewer asks the questions and the interviewee answers and does not ask questions back.*" (ibid:71)

I henhold til et "verdinøytralt" konsept skal intervjueren ikke si sin mening, da dette kan påvirke den intervjuede og dette vi bli sett på som en svakhet eller "bias" i bearbeidingen av materialet. Mama velger i sitt forskningsarbeid å jobbe med gruppeintervju som tas opp på bånd. I samtalen/diskusjonen deltar hun på linje med informantene. Hun har ikke rollen som "bedreviter" på det området som undersøkes (svarte kvinners identitet), men velger å være aktør i stedet for å bare være ordstyrer eller passiv observatør av de andre. "*Sessions took the form of open-ended exploratory discussions in which participants compared and contrasted experiences that they felt to have had some bearing on their identity and on their awareness*

of themselves.....I did not pose questions or other participants to answer , or restrain my own participation when questions were directed at me” (ibid:73)

Det deltakende perspektivet finner vi også innenfor tradisjonen med aksjonsforskning. Når dette perspektivet er valgt, blir det viktig at forskerens egen deltakelse kommer tydelig fram i bearbeidingen av materialet. Mamas uttalte mål er: “ *I saw my responsibilities as a researcher as being about learning how to observe and analyse in such a way as to assist the participating group to know more about themselves and the social conditions of their existence and formation. This meant facilitating a growth in collective and individual self-awareness...* ” (ibid:67) Når det gjelder resultatet av denne formen for datainnsamling, konkluderer Mama slik: ” *Since it is readily apparent that higher levels of subject participation yield richer and in many ways better types of data, there are perfectly good grounds for sharing power during this stage of the research process...* ” (ibid:79). I sin kritikk av det individuelle forskningsintervjuet peker Mama på viktige metodiske problemer. I Mamas prosjekt er aksjonsperspektivet og målet med å styrke deltakernes ”self-awareness” mer uttalt enn det vi sjøl hadde som utgangspunkt i vår intervensjon. Men økt forståelse av betydningen av ”sharing power” har ført til at vi underveis i intervensjonen har gjort våre lokale samarbeidspartnere gradvis mer delaktig både i design av intervensjonen og evalueringen av dem – som i denne mastergradsstudien.

Hva er det som åpner og hva er det som lukker?

Inspirert av Mamas drøfting av intervjusituasjonen og egne erfaringer bestemte forskerteamet – jeg selv, Torben Wisborg og Mudhafar Murad – at vi i hovedsak ville basere datainnsamlingen på gruppesamtaler. Målgruppene besto av beboerne i utvalgte landsbyer i grenseområdet mellom Iran og Irak hvor mineproblemet har vært omfattende. Under et tidligere besøk i studieområdet før vi startet den systematiske datainnsamlingen, samlet vi noen førstehjelpere, landsbyledere, mineskadde og andre landbyboere til samtale om deres egen opplevelse av og erfaringer med mineproblemet, deres nåværende situasjon, og hvordan nettverket av førstehjelpere kan utvikle arbeidet videre i deres område. Disse for-samtalene ble ikke gjennomført i en forskningsmessig ramme, men var metodemessige pilotstudier. Samtalene ga et bredt spekter av synspunkter, og vi valgte derfor å fortsette med denne formen for datainnsamling.

I planleggingen av intervjuene har jeg hatt nytte av David Morgans bok "Focus groups as qualitative research" (Morgan 1988). Metodisk ligger vi sjøl nært opp til fokusgruppens metodikk. Morgan vektlegger følgende fortrinn med metoden: " *While individual interviewing is also interaction, the key point is that focus groups offer a stronger mechanism for placing the control over this interaction in the hands of the participants rather than the researcher* " (Morgan 1988:18) Morgan vektlegger fokusgruppens evne til å "...get closer to the participants' understandings of the researcher's topic of interest" (ibid:24). Bruk av fokusgrupper har vært kritisert for å være et lettvent, billig og raskt verktøy til å skaffe seg kunnskap om folks oppfatninger. Spesielt har bruken av denne metoden i markedsføringsøyemed vært med på å gi den et dårlig rykte i samfunnsforskningen. Benedicte Ingstad har advart mot ukritisk bruk av fokusgrupper som hovedmetode og anbefaler at metoden brukes der man kjenner feltet godt fra før (Ingstad & Grimen 2004). I samtale med Benedicte Ingstad presiserer hun at hennes innvendinger er først og fremst rettet mot å bruke metoden til å få raske svar i settinger som man kjenner dårlig fra før (Ingstad i personlig samtale, OE).

Det er krevende å få tilgang til folks livsverden i landsbyene i Kurdistan. Området er fysisk utilgjengelig. Vi kjenner få eller ingen av beboerne der, og vi behersker heller ikke det lokale språket. Disse faktorene tilsier at vi er avhengig av hjelp, en døråpner, for å komme inn på denne sosiale virkeligheten. Til dette har vi valgt å bruke Mudhafar Murad, vår lokale prosjektkoordinator i Kurdistan. Han kjenner landsbyene godt og har stor tillit hos lokalbefolkningen. Mudhafar Murad legger selv vekt på spørsmålet om tillit hos og nærhet til landsbyboerne. I motsetning til personellet i mange andre prosjekter som haster gjennom landsbyene, valgte vi å ligge over i landsbyene. Før vi startet gruppesamtalene, ruslet vi rundt i landsbyen, og drakk te hos noen av familiene. Dels var dette å signalisere at vi var i landsbyen og vår hensikt med besøket. Dels ga det oss en innsikt i hva det var som opptok folk flest omkring de temaene som interesserte oss. Dette hjalp til å åpne for landsbyfolkernes deltakelse i gruppesamtalene som vi hadde på kvelden.

Det er ikke uproblematisk å bruke en prosjektkoordinator i en så framskutt posisjon i denne typen datainnsamling. Mudhafar Murad setter selvsagt sitt preg på datainnsamlingen fordi hans posisjon preger landsbyfolkernes forhold og forventninger til han og til vårt team. Etter mitt syn var det nettopp hans svært nære forhold til landsbyene, det faktum at han er landsbygutt sjøl, og hans evner til å komme i kontakt med de involverte, som gjorde at vi kom

i tale med folk på en annen måte enn hva mer ”nøytrale” aktører kunne ha oppnådd. Chambers snakker om å etablere ”rapport” (forståelse, samhold) med folk i landsbyene (Chambers 2003). Som en forutsetning for dette setter Chambers at besøkende tar seg tid, at de kjenner til livsvilkåra, og at de er villig til å høre etter hva landsbyfolket har på hjertet. Han vektlegger faktorer som kan virke banale, men som utgjør en stor forskjell i samfunn som har rikelig erfaring med utenlandsk arroganse, med besøkende med mangel på engasjement i deres livsvilkår, og ”hjelpere” som ikke følger opp landsbyfolkets ønsker og behov. Merete Taksdal opplevde under sitt feltarbeid i mineområdene i Kambodja at de lokale tolkene advarte intervjuobjektene om at intervjueren kunne komme til å stille ”dumme” spørsmål, men at det kom av for dårlig innsikt i den lokale kulturen. Først ble Taksdal irritert over denne kommentaren, men under arbeidet med materialet kunne hun se at advarselen var på sin plass (Taksdal 2002).

En ”døråpner” kan også komme i skade for å stenge dører. I noen av Hedelins intervjuer brukte vi en tolk som ikke tidligere har vært involvert i arbeidet med overlevelseskjedene. Han var lege og behersket engelsk godt, men bar klare ytre tegn på at han var et bymenneske. Han kjente heller ikke personene eller familiene i de landsbyene vi kom til. Dette skapte en distanse som etter min mening var et større problem enn en forskningsmessig fordel. Når man skal treffe landsbyfolkene ”hjemme” og få dem i tale på en slik måte at det blir en åpen dialog, er det viktig å ta hensyn til på hvilken måte de omgås og utveksler informasjon og meninger seg i mellom. Både Barth og Van Brunissen legger vekt på de kollektive fora hvor først og fremst mennene møttes og som både formelt og uformelt utgjorde en slags ledelse av landsbyene (Barth 1953, van Brunissen 1992). I en slik kontekst tror jeg at det individuelle intervjuet med noen få utvalgte personer ville ha vært en mer konstruert situasjon enn de gruppesamtalene som vi la opp til.

Utvalg av landsbyer og informanter

Vi hadde bestemt oss for å besøke fire forskjellige landsbyer langs grensen. Vi ønsket en landsby som hadde en kvinnelig medic og valgte landsbyen Bawze. Darramyran er en landsby hvor en erfaren medic fra det første kullet hadde vært i virksomhet lenge. Vi ønsket også å besøke en landsby som tidligere hadde hatt en medic, men som ikke lenger hadde det. Mortka var en slik landsby. Det fjerde området vi valgte ut var Shemiran som består av flere landsbyer. Her var det utdannet to medicer, men mer enn andre steder neglisjerte myndighetene befolkningens behov. Landsbyene hadde ellers både likheter og forskjeller som

det ikke er rom for å beskrive her. I den grad særskilte forhold vil ha betydning for forståelse og tolkning av data vil vi trekke fram disse underveis. I to av landsbyene, Darramyān og Bawze, gjennomførte vi også gruppeintervjuer av førstehjelpere som hadde fått sin opplæring av landsbyens medic. I samarbeid med Mudhafar Murad valgte vi også ut en gruppe mediser som ikke tjenestegjør i landsbyer, men som har sitt virke i akuttmottakene i forskjellige distriktssykehus i Kurdistan. Disse har fått sin trening etter at ledelsen i TCF forsto at distriktssykehusene ble et svakt ledd i overlevelseskjeden. Som avslutning på feltarbeidet gjorde vi også et intervju med Mudhafar Murad om hans erfaringer med prosjektet og hans synspunkter og erfaringer på det feltarbeidet han hadde vært med på sammen med oss.

Organisering av gruppesamtalene

I litteraturen om fokusgrupper hevdes det at gruppestørrelser på seks til syv personer er optimalt (Morgan 1988). Samtalegruppene i våre landsbyer varierte fra seks personer i en landsby til 15-20 personer i de tre andre. I oppholdsrommene hvor samtalene foregikk satt vi som gjester innerst i rommet sammen med noen av de mest respekterte beboerne som mullaen, anjumannen og skolestyreren. Utover i rommet satt folk tett og blandet, men kvinnene fant sin plass ytterst i rommet i alle samtalene. Det kom en håndfull kvinner til alle samtalene. Vi hadde latt nyheten gå om våre hensikter med studien og gjorde ingen seleksjon av deltakerne. De som ville, fikk komme og delta. I en av landsbyene ble det ikke plass til alle interesserte, og noen måtte stå i døråpningen og overhøre det som skjedde inne i rommet. Vi valgte å gjennomføre gruppesamtalene på kurdisk. Etter Mudhafar Murads mening ville gjentatte avbrudd for oversettelse til engelsk bryte med kurdisk skikk og skape en formell stemning som ville legge bånd på deltakerne. Etter en kort introduksjon trakk vi oss derfor tilbake, gjorde notater i feltdagbøkene og lot Mudhafar lede samtalene. Alle samtalene ble tatt opp på lydband og senere oversatt og transkribert til engelsk. På denne måten fikk vi et materiale som var tilgjengelig for både oss og Mudhafar Murad i det videre arbeidet med materialet.

Samtalene startet ofte med at en av personene som satt innerst i rommet, ofte en person med framstående posisjon i landsbyen, fortalte om landsbyen historie fra 70-tallet og fram til i dag. Etter hvert deltok flere i samtalene, og periodevis var det så mange som snakket i munnen på hverandre at det ble vanskelig å transkribere enkelte bolker. Det kunne virke som om mange kom med anerkjennende utsagn oppå den som "hadde" ordet. I noen av samtalene hadde kvinnene vanskelig for å bli hørt. I en av samtalene ble dette påpekt av kvinnene sjøl, og

gruppen fikk kritikk for å ikke lytte nok til dem. Mitt inntrykk var at det var få av kvinnene som uttalte seg, men de som var aktive uttalte seg med autoritet og tyngde.

Van Brunissen beskriver et problem i sin forskning som ”*The big man – paradigm*” (van Brunissen 1992:3). Når fremmede besøkende kommer til landsbyen, vil de ledende personene i landsbyen ta seg av dem. Van Brunissen reiste rundt som turist i mangel av formell godkjennelse fra irakiske eller tyrkiske myndigheter til å forske på det kurdiske samfunnet. Han skriver at kontakten med et bredere utvalg av landsbyboerne forutsatte at han oppholdt seg i landsbyene over lengre tid. Under våre besøk i landsbyene var allerede Mudhafar Murad godt kjent, og vår kontakt med befolkningen gikk via Murad eller medicene. Vi merket imidlertid ”big man”fenomenet til en viss grad i gruppesamtalene ved at plasseringen i rommet fulgte en kulturelt bestemt rangordning.

I forberedelsene til samtalene hadde vi lagt opp til at vi ikke ønsket en streng struktur i samtalen styrt av en detaljrik intervjuguide. Van Brunissen refererer fra sin studie at: ”... *the unstructured interviews that were part of my method gave me much material at each place, but never exactly parallel to that collected at others. The interviews were guided by my informants interests as well as by my own. On the other hand, it was precisely by not leading the interviews too strictly that I obtained really interesting, unexpected material*” (ibid:5). I samråd med Mudhafar Murad og to av de mest erfarne medicene valgte vi tema som vi syntes var viktig å få berørt i samtalene. For det første ønsket vi å få en oversikt over landsbyens nære historie fra midten av 70-åra. Hvordan har landsbyene erfart tvangsevakuering og krig? Hvordan opplevde beboerne det å komme tilbake til nedbrente og ødelagte landsbyer i et minelagt landsskap? Hva har nettverket av medicer og førstehjelpere betydd for folkene i landsbyen, og hvordan kan et slikt nettverk utvikles? Hvordan har livet for de skadde artet seg, og hva kan gjøres for å bedre deres situasjon? Hvordan ser landsbyboerne på framtida – spesielt i lys av den store fraflyttinga fra landsbyene som Kurdistan i økende grad har erfart etter den siste Gulfkrigen og oppheving av den internasjonale embargoen. Vi var også enige om å forsøke å få fram kvinnes erfaringer og synspunkter i samtalen om landsbyenes utvikling.

Dramatiske og smertefulle historier.

Vårt studieemne inneholder dramatiske og smertefulle historier om lemlestelse, tap og undertrykking. Dette er sensitive erfaringer og det kan være tungt å få fram de skjulte

beretningene, det vil si smertefulle fortellinger som vi nødig betror utenforstående. I landsbyene er alle familiene mer eller mindre berørt av de dramatiske konsekvensene av krig og folkemord. I samtaler med Mudhafar Murad om denne problematikken sier han at alle som opplevde denne perioden er prega av den. De grusomme opplevelsene ligger som en smerte under huden. Spesielt kvinnene er preget av å ha mistet mange av sine menn og sine barn. Gråten kommer ofte når man snakker om disse temaene. Murad forteller om en kvinne fra Halabja som rømte unna den kjemiske bombingene av byen i 1986 (Folkvord 2002; Mc Dowall 2004). Da de forserte en bro ikke langt fra hans egen hjemlandsby, kastet kvinnen sitt nesten nyfødte barn i elva. Dette var hennes åttende barn, og alle de andre sju var drept under bombingene. Hun klarte ikke å forholde seg til denne tragedien lengre. Mudhafar forteller også om personer som er plaget med "bombsyken", som er deres egen betegnelse på psykiske problemer som mennesker som har opplevd bomberinger opplever. Andre igjen har vært til behandling i Iran for psykiske problemer som de er påført i dette dramaet.

Generelt misliker den kurdiske befolkningen å bli diagnostisert som psykisk syke. Galskap er et stigma som man helst ikke forholder seg til. Folk vil videre i sine liv for å ta seg av seg og sine, og de har liten tro på at slike psykiske plager kan løses med hjelp utenfra. Dette samsvarer med de erfaringene den engelske psykiateren Derek Summerfield har gjort i sin forskning på nødhjelpsintervensjoner rettet mot psykiske traumer hos ofre for krig og undertrykkelse. *"Trauma programmes have not been asked for by survivor populations. The objectification of the understandable misery of war as a pathological entity apart ("trauma") – a technical problem to which short-term technical solutions like counselling apply – is a serious distortion and for the vast majority posttraumatic stress is a pseudocondition. Millions of dollars from donors have flowed to programmes whose as yet unevaluated impact may include negative effects on survivors' meaning systems and traditional coping strategies at the very point when these are damaged or destabilised. No general case has yet been made for mental health to be seen as an appropriate realm for humanitarian operations for war-affected populations. The humanitarian field should go where the concerns of survivor groups direct them, towards their devastated communities and ways of life, and urgent questions about rights and justice. The core issue is the role of the social world, invariably targeted in today's "total" war and yet still embodying the capacity of survivors to manage their suffering, adapt and recover on a collective basis"* (Summerfield 1999:1461).

Mineprobleme i landsbyene er en fortsettelse av den åpne krigføringen. Når de snakker om mineproblemet bruker landsbyboerne uttrykk som *"we are still in the battle."* De ser minene som en *"hidden enemy"*. Befolkningen i vårt studieområde har vært og er offer for en brutal undertrykkelsespolitikk der fengsling og politisk terror har vært viktige metoder for å holde den kurdiske befolkningen nede. Slike metoder brukes fortsatt av dagens regime av kurdiske klanledere som styrer under amerikansk beskyttelse. Under valgkampen til parlamentsvalget i ved vårt første feltarbeid i desember 2005 ble opposisjonelle partikontor regelrett brent ned og de ansatte drept. Historien nådde ikke de store mediene og ble hysjet ned av makthaverne. Den brutale konteksten gjør det ekstra viktig å ha lokale samarbeidspartnere både som tilretteleggere og intervjuere for i det hele tatt å komme så nært lokalbefolkningen at de våger å la sin stemme bli hørt. Den vedvarende politiske undertrykkingen tatt i betraktning, synes jeg at våre lokale samtalepartnere var svært frittalende under feltarbeidet. Forbitrelsen over lokal korrupsjon og vanstyre var tydeligvis så sterk at mange ikke nølte med å målbære kritikken.

Et eksempel på motstanden mot myndighetenes korrupsjon og neglisjering av distriktenes behov fikk vi under vårt besøk i mars 2006. 16. mars var attenårsdag for den kjemiske bombinga av Halabja som drepte over 5000 kvinner, barn og menn i byen. Det var tillyst en stor demonstrasjon og den retta seg mot de lokale myndighetene. Robert F. Worth kommenterte episoden på nettstedet KurdistanObserver: *"Many Kurds have grown angry at what they view as the corruption and tyranny of the two dominant political parties here. They accuse their regional government of stealing donations gathered to help survivors of the poison gas attack. The town's residents chose today to close off the town's main road and rally against government corruption"* (Worth 2006: <http://kurdistanobserver.servehttp.com/mar06/16-3-06-halabja-violent-against-corruption.htm>).

Slagord mot korrupsjonen var sentral i en demonstrasjon som talte over 7000 mennesker. Når myndighetenes sikkerhetsstyrker prøvde å spre demonstrantene ved å skytte over hodene deres svarte demonstrantene med å gå mot et nybygget museum og stort minnesmerke over massakren i utkanten av byen. I sinne ble både minnesmerket og museet brent ned av demonstrantene. Sikkerhetsstyrkene klarte ikke å kontrollere demonstrasjonen og begynte å skyte med skarpt mot demonstrantene. En sytten år gammel gutt døde og 9-10 andre ble skadet i denne skytingen.

Jeg har tatt med denne episoden for å belyse den politiske temperaturen som hersker i denne delen av Irak som regnes som fredelig, men hvor den politiske spenningen og undertrykkelsen av opposisjon er sterk og brutal.

Forskningsmateriale og analysemetoder

I analysen av det transkriberte materialet har jeg tatt utgangspunkt i Giorgis fenomenologiske metode slik den er modifisert av Malterud (Giorgi 1985; Malterud 2003, 2001).

Analysemetoden kalles systematisk tekstkondensering og består av fire trinn: ”1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsbærende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) sammenfatte betydningen av dette” (Malterud 2003:100).

