

SoS-rapport 1998:21

Bombattentaten i Jerusalem, Ashkelon och Tel Aviv 1996

KAMEDO-rapport 72

"Det är säkert ingenting
– men tänk om det är det!"

Katastrofmedicinska organisationskommittén, KAMEDO, som tillhör Socialstyrelsens beredskapsenhet, har som främsta uppgift att med hjälp av utsända observatörer och genom faktainsamling studera de medicinska, psykologiska och sociala effekterna av katastrofer och krig samt den undsättande och sjukvårdande verksamheten.

I KAMEDO ingår:

Ordförande: Bertil Hamberger, professor vid kirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Vetenskaplig sekreterare 1: Per Kulling, överläkare vid Giftinformationscentralen, Stockholm.

Vetenskaplig sekreterare 2: Louis Riddez, biträdande överläkare, kirurgiska kliniken, Södersjukhuset, Stockholm.

Medlemmar i organisationskommittén för bl.a. representanter för Försvarsmakten, Statens Haverikommission, Räddningstjänsten och Socialstyrelsen.

Art nr 1998-03-021

ISBN 91-7201-311-7

ISSN 1100-2808

Omslag och sättning: Grafotext Margareta Moberg

Omslagsbild: Sjukhusfotografen vid Sjukhuset i Ashkelon

Tryck: LTAB, Linköpings Tryckeri AB 1999.955, februari 1999

Förord

Terror genom bombattentat på allmänna platser är idag på flera håll i världen ett ständigt hot som människor tvingas leva med. Trots att terrordåden återkommer med en kuslig regelbundenhet har de förmågan att slå till när, var och hur som helst vilket gör dem oerhört svåra att skydda sig emot.

Bombattentaten som oftast sker på platser där många människor är samlade är ämnade att döda och skada så många som möjligt för att därigenom skapa kaos och skräck. Trots att denna typ av attentat fortfarande drabbar en del länder mer än andra har det nu visat sig att risken aldrig helt kan uteslutas i något land.

Ett av de länder som drabbats hårt av denna typ av bombattentat är Israel, där det under våren 1996 skedde sammanlagt fyra i tät följd allvarliga bombattentat med många skadade och dödade.

I syfte att öka vår kunskap om hur man bäst hanterar liknande händelser både medicinskt och psykosocialt åkte Louis Riddez, kirurg och vetenskaplig sekreterare i Kamedo samt Daniel Brattgård, sjukhuspräst vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, till Israel på Kamedos uppdrag.

I denna rapport som har delats upp i två delar skildras först de speciella händelserna i Israel under våren -96 och de olika skadepanoraman som uppstod vid bombexplosionerna i bussarna och utomhus. Dessutom beskrivs den israeliska sjukvården som sedan länge anpassats till att effektivt klara av denna typ av masskadesituationer.

Den medicinska handläggningen på skadeplats och på sjukhus diskuteras.

I den andra delen diskuteras de speciella psykologiska och psykosociala problem som uppstår i samhället vid stora olyckor av liknande slag och hur man kan bygga upp ett system för att ta hand om dessa svåra situationer. Betydelsen av fasta strukturer och religionens roll beskrivs och jämförelser görs mellan det israeliska och svenska samhället.

Faktaunderlaget till denna rapport har införskaffats genom studiebesök i de berörda skadeområdena, genom genomgång av tidskrifter och press men framförallt genom ett stort antal intervjuer med berörd räddnings- och sjukvårdspersonal.

Författarna och redaktören ansvarar själva för uppgifter och synpunkter i rapporten. Förhoppningen är att informationen om de svårigheter och speciella omständigheter som uppkommer vid denna typ av olyckor ger möjligheter att förbättra vår egen beredskap inför liknande olyckor eller katastrofer.