Mitt transkriberte materiale fra intervjuene utgjør omlag 75 sider. I tillegg kommer en omfattende feltdagbok som jeg har ført kontinuerlig under arbeidet. Feltnotatene inneholder mye materiale som kom fram i de mange samtalene som vi hadde med folk i landsbyene utenom selve intervjusituasjonen. Jeg gjorde også notater under gruppesamtalene, og jeg noterte egne refleksjoner mellom besøkene. Feltdagboken har vært til stor hjelp under analysen av transkriptene fordi notatene kaster lys over utsagn og utfyller bildene som kommer fram i intervjuene. Under lange bilreiser i løpet av feltarbeidet hadde vi mange samtaler med Mudhafar Murad som også er registrert i feltdagboken. Transkriptene fra Henrik Hedelins studie har vært til stor nytte (Hedelin 2005). Intervju og data fra smertestudien bidrar også til å utfylle bildet av overlevernes situasjon (Husum et al. 2002). Jeg har brukt tid på å gjennomgå Tromsø Mineskadesenters omfattende bildearkiv fra skadesituasjonene som de kurdiske medicene har deltatt i. I tillegg til å dokumentere diagnose og omfang av skaden, gir fotomaterialet klart inntrykk av den omfattende mobilisering av landsbyboere som intervjumaterialet beskriver. Skaden oppleves som et traume som rammer hele landsbyen og den kollektive responsen som vi ser er en av reaksjonene på dette.

Et feltarbeid i det gjestfrie Kurdistan involverer deg også i mange sosiale sammenhenger. Vi deltar i bursdagsfeiringer, piknikturer med venner og utallige måltider som er med på å gi en

økt innsikt i den kulturelle konteksten. Den kurdiske maten hadde fortjent et eget kapittel. Måltidene uttrykker gjestfrihet og er et viktig element i mange sosiale sammenhenger.

På grunn av de språklige utfordringene i transkriptene var min første gjennomlesning svært grundig. Etter lesningen førte jeg opp de temaer som jeg oppfattet som de viktigste. Materialet ble deretter systematisk gjennomgått for å finne meningsbærende enheter innenfor de forskjellige tema. Under dette arbeidet ble det klart at materialet fra landsbyintervjuene og intervjuene med mediser og førstehjelpere har forskjellig innretning. Jeg velger derfor å analysere og presentere dette materialet atskilt. Det tredje trinnet i Malteruds analysemetode er ”å abstrahere den kunnskapen som hver av kodegruppene representerer” (Malterud 2003:106). Etter mitt syn er en slik kondensering av mening gjennom abstraksjon problematisk. Vi har tidligere tatt for oss Gadammers og Bengtssons krav til kontekstualitet som grunnlag for å kunne ”gå tilbake til sakerna själva”. (Bengtsson 1999:10)

Men vårt materiale er spesifikt og konkret, farget av situasjonen der og da. Det er derfor viktig å ikke kondensere innholdet på en slik måte at konteksten blir uklar eller irrelevant. Det store tilfang av materiale i tillegg til intervjutranskriptene representerer også en metodisk utfordring som til dels sprenger rammene for den analysemodell som jeg på forhånd hadde beskrevet i prosjektplanen. Både forståelsen av den historiske dimensjonens betydning og vårt eget solidaritetsperspektiv understreker kontekstens betydning. Bengtsson sier i kapittelet om metodisk kreativitet: ”*Det fenomenologiska kravet på at forskningen skal gå tillbaka til sakerna så som de visar seg och göra dem full rättvisa kan lätt hamna i konflikt med vetenskapens krav på metod. De preskriptiva regler som vetenskapliga metoder innehåller förmår bara ge kunnskap om det som metoderne medger. Men i så fall blir forskningen mera trogen sina metodern än sakerna själva. Det verkar med andra ord som om forskaren måste välja mellan att följa sakerna eller någon viss metod. Denna valsituation är dock inte så entydig som den ger sken av. Det fenomenologiska kravet på att göra rättvisa åt sakerna tycks ju själva vara en metodprincip. Därmed verkar motsättningen snarare vara en paradox*” (Bengtsson 1999:32). Bengtsson oppfordrer til en metodologisk kreativitet der man tilpasser metodene til det område man skal undersøke. For meg blir den systematiske tekstkondenseringen en for trang ramme sett i lys både av materialets historiske dimensjon og det store og varierte datatilfanget.

Amina Mama beskriver hvordan hun valgte utdrag fra transkriptene som kastet lys over de diskurser som hun hadde under analyse. *”Discourses were identified from a very wide base of information about black and Caribbean culture and then used to chart paths through my data. I went through the tapes and transcripts selecting excerpts which enabled me further to elaborate the discourses. I had sketched out and, more importantly, to understand better the process and the contextuality of those subjectivities manifesting themselves in the conversations, or, to put it simply, where they were coming from, socially and historically, and what power relations had permeated these personal and collective histories”* (Mama 1995:85) Mamas kritikk av det kvalitative intervjuet som metode og hennes analysemetode gir rom for en bred tolkning av en historisk og sosial kontekst som jeg har dradd veksler på i mitt eget arbeid.

Språk og transkripsjon

Gruppesamtalene i landsbyene foregikk på kurdisk uten samtidig oversettelse. Samtalene ble tatt opp med digitalt opptakerutstyr. Transkripsjonen fra kurdisk til engelsk ble gjort av en utenforstående tolk. Intervjuene med medics og førstehjelpere ble referert av Murad på en slik måte at vi kunne følge gangen i samtalen. Et intervju med førstehjelperne i Bawze ble transkribert av meg på bakgrunn av lydbåndopptak fra intervjuet hvor Murad var oversetter.. Intervjuet med Mudhafar Murad, som foregikk på engelsk, er transkribert av Torben Wisborg.

Deler av oversettelsen fra gruppesamtalene er preget av skrivefeil som det har kostet en del arbeid å bringe klarhet i. Vi har i samarbeid med Mudhafar Murad gjennomgått oversettelsen for å klargjøre uklarheter i innholdet. Vi har mistet noe informasjon under gruppesamtalene når iveren etter å delta i samtalen ble så stor at stemmene ikke kunnes fanges opp av opptakerutstyret. I disse heftige situasjonene forteller oversetteren om samtalsinnhold uten forsøk på å gjengi de enkelte utsagn. I krysskulturelle studier er analyse av innhold og mening vanskelig. Selv ved transkripsjon av data innenfor ett språk må den skriftlige teksten formuleres på en slik måte at den best mulig representerer det som informantene rent faktisk meddelte. Dette medfører at teksten i noen grad må redigeres under utskrivningen. I engelsk litteratur betegnes dette som *”slightly modified verbatim mode”*. (Malterud 2003:79).

Gjennom mange års arbeid blant mennesker som ikke har engelsk som morsmål og som behersker språket bare i begrenset grad, har jeg skaffet meg en viss kompetanse i å finne mening i utsagn som ikke umiddelbart framgår av det som blir sagt eller skrevet. Denne

erfaringen har vært til hjelp i gjennomgangen av teksten. Vi hadde også anledning til å rydde opp i uklarheter under vårt andre feltbesøk hos Murad i mars 2006.

Jeg har valgt å presentere tekstene fra intervjuene på engelsk for ikke å måtte oversette enda en gang til norsk, med de mulige endringer i innhold som dette kan føre til. Som vi har diskutert tidligere er Mudhafar Murads rolle viktig å se på i vurderingen av materialet. I kraft av rollene som både prosjektkoordinator og tolk kan han filtrere informasjon og representere en feilkilde i datainnsamlingen. Dette er det vanskelig å avkrefte på en bastant måte, men jeg har vurdert det skriftlige materialet opp mot mine andre kilder. De informasjonene som jeg har samlet i feltnotater gjennom inntrykk, samtaler og sosiale sammenhenger, og fått i litteraturen som omhandler temaet, gir meg ikke grunn til å tro at intervjumaterialet skulle inneholde store feilkilder i forhold til denne studien.

Forskningsetiske vurderinger

Vi har lagt stor vekt på involvering av lokale medarbeidere i utforming og gjennomføring av studien slik det er redegjort for i tidligere kapitler. De norske forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap, jus og humaniora sier: ” *Kravene til samtykke fra enkeltmennesker som lever i samfunn som skal utforskes, må kombineres med kunnskap om og respekt for lokale tradisjoner og etablerte autoritetsforhold. Forskeren bør i størst mulig grad samarbeide med lokalbefolkning, medlemmer i den aktuelle kultur og deres representanter samt lokale myndigheter*” (www.etikkom.no/retningslinjer 2006). Deltakelsen i aktuelle studie var frivillig og kontakten ble formidlet av lokal koordinator, Mudhafar Murad. Prinsippene for samtykke og rett til å trekke seg har blitt fulgt.

De norske forskningsetiske retningslinjene (punkt 41) stiller krav om tilbakeføring av resultater og kunnskap fra studien. Vi vil søke å ivareta denne forpliktelsen gjennom det organisatoriske nettverket som TCF har i studieområdet. Det forutsetter at resultatene og denne mastergradsstudien oversettes til engelsk noe vi vil gjøre høsten 2006.

Helsinkideklarasjonens punkt 8 påpeker at ” *enkelte forsøkspopulasjoner er sårbare og har behov for særlig beskyttelse. Det må erkjennes at økonomisk eller medisinsk vanskeligstilte personer har særlige behov.*” Under feltarbeidet har vi gjort klart overfor informantene at vår kontakt ikke innebærer økonomisk kompensasjon eller andre fordeler.

Gruppesamtalene er tatt opp digitalt og transkribert til engelsk. Informantene er anonymisert og registrert i det skriftlige materialet bare med landsby og kjønn. På forespørsel har vi fått beskjed fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) om at denne studien ikke krever NSD-vurdering dersom vi ikke oppretter personregister eller lager oversikter der informantene kan identifiseres. Etter samtykke omtaler jeg to av medicene med navn, Hikmat Hamarahim og Osman Salah. De to er profilerte talsmenn for TCF Iraq og er også presentert i tidligere publikasjoner (Husum et al 2000). Det skriftlige materialet og fotodokumentasjon oppbevares i låst safe ved Tromsø Mineskadesenter UNN.

Under datainnsamlingen i felt har jeg samarbeidet med min kollega på Tromsø Mineskadesenter, overlege Torben Wisborg ved Hammerfest Sykehus. Vi har derfor søkt felles godkjenning for studien hos Regional Etisk Komitè i Bergen som inntil 2006 var ansvarlig for behandling av forskningsprosjekt i utlandet. Søknaden er innvilget 29.10.05 med Prosjektnummer REK: 3.2005.1828. Selv om jeg har samarbeidet med Wisborg under datasamlingen, vil vi analysere og publisere materialet hver for oss.

KAPITTEL 5. HJEM TIL RUINER OG MINEFELT

Alle fortellingene vi fikk høre under feltarbeidet viser at den økonomiske situasjonen for folk var svært dårlig under embargoperioden. Basale matvarer som mel og ris var mangelvare og dessuten svært dyre. De fattigste valgte derfor å dra tilbake til landsbyene for å prøve å klare seg der. *"After the uprising many families started to return back to their villages, because they had a very bad situation in the city. Most of them were poor. Only those with financial resources could stay in the city. The villagers faced many problems after returning back, such as lack of schools and hospitals, the economy was down and most of their lands were covered by mines and UXOs."* (Bawze)

De som vendte tilbake til landsbyene sine, kom til raserte og nedbrente hus. *"Everything was destroyed.. We left our village without taking anything with us. The previous regime (Saddam Hussein's. Min anm. OE) made collective towns for most of the villagers. They burned down and destroyed all the villages."* (Darramyan) De fleste områdene rundt landsbyene var alle minelagte. *"There were mines everywhere. We didn't know which places had no mines. When we started to relive in our village we suffered many sad events by the mines. Many people were injured, killed and disabled by mines and UXOs. In Iraq in general, and in Kurdistan especially food was so expensive. We went back to our village to work on our farm, but this was difficult for us. The mines were placed in hidden places or under the earth. No one could see them, but we were obliged to work there even if there were mines in the land"* (Darramyan)

Embargoens ødeleggende effekter

Som en straffereaksjon for Iraks invasjon i Kuwait vedtok FNs sikkerhetsråd 6. august 1990 å innføre økonomiske sanksjoner og embargo mot Irak. Embargoen inkluderte eksport og import av de fleste varer og hadde en ødeleggende effekt på økonomien også i den kurdiske delen av Irak. En omfattende rapport fra The Campaign Against Sanctions on Iraq ved University of Cambridge fra 1999 oppsummerer noen av embargoens konsekvenser (http://www.ugcs.caltech.edu/~progress/pamp_ed3.html). Bare i løpet av embargoens første år sank den økonomiske aktiviteten i landet med 75%. For vanlige folk betydde det at de ikke lenger var i stand til å brødfø seg sjøl. Folk solgte alt de kunne unnvære for å skaffe mat. Underernæring ble et økende problem, spesielt blant barn. Sammenbrudd i vannforsyningen førte til forurensing av drikkevann med epidemiske utbrudd av gastro-enteritter, tyfus og

kolera, sykdomstilstander som det irakiske helsevesenet før krigen hadde en beredskap mot. Disse sykdommene rammet barn og gamle hardest. Mudhafar forteller om besøk i en barneavdeling på et sykehus i 1993 hvor avdelingen var helt overfylt av underernærte og dehydrerte barn. FNs landbruks- og matvareorganisasjon FAO gjennomførte ernæringsundersøkelser i Irak under embargoperioden. I en artikkel i Lancet i 1995 skrevet av de britiske legene Zaidi og Smith-Fawzi refereres resultatene av FAOs survey: *"The moral, financial, and political standing of an international community intent on maintaining economic sanctions is challenged by the estimate that since August, 1990, 567 000 children in Iraq have died as a consequence"* (Zaidi & Fawzi 1995). FAO-rapporten refererer også et intervju med USAs FN ambassadør: *"This figure is the most famous mortality estimate to come out of Iraq. It is associated with an equally famous quote. On May 12, 1996 Lesley Stahl's guest on the US television news programme 60 Minutes was Madeleine Albright, then the US ambassador to the United Nations; she is now their Secretary of State and a key figure in their Iraq policy. Part of their exchange was:*

Stahl: "We have heard that a half a million children have died. I mean, that's more children than died in Hiroshima. Is the price worth it?"

Albright: "I think this is a very hard choice, but the price -- we think the price is worth it." (Campaign Against Sanctions on Iraq 1999,

http://www.ugcs.caltech.edu/~progress/pamp_ed3.html#mortality)

Irak mottok ingen humanitær bistand i denne perioden. Et unntak var de kurdiske områdene som mottok en del hjelp fra internasjonale hjelpeorganisasjoner, men disse hjelpesendingene ble delvis sabotert av Saddams styrker. Mc Dowall viser til at i 1992 fikk Sulimania bare 20% av de nødvendige matforsyninger og Erbil 16% (McDowall 2004). Det internasjonale hjelpearbeidet var utilstrekkelig for å dekke den skrikende nøden i landet. I tillegg ble nødhjelpsarbeidet svekka av omfattende korrupsjon både i FN-systemet og i de lokale kurdiske regimene hvor lokale klanledere og myndighetspersoner forsynte seg grovt av forsyningene under dekke av toll og avgiftsoppkreving (Mc Dowall 2004).

Folk rydder miner på egenhånd

En av inntektskildene den første tida var å gi seg ut i minfeltene for å samle metallskrap etter kampene. *"Our life depended on the planting of tobacco and livestock. But we faced the main*

problem in mines and UXOs. Our village contained a large amount of dangerous weapons and mines that was after the war. Still you can find them everywhere. Some people started to use them and depend on them for daily income. Many people were killed and injured by them. More than 30 were killed and we have 30 people that have lost their limbs and eyes by mines and UXO “(Bawze). Omreisende skraphandlere kjøpte opp det folkene hadde samlet. I tillegg samlet enkelte landsbyfolk miner og ueksplodert ammunisjon, tømte dem for sprengstoff og solgte metallet som skrap. I gruppeintervjuene presiserer landsbyfolkene at de visste godt at denne geskjeften var livsfarlig, det hadde de lært seg fort nok. I et av intervjuene forteller de om en far som ikke hadde noe mat i huset. ”*A father thought that death was better than looking at the hungry, pale and sad children. They were obliged to do that because he liked his wife and children to live. Not only that person, but there were many families like him. They were poor. They were ready to go everywhere and do any works for gaining money.*” (Darramyan)

Lokal minerydding og demontering av UXO var en svært farefull virksomhet som påførte befolkningen store tap av menneskeliv og mange skadde. Under et tidligere besøk der vi intervjuet mediser og overlevere etter mineulykker ble jeg konfrontert med alle mineskadene i den første tida etter hjemkomsten. Meldinga fra den gamle kurderen var at vi kom for seint. Det var i denne første tida at skadene var flest. Nøden var større og kunnskapen om hvordan man skulle unngå mineskader var mindre. Meldinga om at vi kom for sent kom også opp i flere av gruppesamtalene under dette feltarbeidet. Innholdet i disse utsagnene arter seg ikke som anklager, men snarere en erkjennelse av hvor mange de sjøl kunne ha reddet med enkle midler i denne vanskelige tida.” *Before the TCF medics started to give help there was nobody here to treat or start first aid. There were many accidents like mine-injuries and snake- and scorpion bites. Most of them died due to lack of medic or nurse to do injection or stopping the bleeding immediately*” (Shemiran). En AFHer i Shemiran sier: ”*We lost a lot of patients that we now would be able to save by free airways and controlling the bleeding*” (Feltdagboknotat Shemiran).

I landsbyen Bawze oppsummerte de denne tida slik: ” *We took the patients to the hospital in the city by their relatives. Nobody could be responsible to give first aid treatment and prepare a car to take the patient to the city.. It was a long way. I think many of people died because there was nobody here to treat them. They died during transportation. But after she came* (Medicen flytta hjem til sin landsby.Min anm. OE) *here she is doing an excellent job and we*

respect her work and trust her. She could save the life of many patients. If we had any person like her I think many of those who died would be living now” (Bawze).

Landsbyboernes holdning til mineproblemet har paralleller til hvordan de forholder seg til de medisinske kunnskapene som skal til for å mestre en vanskelig virkelighet. Der ingenting finnes må man klare seg sjøl som best man kan. I samtalene treffer vi sjøllærte mineryddere som har ryddet over tusen miner på egen hånd. I Shemiran drev FNs mineryddingsprogram UNOPS (Se ordliste) på med å minerydde et område. Landsbyboerne var misfornøyd med framdriften, og en av de lokale bøndene som hadde drevet rydding på egen hånd tilbød seg å hjelpe til. Svaret han fikk fra minerydderne var: *”If we finish the work soon, how can we gain much money”* (Shemiran). Etter fem måneders minerydding og stor forbruk av dollar, var resultatet av mineryddinga ved Shemiran først og fremst en masse skilt som sa at her var det fare for miner. Sentrale og tettbebygde områder blir ryddet, men bøndenes utmark der husdyra finner beite og landsbyfolket henter bær, krydder, frukt og ved er fortsatt et enormt minefelt. Heller ikke i dag foregår det minerydding i utmarka. Ifølge den britiske minerydderorganisasjonen Mines Advisory Groups hjemmeside fokuserer de nå på rydding av miner og UXO etter invasjonen i 2003 omkring byene Kirkuk og Mosul.

(<http://www.mag.org.uk/page.php?s=48p=682>)

Både i Nord-Irak og i Kambodsja har vi sett at fattige mennesker har drevet minerydding i stor stil på grunn av økonomisk nød. De trenger penger eller de trenger nytt land etter å ha blitt fordrevet fra sine opprinnelige områder. Ruth Bottomley har på oppdrag fra Handicap International studert privat og organisert minerydding i Kambodsja (Bottomley 2003). Hennes rapport er relevant også for forholdene i minefeltene i Kurdistan. Som i Kurdistan, er det fattigdom som er årsaken til den private mineryddingen på den kambodsjanske landsbygda: *”Some villagers are undertaking mine clearance as one among a multitude of survival strategies to ensure household food security in these areas, but it is a strategy used only when there are few other options open to them. There are awareness of the risks that are being taken, but these risks are weighed, consciously or unconsciously, against the risk of being unable to secure access to food and water. Village demining is often far from spontaneous, but is a calculated activity conducted for survival”* (Bottomley 2003:12). Bottomley beskriver et eksempel fra Banteay Mean Chey-provinsen hvor de fattige beskriver sin situasjon som *”...chal chamnan, meaning facing the wall. Many of the strategies employed by these vulnerable families involve intentional risk-taking, such as when villagers*

enter known mined areas to collect resources such as firewood, mushroom and grasses. One of the options for some families living in the mine contaminated areas is to engage in demining” (Bottomley 2003:22). I Kambodsja rydder de miner så lenge de må. Når de har jord nok til å klare seg, slutter de vanligvis. I de kurdiske landsbyene vi studerte driver ikke befolkningen lengre med minerydding. Men i alle landsbyene er lokalbefolkningen tvunget til å bevege seg og arbeide i områder som de vet kan inneholde miner.

Det offisielle Mine Action-apparatets holdning

De profesjonelle minerydderorganisasjonene, både nasjonale og internasjonale, har i liten grad forholdt seg til den private mineryddingen i sine mine-awareness kampanjer. Privat minerydding har vært ansett som en uting og et uttrykk for lokalbefolkningens nysjerrighet og mangel på kunnskap. Budskapet fra de profesjonelle minerydderne har vært at man ikke må komme i kontakt med minene, men passe seg for dem. *”The debates surrounding village mine-clearance activities in Cambodia, have been argued within the framework of reference to professional mine action, contrasting village demining activities with professional perceptions concerning skill, training, risk and safety”* (Bottomley 2003:74). Mines Advisory Group formulerer sin strategi slik: *“MAG currently cannot endorse any programme that seeks to train ill-equipped, inadequately trained and unsupported villagers to demine due to our commitment to the essential safety standards recognized internationally by EOD (Explosive Ordnance Disposal) operators”* (Bottomley 2003:76 sitert fra Horwood 1993.)

Men valg av mineryddingsstrategi er ikke verdinøytralt. Med henvisning til Robert Chambers sier Bottomley: *”The stress on technical expertise and professionalism, however, ultimately implies hierarchical power relations, as outside interventions are imposed over local knowledge and practices”* (Bottomley 2003:80). Eaton, Horwood and Niland argumenterer med at *“mine action is not rocket science and the skills needed to address the problem of landmines should not be seen as “black art”* (Eaton et. al 1997 sitert i Bottomley 2003:55). Hovedproblemet er nok likevel det samme som for helsestellet og traumeberedskapen i disse fjerne landsbyene: Det finnes ingen hjelp å få utenfra, vi må klare oss sjøl. *”The sobering reality is that, after ten years of international mine action, if we were able to bring together all the mine-affected communities and landmine survivors world-wide to one huge conference and ask how many of them had seen any evidence of international or national intervention or assistance in mine action, the results would be shocking”* (Horwood 2000 sitert i Bottomley 2003:86). *“Some villagers may have had actual clearance in their locality, whereas others*

may only have glimpsed mine action vehicles emblazoned with logos passing along the road.”
(Bottomley 2003:86)

I Darramyán diskuterte landsbyfolket en situasjon hvor en internasjonal NGO var innom landsbyen for å advare dem mot å bevege seg inn i minefeltene. De besøkende ekspertene sa at landsbyfolkene ikke hadde tiltrekkelige kunnskaper til å kunne handtere miner. En kommentar var: *”Yes, you are right. The man talked about mines and people in that way. He must be a rich man, otherwise he couldn’t say that”* (Darramyán). I de landsbyene hvor data til denne oppgaven ble samlet inn, driver ikke lokalbefolkningen lenger med omfattende minerydding på egen hånd. Det er to årsaker til dette. Oppgaven er formidabel. Det er svære utmarks- og fjellområder som er minelagt. Dessuten er økonomien nå så mye bedre at folk ikke lenger er tvunget til å utsette seg for høyrisikoarbeid. Risikoen ved arbeid i minelagt område er også noe redusert fordi folk har lært av tidligere ulykker og har mer kunnskap om antatt sikre områder. Men i områder hvor folk driver med sau- og geitehold, må gjeting av buskap fortsatt anses å være en risikabel virksomhet. I datamaterialet til TMCs smertestudie er det gjengitt intervju og medisinske data for en tretten år gammel gjetergutt som ble utsatt for en mineulykke mens han gjette buskapen sammen med sin far (Husum et al. 2002). Mina som eksploderte 25 meter fra gutten var en splintmine av typen Valmara (Rae Mc Grath 2000, Husum et al. 2000). Hundrevis av metallfragmenter ble slynget ut og påførte gutten skader i hodet, på over- og underekstremitetene og i abdomen. Faren fikk amputert begge bein og ble i tillegg blind. Situasjonen for denne trettenåringen er at han etter å ha gjennomgått denne traumatiske ulykken, er tvunget til å fortsette som gjeter i det samme området som han ble skadet. Økonomien tillater ikke at han får gå på skole. I intervjuet sier han at han alltid tenker på ulykka når han er ute og gjeter. Dette er et eksempel på hvordan mineskadene først og fremst rammer de fattigste, og hvordan kombinasjonen av fattigdom og minelagte jordbruksområder utgjør en permanent tortur for de som må leve i denne virkeligheten.

Landsbyfolkene beskriver i malende ordelag hvordan de brukte den vakre og ville naturen før krigen. De kunne gå hvor de ville. Men nå er de som fremmede. Hvis ungene er fem minutter seine til en avtale, blir foreldrene redde. Når de hører eksplosjonen fra buskap som trår på miner, skynder de seg av gårde i frykt for at det skal være deres egne unger som skal være skadet. Også her bruker landsbyfolket bildet at livet leves som i et fengsel uten vegger. *”In a prison without walls”* er da også tittelen på Merete Taksdals folkehelsestudie i Kambodsja basert på intervjuer av innbyggere som bor minefeltene. Mange av khmerenes vurderinger er

like de vi hørte i Kurdistan. En kambodsjansk kvinne oppsummerer: *"If you compare mines and war, the mines are worse. During the fighting, you have a trench and you can hide and get away. Shelling we can hear, we can avoid it. But the mines are different. We walk and know nothing, and they just explode. This is a hidden killer. You never know when you walk in this country"* (Taksdal 2002:39). Også i Kambodsja hadde man gode minner fra årene uten miner: *"Without mines Cambodian people could have a good life. In bad times before, still people could walk freely. Nobody lost their legs. Now there are thousands of amputees in Cambodia... Mines are qualitatively different from other terrors"* (Taksdal 2002:40). I Kurdistan får vi høre det samme budskapet: *"The war stopped, but killing and handicapping continues all the time. If life is on a good level for everyone, people will not be obliged to go to the mine land. There are many mines till now, despite all the explosions. If an animal explodes a mine on the mountain or in the farm, the people of this village try to reach the place of the accident immediately in fear of it will be their children. Thus we are in a bad and unstable situation. In Saddam's trial they are not talking about the mines. They should discuss this terrible problem in this court"* (Darramyan).

Vi har ikke sikre registreringer fra våre studielandsbyer på innbyggertall før og etter Iran-Irak krigen. I Bawze bodde det mer enn 300 familier før krigen, og befolkningen anslår nå at det bor 200 familier i landsbyen. Dette er et høyt tall som forklares med at Bawze tradisjonelt har vært en landsby med sterk PUK-støtte. Mange av innbyggerne har tjenestegjort som peshmergas eller geriljasoldater for PUK. Det gjør at mange dekkes av PUKs pensjons- og støtteordninger noe som har gitt et bedre materielt grunnlag her sammenlignet med andre landsbyer. I Morthka levde det omlag 100 familier før krigen. De drev med jordbruk, få hadde formell utdanning, men *"... life was very safe and comfortable for all."* Dette til tross for at de heller ikke da hadde tilgang til sosiale tjenester som klinikker eller skole. Av disse et hundre familiene begynte noen få å komme tilbake allerede i 1992. I 1998 var antall familier i landsbyen kommet opp i 25. I Darramyan lever det i dag om lag 50 familier og de har over 100 unger i skolepliktig alder. Vi har ikke estimat på folketall for denne landsbyen. I Shemiran besøkte vi to landsbyer. I den ene bor det bare fire familier, og hele området ser fortsatt ut som en slagmark. Mange av husene ikke er bygget opp igjen etter krigen, mens andre er forlatt og står og forfaller. I den andre landsbyen i Shemiran er 10 av 20 familier kommet tilbake etter krigen. I materialet fra alle studielandsbyene legger folk vekt på at selv om livet var enkelt før krigen, så hadde de det allikevel bra.

Fraflyttinga fra landsbygda

I feltarbeidet inkluderte vi en landsby hvor de tidligere hadde hatt en medic, men hvor vedkommende nå var flyttet til byen. Landsbyen heter Mortkha, og i denne landsbyen var jeg også observatør under Hedelins kvalitative intervju vinteren 2004. Det var nettopp i Mortkha at medicens far ga oss den klare meldinga: ”Dere kommer for sent”. Historia om denne medicen, vi kan kalle ham Khaled, er interessant fordi han i utgangspunktet var lærer i et annet område, i kollektivbyen New Halabja. Her ble han kontakta av Mudhafar Murad for å være med i treningsprogrammet som startet i 1999. Hensikten var å få Khaled til å flytte tilbake til hjembyen for å praktisere der som medic. At Khaled i tillegg var lærer var en ytterligere fordel. Khaled flyttet til Mortkha og han ble fort en sentral institusjon i landsbyen. *”Mr. Khaled arrived for the first time as a teacher and then as a nurse of the village. He could treat the injured when a sudden accident happened. He teached our children and helped them. As a Kurdish proverb is saying: We don’t feel the summer until the winter comes....He had a great role in treating and teaching the people who needed help“*

(Mortkha). Khaled kunne også ta seg av en rekke andre helseproblemer som fallskader, slangebitt og blødninger i samband med fødsler og spontanaborter. Med sin Burma-sekk(Se ordliste) fungerte Khaled nesten som et lokalsykehus. Nå har Khaled flyttet og lever i Zarayan, byen dit mange av Mortkha-familiene ble tvangsevakuert før Iran-Irak-krigen. Selv om det finnes basale kunnskaper om førstehjelp i landsbyen, er ønsket om en ny medic høyt prioritert og det diskuteres hvem som kan overta rollen av de som er i landsbyen.

Anjumannen har lært seg å administrere intravenøs væske og kontrollere blødning og har deltatt i redningen av en 15-års gutt som fikk amputert begge beina etter en mineskade bare et par måneder før vi kom. Han har selv mistet to barn i mineskader og kona plages med psykiske problemer etter dette. Sønnen utdanner seg nå til lærer og de har bestemt seg for å klore seg fast i Mortkha. I gruppeintervjuet legges det vekt på at Mortka har mer enn 300 familier som har tilknytning til landsbyen selv om de lever i Zarayan. *”We are in the battle now, because of the mines. They are not intending to return back because of lack of services like electricity, school and health center. I think they will come back if those projects will be done in our village”* (Mortkha).

Alle områdene som vi besøkte i feltarbeidet er preget av at de er lavt prioritert av myndighetene i landet. I Mortkha sto det halvferdige bygninger som skulle bli helsesenter. Byggingen hadde stoppet opp fordi den tyrkiske kontraktøren hadde fått problemer og visstnok var konkurs. De var lovet skikkelig vei og de hadde for egen kostnad skaffet til veie

lysmaster for å få elektrifisert landsbyen, men ingenting hadde skjedd fra myndighetenes side. Liknende historier hørte vi også i de andre studielandsbyene. Forholda på landsbygda sto i sterk kontrast til den voldsomme byggeboomen i byene. Men landsbyfolkets forsøk på å få myndighetene i tale for å få til forbedringer, virker nytteløse. I en slik situasjon vil mange krav og forhåpninger naturlig rette seg mot en organisasjon som TCF Iraq som faktisk er tilstede i området og som de av egen erfaring har opplevd som nyttig. Landsbyfolket har rik erfaring med at mange NGOer som har gjort undersøkelser og intervjuer i landsbyen: *"But till now they do nothing for people. They just wrote the information on sheets. We hope it's not written on sheets only, but that they do the requests practically"* (Mortkha). Da vi kom til landsbyen, snakket jeg med en gammel mann som hadde fått brodert partiinitialene til PUK på den tradisjonelle kurdiske mannsdrakten. Han var svært bitter på alle slags organisasjoner som hadde lovt alt mulig, men som ikke hadde fulgt det opp i praksis. Etter å ha vært med i samtalen ei kort stund trakk han seg tilbake. Faren til Khaled så mørkt på situasjonen: *"We have been fighting in revolutions and uprising. We have struggled in work. The only thing we have left is that we have grown old. We are left with nothing"* (Feltdagboknotat fra Mortkha). Dette er uttrykk for en stemning som vi møtte i flere av landsbyene.

Etter mitt syn undervurderer bistandsmiljøene hvilke forventninger de skaper gjennom alle sine "assessment trips" og "fact finding missions". Hvis man først velger å undersøke hva lokalbefolkningen trenger, må man også være i posisjon til å følge det opp. For å skaffe seg goodwill er det lett å love. Mudhafar Murad var svært tydelig både overfor oss og landsbyboerne på at man aldri måtte love noe som man ikke var i stand til å sette ut i livet. Dette prinsippet hadde skaffet han respekt i landsbyene.

Flyttinga til byen

Mudhafar Murad sier i et av intervjuene at det er ironisk at nettopp nå når den økonomiske situasjonen blir bedre, ser vi en voldsom avfolkning av landsbygda. Under feltarbeidet er det avfolkninga av landsbygda som preger diskusjonen om samfunnsspørsmål overalt hvor vi kommer. At det åpner seg muligheter for å skaffe seg et liv utenfor landsbyen, forsterker misnøyen med den situasjonen som de har måttet avfinne seg med i årevis. I en av landsbyene traff vi en pensjonist som tidligere har sittet i PUKs militære ledelse. Han hadde bygget seg et fint hus på en liten høyde midt i landsbyen der han tok imot oss med en kraftig revolver stukket i beltet. Vi avtaler at han skulle være med på gruppeintervjuet senere på kvelden. Han var aktiv i diskusjonen, velartikulert og framførte sine meninger med autoritet. I et innlegg om

fraflyttingen fremmer han synspunkter som vi finner igjen i mange utsagn fra andre gruppeintervju: *"We want TCF to cooperate with the Government (i Sulimania) and to have a great role in decreasing the migration to the cities. It is a very dangerous action. This action have affected most of the villages. Some families migrated and others have intended to do so... This makes the cities to raise the prices of goods and house rent. We want your organizations staff to give help or any other thing in order to prevent this frightening action, because it causes people to leave our farmlands which are the economic element of our country"*(Darramyán). Mudhafar Murad spør hva han tror denne fraflyttingen kommer av og hva som kan gjøres for å løse dette problemet. Den gamle PUK - lederen svarer: *"The reasons are many. Life services and educational elements are limited here if we compare to the life in the cities...It is a period of progress and development. There are mobile phones, computers, internet and satellites. We have all these new services, but we don't have secondary school, streets, hospital etc. We are aware of everything that is happening in the world and the villages should have the services mentioned here. We live here as one lived in a thousand years before. Teachers and medical assistants they don't have any encouragement to come here for working and the farmers don't have any support from the authorities..."* (Darramyán).

Landsbyboerne legger vekt på at *" det e hær vi høre tel."* De ønsker å bli og noen har bestemt seg for å klore seg fast. Beboerne vektlegger det sosiale samholdet som en viktig positiv faktor. Alle kjenner alle og bryr seg om hverandre. Det skaper en trygg sosial setting i et land som har opplevd mindre trygghet enn de fleste andre. Nettopp disse tette sosiale båndene har også vært avgjørende for å bygge opp TCFs nettverk av førstehjelpere. Medicene i landsbyene utgjør mange steder den helsemessige infrastrukturen og flere sier at hvis de blir borte da vil også de dra. Da blir usikkerheten med å leve i minefeltet for stor. Men mange forhold trekker folk mot byene. De som allerede har etablert seg i byen, fungerer som tilrettelegger for familiemedlemmer og venner. Begrensa jordressurser gjør at mange unge ikke ser landsbylivet som et alternativ. Behovet for videregående skolegang er en annen viktig pådriver. En av de mest erfarne TCF - medicene har nå så store barn at de trenger videregående skole. For ikke å miste denne medicen har lærerne i landsbyen på dugnad skaffet til veie "secondary school" for å beholde han og familien i landsbyen.

Vi kommer til en av landsbyene i Shemiran en fredag ettermiddag og treffer en del av de unge som er hjemme i landsbyen på helgebeseøk. En av fem unge menn som vi snakker med er student på universitetet, de øvrige er knyttet til politi og sikkerhetsstyrker – en av de største

vekstnæringene i Kurdistan. To av mennene var ”avanserte førstehjelpere ” (AFH) i landsbyen før de flyttet. Nå tjener de på få måneder i byen det som tilsvarer ei årslønn i saueholdet, og de har ingen planer om å flytte tilbake. Den yngste gutten arbeider som peshmerga (Se ordliste) i Erbil. Jeg tenker at i noen tilfeller kan dette nesten være like risikofylte jobber som det deres fedre hadde da de drev jordbruk i den minelagte landsbyen. Men nå er det ungdommens lønnsinntekt i byen som forsørger resten av familien som lever i landsbyen. En av de fem har vært asylsøker i England, men ble sendt tilbake til Kurdistan. Han ser ingen framtid i landsbyen og mener at uten elektrisitet og skoletilbud til barna, vil han ikke kunne bli boende i denne lille landsbyen i Shemiran.

Kvinnenes situasjon i landsbyene

I feltarbeidet har vi møtt kvinner både i og utenfor TCF-nettverket. En landsby hadde en kvinnelig TCF-medic, og av de avanserte førstehjelpere vi møtte var mange kvinner. Det første kullet mediser som ble trent av norske instruktører i 1997-99 besto utelukkende av menn, men gradvis har kvinnene kommet mer med i nettverket. Til den andre gruppen av mediser som startet opp i 1999 hadde Murad valgt ut en del kvinnelige studenter. Underveis i opplæringen spurte jeg Murad om hvordan han vurderte kvinnenes betydning i programmet. Han var entydig positiv og vektla at kvinner er ærlige, de gir seg ikke ut for å kunne ting de i realiteten ikke kan. Han undertreket også at kvinner har et godt handlag fordi de er vant til å sy og gjøre mye praktisk finarbeid.

I gruppeintervjuene har det vært kvinner til stede på alle samlingene. Under de til dels intense samtalene er det ikke alltid like lett å komme til orde. Mange snakker i munnen på hverandre og det er en tendens til at de med høyere status som anjumann, lærer, mullah eller andre, dominerer diskusjonen. Kvinnene er som gruppe mer beskjedne, men de har sine representanter med skarpe stemmer som gjør seg gjeldende også i disse møtene. I Darramyan strevde de med å komme til orde under gruppeintervjuene og kritiserte møtet: ”*Because they said everything and they don't let the women to speak. They all talk about everything; nothing remains for her to say*”(Darramyan).

I sin bok “Principles of Social Organization in Southern Kurdistan” fra 1953 drøfter Fredrik Barth hvordan landsbyboere møtes og den uformelle ledelsen i landsbyene. Mennene treffes i røykfylte rom eller på hustakene mens kvinnene treffes ved vannposten og sladrer (Barth 1953). Tidsbildet fra 1950-årene har endret seg og Barths beskrivelse er ikke dekkende for det

vi opplevde i intervjuene. Likevel er det slik at når vi uformelt går rundt i landsbyene og drikker te på hustak og gårdsplasser, da er ikke kvinnene en del av samtalen. De sitter i bakgrunnen og hører etter, eller de går til og fra, serverer te og vann, og passer på å få inn noen kommentarer når de har et ærend inne i ringen av mannfolk. Kvinnene i Barths studie hadde liten sosial omgang med hverandre og i den grad de møttes var det basert på familieforhold, for eksempel at døtre besøkte sine mødre. I Bawze ønsker kvinnene et eget kvinnehus der de kan treffes og snakke om sine ting. Nettopp i denne landsbyen er tre av fire førstehjelpere kvinner som arbeider nært sammen. De treffes ofte og utveksler kunnskap og medisinske erfaringer for bedre å kunne hjelpe folk i landsbyen. De kvinnelige førstehjelperne forteller at dette er en ny situasjon for dem. Tidligere hadde de ikke denne kompetansen, men nå organiserer de seg for førstehjelpsarbeid både i landsbyene og i utmarka når folk er på sommerbeite i dalene og på fjellet. Dette er en annen kvinnerolle enn den tradisjonelle, og den ser ut til å skape et ønske om å utvikle sjølstendige arenaer hvor kvinnene kan møtes.

Vi gjennomførte et eget intervju med avanserte førstehjelpere i Darramyan. Kvinnen som kritiserte mannsdominansen i møtet, tok da til orde for at TCF måtte sette mer inn på å hjelpe ikke bare de mineskadde, men også enkene etter mineulykker. Også andre førstehjelpere framholdt dette som viktig. Dette gjorde inntrykk på Mudhafar Murad fordi han under et kurs i Kambodsja i 2005 hadde besøkt en landsby der han lærte om konsekvensene av å være enke etter mineskade. I Kambodsja er det slik at enker som gifter seg på nytt i noen tilfeller må gi barna sine til besteforeldrene fordi det ikke er plass for barna i morens nye ekteskap.