Kerstin Wigzell

Författare:

- | | |
|-------|---|
| Del 1 | Louis Riddez, biträdande överläkare, kirurgiska kliniken
Södersjukhuset, Vetenskaplig sekreterare i KAMEDO |
| Del 2 | Daniel Brattgård, sjukhuspräst, Sahlgrenska sjukhuset |

Sammanställt av: Louis Riddez, vetenskaplig sekreterare i KAMEDO

Bilder: Jerusalem Post, Louis Riddez. Några fotografier har skänkts av sjukhusfotografema vid sjukhuset i Ashkelon och vid Hadassah Ein Karem sjukhuset i Jerusalem.

Innehåll

Förord	3
Del 1, Bombhändelserna i Jerusalem, Ashkelon, Tel Aviv, våren 96	7
<i>Andra bombhändelser de senaste åren i Israel</i>	7
<i>Akutsjukvårdens organisation</i>	8
Traumasjukvården	9
Katastrofplan för sjukhuset i Ashkelon	9
<i>Skadeverkan vid liknande bombexplosioner</i>	10
Tryckvågseffekt vid detonation i öppet system	10
Tryckverkan vid detonation i slutet system	11
Tryckverkan mot kroppen	11
Generella skillnader i skademönster mellan explosion i öppet och slutet system	12
<i>Speciella åtgärder som vidtogs vid bombattentaten</i>	13
Specifika problem på skadeplats	13
<i>Medicinska förberedelser vid Hadassah Ein Karem sjukhuset</i>	14
<i>Typ av skador</i>	14
<i>Erfarenheter, sammanfattning</i>	16
De viktigaste erfarenheterna	16
Referenser	19
<i>Intervjuer har gjorts med:</i>	19
KAMEDO-rapporter	21
Del 2	25
<i>Människa–samhälle–kultur</i>	25
Det israeliska samhället - ett samhälle präglad av judisk tradition	26
Det israeliska samhället – erfarenheter och lärdomar	26
<i>Det psykosociala omhändertagandet</i>	27
Information till indirekt drabbade	27
Stöd och hjälp till direkt drabbade	28
Det psykologiska omhändertagandet	28
Det medmänskliga omhändertagandet	30
Sorg och sorgearbete enligt judisk tradition	31
Nichum Avelin – omsorg om de efterlevande och plikt att ge dem tröst	33
De tre judiska sorgeperioderna	34
Regler, riter och ritual – "tvångströja eller byggnadsställning"?	35
Referenser	37
Intervjuer har gjorts med	37
Summary	39
The prehospital organisation: the Adom Magen David	39
The hospital organisation	40
Specific injury patterns of bomb explosions	40
Psychological and social aspects	41

<i>KAMEDO reports</i>	42
(Summaries)	42

42
42

Del 1, Bombhändelserna i Jerusalem, Ashkelon, Tel Aviv, våren 96

Det är tidig söndag morgon den 25 februari 1996, dag efter sabbat och ett stort antal Jerusalembor sitter åter på buss nummer 18 för att ta på till skolan eller till sitt arbete. Klockan Kr 06.45 och bussen har precis kommit fram till gatukorsningen mellan Jaffa Road och Rehov Sarei Yisraei då en bomb i bussen detonerar och bokstavligen sliter upp bussen i små delar. Tjugofyra människor dödas inberäknat den självmordsterrorist som bar bomben på sig, mer än 50 personer skadas och bomben orsakar också väsentliga materiella skador.

Ögonvittnen, bl.a. biljettkontrollören Yitzak Reuven som stod i korsningen, berättar att han hörde en explosion varpå han tittade upp och tycktes se något som såg ut som en människokropp komma flygande. "Människor ropade hjälp, andra skrek att de var instängda i elden, det låg kroppar och kroppsdelar utspridda över hela platsen."

Enligt polischefen Arye Amit satt bombmannen någonstans i mitten av bussen när han utlöste bomben som var på mellan 10-20 kilogram trotyl (TNT). Bomben utlöste en kraftig tryckvåg som blåste bort bussens tak och som förstörde det mesta i bussen utom tvi rader längst bak. Ambulansmän med erfarenhet av andra bombexplosioner var alla eniga om att något värre hade de aldrig sett.