Kvinnenes sosiale stilling i Kurdistan er i endring. En av de kvinnelige førstehjelperne forteller: ” *Not only women have problems in this society. Everything is changed if compared with the past, but the man or father is the head of the family. He is responsible for the financial elements. He should work for gaining money. Woman stays home for growing children and pasturing animals. But from recent years there were some changes here in our neighbourhood. The man helps his wife in some works, like pasturing animals. ... People encourage and reward me for growing my children very carefully and good. I am glad when I hear a good word from them, because I don't have a husband and I have to work like both man and wife, for my children, at the same time*” (Darramyan). I Shemiran har tre av de kvinnelige førstehjelperne i landsbyen giftet seg og flyttet fra landsbyen, bare en er igjen. Under gruppeintervjuet blir det diskusjon om det er kvinnene som er den viktigste drivkraften for å flytte til byen. Noen av mennene føler at kvinnene anklager dem for å bli boende her når

det skjer ulykker. Kanskje er kvinnene de som i slike situasjoner er mest bekymret for seg og for barna. På direkte spørsmål benekter flere kvinner at de mer enn andre ønsker å flytte vekk, men de poengterer at de stiller betingelser for å bli. De vil ha sysselsetting, rent drikkevann, skoletilbud og helsetjenester. Det å ha et nettverk av førstehjelpere som kan hjelpe i skadesituasjoner er spesielt verdsatt blant kvinnene og det er særlig kvinnene som sier at uten et slikt tilbud vil de ikke tørre å bli værende.

Risiko er situasjonsbestemt. Landsbyboernes atferd endrer seg og deres vilje til å utsette seg for risiko avhenger av hvor hardt presset de er økonomisk. Det er alltid de fattigstes lodd å bære de tyngste bøkene. Landsbyfolket sier at de lever i et fengsel uten vegger. Det er først og fremst folk og familier uten andre handlingsmuligheter som befolker de farligste områdene. Nå har økonomiske endringer satt ”døra til fengslet” på gløtt. Det er ungdom og kvinner som tydeligst gir til kjenne at de vil bort hvis ikke situasjonen blir bedre. Fraflyttinga er en trussel mot de sosiale strukturene på landsbygda. Det vil neppe bli lettere for landsbysamfunnene å nå fram med sine krav om bedre infrastruktur hvis folketallet fortsetter å gå ned.

Mineproblemet er en motor i denne prosessen. Overlevelseskjeden for mineskadde og nettverket som TCF Iraq har bygget, er derfor en faktor som inngår i lokalbefolkningas risikokalkyler og virker som en brems på fraflyttingsbølgen. Den medisinske intervensjonen vi startet i 1997 har altså vokst til et nettverk med effekter langt utover de rent helsemessige. Det er i denne historiske og sosiale konteksten at vårt prosjekt har blitt modellert og skal finne sin framtidige form.

KAPITTEL 6. LANDSBYUNIVERSITETET OG OVERLEVELSESKJEDEN

“Before we had nothing. We were just screaming and when we see the patient, we can’t do anything. Many times an accident took place in our area and they took them to Qualadze, because there was nothing here for emergency cases” (Bawze).

I kapittel 4 drøftet vi situasjonen når landsbyboerne kom tilbake til sine landsbyer tidlig på 1990-tallet etter at krigene og opprøret var over. De kom tilbake til en krigsskueplass. Kampen for tilværelsen krevde at de utførte livsfarlig arbeid med minerydding og samling av skrapjern og sprengstoff fra miner og ueksploderte bomber og granater. I en av landsbyene (Bawze) anslår de tallet på drepte i mineulykker til å være mellom 25 og 30 og at 50 personer ble skadd og lemlestet. Dette er et høyt tall i en landsby med rundt 200 familier. I en annen landsby (Mortkha) med 25 familier hadde de 15 drepte og 18 skadde overlevende. I et annet område (Shemiran) fortalte beboerne at i løpet av de to-tre første åra etter krigen hadde hver eneste familie i landsbyen en eller flere personer som var skadd eller drept av miner. Også tilreisende bønder ble skadd. Til Shemiran kom det folk helt fra Halabja, en by som ligger to timers kjøring unna, for å samle skrapjern og sprengstoff. I løpet av en dag hadde de tilreisende fire døde. Vi har ikke kunnet etterprøve disse opplysningene og må ta tallene på skadde og drepte med et visst forbehold. Fortellingene om antallet drepte og skadde kan leses som landsbyboernes opplevelse av omfanget av skadde og drepte, fortellinger om en langtrukken katastrofe like forferdelig som Saddams kjemiske massakre av befolkningen i Halabja.

Preintervensjonstall

“Before TCF medics started to give help, there was no medic and nurse to treat and start the first aid. There were many accidents like mine, snake bite, and scorpion bite injury. Most of them died due to the lack of medic to do injection or stopping the bleeding immediately. We didn’t have a car to take the patient to the hospital” (Shemiran).

I sin analyse av traumesystemet i Nord-Irak drøfter Husum hvor høy dødeligheten var på mineskadene før intervensjonen ble satt i verk. Basert på egne surveys, intervjuer med lokale helsearbeidere og rapporter fra lokale klinikker ble dødsraten i 1995-96 anslått til å være om lag 40%. ”*Estimates of pre-intervention trauma mortality may be incorrect. If so, the mortality is probably greater than 40% rather than less.. Most of land mine non-survivors are*

found dead at the scene, and will be buried without reports to hospitals or central authorities. For this reason, our pre-intervention survey was conducted in the mine-infested villages and at the local health centers. The estimate at 40 % or higher also corresponds to careful grassroots surveys performed in other mineinfested countries” (Husum i J. of Trauma 2003;54:1194). Dette er sannsynligvis en korrekt vurdering. Ut fra landsbyboernes beskrivelser har vi grunn til å tro at dødeligheten var enda høyere i de første årene etter tilbakekomsten til minefeltene.

”De undertryktes pedagogikk”

Paolo Freire skiller mellom det han kaller ”the banking concept of education” og ”problem-posing education”. Freire definerer banking-concept slik: *” Narration (with the teacher as the narrator) leads the students to memorize mechanically the narrated content. Worse yet, it turns then into “containers”, into “receptacles” to be filled by the teacher... Instead of communicating, the teacher issues communiqués and make deposits which the student patiently receive, memorize and repeat”* (Freire 1970:53). Dette er en god karakteristikk av konservativ og autoritær pedagogikk. Medicene i Nord-Irak som hadde tidligere helsefaglig skolegang beskriver det irakiske skolesystemet i tråd med Freires ”banking concept”. Jeg har de samme erfaringene fra en sykepleierutdanning for palestinere i Kairo hvor jeg arbeidet ett år med undervisningsplanlegging og evaluering. Det var den nøyaktige memoreringen av lærerens utsagn og studentenes evne til å gjengi dem med lærerens ordlyd som ble premiert. Dette ga læreren en posisjon som ubestridt autoritet. Spørsmål og kommentarer som kunne rokke ved lærerens autoritet var ikke velkomne og ble ofte sanksjonert. Under en evalueringssamtale med en ung lærer i Kairo trakk jeg fram et eksempel fra hennes forelesning der jeg syntes hun hadde vært svært diffus når det gjalt konteksten som studentene arbeidet i innenfor palestinske helseinstitusjoner. Læreren så forskrekket på meg og sa at hun måtte jo fortelle sannheten og ”sannheten” hadde hun funnet i et amerikansk verk kalt ”Fundamentals of nursing ” på 750 sider.

Opp mot denne passiviserende og undertrykkende pedagogikken holder Freire den problemorienterte måten å undervise på: *”The problem-posing method does not dichotomize the activity of the teacher-student: she is not “cognitive” at one point and “narrative” at another. She is always “cognitive”, whether she is preparing a project or engaging in dialogue with the students. She does not regard cognizable objects as her private property, but as the object of reflection by herself and the students... The students- no longer docile*

listeners- are now critical co-investigators in dialogue with the teacher...Students, as they are increasingly posed with problems relating to themselves in the world and with the world, will feel increasingly challenged and obliged to respond to that challenge... Their response to the challenge evokes new challenges, followed by new understandings; and gradually the students come to regard themselves as committed” (Freire 1970:61-62).

I samtaler understreker Mudhafar Murad, som både er koordinator og hovedlærer i TCF Iraq, at undervisningen blir bedre når den foregår på det lokale språket og kan ta utgangspunkt i ei felles referanseramme for alle deltakerne i kurset. På denne måten blir den generelle kunnskapen som er oppsummert i intervensjonsprogrammet gjort lokal og tilpassa studentenes behov. Både det grunnleggende programmet for Landsbyuniversitetet og Mudhafar Murads egen tilpasning av dette til lokale forhold, bygger på Freires problemorienterte pedagogikk og tar utgangspunkt i den virkeligheten som studentene står oppe i. Dette tror jeg er en viktig årsak til at studentene føler en slik sjøltillit og stolthet i sitt virke. Som vi seinere skal se, bevarer studentene en imponerende ro og konsentrasjon i vanskelige situasjoner. Studentene legger vekt på ”...*we practised the activities that we studied*” (Medicer i District Hospital). Læring gjennom praksis gir en mye bedre integrering av kunnskapen enn kun teoretiske forelesninger. Molander bruker begrepet kunnskap-i-handling. Han sier: ”*En handling utgör inte kunskap (exemplifierar inte kunskap-i-handling) om inte både den uppgift som handlingen är avsedd att fullgöra är förstådd och handlingen förstås som ett fullgörande av uppgiften. Den sista formuleringen kan ses som övergripande, ty att fråga och att svara är att handla*” (Molander 1993:62). For at en slik prosess kan finne sted er dialog og refleksjon nøkkelbegreper. Det må gis rom til å komme med sine egne erfaringer og få disse drøftet i en inkluderende atmosfære.

Treningen ved Landsbyuniversitetet omfatter også skadesituasjoner der planlegging, organisering av akutt respons, samt oppsummering og evaluering står i fokus. Teamarbeid – ledelse, arbeidsdeling, samarbeid – er også et sentralt tema i undervisningen. Studentene sier at team-treningen er en ny erfaring for dem, svært nyttig i deres virksomhet.

Kursene ved Landsbyuniversitetet er organisert som to-ukers samlinger der studentene bor, spiser og studerer tett sammen. Det intense sosiale samværet gir rom for refleksjon, debatter og samtaler. Kontakter og vennskap etableres, erfaringer utveksles og et nettverk vokser fram. Murad holder månedlige møter der medicene samles, diskuterer pasienter de har behandlet, og

får undervisning. På grunn av det etter hvert store antallet mediser møtes, landsbymedicene og sykehusmedicene hver for seg. Disse månedlige møtene er også et forum for refleksjon og dialog. En slik dialogisk utveksling av kunnskap og erfaringer krever en anti-autoritær struktur. Forholdet mellom de lærende og læreren må preges av tillit og respekt for hverandre. Om dette skriver Molander : ”*Kunnskap i handling kræver säkerhet i yttre och inre mening, det inkluderar tilltro till sig själv och vad man kan. Kritisk frågande kan omintetgöra säkerheten och därmed kunskapen Detta är också ett verkligt empirisk problem, särskilt för sådana grupper vars egen kunnskapsauktoriteten är socialt svag i förhållande till utfrågarna*” (Molander 1993:108). Både i Hikmat Hamarahims case-fortelling og i andre medisers beretninger er denne tryggheten på egen kunnskap slående, og understreker Molanders poeng om at kunnskap krever tro på seg selv.

Selv om landsbyuniversitetsmodellen bygger på erfaringer fra en rekke krigssoner i Sør er det ikke uproblematisk å innføre den i nye områder. Ved bruk av eksterne lærere vil språket være en barriere, man er avhengig av tolking. Lærerne fra Nord kjenner ikke den lokale konteksten godt nok og det tar tid å etablere gode samarbeidsforhold som bygger på gjensidig tillit og respekt. I Kambodsja ble TCF-intervensjonen startet i 1997. De norske instruktørene (Husum og Gilbert) la stor vekt på at alle medisinske prosedyrer skulle utføres nøyaktig etter protokollen, det var ikke rom for improviseringer. Imidlertid viste en kvalitativ studie sju år senere at etter kursens avslutning kom de lokale studentene sammen for å diskutere hvordan denne nye kunnskapen skulle implementeres.” *We took what we thought were useful. The rest we put in a box for later*” (Jeppesen& Dalgaard 2004). I samtaler med Hans Husum sier han at disse utsagnene overraska han. De norske lærerne hadde gjennomført treningsprogrammet etter en strikt plan og forutsatte at det ville bli satt ut i livet slik det var designet. I følge Husum var det ikke bare språkproblemer og kulturforskjeller som var grunn til denne kommunikasjonssvikten, men også en god porsjon arroganse fra utlendingenes side. I ettertid ser han at lærerne skulle vist større interesse og respekt for den lokale konteksten og den lokale kunnskapen.

I Kurdistan så vi også spor av denne top-down holdningen til landsbyenes problemer når programmet skulle implementeres i 1998. Da han kom til TCF og overtok som lokal koordinator etter bare et års drift, så Mudhafar Murad at behandlingsprotokollen var utformet slik at bare de som er skadet av mine- og krigsskader skal behandles av TCF-nettverket. Han fikk høre fra mediser at de hadde fått kjeft fra den forrige koordinatoren fordi de hadde

behandla pasienter med akutte sykdomstilstander og fødselskomplikasjoner. Tanken bak det restriktive behandlingstilbudet var å forhindre at mediser etablerte private klinikktilbud for å gjøre business på sine nyervervede kunnskaper. Før han kom til TCF hadde Mudhafar Murad arbeidet som medisinskfaglig ansvarlig for minerydderteamene i Norsk Folkehjelp. Der hadde han høstet erfaring med den samme arrogante politikken. Det medisinske støtteapparatet i Norsk Folkehjelp fikk ikke lov til å behandle syke mennesker som kom til teamet under deres arbeid i landsbyene, de skulle kun forholde seg personer som ble skadd i tilslutning til minerydding. Mudhafar Murad trosset dette forbudet, men måtte legge ut til medisiner av egen lomme. Da han tok over som koordinator i TCF, endret Murad behandlingspolitikken. Han lot medicene ta seg av de helseproblemene som de hadde kompetanse til å ta seg av – som fallskader, skorpionbitt, dehydreringstilstander, post-partum blødninger og nyfødte med respirasjonsproblemer. Hans Husum oppdaget først denne omleggingen da det dukket opp skadeskjemaer (injury charts) i hans database i Norge på blødende kvinner og slangebitt. I diskusjonen som fulgte ble politikken i programmet lagt om slik Mudhafar Murad hadde tatt initiativ til. Gjennom dette ble noe av grunnlaget lagt for medicenes sterke stilling i sine lokalsamfunn. Ved å lytte til og respondere på landsbyfolkets behov vant TCF respekt hos lokalbefolkningen.

Hvem blir mediser?

De fleste førstehjelpere og mediser som vi møtte i feltarbeidet hadde på en eller annen måte personlig erfaring med mineskader. I et område hadde den ene medicen mista sin far, mens den andre hadde mista to brødre og to andre var amputerte etter mineskade. Den ene av disse medicene ble valgt ut til treningsprogrammet fordi Mudhafar Murad under en survey fant ham sittende dypt deprimert og isolert i sin lille landsby. Han er nå en respektert medic i akuttmottaket på nærmeste sykehus. Andre steder er førstehjelperne selv amputerte, en ble enke etter en mineskade, en har mista to sønner i en ulykke med en UXO. Erfaringa med å få ulykkene så nært inn på livet er en viktig motivasjon for å engasjere seg i nettverket av mediser og førstehjelpere i landsbyene. Utvelgelsen av hvem som skal få en utdanning som medic og derved bli krumtapp nettverket i området, er viktig. TCF Iraq har forsøkt å bygge videre på tilgjengelige ressurser, men mange områder er helt uten folk med helsefaglig formalutdanning. I disse områdene har lekfolk blitt rekruttert til opplæringsprogrammet. Den første gruppen av mediser ble rekruttert fra landsbyer med svært mange mineskader, derfor var andelen ufaglærte høy i denne gruppen (9 av 20). I de neste gruppene som ble valgt ut til å

studere ved landsbyuniversitet var andelen ufaglærte henholdsvis 20% og 10%. I den siste av studentgruppene var samtlige ansatt i distriktssykehusene, alle faglærte helsearbeidere.

Utvalget av studenter til Landsbyuniversitet blir gjort i samråd mellom Mudhafar Murad, landsbyledere og helsemyndighetene i regionen. Kriteriene har vært at medic-studenten skal være en respektert og ærlig person, som ikke vil utnytte sin nye posisjon til å berike seg selv eller fremme splid mellom familier og grupper i lokalsamfunnet. I den første seleksjonsprosessen fikk Trauma Care Foundation hjelp av en sykepleier som var ansatt som førstehjelper ved Norsk Folkehjelps minerydderprogram. Hun reiste rundt i landsbyene og intervjuet kandidater. I en av landsbyene satt en rekke nysgjerrige og interesserte mannfolk i kø for intervjuet. Da kom det en mann inn i rommet og sa med overbevisning at de andre bare kunne gå hjem for denne jobben skulle han ha. Han fortalte at han var en fattig bonde og hadde mista to av sine sønner i en mineulykke mens de gjette sauene i nærheten av landsbyen. Den ene sønnen hadde fått et bein sprengt av, hadde forsøkt å stoppe blødningen med et skjerf, og hadde deretter slept seg nesten fram til landsbyen før han døde av blodtapet. ”Han hadde sikkert forsøkt å rope”, sa faren, ”men han var vel for svak av blodtapet til at vi kunne høre ham”. Bedre enn andre visste derfor denne faren hva mineskader var, og derfor ville han bli den beste studenten. Etter at intervjurunden var gjennomført viste det seg at han faktisk ble valgt ut, fikk sin medicopplæring og ble en institusjon i sin landsby. Han utmerket seg med å kunne hjelpe til med mange ulike helseproblemer, men det han spesielt ble kjent for var at han utdannet et stort antall førstehjelpere i sitt område slik at skadde skulle ha sjanse til å få hjelp så fort som mulig.

God seleksjon av mediser er nøkkelen til suksess. Fra kull nummer to har Mudhafar Murad brukt mye tid i samtaler og intervjuer rundt i landsbyene når han har valgt ut kandidater til treningskursene. Dette har gitt ham grundig kjennskap til området og han har blitt godt kjent med de aktuelle kandidatene. Mudhafar Murad kommer selv fra en avsidesliggende fjell-landsby. Han legger vekt på at bakgrunnen som landsbygutt har vært viktig for resultatet av TCF-programmet. Murad har også sosiale kvaliteter som gjør at han lett kommer i prat med og blir respektert av vanlige folk. Dette er et særsyn, i de kurdiske områdene er det sjelden at en lege fra byen begir seg ut i fattige landsbyer, og enda mer sjelden er det at han overnatter der og later til å trives. Under vårt feltarbeid oppviste Murad et imponerende nettverk av kjentfolk og kontakter. Under et besøk på et helsesenter hvor han tidligere hadde vært i turnusarbeid som lege, la jeg merke til at han ble hjertelig møtt av personalet. Spesielt

hjertelig og jovialt var møtet med de som hadde lavest rang i systemet, vaktene i porten og tekokerdamene fra kjøkkenet.

På landsbygda i Kurdistan er det samtalen og det personlige møtet mer enn formalkvalifikasjoner som bestemmer din posisjon og ditt omdømme. Lokal kunnskap og en tilnærming som gjør det mulig ”å svømme som fisken i vannet” har derfor vært en forutsetning for at TCF-nettverket har blitt rotfestet i landsbyene.

Medicenes status

Landsbyuniversitet drives under parolene TREAT - TEACH – ORGANIZE! I våre eksempler ser vi at samtlige tre elementer har vært vesentlige for å kunne bygge et effektivt nettverk både på landsbygda – og som vi skal se, også i distriktssykehusene. Medicene må kunne mestre flere roller utover bare det å behandle skadepasienter. En medic som arbeider i et distriktssykehus sier: *”TCF became like ID-card for us. We are famous among the people and they respect us very well. They are usually depending on our services in the hospital. They are satisfied with us”* (Distriktssykehusmedic i intervju).

I to av de landsbyene vi besøkte var en medic og en førstehjelper valgt til anjuman, den valgte leder i landsbyen. Anjuman er landsbyens talsperson og skal fremme landsbyens interesser i forhold til lokale myndigheter. Dette tror jeg gjenspeiler den posisjon og respekt det inngir å være førstehjelper. I et samfunn med omfattende mangel på offentlige infrastruktur blir medicen en institusjon som kanskje kan sammenliknes med de gamle distriktslegenes posisjon i norske bygder, der en respektert lege kunne ha innflytelse langt utover det strikt medisinske fagfeltet. En av medicene blir i intervjuet takket av landsbyfolk for *”...taking a doctor’s role in this village”* (Darramyan).

Medicene er opplært i generelle prinsipper for basal og avansert førstehjelp og de behandler et stort utvalg av skader. De tilkalles ofte hvis det oppstår respirasjonsproblemer hos nyfødte eller blødninger hos fødende. I intervjuene nevnes også hjelp ved alvorlige matforgiftninger. Spesielt om sommeren er landsbyfolk utsatt for livsfarlige slange- og skorpionbitt. Etter som prevalensen av mineulykker har gått ned de senere årene har kompetansen på andre områder blitt framholdt som viktig. I en av landsbyene hvor det står et helsesenter som ikke er i bruk, sier noen at de trenger ikke noen helsestasjon så lenge de har et intakt nett av medicer og førstehjelpere. Andre nyanserer dette og peker på at man kunne dra nytte av helsekampanjer

fra myndighetene, og kanskje komme inn under et systematisk vaksinasjons-program hvis man hadde en bemannet helsestasjon.

Økonomisk kaster det ikke mye av seg å være medic. Utlærte medicer mottar en lønn på 70 dollar i måneden for jobben. Førstehjelperne mottar ikke lønn og får bare kompensert utgifter de har hatt i sitt virke. En av medicene som har erfaring fra andre internasjonale NGOer sier at forskjellen på TCF og de andre er at her er det mye kunnskap og lite penger, mens i de store organisasjonene har han opplevd det motsatte. Flere førstehjelpere og medicer framhever den respekt og ikke minst den takknemlighet som de møter fra de skadde og deres pårørende som en viktig motivasjon for å fortsette dette arbeidet. Frafallet av medicer har vært lite, noen kvinnelige medicer har sluttet etter giftemål, og noen medicer har flyttet fra sine landsbyer og derfor har gått ut av programmet. Over 70% av de utlærte medicene er fortsatt i programmet etter ti år.

Lokal tilknytning og lokale endringer

Både landsbyfolk og aktørene i TCF-nettverket understreker betydninga av at medicene og førstehjelperne har solid lokal tilknytning. De er landsbyfolk blant sine egne og når det er snakk om å utdanne nye helsearbeidere, vektlegges det at medicer og førstehjelpere må være bofaste i sitt virkeområde. Tillit hos lokalbefolkningen er viktig. En av forutsetningene for tillit er at medicen kan sine ting og er i stand til å gjøre en god medisinsk jobb. En annen forutsetning er at vedkommende er kjent over tid, at landsbyfolket vet hvem de har med å gjøre. ” *We are certain about him,*” sier de om sin medic og skryter av han mens han er til stede. ” *I hope it will encourage him to help our sick and injured more and more*” (Darramyan).

I en annen landsby spør intervjueren hva de vil si hvis deres kvinnelige medic flytter fra området. De svarer: ” *We don't like it and we don't allow her to do so*” (Bawze). En av mennene sier: ” *If she is going to leave, I will do, too.*” Hvis de skulle være nødt til å lære opp noen andre, måtte det være en av ” *her students*”, en av de avanserte førstehjelperne som har jobbet sammen med henne. Vi blir fortalt at helsearbeidere som ikke er bofaste i området har vært ansatt på landsbyklinikker, men at de sjelden er til stede på klinikkene. I andre tilfeller har det oppstått politiske og religiøse konflikter i forhold til innflyttere. Derfor er det viktig at medicene er ”en av våre”. I landsbyene er det svært tette sosiale bånd mellom innbyggerne basert på familiebånd med giftemål innenfor samme familie, og klans- og stammetilknytning.

Vi har ikke i dette feltarbeidet hatt anledning til å studere disse strukturene. På spørsmål sier Mudhafar Murad og andre informanter at de tradisjonelle holdningene til stamme- og klientilhørighet er i tilbakegang og spiller liten rolle i dagens organisering av landsbysamfunnet. Både Barth (1953) og Van Brunissen (1993) peker på at utviklinga av moderne kommunikasjoner og økt mobilitet fører til store endringer i den sosiale organiseringa. Offentlig administrasjon har i noen grad styrket sin innflytelse i disse områdene og overtatt den organiserende rollen som stammetilhørighet tidligere hadde. Her vil det nok finnes nyanser mellom byene og landsbygda. I de siste 30 år har den kurdiske befolkningen vært utsatt for utstrakt påtvungen mobilitet gjennom evakueringer, tvangsflytting, internering, flukt til naboland, og en emigrasjon til vestlige land. Den storstilte fraflyttingen fra landsbygda er en faktor som virker i samme retning.

Praktisk dyktighet

Den pedagogiske innretninga ved Landsbyuniversitetet legger stor vekt på praktisk trening og erfaring. Det å ha erfart å ta hand om mineskadde under til tider ekstreme forhold, kan være viktigere enn å ha formal helsefaglig utdanning på lavere nivå. Derfor har Mudhafar Murad først og fremst vektlagt lokal kompetanse og kjennskap til området når han velger ut nye studenter. Utvalget gjøres ut fra omfattende kartlegging av områder med minerisiko fordi medicene skal settes sammen i et nettverk, en overlevelseskjede fra skadestedet til det kirurgiske sykehuset. Hver medic trener i sin tur lokale førstehjelpere som har tiltrekkelig kunnskap til at de kan ta seg av den skadde inntill medicen kommer til skadestedet, eller den skadde blir transportert hjem til medicen. Undervisningen ved Landsbyuniversitetet og under trening av landsby-førstehjelpere bruker systematisk deltakernes egne fortellinger om opplevde skadestusjoner til diskusjon og undervisning. Mellom hver to-ukers modul ved Landsbyuniversitetet har alle studentene arbeidet aktivt som medicer i 4 – 6 måneder og har derfor med seg ytterligere case-erfaringer inn i neste undervisningsmodul.



Trening på levende dyremodell i Landsbyuniversitetet

(Foto TMC)

Gjennom å bruke levende dyremodeller og instruksjonsdukker kan de praktiske ferdighetene kombineres med teori på en mye mer konkret måte enn det som er vanlig. Under besøk ved helsesentra og distriktssykehus ser vi at personell med formalutdanning som sykepleier eller lege har svært liten opplæring i praktisk livereddende skadebehandling. Dessuten har de under utdanningen ved sentralinstitusjonene lært seg å bli avhengige av teknisk avansert utstyr. Men på grunn av embargoen av Irak og en elendig offentlig økonomi, har det nødvendige utstyret for å drive medisinsk behandling i helsestasjoner og lokalsykehus ofte vært mangelfullt, ødelagt, eller det har manglet helt. TCFs mediser har derimot helt fra starten av opplæringa hatt tilgang til nødvendig utstyr for basal og avansert livreddende behandling, de har kompetanse til å betjene utstyret, og medisiner har blitt etterfylt kontinuerlig.



Medicere med sine Burmaserker

(Foto TMC)

Førstehjelpssekken, Burmaserken som den kalles fordi den ble utviklet under opplæringsprosjektet i Burma på begynnelsen av 1990-tallet, består av instrumenter, medikamenter, intravenøs væske og bandasjemateriell tilstrekkelig til å gi livreddende behandling til tre hardt skadde pasienter. Burmaserken har ofte vært det eneste førstehjelpsutstyret i mils omkrets. Sekken er en sandwich-modell ryggsekk som veier ca 20 kilo. Den er derfor mobil og brukes både på skadestedet og under transport (Husum et al. 2000:165). På grunn av en viss bedring de siste par år i den lokale økonomien har utstyrssituasjonen blitt noe bedre i sykehusene. Men i de fleste ambulansene vi så under vårt besøk var det lite eller ikke noe medisinsk utstyr. Når man vurderer prosjekters bærekraft (sustainability), er ofte muligheten til å forsyne personalet med relevant utstyr over tid en akilleshæl. Forsyninger av utstyr har vært avhengig av ekstern finansiering og vil være det

også framover, men arbeidet med å integrere prosjektet inn i de offentlige strukturene må man på sikt arbeide for at dette finner sin løsning i den generelle logistikken til distriktshelsetjenesten i området. Jeg kommer tilbake til denne integreringen senere.

Husums artikkel i Journal of Trauma viser at det er de mest erfarne medicene, de som håndterer flest skader, som har de beste behandlingsresultatene (Husum et al. 2003). Hva skyldes dette? La oss se på noen eksempler fra Hedelins materiale. En medic sier: *"One of the most important lessons that I have learned from experience is that I have learned how to face dangerous situations. This is a thing that I have experienced and before the patients were really frightening to me and I didn't dare to deal with the patients. After these accidents and the management I have done, I realise that what I am doing here could not be done in Qaladze or Sulimania. I must do it here; there is no alternative"* (Hedelin 2005:14). En annen medic sier: *"Now we have very good experience with these things. Before, for example, it took a long time for us to insert the cannula. Packing the wound, stopping the bleeding, all of these practical things we did in a bad way before. Now we have done it in many patients and we see that it is beneficial and helpful for the patient. Now we are very experienced in all these things"* (Hedelin 2005:14).

I en skadehistorie gjenfortelles medicens arbeid slik: *"Osman proceeded to pack the wounds carefully with gauze and wrapped the legs with elastic bandages to high up on the thigh. This stopped the bleeding, but about twenty minutes had passed now and many bystanders started to grow impatient. Some kept urging Osman. "We must take him to Suli now, otherwise he will die", but Osman had treated many traumacases and was confident. "No, he will die if I do not finish this." Osman was trusted and respected in the village and his decision was not questioned"* (Hedelin 2005:9). I et av våre egne gruppeintervjuer fremhever medic Osman nettopp dette poenget. Han beskriver en situasjon der to personer dør på vei til sykehuset fordi de ikke har fått prehospitaal behandling: *"For you and for the people who were participating in the training course I advice you, if you see an injured do not force him to go. You have to keep him in the place of accident. Do not return him immediately to hospital. In this way you can bring him to the hospital in one and a half hour"* (Darramyan). Dette gir et bilde av den erfarne medicen som ikke lar seg presse av en opphisset og redd folkemengde i skadesituasjonene. Han peker på betydningen av å gjennomføre systematisk de prehospitale behandlingsrutinene før man påbegynner transporten til sykehus.

Et annet eksempel fra Hedelins intervjuer viser hvilket scenario medicene står i når de behandler skadede. Her er en kvinnelig medic som arbeider i et helsesenter: ” *The patient was in (hypovolemic) shock when he arrived and there was a big crowd that did not allow me to work and also the staff (at the clinic) they did not allow me to do a good packing and there was a big discussion between me and the rest of the staff because all the people and also the relatives kept asking me to take the patient to the hospital as soon as possible. So it was a lot of discussion*” (Hedelin 2005:14).

Eksemplene viser at medicene håndterer skadepasienter i vanskelige situasjoner, ofte under stort press. De gir uttrykk for stor sjøtillit og sier at de kan holde hodet kaldt og gjennomføre nødvendig behandling fordi de har lang praktisk erfaring. Eksemplene demonstrerer hvordan kunnskap utvikles gjennom medisinsk og sosial praksis.

I livredning er det de enkle prosedyrene som er de viktigste. I Husums doktorgradsarbeid viser materialet at fra 1997 til 2001 har de avanserte prosedyrene, ATLS, (se ordliste) bare har vært i bruk i 3% av skadetilfellene. De viktigste elementene i effektiv førstehjelp kan oppsummeres slik: Systematisk posisjonering av pasienten sørger for frie luftveier i de fleste skadesituasjoner. Blødningskontroll er viktig. Man kan ikke bare ta pasienten med seg og rase av gårde når evakueringen tar timevis. For å kontrollere sirkulasjonen må først blødningen stoppes, deretter skal det gis intravenøs væske (volumsubstitusjon inntil systolisk blodtrykk når minimum 90 mmHg), og deretter sørge for å holde pasienten varm og forhindre hypothermi. Varm IV-væske, varm drikke, tørre klær og beskyttelse mot vind er tiltak som hindrer nedkjøling under transport. Hvis denne rekken av prosedyrer følges, viser studiene i Nord-Irak og Kambodsja at pasientene tåler lang evakuering (Husum et al. 2003).

Medicen som organisator i nettverket

I Hedelins materiale gjengis en situasjon hvor det stilles store krav til medicen som organisator: ” *I have got students and when the accident happened they came here and I could order them to arrange the travel. I ordered one to bring a car and ordered another to bring a blanket and I ordered some relatives of the patients, about five persons, to accompany the patient during the travel...It would not be beneficial to work alone compared to when they are working with me. It even takes time to go by myself to bring fluid bottles and iv cannulas, all which are being done by my students. They are helping me to handle the patient and help in cannulation and giving iv fluid*“ (Hedelin 2005:12). Medicene legger vekt på de

organisatoriske utfordringene under skadestedsarbeid og transport. En medic i Shemiran sier at folk i landsbyene har sterke bånd til hverandre, det gjør at mange folk rykker ut når noen er skadet. Noen bærer sekken, noen sørger for varmt vann til å varme intravenøs væske i. Andre blir med for å bære pasienten. Ved utrykning vil også førstehjelperne bli tilkalt for å være med. Dette gjør det ganske folksomt på skadestedet, men han mener at det er godt å ha mye folk rundt seg som et støtteapparat.

I tillegg til skriftlig medisinsk dokumentasjon på Injury charts, har medicene også laget en omfattende fotodokumentasjon av skader og evakuerings situasjoner. Det som er slående med bildene er nettopp denne breie mobiliseringen av landsbyfolk som på forskjellige måter er engasjert i redningsoperasjonen. Dette står i svært skarp kontrast til beretningene fra den kurdiske landsbygda den gang de ikke hadde et førstehjelpsnettverk. Vi blir fortalt at situasjonen den gang var preget av panikk, skrik og handlingslammelse.

En av pillarene i prosjektet har vært at de som utdannes som medicer, systematisk skal drive førstehjelpsopplæring av lekfolk i landsbyene. På to-dagers kurs læres 20-30 landsbyfolk, voksne og barn, hvordan de kan berge liv uten andre redskaper enn egne hender: hjerte-lungeredning, stabilt sideleie og luftveiskontroll, å stoppe blødninger ved pakking av sårkanalen, hvordan holde pasienten varm. De dyktigste i gruppen, spesielt i fjerntliggende fjell-landsbyer og mineutsatte områder, blir invitert til å ta et to dagers ekstrakurs som innbefatter kanylering og væsketerapi, dvs. vurdere blødning og behov for intravenøs væske. De lærer å grovrepone og spjelke bruddskader. Enkelte førstehjelpere får en noe videre opplæring som også innebærer at de kan gi Ketamin som smertelindring under transport. De får ikke administrere antibiotika. Disse har fått tittelen Advanced First Helper (AFH) og omtales ofte av medicene som ”students”. TCF Iraq har utdanna mer enn 300 AFH-ere. Etter endt opplæring utstyres førstehjelperne med fem ruller elastisk bind til blødningskontroll. AFH-eren får en liten bag med utstyr tilsvarende deres kompetanse. Det er laget et eget undervisningshefte i basal førstehjelp for AFH-ere på kurdisk. Opplæringa av AFH-erne er en ny måte å spre helsefaglig kunnskap på. De mottar ikke lønn og har derfor ingen direkte forpliktelser overfor TCF. De blir en del av det uoffisielle helsevesenet som etableres bottom-up der det ikke er noe tilbud fra før. Under feltarbeidet møtte vi mange avanserte førstehjelpere med mye skadeerfaring og med et uttalt ønske om faglig påfyll for å kunne ta på seg ytterligere oppgaver i landsbyene.

Vi kan la medicen i landsbyen Bawze illustrere hvordan livsviktig kunnskap forvaltes og spres gjennom TCF-nettverket. Denne medicen har trent to grupper med landsbyboere i basal førstehjelp. Gruppene har vært på 30-35 personer og de har gjennomført to oppfriskningskurs. De avanserte førstehjelperne har i tillegg lært å gi intravenøs væskebehandling. Etter å ha jobbet svært tett med medicen i fire år har de sjøltillit nok til sjøl å ta seg av skadde når medicen ikke er til stede i landsbyen. I denne landsbyen er det vanlig å dra på sommerbeite høyt oppe i fjellene. Her er det beitemarker og her er det ikke så varmt om sommeren som det er nede i landsbyen. De avanserte førstehjelperne og medicen har et system hvor de deler seg i grupper slik at de dekker de områdene hvor folk til enhver tid befinner seg. Dette har gjort at landsbyfolkene føler seg mye tryggere når de beveger seg i utmark og fjell. På denne måten har landsbyen på eget initiativ og med eget design, etablert en førstelinjetjeneste på traumesida. Den samme landsbyen har et helsesenter med en utdannet medical assistant som er tilflytter. Arbeidsdelinga mellom denne personen og TCF-medicen er at medicen tar seg av de akutte skadene og medical assistenten tar resten. De avanserte førstehjelperne omtaler førstehjelpernetverket som ”The Health Center-families”. Helsesenteret har blitt et sosialt senter og et kunnskapssenter der de kommer sammen og utveksler erfaringer. I Bawze sier de at denne kunnskapen er viktig ”...to support the people”(Bawze)

Ettersom førstehjelperne får mer erfaring og sjøltillit, så øker også lysten til å lære mer. De ber Mudhafar Murad om å få opplæring i prosedyrer som i dag er forbeholdt de som har ansiennitet som mediser mer enn tre år. De ønsker å lære å suturere sår, de ønsker å behandle slange- og skorpionbitt og de vil lære å måle blodtrykk. Vi ser her et engasjement og en kunnskapsutvikling som sjelden er å finne innafor den tradisjonelle helseinfrastrukturen. Det er en stor utfordring å ta vare på den kompetansen som dette nye sjiktet av helsearbeidere representerer, og å utvikle nettverket ytterligere.

Etiske og kompetansemessige vurderinger

I oppstartsfasen møtte TCF-prosjektet motbør – ikke fra helsemyndighetene i Nord-Irak og Kambodsja – men fra vestlige nødhjelpsorganisasjoner som MSF, UNICEF og Emergency. Den italienske sjefskirurgen i Emergency fastslo at pasienter som var behandla av disse halvstuderte kurdiske medicene ikke på noen måte ville slippe inn i ”hans sykehus”. Den franske sykepleieren som koordinerte UNICEFs medisinske arbeid i Kambodsja, fortalte oss under fortrolige samtaler at ideen bak prosjektet var god, men at khmerne var for late og uopplyste til at prosjektet kunne realiseres (Husum 2003). Grundige faglige diskusjoner løste

etter hvert disse problemene, men konfliktene uttrykker viktig uenighet om etiske og kompetansemessige standarder. Dersom vi legger våre vestlige standarder for kompetanse og sertifisering i Sør, vil vi etter min mening frata befolkningen i store deler av den fattige verden en livreddende helsetjeneste – kanskje adgangen til en helsetjeneste overhodet.

For å utvikle et helsetilbud der det knapt finnes fagfolk, og ikke engang et minimum av helsetjenester, må man bryte med det akademiske kunnskapsmonopolet. Akkurat som vi har sett i spørsmålet om hvem som ”kan rydde miner”, så er spørsmålet om hvem som kan ta seg av skadde også et politisk-moralsk spørsmål. Det er ikke etisk forsvarlig å frata store befolkningsgrupper et helsetilbud begrunnet i et krav om å følge kvalitetsstandarder som er utviklet i vestlige samfunn i totalt forskjellig kontekst. Vestlig universalisme – at vi rike og velutdannede har rett til å sette standarden også for ”de andre” – er en viktig årsak til de koloniale strukturer vi ser i bistand og nødhjelp. Manglende bygging av lokal kompetanse gjør at landene blir avhengig av vestlig bistand på områder der de kunne ha blitt sjølhjulpne. Vestlige land driver i tillegg en systematisk ”brain-drain” av akademisk utdannet helsepersonell fra Sør for å dekke et tilsynelatende umettelig behov i det rike Nord. I Afrika utdannes det 5.000 leger årlig, i Europa er tallet 175.000. Zambia har uteksaminert 600 leger siden frigjøringa i 1964, men i dag er bare femti leger (8%) igjen i landet, og ingen av disse holder til utenfor byområdene (Bergström 2006). USA og Storbritannia har opprettet egne organisasjoner for å administrere brain-drain fra Sør, henholdsvis ”Green Card Diversity Lottery ” i USA og ”Highly Skilled Migrant Programme” i UK. I følge dr. Atta Gbary, Afrika-rådgiver for WHO, forlater 23.000 av de best utdannede i helsesektoren Afrika hvert år (Klassekampen 02.06.06).