Bild 1. Foto: The Jerusalem Post

Andra bombhändelser de senaste åren i Israel

Fram till de beskrivna bombattentaten hade de senaste tre åren sammanlagt 17 liknande attacker utförts med totalt 85 dödade och 430 skadade (4).

Datum	Typ av attentat	Skadade	Döda
16.4-93	självmord, bomb i bil	8	1
12.9-93	självmord, gasbensinflaskor i bil	2	0
14.9-93	självmord, bomb på polisstation	0	1
26.9-93	självmord, bomb i bil	0	1
4.10-93	självmord, bomb i bil	30	1
6.4-94	självmord, bomb i bil	51	8
13.4-94	självmord, bomb i buss	30	5
19.10-94	självmord, bomb i buss	48	22
11.11-94	självmord, bomb på cykel	6	3
25.12-94	självmord, bomb utomhus	12	1
22.1-95	självmord, bomb i buss	61	21
9.4-95	Två separata självmordsattacker	45	8
25.6-95	självmord, bomb på åsnekärra	0	1
24.7-95	självmord, bomb i buss	31	6
21.8-95	självmord, bomb i buss	106	4
2.11-95	två självmordsmän, bomber i bilar	0	2

Akutsjukvårdens organisation

Den prehospitla sjukvården

Adom Magen David bildades på slutet av 1930-talet och är den organisation som, med några få undantag, ansvarar helt för ambulanssjukvården i landet. Det är en offentlig organisation där tidigare en stor del av verksamheten byggde på frivilliga insatser. Idag har ca 900 personer fast anställning och 5-6 000 är volontärer. Hälften av volontärerna är yngre människor som studerar, de övriga 2-3 000 är lite äldre med tidigare erfarenhet av ambulanssjukvård. Många av volontärerna är djupt religiösa och arbetar därför inte på sabbaten, d.v.s. lördagen. Däremot är många utrustade med sökare och är alltid beredda att rycka in vid behov.

Det finns 12 ambulansstationer i landet och de fungerar också som larmcentraler.

Idag har organisationen 230 ambulanser och 45 "Mobile Intensive Care Units", de sistnämnda är av modell intensivvårdsambulans.

De vanliga ambulanserna bemannas av en s.k. Emergency Medical Technician (EMT) som endast har en kort utbildning i basal sjukvård och som ofta är en frivillig arbetskraft.

En Mobile Intensive Care Unit bemannas av en läkare, en EMT och en paramedic, den sistnämnda har en utbildning i prehospital sjukvård. På två ställen i landet är dessa enheter endast bemannade av paramedics. Utbildningen av paramedics är snarlik den amerikanska och man har nu startat kurser i akut omhändertagande på skadeplats enligt modell Pre-hospital Trauma Life Support Course (PHTLS).

Utlarmning

Vid larmcentralen finns inga klart förutbestämda larmlistor för olika typer av olyckor. Enligt protokollet så brukar larmoperatören sända allt han har till förfogande så fort han får begrepp om att det rör sig om en stor olycka.

De flesta ambulansmän innehar även utanför tjänsten en sökare så att de vid ett larm kan åka direkt till olycksplatsen eller till stationen för att hämta en ambulans.

Arbete på skadeplats

Den första ambulans eller Mobile Intensive Care Unit som kommer till skadeplats vid stor olycka eller katastrof, skall inte påbörja något sjukvårdsarbete utan endast rapportera tillbaka till larmcentralen om skadeförhållanden samt ange den exakta positionen.

På olycksplats är de olika yrkeskategorierna väl utmärkta med västar. Initialt är en paramedic chef för arbetet på skadeplats och är s.k. "chief of the incident". Senare kommer ofta mer vana och utbildade s.k. "managers". En manager tar då över kommandot för räddningsarbetet och kallas då för "the incident commander". Denna person skall snabbt bedöma om situationen kan betecknas som en katastrof eftersom man då också larmar ett s.k. katastrofhögkvarter som i sin tur vidarebefordrar larmet till armén och alla berörda sjukhus.