Gapet mellom behov for helsetjenester og tilbud øker i mange land i Sør. Det er ingen løsning å ønske seg flere leger, eller å bygge flere medisinske høyskoler. Alternativet til kronisk nødhjelp fra Vesten, er derfor å videreutdanne de lokale ressursene som faktisk finnes. Da blir spørsmålet: holder medicene mål? Er det slik at trente ikke-leger virkelig kan gjennomføre god, livreddende kirurgi? Evalueringsarbeid både i Mozambique (Bergström et al 1996, Vaz et al.1999) og i våre egne prosjekt (Husum 2003), viser at arbeidet til medicene holder et forsvarlig nivå. Bergström oppsummerer fra sitt arbeid i Mozambique: *”There has been no medico-legal consequences so far of abdominal surgery being carried out by people who are not fully qualified medical graduates. The prevailing scarcity of such graduates and the unavailability of them outside almost all urban areas make medico-legal aspects of limited*

importance.” (Bergström 1996:511). Vi har tidligere sett på resultatene fra denne opplæringa i Mozambique (Vaz et al 1999). Forfatterne konkluderer sin artikkel med hva deres erfaringer har å si for denne type opplæring i lavinntekts land i Sør: ” *In several low-income countries there has been a delegation of advanced surgical responsibilities in recent decades. This is bound to continue in the foreseeable future.. Most of the evidence concerning the quality of care provided by assistant medical officers shows that if properly trained they can offer solutions to most emergency problems in general surgery and obstetrics. There can be little doubt that the training of middle-level health staff in surgery, anaesthesiology and other clinical fields will be necessary in the coming decades. Cost-effectiveness analyses and follow-up studies on mortality levels in remote areas should yield a reasonable case for sustained efforts to train such workers*” (ibid:690).

Å arbeide utenfor rammen av det medisinske establishmentet finner akseptabelt, kan være problematisk. I Mozambique er ”Technicos de Cirurgia” nå formelt sertifisert på bachelor-nivå. Mudhafar Murad har et nært samarbeid med helsemyndighetene i Nord-Irak. Han er formelt ansvarlig for traumesystemet i Suleimania-provinsen og holder myndighetene løpende orientert om utviklingen av TCF-nettverket. Men integrering av medic-nettverket i eksisterende infrastruktur krever nytenking, og det er trolig fortsatt langt fram til en fleksibel ordning der medicene i Nord-Irak blir formelt anerkjent som bærende element i helsetjenestene på landsbygda.

KAPITTEL 7. TO FORTELLINGER AV MEDIC HIKMAT HAMARAHIM

Hikmat Hamarahim er en erfaren medic fra det første kullet som ble opplært i TCF Iraq. Han har vært med i organiseringen av denne mastergradsstudien og er ved siden av Mudhafar Murad den som kjenner TCF-nettverket best. Jeg ba Hikmat fortelle to historier om pasienter han har behandlet og gi et bilde av situasjonen omkring skadebehandlingen. Fortellingene gir innsyn i hvordan dette nettverket fungerer sett fra kurdisk side. Hikmat skrev ned historiene på kurdisk, de ble deretter oversatt til engelsk av Mudhafar Murad og sendt meg etter avslutningen av feltarbeidet. Jeg har valgt å beholde den engelske teksten for å gi et mer autentisk bilde av det materialet denne oppgaven bygger på. Oppgavens mål har vært å gi en stemme til de som sjelden eller aldri høres, og Hikmat Hamarahim er en av dem. Jeg har valgt å anonymisere fortellingene og kalle pasientene henholdsvis Abdul og Leihla

Introduction

“I am Hikmat, a medic from Tawela. Tawela is the name of the village located at the Iraqi border, it belongs to the Halabja district and it’s located in a very mountainous area. It’s located about 200 km east of Sulemania city. And this village has been taken by the Iranians many times during the war (Iran-Iraq war) and taken again by the Iraqis. It was a battlefield between the two armies. For that reason many mines has been put out in this area, some are removed, but many are left in this area, in the mountains, in the gardens and in the valleys. After the Uprising in 1991, the villagers started to go back to the villages. Also the people from Tawela went back to their village, because at that time life in the city was bad, economically, due to the embargo. So people went back to the village to start rebuild their houses and start farming. The main source of income was farming and small trading between the Iranians and the Iraqis. For that reason many people had been killed or injured by the mines.

At that time we had a very small health centre and I was working there as a nurse. It was very small, only two rooms and we had shortage of medicines and medical equipment. We did not have any gauze, IV fluids or IV cannulas, almost nothing. We didn’t have good knowledge of how to face the problem of the mine injuries. If anyone was injured by a mine or UXO, the people took them directly in a car and immediately to the hospital in the city, because of the shortage of equipment in the village. If the mine victims got any help, they got it in a wrong way. We used to put on a tourniquet and the patient was transported on the long and bad

roads while bleeding and in pain. As I was the nurse in the health centre I faced this problem daily at that time. After Trauma Care Foundation started their work in Kurdistan, they visited my village and they registered my name to participate in their training course. In 1996 I participated in the first course in the village, it lasted 15 days. It was 100 hours of training and lectures. It was very hard work. Day and night we were learning. In the training we were using dummies and the training was run by the doctors Hans Husum and Torben Wisborg. After we completed the course we got the certification and the backpack, or Burma-pack as we say, and we went back to our villages. When we came back we had trust in ourselves and we said that after this training we can treat the more serious cases. We started implementing the program that we learnt from the Village University in our village. We collected people from the village and taught them some basic first aid or basic life support. After that, we selected some of them as our first helpers in order to inform us when any accident took place in the village or around the village. And we collected the drivers and told them that after this day they didn't have to take the patients directly to the hospital. They should be treated by us. We had the backpack and the equipment, and we would treat them first and then follow them to the hospital. No patient should be taken to the hospital without a nurse or a medic. We showed the Burma-pack to the people and told them that we had all the medical necessities for every emergency cases. We also told them that from this day we would not wait for the injuries to come to the health centre, we would go to the site of the accident to treat them.

The story about Abdul



Bilde av Abdul tatt under smertestudien i 2001 (Foto TMC)

This is the story of one of the patients that I have treated: It was one very cold night in the winter. The snow was coming at that time, and most of the people were sleeping or sitting beside their wood stove talking about their hard lives. Only those people that I will tell you about were outside. They were thinking about the tough life of their families for tomorrow. About what their families should eat. Those people had no chance of working during the day time. So during the night they went to the Iranian side in order to bring back some flour, for the family to eat the next day. At that time there was an embargo in Iraq. In the day time it was prohibited to go to the other side of the border, to bring things or any equipment from the Iranian side. So those people operated at night time.

Abdul is the name of one of those people. He was a young guy, 20 years old. He was living with his parents in very small rooms. His father had a psychological problem. He got this problem after his village was destroyed by chemical bombs. He was staying inside the room and he never came out of the house. So Abdul was living for his parents. On this winter night, I think it was in 1999, it was around midnight in the high mountains between Iran and Iraq. About one hour from the village, Abdul was carrying some kilos of flour. He was bringing it

from the Iranian side, to give to his family. It was snowing heavily, covering all the mountains. For that reason they lost the main roads that they had used before. So he stepped on the mine. It was a Valmara, a fragmentation mine. One of Abdul's friends, Massoud, was with him. This friend had participated in the first helper training in the village. He put Abdul up side down in order to stop the bleeding. As fast as he came to the village he informed me about the accident. I took my backpack and ran towards the site of the accident. It was very dark, but I got light from the headlight that I had in the backpack, it was very beneficial. After one and a half hour I got to the site of the accident. I found Abdul who was bilaterally amputated in his legs and he had severe injuries to the upper limbs. And there were some fragment injuries in the lower limbs. He wasn't conscious, but responded to pain stimuli. Most of the people, who had participated in the village training course, came with me to the site of the accident, to help and to support me. One of them brought warm water, three of them compressed the femoral artery and the brachial arteries. Some of them helped to prepare the IV fluids, and the packing of the wounds.

When I was doing the treatment for this patient, I remembered all the sentences and advices of doctor Hans and doctor Torben. What they had learnt us in the Village University. I remembered all the procedures that I learnt from this training. I put 2 big IV cannulas in the patient and I gave him analgesics and IV fluid, specially warm IV fluid. And I packed all the wounds with gauze and I put the elastic bandage in a crosspattern, from the injured end of the limbs to the groin and to the shoulders of the patient. And we put some plastic bottles with warm water over his chest and on central parts of his body. Then we covered him with 4 blankets, and we took him to the village. In the village we got a car, and I went with the patient to the hospital. And we used analgesics during the transportation 3 or 4 times, and we gave him more IV fluids. The road was very bad, because at that time there was an internal war. We had to pass many of the parties' checkpoints. The family of Abdul was very sad and very worried about him. But on the other hand, when they saw that I followed him and gave him the treatment, it gave them some reassurance. They became satisfied and they became calm when they saw that I did everything for the patient during the transportation. I told them that he wouldn't die, he would survive. In the morning, the next day, we arrived at the Sulemania hospital and we took him to emergency room.

When I went back to the village, I said that I could manage many more cases, every emergency case. This gives me more self confidence and trust. At the hospital they did a

bilateral amputation over the knee and he survived. Now he is living in Tawela village. With his hands he is making the local Kurdish shoes and is doing small business in the Tawela market. His father died, unfortunately. He is now supporting his mother, and he got married just 2-3 months ago. Now I and Abdul are very near friends to each other, because he knows I was one of the reasons for his survival. And in the end I will say that this was one example of the patients that was treated by the medics. And we used the knowledge from the Village University to manage this patient. And that's all.

The story about Leihla



Bilde fra transporten av Leihla til sykehus

(Foto Trauma Care Foundation)

This is another story for another patient written by the medic Hikmat from Tawela. The story is of the patient Leihla. The accident took place in September 1999. Leihla was a small girl from Tawela. Her father was a farmer and he worked on the farm from early morning till late evening. And late in the evening he came back to his family. He had a big family, ten members in all. Leihlas mother died some years ago due to some disease, so she had no mother. During the day Leihla spent most her time playing outside the house with other children. On the day of the accident she was playing outside the house, at four o'clock pm she found a small

device. It was some kind of UXO. She didn't know what it was, so she played with it and suddenly it exploded inside her hands. And the sound of the explosion was loud. At that time I was sitting in my home, which lies on the other side of the valley. I took my backpack and ran towards the site of the accident. Because that was what we were supposed to do, to go immediately to the patient. The people from around the accident started to bring her directly to my place, because the people they know me and that I have the backpack. We trained most of the people as first helpers and we treat many serious cases and follow them to the hospital, so people now know when accidents happens to immediately take the patient to us. So the people has learned that they should not take any injured patient directly to the hospital, they should be treated inside the village before taken to the hospital. When I was in the Village University doctor Hans told us: "You should teach the people how to do first aid and not take the patient directly to the hospital." At that time I was thinking how will we teach the people this? But on the day Leihla was injured I saw that they had learned it. Before this I did not believe that they would learn it.

When I met with Leihla in the middle of the way, she was carried by some of the first helpers that have been trained by us medics. Some more first helpers were there and they followed the patient. She was crying, because she was in pain. I found out that she had injuries to her face, eye, both upper limbs, to the chest and the abdomen. The first helpers immediately warmed water for me. I put in the IV cannula and gave her 1000 ml warm Ringer lactate. All the first helpers helped me and arranged everything for me. Whatever I needed they gave it to me immediately. After I gave her the IV cannula I gave her the analgesics, and then I did the dressing, packing and bandaging with help from the first helpers. Then the first helper took the patient inside the car, and during the transportation some of the first helpers followed me to take the patient to the hospital. During the transportation she felt some more pain so I gave her another dose of Ketamin. I also gave her antibiotics, Ampicillin and Metronidazole because she had an injury to the abdomen. During the transportation she vomited so we put her in the recovery position and we did the suction for her. We arrived at the hospital after two hours. When we arrived at the hospital we told them what we had done for the patient. It was much appreciated and they evaluated our work as very good.

She stayed at the hospital, where they did a laparotomy. They also did an operation for her eyes. After that she was discharged from the hospital and she went back to the village. She didn't become handicapped. Now she is growing and both eyes are ok, no problem. I

remember on that day, that her father wasn't with her, but the first helpers could replace him. They took care of Leihla and I don't think that she felt too bad about it, because they could help her as well as her father could have done. Leihla's father is a poor farmer. When he heard that the people had taken care of her and that the transportation was paid for, he became very happy and he appreciated what we had done.

From that accident, Trauma Care Foundation could show another kind of NGO to the people. Before, the people had very bad opinions about the NGOs. There was always a lot of talking about the NGOs. They came to the village and they took a lot of pictures and they always said that you have very nice village. After that they got on to their air-cooled cars and they went back to the city and we never saw them again. But the Trauma Care Foundation work very practical for the reality inside a village. And their medics work day and night without any difference. They help all the people without any difference between anybody, villagers or city people, poor or rich. And they are with the villagers in every situation, very sad, difficult or tough situation. Because of this the people found that this is a new kind of NGO. In this accident we didn't have any difficulty, because we had learned all the principals of the management during the courses that we got in the Village University. We learned from TCF that you always should be ready with our Burma-pack. Doctor Hans said: "like you are ready for the war." At that time I felt that the salary was small compared to another student, but this is not important to us. We treat the patient and take them to the hospital, and when we come back to the village we feel happy because we did a very good job. This happiness can't be compared with any money. And we, the medics from Trauma Care Foundation are respected by all the villagers because they know we help all the people. They always ask what organization we come from and what country is funding it. Some say that if you step on a mine or get injured it's best to do it inside the village, because here you get help, treatment and transportation.

Hva forteller historiene?

Hikmats fortellinger belyser mange sider ved medicenes arbeid og konteksten for arbeidet. Hikmats utgangspunkt var en helsestasjon nesten uten utstyr og kunnskaper for å handtere et svært krevende skadepanorama. Historiene viser hvordan treningsprogrammet formidler en kunnskap retta inn på praksis. Dette er kunnskap-i-handling slik Molander beskriver det (Molander 1993). En handling innebærer kunnskap når oppgaven er forstått på en slik måte at den kan utføres. Kunnskapen er konkret og handlingsorientert og den opererer i en lokal

kontekst som legger premissene for resultatet. Den sosiale organiseringen rundt skadesituasjonene viser at landsbyboerne er en viktig ressurs i medicenes arbeid. Sjøl medicen reflekterer med en viss overraskelse over dette.

Molander (1993) og Freire (1970) legger vekt på betydningen av å ha tiltro til seg selv og sine kunnskaper. Hikmats beretninger utstråler nettopp tiltro til egen evne til å mestre vanskelige situasjoner. Når medicene erfarer at de mestrer, gir det både sjøltillit og tillit fra omgivelsene. Hikmat framhever det særegne ved TCF-nettverket: Arbeidet er rotfesta i landsbyen og bygger på landsbyens egne ressurser. I dette ligger forskjellen på TCFs og andre organisasjoners arbeid.

KAPITTEL 8. VIDEREUTVIKLING AV OVERLEVELSESKJEDEN

Skadepanoramaet i Nord-Irak er i stadig endring, og Mudhafar Murad gjorde i 2004 en evaluering av overlevelseskjeden. Siden starten i 1996 hadde man stadig ekspandert nettverket til nye områder langs grensen og også fått mediser på plass i KDPs område i Erbil-regionen. Evalueringen i 2004 viste at kjedens svakeste ledd ikke lenger var den prehospitale behandlinga, men behandlinga pasientene fikk i distriktssykehusene og under overføring fra distriktssykehusene inn til Sulimania universitetssykehus. Mudhafar Murad sier i intervju at personalet i akuttmottakene ofte ” *disrupted* (behandlingen, min anm.) *and did not cooperate with our medics.* ” Fra skildringer i Hedelins materiale ser vi at pasienter ofte får en overflatisk og til dels arrogant behandling i distriktssykehusene (Hedelin 2005). Det faglærte personalet er skeptiske til medicenes kompetanse og er også ukjent med deres moderne prinsipper for behandling av skader. De sosiale rangordningene innenfor systemet utfordres når det kommer personer uten formell kompetanse til sykehusene og hevder å ha svaret på hvordan denne type skadepasienter skal behandles. I følge Mudhafar Murad skjer det at sykehuslegene krever at de elastiske bandasjene for blødningskontroll skal åpnes – med risiko for ny blødning.

Et annet faglig stridstema er bruken av Ketamin i smertebehandlingen. ” *Ketamine is the drug of choice* ” i Landsbyuniversitetets program for smertelindring hos alvorlig skadde (Husum et al 2000:61). Ketamin påvirker ikke respirasjonen og forårsaker ikke kvalme og oppkast slik mange opiater gjør. Dessuten svekker det ikke svelgrefleksene, selv i høye doser. Dette gjør Ketamin til et svært sikkert smertestillende middel, også i situasjoner der pasienten ikke kan overvåkes kontinuerlig. Personalet i distriktssykehusene er ikke fortrolig med Ketamin og har i flere tilfelle lagt ned forbud mot stoffet og i stedet ordinert andre lette analgetika – selv til pasienter pasienter med store smerter. Dette bringer medicene i lojalitetskonflikter: Skal de følge prinsippene i sin egen opplæring som de har erfart virker godt, eller skal de følge de nye ordinasjonene som de har fått av personalet i distriktssykehusene? Fra materialet ser vi at medicene stoler mer på sin egen opplæring og sine egne erfaringer enn påleggene fra leger og andre i systemet. Fra deres egne beretninger ser vi at de bruker Ketamin i små doser på en svært effektiv måte i behandlingen av pasientene (Hedelin 2005). Under hele embargoen og fram til det siste året har utstyrsmangel vært et stort problem i distriktssykehusene. Derfor har medicenes ryggsekk med medisiner og utstyr gjort medicene velkomne i akuttrommene ved klinikker og distriktssykehus.

Bygging av ”hvite” parallellstrukturer

Siden 1996 har den kirurgiske behandlingen av pasienter med skudd- og mineskader vært sentralisert til sykehuset ”Emergency” i Suleimania. Sykehuset drives av en italiensk NGO. Emergency-sykehuset ble oppført rett over gata for Teaching Hospital, universitetssykehuset i Suleimania. Emergency har vært finansiert av europeiske bidragsytere. Etter hvert som mine- og krigsskadene har blitt færre, har Emergency vært avhengig av å vise til høye pasienttall for å rettferdiggjøre sin eksistens (Wisborg et al. 2006). Sykehuset inngikk derfor en avtale med de lokale helsemyndighetene for å sikre monopol på behandlingen av skadepasienter. De plasserte til og med ut førstehjelpsposter i de offentlige distriktssykehusenes akuttmottak for å sikre at skadepasientene ble evakuert til Emergency og ikke ble behandlet på et lavere nivå.

Denne politikken har utvilsomt virket til å svekke fagkompetansen og opplæringspotensialet både ved Teaching Hospital og ved distriktssykehusene. Bygging av parallelle strukturer svekker kompetansen og kapasiteten i de lokale institusjonene. De eksterne strukturene bemannes med utenlandsk nøkkelpersonell, og det drives lite opplæring med sikte på lokal kompetansebygging og overtakelse. Nå er Emergency-sykehuset stengt og Teaching Hospital (regionsykehuset) har igjen tatt over denne kategorien pasienter. I følge Mudhafar Murad er kompetansen når det gjelder primærkirurgisk skadebehandling mangelfull og derfor har han etter 2004 også inkludert mediser fra Teaching Hospital i gruppen som trenes av TCF. På spørsmål om hva Emergency har lagt igjen lokalt etter at de stengte og forlot Nord-Irak, svarer Mudhafar Murad ironisk: ”*A nice building*”.

Eksemplet Emergency Nord-Irak er ikke enestående. Hancock presenterer en lang og sørgelig liste over nødhjelpstiltak over hele verden hvor prosjektene er dårlig lokalt fundert, og hvor lokal kompetansebygging er helt eller delvis fraværende (Hancock 1989). Dette er et politisk og ideologisk spørsmål. Holdninger utviklet gjennom hundreår med kolonisering styrer fortsatt mye av bistandsarbeidet. Vi møter en grunnleggende mistro til de ”innfødte” på alle nivå innenfor internasjonale bistand og nødhjelp (Hancock 1989, Fanon 1967, Husum et al. 2000, Werner & Saunders 1997).

Hva sier medicene i sykehusene?

TCFs evaluering i 2004 viste at det var personalet i distriktssykehusene(DH) som nå utgjorde det svake leddet i kjeden av skadebehandling. Derfor besluttet Mudhafar Murad at den fjerde gruppen av mediser som skulle læres opp skulle rekrutteres i akuttmottakene ved distriktssykehusene og Teaching Hospital (Se ordliste). Vi treffer fem av disse medicene i etterkant av deres månedlige møte i TCFs kontorer i Sulimania og gjør et intervju med dem. Intervjuet oversettes delvis underveis slik at vi er i stand til å følge gangen i samtalen og komme med innspill. Intervjuet er ellers ledet av Mudhafar Murad og er transkribert som de øvrige intervjuene. Medicene legger vekt på at treningen med TCF har gitt dem et nytt perspektiv som utgjør en kunnskapsbase for skadebehandling. *”During the training I realized that I only knew a few things about the medical experience”* (Medic i DH). Flere framhever at de har ervervet seg kunnskaper som ikke har vært vektlagt verken i tidligere utdanning eller praksis. Hva var det som var de viktigste faktorene i denne nye opplæringa? For det første at *” in the training we practised the activities that we studied.”* Opplæringen inneholder også treningssituasjoner der planlegging, gjennomføring og oppsummering og evaluering er viktige elementer. Blant annet blir teamarbeid og arbeidsfordeling gjennomgått grundig og det er noe som har vært mangelfullt i deres tidligere opplæring. Flere av medicene sier at også sykehuslegene imponeres av medicenes nyervervede kunnskaper. Å evaluere eget og andres arbeid og analysere cases er en ny pedagogisk erfaring for medicene. De peker også på hvor viktig Burma-sekken er. Den gjør at de kan rykke ut fra sykehuset til skadestedet med adekvat utstyr og ruste opp ellers tomme ambulanser. I mange situasjoner hevder de at dette har en avgjørende betydning for at pasienten skal overleve transporten.

En av de kvinnelige medicene sier: *“We did not have an emergency room. We had a bad hospital and a useless system. After the TCF training we could review the hospital both technically and systematically. Now we have an emergency room and we have the arrangements for how to treat the patients according to the cases. For example we try to treat the bleeding cases before others.”* Dette er en viktig oppsummering. I landsbymedicenes tidligere fortellinger kritiserer de den kaotiske organiseringen ved distriktssykehusene (Hedelin et al. 2006). Mangelen på prosedyrer og utstyr gjorde at personalet raskest mulig ville ha pasientene sendt videre til neste behandlingsnivå uten vurdering av akutt behandlingsbehov. Dette har skapt farlige situasjoner – også fordi det ikke har vært sedvane å ha medisinsk personell i ambulansene. Ambulanser er et relativt nytt element i traumesystemet i Nord-Irak. Privatbiler og drosjer har vært – og er fortsatt – det vanligste

transportmiddelet til nå. TCF medicenes praksis med å følge pasienten helt fram til den kirurgiske behandlingen er en helt ny måte å handtere pasienter på, likedan kravet til optimal stabilisering under hele transporten. En av medicene som arbeider i distriktssykehus forteller at bare en pasient døde under transport i det siste året, og dette viser at deres arbeid er blitt bedre. En annen sier at ingen av de han har transportert har dødd i det siste året.

Medicene sier at treningen med TCF har gitt dem *”ability and confidence”*. De er derfor frustrerte over at deres vurderinger noen ganger blir overprøvd av legene. *”There are many cases that are not necessary to transport to Sulimania. Some times the patient gets worse during transportation. The patient should be treated in nearby hospital before transportation, especially if it is a long distance (to the next hospital - Min anmerkn.). But the doctors can decide for everything, we should accept every decision the doctor is giving in the hospital. It is the main problem that we face in the hospital. The decision is not our responsibility”* (Medic i DH).

Mange av vaktlegene er på rotasjon, de er nye og uerfarne og medicene frustreres over deres manglende evne til å ta beslutninger. Under vårt besøk i akuttmottaket i distriktssykehuset i Derbandekan treffer vi sjefslegen som er en eldre og erfaren kirurg. Han bekrefter den kompetansehevinga som treninga av medicer har utgjort i deres sykehus. De har en turnus som gjør at de alltid har en medic med TCF-trening på vakt, eller så nær at vedkommende kan tilkalles på kort varsel. De fire TCF-medicene i hans sykehus mottar også 20 US dollar mer i lønn enn de andre. Han er en sterk tilhenger av denne nye måten å drive skadebehandling på og forteller begeistra at han på nittitallet oversatte David Werners bok *”Where there is no doctor”* til kurdisk. Sjefslegen understreker at hovedproblemet nå er at de ikke har anestesipersonell ved sykehuset. Det er et hinder for å kunne gjøre bruk av den kirurgiske kompetansen som de har.

Vanskelige skader – store utfordringer

Under feltarbeidet fikk vi melding om at en fire år gammel jente var brakt inn på distriktssykehuset i Halabja med alvorlige skuddskader i bryst og abdomen. Hennes eldre bror hadde lekt med farens Khalasnikov automatgevær og skutt jenta med to skudd på kort hold. Medicen fra Halabja hadde vært i stand til med hjelp av enkle metoder og tilstrekkelig intravenøs væske å få jenta til kirurgisk behandling i Sulimania i live. Etter omfattende kirurgisk behandling var hun fortsatt i live da vi besøkte intensivavdelingen neste formiddag.

Det er lite sannsynlig at denne pasienten hadde overlevd en slik skadetransport uten kvalifisert følge og behandling underveis.

Et par uker før vi kom til studieområdet i november 2005, opplevde Nord-Irak et av sine verste tilfeller av sjølmordsaksjoner. Nesten 80 shia-muslimer ble drept etter at en sjølmordsbomber sprengte seg i luften inne i moskeen i Khanaquin, midt under fredagsbønnen. TCF-medicer fra omkringliggende lokalsykehus ble bedt om å ta seg til skadestedet og delta i hjelpearbeidet. Da det ene teamet fra Kellar ankom åstedet etter 20 minutter, ble de nektet å komme fram på grunn av kaotiske forhold og mengder av folk i gatene. De satte da opp en ambulanse som kunne frakte skadde tilbake til deres sykehus 20 minutter unna. På denne måten klarte de å behandle hele 42 pasienter. Etter hvert som medicer fra andre distriktssykehus kom fram, organiserte de seg i team og etablerte to akuttrom. Medicene legger vekt på at de utgjør et nettverk av folk som kjenner hverandre, og at de derfor var i stand til å organisere seg og samarbeide så godt i denne kaotiske situasjonen. Mobiltelefonien er også her en nyvinning som bidrar til at denne type organisering er mulig. Gjennom mobiltelefon kunne de få tak i førstehjelpere som de hadde trent i området og slik øke behandlingsskapiteten.

Samarbeid by og land

Det har båret frukter å flytte TCFs opplæringsprogram inn i sykehusene. Medicene i landsbyene opplever at når de nå bringer pasienter til distriktssykehusene, så glir samarbeidet glattere enn tidligere. De kan ringe opp TCF-kontakter i sykehuset på mobiltelefon og melde inn hvilke pasienter som kommer. Medicene i distriktssykehusene vil være på plass, og de kan sammen diskutere hvordan pasienten skal behandles. De kan også bli enige om hvem av dem som skal følge pasienten fram til kirurgisk behandling hvis dette er påkrevd. Mobiltelefonen gir også muligheter til å drive en lokal variant av telemedisin. Stilt overfor vanskelige pasienttilfelle kan den enkelte medic diskutere med andre medicer både innefor og utenfor sykehusene, og ikke minst kan de kontakte dr. Mudhafar for å få råd.

I følge Mudhafar Murad er det påkrevd å heve kvaliteten på skadeomsorgen også ved universitetssykehuset i Suleimania. Under en uformell samtale diskuterer vi dette med en av sykehusets kirurger som nå er under spesialisering i barnekirurgi. Han mener at kurdiske kirurger har mye erfaring med skadekirurgi, men at kapasiteten på sykepleiesiden ikke er like god. Spesielt mener han det er viktig å bedre nivået på intensiv- og akutt sykepleie i de store

sykehusene. Kirsti Henriksen har i sin hovedoppgave om arabisk sykepleie beskrevet oppfølgingen av kritisk syke pasienter på intensivavdelingen på et sykehus i Kairo: *”Jeg opplevde ofte at sykepleierne fulgte de forordnede observasjoner nøyaktig (og ”slavisk”) – uavhengig av endringer i pasientens tilstand. Det er ikke deres oppgave å vurdere pasientens tilstand, det er legens oppgave. Sykepleierne følger legens ordre. Det var heller ikke ofte de tilkalte legen når tilstanden endret seg. Alarmer på scopet ble i stor grad ignorert”*

(Henriksen 1997:50). Vi har ikke studert intensivsykepleien i Nord-Irak, men vi kjenner igjen Henriksens beskrivelse av autoritetsstrukturene og dets konsekvenser fra spredte besøk og samtaler i sykehusene. Per Måseide skiller mellom behandlingsskapasitet og pleiekapasitet i sykehus (Måseide 1983). I distriktssykehusene ser vi at trening og opplæring betyr mye for pleiekapasiteten av alvorlig skadde pasienter. Vi har grunn til å tro at dette også er situasjonen i de større sykehusene.

I et intervju som vi gjorde med Mudhafar Murad mot slutten av vårt første feltarbeid, spurte vi han hva som burde vært gjort annerledes i de ti åra som prosjektet har pågått. Svaret var at intervensjonen i sykehusene burde ha kommet før. I de første åra sto implementeringen av landsbymodellen i fokus, og denne ble etter hvert ekspandert til nye områder. Først i de siste par åra har det vært drevet opplæring av personell i akuttmottakene på sykehusene. TCF overvurderte det faglige nivået i sykehusene. Først når landsbymedicene kom med ”sine” pasienter til distriktssykehusene og så hvilken behandling de fikk, ble det satt fokus på opplæring av sykehuspersonellet. Denne tilpasningen har styrket overlevelseskjeden som helhet, Mudhafar kaller det en revolusjon.

Den markante endringen i skadepanoramaet fra mineskader til trafikkskader vil kreve ytterligere tilpasninger av programmet. I 1997 utgjorde mine- og skuddskader 91% av medicenes pasienter. I 2004 er dette tallet sunket til 14%. Hovedgruppene av pasienter i dag er trafikkskader, slange/skorpionbitt og andre medisinske case (Wisborg et al. 2006). Med en økt bilpark og en bedret veistandard har trafikkkulykkene eksplodert i Kurdistan og utgjør i dag den største gruppa traumepasienter i Teaching Hospital i Sulimania. Hver måned mottar sykehuset rundt 80 alvorlig trafikkskadde pasienter. Dette er en stor utfordring for den prehospitalt akuttberedskapen i provinsen. Flere mediser må læres opp, den medisinske kunnskapen må oppgraderes til å inkludere nye typer skader og akutt-tilstander, og nye geografiske områder med stor skadebelastning må inkluderes i nettverket.

KAPITTEL 9. LIVET ETTER SKADE

Etter at programmene i Kambodsja og Nord-Irak hadde pågått noen år, fikk vi i Tromsø melding fra medicene at de hadde store problemer med overleverne etter mineulykker. Pasientene hadde store kroniske smerter og medicene fant ingen behandling som kunne hjelpe dem. Smerter, ensomhet, fattigdom og depresjoner var ord som ble brukt for å beskrive disse pasientenes situasjon. Selv om vi kunne dokumentere gledelig nedgang i dødsraten etter skade, var medicenes rapporter foruroligende. Kanskje var ikke dødelighet en god nok indikator på suksess? ” *Recent reviews of trauma system effectiveness indicate that trauma mortality is an insufficient indicator of system effect. Measures such as functional recovery and return to work should be monitored as well*” (Husum 2003:44 med henv. til Mullins & Mann 1999; Anke et al. 1997). Kanskje standard indikatorer for behandlingskvalitet slik vi kjenner dem fra Europa ikke er brukbare på landsbygda i Sør? ” *Studying trauma systems in the South, we should go even further. Compared to Western high-income countries, the impact of trauma is probably both different and heavier in societies where the economy is low-tech and labour-intensive, where the households are living on marginal income – and the social infrastructure is affected by decades of war*” (Husum 2003:44).

Utfordret av meldingene fra medicene, gjennomførte TMC i år 2000 en studie i Nord-Irak og Kambodsja av overlevernes situasjon med fokus på kronisk smerte (Husum et al. 2002). Studien viste at 64% av de alvorlig skadde led av kroniske smertesyndrom og 68% led av fantomsmerter i amputert lem. ” *The degree of pain was such that physical rehabilitation was difficult or impossible. We were surprised to find that the rate of pain syndromes did not relate to the quality of trauma care. It did however correlate with social factors such as loss of income and lack of coping strategies... We found that the majority of survivors were stuck in solitude and social isolation, and that the poverty factor seemed to aggravate pain and depression*” (Husum et al. 2002:46). På bakgrunn av funnene i smertestudien, ble det i 2000-2001 startet opp et pilotprosjekt med selvhjelpsgrupper blant mineskadde. De mineskadde skulle samarbeide for å gjenoppbygge liv og inntekt etter skaden. Hver familie mottok mikrokreditt-støtte fra TCF. I en av gruppene mottok de rentefrie lån på mellom 250-500 US\$ til å starte opp individuelle virksomheter og derved bryte den sosiale isolasjonen som preget denne gruppen. Virksomhetene varierte fra frisørsalong til utleie av Playstation. I de andre gruppene fikk hvert medlem fire sauer og kunne så betale tilbake disse etter hvert som sauene fikk lam. TMC gjorde en foreløpig evaluering av dette arbeidet i Nord-Irak i 2003 (Mads

Sundet, 2003) og er også i gang med en kvalitativ studie av selvhjelpsgruppene i Kambodsja. Så langt har jeg ikke hatt kapasitet til å gjøre noen omfattende evaluering av selvhjelpsgruppene. Men jeg merket meg under feltarbeidet at initiativet med selvhjelpsgrupper var kjent i flere landsbyer og at beboerne ønsket slike rehabiliteringstilak også i sine områder. I samtaler med representanter fra Norsk Folkehjelp kom det fram at mange mikrokreditt-programer slike forsøk med mikrokreditt i Nord-Irak hadde mislyktes på grunn av uheldige valg av satsningsområder. Det ble også hevdet at mikrokreditt-prosjekt krevde tett veiledning for å lykkes. Oppfølging av slike prosjekter viste seg også å være arbeidskrevende. Nå er det slik at TMC og våre partnere i TCF Iraq og Kambodsja har god kompetanse i skadekirurgi og akuttmedisin, men vi har lite erfaring og ingen formalkompetanse innen medisinsk rehabilitering. Men det har vært en styrke for TCF Iraks arbeid med selvhjelpsgruppene at dette er en grasrot-bevegelse med nær tilknytning til landsby-medicer som kjenner gruppemedlemmene godt.

Jeg vil drøfte ett forhold som er omtalt både i Sundets evaluering og i mine gruppeintervju. Enkle tiltak for å bryte sosial isolasjon ser ut til å være viktig i rehabiliteringen etter skade. Sundet skriver i sin rapport fra intervjuene med medlemmer av selvhjelpsgruppene: *"Many seemed happy for, and proud of being able to help the other victims. They told us that they liked visiting the new victims and helping them. It was obvious that they had started looking at themselves as resources for the others, and not just victims in need of external assistance. One young woman said she took special responsibility for the other female members in the group, especially the new ones. "I give them advice and assurance. I give them my own example: I'm an amputee, but I have no problems. I'm running a shop! ...Most informers said that the meetings and the social activities was almost of equal importance as the economical support. The seven members we met who participated in the Nalparez group were all very satisfied with the group. One said:" We get a very strong relation to the others in the group. We often visit each other. I like talking to the other group members more than talking to other people." One member told us that now he can stay overnight in any village he comes by when he is working away from his village, everywhere there is someone he knows from the groups"* (Sundet 2003:7).

I tillegg til mikrokredittaktivitetene har TCF i Nord-Irak helt fra starten lagt vekt på sosiale aktiviteter som en viktig komponent i rehabiliteringsarbeidet. Hver sommer samles deltakerne i selvhjelpsgruppene til en felles piknik. En sønn omtaler effekten denne

virksomheten hadde på hans egen far: *"After the picnic most of them changed in their behaviour and character. My father couldn't mix or participate in parties and the general vacations. He considered himself apart from society. But now he has realized that he is not the only one"* (Darramyan). De kunne synge, danse og bevege seg som de ville uten å være skamfulle. De opplevde en ny sosial tilhørighet som også knyttet dem nærmere til det samfunnet de hadde trukket seg tilbake fra. *"Now he always tries to help others."* (Darramyan)

Vi har både i egne intervjuer og i Hedelins materiale fått beskrivelser av dramatikken omkring en mineskade. Flere gir uttrykk for at de ønsker å dø der og da, på skadestedet. En sier han ikke kunne finne kniven sin slik at han kunne ta livet av seg, andre ser etter flere miner for å kunne ende sitt liv (Hedelin 2005). Andre føler seg utenfor samfunnet og isolerer seg etter skaden. Noen overleverer ønsker å hjelpe andre som utsettes for samme dramatiske skade. En av våre informanter sier at han ble svært deprimert i sykehuset, og at han hadde ønsket at noen hadde kommet og snakket med han om hvordan det var å leve med handikap. Hans vei ut av denne depresjonen var å skaffe seg opplæring som førstehjelper og å begynne å arbeide med selvhjelpsgruppen i sitt område. Han fremhever: *"The training taught me how to respect the handicapped and patients. These people respect me very much"* (Darramyan). Dette er viktig. Det er tungt å arbeide med mineskadde, men likevel er arbeidet takknemlig nettopp fordi man vinner respekt. En holdning der man viser respekt for skadde og pasienter er ikke selvsagt, derfor blir hjelperens innsats lagt merke til og verdsatt. Gjennom å besøke nyskadde i sykehus kan han allerede tidlig etter ulykken integrere disse pasientene i et nettverk av handikappede. Fra en annen av medicene fikk vår informant beskjed om at i en landsby sitter det en svært deprimert ung mann. *"I heard that he was very sad and hopeless and he was in a bad condition. People talked to him about me. That I was active and sheperd. I visited him one day and he asked me a lot of questions about how I could walk and climb the mountain"* (Darramyan). Ideen er selvsagt ikke ny og jeg kjenner den godt fra mitt arbeid på gastrokirurgisk avdeling på UNN, hvor de stomioperertes interesseorganisasjon, NORILCO, organiserte en frivillig besøkstjeneste til alle som skulle få utlagt tarm. Den informasjon og oppmuntring de fikk fra en i samme situasjon opplevdes mye mer realistisk og troverdig enn den man fikk fra profesjonelle helsearbeidere både før og etter operasjonen.

Den isolerte og deprimerte mannen i denne historien fra Nord-Irak ble sanger og opptrådte for de andre på neste piknik. Dette er solskinnshistorier som vi kan dra lærdom av. Men vi

skal ikke glemme dem som ikke kommer seg ut av depresjoner og fattigdom. Problemet er stort. Den kurdiske handikaporganisasjonen ROZ anslår antallet handikappede til 150 000 bare i Nord-Irak. Av disse skal 30.000 være mine- og krigsskadde.

Det er likevel viktig å legge merke til at flere av førstehjelperne enten selv er handikappede eller de har familiemedlemmer og naboer med funksjonshemming etter skade. Dette oppgis som en viktig motivasjon til å delta i rehabiliteringsarbeidet og nedlegge en stor ulønna innsats for folk som trenger det. Arbeidet med selvhjelpsgruppene krever lite materielle ressurser. Dersom de rotfestes lokalt kan gruppene ha et liv utover NGOenes flyktige tilstedeværelse. Gruppene bygger et sosialt nettverk mellom de skadde som legger kimen til en rettighetskamp blant funksjonshemmede. Irak har tidligere vært et foregangsland i Midtøsten når det gjelder sosiale rettigheter, helsestell og utdanning. Vanstyre, krig og embargo har gjort en slutt på dette. Nå beskriver de skadde overleverne en situasjon der de får 20 US\$ i måneden i uførepensjon, knapt mer enn det som kreves for å komme seg til og fra stedet hvor trygden blir utbetalt. I samtale og intervjuene tar flere til orde for at TCF må presse myndighetene til å gi skadde trygderettigheter. Mudhafar Murad kaster imidlertid denne utfordringen tilbake til folkene i landsbyene og sier at her vil det kreves organisering av de tusenvis av handikappede som finnes i provinsen. Å få de skadde ut av isolasjonen og inn i et nettverk kan sette de skadde i stand til å omsette sin følelse av økt individuell mestring til en samfunnsmessig kamp for rettigheter.

AVSLUTNING

Målet for denne studien har vært å vurdere virkningene av vår intervensjon i en lokal samfunnsmessig og historisk kontekst. Er befolkningen bedre i stand til å beherske de store problemene som et omfattende mineproblem har påført dem? Hvordan har programmet endret seg over tid for å kunne ivareta befolkningens behov?

Intervensjonens fokus har vært de fattige landsbyene i Kurdistan som bar de tyngstre byrdene i mineproblemet, og som i svært liten grad hadde et apparat for å ta seg av de syke og skadde i sine områder. Byggingen av en medisinsk overlevelseskjede fra de fjerne landsbyene og fram til et kirurgisk tilbud i byene har vært et viktig bidrag til økt overlevelse og trygghet for befolkningen. Modelleringen og utviklingen av prosjektet som er utført av den lokale prosjektlederen, dr. Mudhafar Murad og den øvrige staben i TCF Iraq danner i dag grunnlaget for en modell som kan implementeres i den akuttmedisinske beredskapen i hele det kurdiske området.

Den viktigste faktoren for å lykkes med dette programmet har vært vårt ”bottom-up” perspektiv der landsbyene har vært basis for vår virksomhet. Dette har ført oss dit mye annet bistandsarbeid har sluttet og der befolkningen i stor grad har vært overlatt til sin egen skjebne. Gjennom å gjøre de lokale kreftene til de ansvarlige for å drive og utvikle prosjektet har TCF vært i stand til å gro røtter og utgjøre en viktig samfunnsmessig ressurs i sine områder.

To faktorer har spilt en viktig rolle i utviklingen av prosjektet. For det første gikk TMC bort fra sin opprinnelige plan om bare å delta i slike intervensjoner i tre år for dermed å trekke seg ut og overlate resten til lokale myndigheter. Dette gjorde det mulig å se prosjektet over tid og erfare de nye utfordringene med livet etter skade og rehabilitering. De mer langsiktige effektene av både skade og behandling har gitt arbeidet en ny dimensjon. Overlevelseskjeden har også utviklet seg til å innbefatte lokalsykehusene og regionsykehuset og her ligger det store muligheter for en implementering av modellen i det totale akuttmedisinske tilbudet i provinsen. Her ligger det imidlertid store politiske og administrative utfordringer. Mudhafar Murad har tatt fatt på dette gjennom sitt engasjement i det departamentale utviklingsarbeidet som ansvarlig for en akuttmedisinsk beredskapsplan for området. Mudhafar Murad understreket i intervju med oss at: ”The capacity of the NGO is limited. It cannot control every region or the whole country. We have decided to try to integrate it into the health

structure of our area.” Dette vil også være helt i tråd med de prinsipper vi har lagt til grunn for vårt arbeid fra begynnelsen av.

For det andre har vi sett at programerklæringer om å sette landsbyen i fokus ikke er nok. Den historiske og sosiale konteksten som et prosjekt implementeres i har ikke vært nok påakta i vårt arbeid. Dette førte til at vi i utgangspunktet hadde en policy på at medicene bare skulle behandle mine- og krigsskader. Motivet for denne politikken var redselen for å bygge parallelle strukturer og at medicene kunne utnytte sine nyvunne ferdigheter til å drive egen business, slik vi hadde sett mange eksempler på rundt i krigs- og katastrofeområder hvor vi har arbeidet. Slike vurderinger kan imidlertid fort bli preget av ”top-down” holdninger hvis man er historieløs i det lokale og viser betydningen av å være nær den kontekst man opererer i (Chambers 2003, Tones et al 1990). Lærdommen er at det koloniale perspektivet som preger så mye bistand heller ikke skåner oss. Mudhafar Murad snudde tidlig denne trenden og vi så raskt resultatet av det. Prosjektet har grodd solide røtter i sine lokalsamfunn og utgjør en viktig beredskap på ei landsbygd som fortsatt utsettes for mineskader og mangel på basal infrastruktur både økonomisk og sosialt.

Robert Chambers oppsummerer sin studie av bistand under overskriften ”Whose reality counts?” på følgende måte: ” *In seeking to do better, criticism is easy. To be constructive is harder. Taking responsibility and accepting risk by actually doing something is hardest of all. But much of the best learning is through self-critical commitment to action, to engagement with the world, to learning by doing.*

Self-critical commitment demands personal insight and reflection. If believing is seeing, we have to question belief in order to see well. Learning is then through doubt, self-examination and willingness to change, seeking self-correcting engagement with dynamic realities and making learning a way of life. In a phrase, this is epistemological awareness, awareness of how we learn, how that affects what we think we know, and how we perceive and distort the realities of others.” (Chambers 2003:100)

Mudhafar Murad og TCF Iraq har brukt mange av de faktorene som Chambers peker på i utviklinga av prosjektet. De har holdt månedlige møter der oppsummeringer og refleksjon over utført arbeid og problemer de har støtt på har vært tema. Ledelsen har vært tett på landsbyene i både rekruttering av medarbeidere og utvikling av arbeidet. I læring og refleksjon over eget arbeid har førstehjelperene utviklet en faglig stolthet og tro på egne

krefter som er imponerende. I et av distriktene må de supplere utdanningen av nye mediser fordi to av de kvinnelige medicene har startet på et nettbasert studium i jus. I den kurdiske livsverden er det et tegn på personlig vekst og utvikling hos disse medicene.

Oppgaven viser at prosjektet har utviklet seg utover rammene for livreddende akuttmedisin. Livsvilkårene for de som har overlevd skade eller sitter igjen etter skade som har gått bort har gjort at nettverket også har måttet ta livet etter skade inn som et element i sitt arbeid. Dette har jeg ikke fått arbeidet mye med og her ligger det viktig materiale til oppsummering og videre forskning. Selv om antallet mineskadde går nedover betyr ikke det at mineproblemet ikke lenger er en del av landsbyboernes hverdagsliv. De slår fast at selv om krigen er over fortsetter drepingen og lemlestingen. Mineproblemet er en motor i den pågående fraflyttingen fra landsbygda. Nettverket av mediser og førstehjelpere og det gryende arbeidet med rehabilitering er en faktor som inngår i befolkningens risikokalkyler og er med på å bremse den pågående flyttestrømmen.

I casene til Hikmat Hamarahim viser han hvordan ny medisinsk kunnskap sammen med utstyr til å implementere denne kunnskapen blir en lokal kraft i helsearbeidet. Når medicene erfarer at de mestrer vanskelige situasjoner som tidligere har vært fatale, gir det selvtillit og tillit fra omgivelsene (Molander 1993, Freire 1996). Arbeidet blir rotfesta i landsbyen og det bygger på landsbyens egne ressurser. Dette mener Hamarahim utgjør den store forskjellen på TCFs arbeid og andre organisasjoners arbeid som han har hatt erfaring med. I det fortsatte arbeidet med å utvikle programmet under andre forhold er det nettopp Hikmat Hamarahims oppsummering som er viktig. Forståelse av den lokale konteksten, rotfestinga av intervensjonen lokalt og stor vekt på hvem man rekrutterer inn i programmet er faktorer som må framheves i vårt videre arbeid.

Modellering av program og pedagogikk må ta utgangspunkt i lokale forutsetninger hvis man skal lykkes med å bygge et nettverk som er i stand til å oppfylle befolkningens behov.

Myndighetenes påståtte neglisjering av utviklingen på landsbygda er et gjennomgående tema i alle landsbyintervjuene. Kampen for en bedre infrastruktur som inkluderer skoler, klinikker elektrifisering og sikker vannforsyning er en kamp mot et etablert politisk regime som vil bli lang og hard. Mineskaddes rett til trygd og sosial sikkerhet er også et tema som inneholder politisk sprengstoff hvis de skadde makter å organisere seg for å fremme sine rettigheter. Jeg har i oppgaven ikke gått nærmere inn på de regjerende maktstrukturene i Nord Irak og den

betydning det har for den videre utvikling av arbeidet vårt. Dette må det arbeides videre med i implementeringen av vårt prosjekt i den eksisterende helsetjenesten i provinsen.

Metodologisk har arbeidet med oppgaven bydd på noen utfordringer som jeg vil kommentere til slutt. Å ha som mål å få en økt innsikt i den kurdiske livsverden i områder preget av krig og ødeleggelser nesten ut over vår fatteevne, er en stor oppgave. Jeg har tidligere referert til Løchen (1970) om å skrive fra et standpunkt og til Kruks (1999) om å gi stemme til de som sjelden høres. Prosjektets mål har vært å bedre folks beredskap mot skader og gjøre dem bedre i stand til å beherske sin hverdag. For å oppnå noe på disse områdene må man ta stilling. Denne stillingtaken har vært med på å gi meg tilgang til deler av menneskenes livsverden som jeg ellers ikke tror ville vært tilgjengelig for meg. Å involvere de lokale medarbeiderne i forskningen har bidratt i samme retning.

Å arbeide i en annen kultur med et helt annet språk er vanskelig. Det hemmer kontakten med forskningsfeltet og gjør oss avhengig av tolkning og transkribering fra et språk vi selv ikke behersker. Vi har brukt mye tid på denne delen i ettertid sammen med Mudhafar Murad og det er klart at noen nyanser og synspunkter ikke kommer med, men mitt inntrykk er at befolkningen i landsbyene og de andre som vi intervjuet fikk komme til orde med det de hadde på hjertet. I videre forskning på dette feltet er det viktig å arbeide videre med disse spørsmålene om formidling av språk og mening i datainnsamlingen. Beslutningen om å bruke gruppeintervjuer og kurdisk ledelse av intervjuene mener jeg har vært med å berike materialet og øke tilgangen til informasjon sammenliknet med hva vi kunne fått ut av individuelle intervjuer slik jeg har drøftet i metodekapitlet.

Denne studien har vært en reise i et landskap preget av terror, kontinuerlig krig og menneskelig lidelse. På reisen har jeg imidlertid også møtt menneskets ukuelige vilje til å overleve, til å bevare sin verdighet og til å bruke sine evner til beste for sine medmennesker.

LITTERATURLISTE

- Anke, A.G. et al.(1997): Long-term prevalence of impairments and disabilities after multiple trauma. *Journal of Trauma*, 42(1):54-61 January 1997
- Axelsen, T. og Finset, T (1973): *Aksjonsforskning i teori og praksis*. Oslo: Cappelen
- Barth, F. (1953): *Principles of Social Organization in Southern Kurdistan*. Oslo: Universitetets Etnografiske Bulletin No. 7.
- Bengtsson, J. (1999): En livsvärldsansats för pedagogisk forskning, i Bengtsson(red): *Med livsvärlden som grund..* Lund: Studentlitteratur.
- Bergström, S. et al. (1996): A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. June 1996, Vol. 103, pp. 508-512
- Bergström, S. (2006): Concept paper: International Workshop August 2006 in Gotland, Sweden. TMC/ Division of International Health, Karolinska Institutet, Stockholm
- Bottomley, R. (2003): *Crossing the Divide. Landmines, Villagers and Organizations*. PRIO Report 1/2003. Oslo
- Brattström, M. (1983): *Aksjonsforskning- forskerens versjon av forandringsarbeid*, i *Materialisten* 3-4 1983 . Oslo: Forlaget Oktober.
- Brunissen, M. van (1992): *Agha, Shaikh and State. The Social and Political Structures of Kurdistan*. London : Zed Books,
- Campaign Against Sanctions on Iraq (1999): *Starving Iraq: One humanitarian disaster we can stop*. University of Cambridge.
- http://www.ugcs.caltech.edu/~progress/pamp_ed3.html
- http://www.ugcs.caltech.edu/~progress/pamp_ed3.html#mortality
- Chambers, R. (2003): *Whose reality counts? Putting the First Last*. London: ITDG Publishing.
- Chowdhury, Z. (1992) i *Roll of Honour* : http://rightlivelihood.org/images/recpt/1992_2.jpg
- Cleaver, E. (1968): *Soul on ice*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Dai, Le Cao 2004: *The Central Highlands. A North Vietnamese Journal of Life on the Ho Chi Minh Trail 1965- 1973*. The Gioi Publishers, Vietnam.
- Eaton et al (1997): *Study report: The Development of Indigenous Mine Action Capacities*. New York: UN Department of Humanitarian Affairs i R. Bottomley (2003): *Crossing the Divide*. PRIO Report 1/2003. Oslo

- Fanon, F. (1967): Jordens fordømte. Forord J. P. Sartre. Oslo: Pax
- Folkvord, E. og Melå V. (2002): Kurdistan – om fortid, folk og framtid. Tapir Akademisk forlag.
- Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora
1999:Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora.
www.etikkom.no/retningslinjer
- Freire, P. (1996): Pedagogy of the oppressed. London: Penguin Books.
- Frogner, K. (1992): En lidelse uten grenser: møte med kurdiske flyktninger. Oslo: Cappelen.
- Giorgi, A. (1985): Sketch of a Psychological Phenomenological method. In Phenomenology and Psychological Research. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Grimen, H. og Ingstad, B. (2004): Kvalitative forskningsopplegg i Benestad & Laake (red.): Forskningsmetode i medisin og biofag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hancock, G. (1989): Lords of Poverty. London: Macmillan.
- Hansen, I. (2005): Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. (rev. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hedelin, H. (2005): Succeeding with Low-Tech Trauma Care. A qualitative study of a trauma system in Northern Iraq. Eksamensarbeid. Medisinerutdanningen i Göteborg 2005.
- Hedelin, H et al. (2005): Traumavård i fattiga länder – en bys kollektiva angelägenhet. Läkartidningen. Nr 7/2006 Vol. 103 Tidsskrift for den svenske legeföreningen.
- Helsinki-deklarasjonen 2000: Etske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen
- Henriksen, K. (1998): Hvor selv englene frykter å tre inn. Egyptisk sykepleie – mellom sårbarhet og verdighet. Hovedfagsoppgave i Sykepleievitenskap Publikasjonsserie 4/98 Avd. for Sykepleievitenskap. Universitetet i Tromsø.
- Horwood, C. (1993): Proposed Village Demining Training/Assistance. Correspondance from MAG to Lt.-Col. Foscaneanu, CMAC; Phnom Penh, 21 July i R. Bottomley: Crossing the Divide. PRIO Report 1/2003. Oslo
- Horwood, C. (2000): Humanitarian Mine Action: The First Decade of a New Sector in Humanitarian Aid, Relief and Rehabilitation Network Papers32, London: Overseas Development Institute i R. Bottomley: Crossing the Divide. PRIO Report 1/2003. Oslo
- Husum, H. et al. (1994): War Surgery. Field Manual. Penang: Third World Network, Malaysia
- Husum, H. et al. (2002) : Chronic pain in land mine accident survivors in Cambodia and Kurdistan. Social Science & Medicine 55 (2002) 1813-1816

- Husum, H. et al. (2003) : Rural Prehospital Trauma Systems Improve Trauma Outcome in Low-Income Countries: A Prospective study from North Iraq and Cambodia. *Journal of Trauma* 2003;54:1188-1196.
- Husum, H. (2003): Tracks of blood. Studies of trauma and trauma systems in the rural South. Doktorgradsavhandling. Institutt for klinisk medisin. Universitetet i Tromsø.
- Husum, H. et al. (2000): Save Lives Save Limbs. Life support for victims of mines, wars, and accidents. Penang: Third World Network. Malaysia.
- Husum H. et al. (2002): Chronic pain in land mine accidents survivors in Cambodia and Kurdistan. *Social Science and Medicine* 55 , 1813-1816
- Jeppesen, A. Nørgaard og Dalgaard, K. (2004): Intervjuer med mediser i TCF-nettverket i Kambodsja. Upublisert i TMC's arkiv.
- Kruks, S. (1999): Fanon, Sartre, and Identity Politics, i Gordon, L. R. et al. (ed): *Fanon: A Critical Reader*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Løchen, Y. (1970): *Sosiologens dilemma*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Malterud, K. (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 2. utg.* Oslo: Tano.
- Malterud, K. (2001): Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001, 358:483-488.
- Mama, A. (1995): *Beyond the Masks. Race, Gender and Subjectivity*. London: Routledge.
- Marx, K. (1845): *Teser om Feuerbach*. Fra Marx/Engels (1973): *Udvalgte skrifter bd 2*. København: Forlaget Tiden
- Mc Dowall, D. (2004): *A Modern History of the Kurds. 3. rev. ed. Reprinted 2005*. London: I.B. Tauris.
- Mc Grath, R. (2000): *Landmines and Unexploded Ordnance. A resource book*. London: Pluto Press.
- Middle East Watch (1993): *GENOCIDE IN IRAQ. The Anfal Campaign Against the Kurds. A Middle East Watch Report*
<http://hrw.org/reports/1993/iraqanfal/ANFALINT.htm>
- Mines Advisory Group : Iraq programme: [http:// www.mag.org.uk/page.php?s=48p=682](http://www.mag.org.uk/page.php?s=48p=682)
- Mock, C. (2003): Improving Prehospital Trauma Care in Rural Areas of Low-Income Countries. Editorial i *Journal of Trauma*. Volume 54 Nr. 6/2003
- Molander, B. (1993): *Kunskap i handling*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos
- Morgan, D. (1988): *Focus groups as qualitative research*. Newsbury Park, California: Sage.

- Mullins, R.J. og Mann, N.C. (1999): Population-based research assessing the effectiveness of trauma systems. *Journal of Trauma*, 47 (3), 59-65.
- Myrdal, J. og Kessle, G. (1980): *Indien väntar*. Stockholm: PAN/Norstedts Förlag
- Måseide, P. (1983): *Medisinsk sosiologi – noen sosiologiske perspektiv på sjukdom og behandling*. Oslo: Aschehoug.
- Olsen, H. (2003): "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter? *Sosiologisk Tidsskrift* 2:2003:123. Oslo: Universitetsforlaget.
- Paaulgaard, G. (1997): *Feltarbeid i egen kultur- innenfra, utenfra eller begge deler? i Fossåskåret et al.: Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Randal, J. C. (1997): *After such knowledge. What forgiveness? My encounters with Kurdistan*. New York: Alibris.
- Rudie, I. (1997): *Feltarbeidet som møteplass: kartlegging eller tekstlesing? i Fossåskåret et al: Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Said, E. (2001): *Orientalisme*. Oslo: De norske bokklubbene.
- Summerfield, D (1999): A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science & Medicine* 48 (1999)1449-1462.
- Sundet, M (2003): *Evaluation of Trauma Care Foundations Self Help Groups in Northern Iraq, March – April 2003*. Upublisert rapport i TMC' arkiv.
- Taksdal, M. (2002): *A prison without walls*. Master of Public Health. Uppsats Nordiska Hälsovårdhögskolan. Göteborg.
- Thornquist, E. (2003): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tones, K. et al. (1990): *Health Education. Effectiveness and efficiency*. London: Chapman and Hall.
- Vaz, F. et al. (1999): *Training medical assistants for surgery*. *Bulletin of World Health Organization* 1999, 77 (8)
- Wadel, C. (1991): *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK A/S.
- Werner, D. og Bower, B. (1991): *Helping Health Workers Learn*. Palo Alto, California: The Hesperian Foundation,
- Werner, D. (1993): *Where there is no doctor. Revised English Edition*. London: Macmillan Press.
- Werner, D. og Sanders, D. (1997): *Questioning the solution. The Politics of Primary Health*

Care and Child Survival. Palo Alto, California: Health Wrights.

Wisborg, T et al. (2006 Under publisering): Prehospital trauma system maturation and adaption during eight years in a low-income country.

Worth, R. F. (2006): Kurds Turns Violent In Protest Against Their Leaders.

<http://kurdistanobserver.servehttp.com/mar06/16-3-06-halabja-violent-against-corruption.htm>

Østenstad, I. og Jaf H. S. (2006): Reise i krigens skygge. Oslo: Damm

**SELVVALGT PENSUM VEDLEGG TIL MASTEROPPGAVE
ODD EDVARSEN SEPTEMBER 2006**

- Barth, F. (1953): Principles of Social Organization in Southern Kurdistan. Oslo:
Universitetets Etnografiske Bulletin No. 7. = **147 s.**
- Bergström, S. et al. (1996): A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical
officers and obstetricians in Mozambique. British Journal of Obstetrics and Gynaecology.
June 1996, Vol. 103, pp. 508-512 = **4 s.**
- Brunissen, M. van (1992): Agha, Shaikh and State. The Social and Political Structures of
Kurdistan. Kap. 1,2 og 3. London : Zed Books = **203 s.**
- Chambers, R. (2003): Whose reality counts? Putting the First Last. London: ITDG
Publishing. = **284 s.**
- Folkvord, E. og Melå V. (2002): Kurdistan – om fortid, folk og framtid. Del 2 om Sør-
Kurdistan. Tapir Akademisk forlag. = **50 s.**
- Freire, P. (1996): Pedagogy of the oppressed. London: Penguin Books = **164 s.**
- Giorgi, A. (1985): Sketch of a Psychological Phenomenological method. In Phenomenology
and Psychological Research. Pittsburgh: Duquesne University Press. = **14 s.**
- Grimen, H. og Ingstad, B. (2004): Kvalitative forskningsopplegg i Benestad & Laake (red.):
Forskningsmetode i medisin og biofag. Oslo: Gyldendal Akademisk. = **27 s.**
- Husum, H. (2003): Tracks of blood. Studies of trauma and trauma systems in the rural South.
Doktorgradsavhandling. Institutt for klinisk medisin. Universitetet i
Tromsø. = **158 s.**
- Malterud, K. (2003): Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 2. utg. Oslo:
Tano. **240 s.**
- Mama, A. (1995): Beyond the Masks. Race, Gender and Subjectivity. London: Routledge.
= **203 s.**
- Olsen, H. (2003): "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter? Sosiologisk
Tidsskrift 2:2003:123. Oslo: Universitetsforlaget. = **30 s.**

Totalt 1564 sider