En paramedic utses till chef för själva sjukvårdsarbetet och ansvarar bl.a. för sortering av skadade eller s.k. triage. En annan ansvarar för den plats där ambulanserna stannar d.v.s. brytpunkten. En tredje manager ansvarar för

evakuering och registrering av alla skadade samt för kontrollen över hur patienterna fördelas på olika sjukhus.

Traumaskickvården

Som i de flesta länder är sjukhusen i Israel uppdelade i trauma nivå 1 och 2 beroende på deras möjligheter att ta emot olika typer av olycksfall. Landet har fem större traumaenheter varav det största är Hadassah Ein Karem sjukhuset i Jerusalem som både är ett stort civilt och militärt akutsjukhus. Sjukhuset kan erbjuda all typ av traumavård inklusive brännskador. Dit skickas därför oftast allvarligt skadade med helikopter från andra delar av landet, många gånger efter det att ett initialt omhändertagande skett på ett från olycksplatsen mer närbeläget sjukhus.

Då stora olyckor eller katastrofer sker på mer avlägsna platser får det närmaste sjukhuset i det första skedet ta emot de skadade. Sjukhuset påtar sig då som regel endast uppgiften att fungera som en s.k. triageenhet d.v.s. där man sorterar patienterna och koncentrerar sig på att ge livräddande behandling för att därefter föra dem vidare till andra sjukhus för definitiv vård. Transporterna sker då i de flesta fall med arméns hjälp.

De stora traumacentra såsom Hadassah Ein Karem i Jerusalem eller Ichilov i Tel Aviv har också möjlighet att ändra sin beredskapsgrad. Sjukhusen kan därigenom ta emot och behandla ett mycket stort antal patienter vilket också skedde vid bombexplosionen i Tel Aviv.

Katastrofberedskapen på sjukhusen

Alla akutsjukhus i Israel har oberoende av nivån på traumaomhändertagande utarbetade katastrofplaner. Katastrofplanerna kan variera något men de flesta har rutiner som liknar de som här beskrivs från sjukhuset i Ashkelon.

Katastrofplan för sjukhuset i Ashkelon

När katastroflarm utlöses kallas personal enligt ett system uppdelat i tre linjer:

- Enligt linje 1 kallar chefsjuksköterskan på akuten sjukhuschefen, därefter vicechefen och chefsläkarna för akuten och de andra akut-specialiteterna såsom medicin, anestesi, ortopedi och kirurgi med olika specialistgrenar.
- Vid behov kallas därefter linje 2 genom att en samtidig utlarmning sker till alla sjukhusets övriga specialistläkare inom dessa specialiteter. Alla förflyttar sig då omedelbart till sina stationer på akuten.
- Linje 3 som sällan behöver utnyttjas innebär att alla övriga läkare, d.v.s. alla underläkare inom akutspecialiteterna, slutligen kallas.

Speciell förberedd akut utrustning för katastrof tas fram från ett speciellt förråd.

Akutenheten indelas i en zon där de allvarligast skadade skall behandlas, en för mindre allvarligt skadade samt en för lindrigt skadade.

Den mest erfarna kirurgen i tjänst får leda aktionen samt ansvara för sortering och prioritering av de skadade. För registrering och identifiering finns där också en rutinerad sekreterare.

Alla patienter får vid inkomsten ett id-nummer oavsett om de kan identifieras på vanligt sätt. Sekreteraren sätter på armband med id-nummer som också finns i medföljande triagekort, journalblad etc. Namnuppgifter tas först i ett senare skede.

Läkare och sköterskor och administrativ personal fördelas efter ett förutbestämt schema:

I zonen för de mest allvarligt skadade finns en läkare och en sjuksköterska för varje patient samt en sekreterare för två patienter. Vid behov av intubation och/eller annan åtgärd för att upprätta adekvat ventilation är det en akutläkare eller en anestesilog som har ansvaret.

I akutzon för allvarligt skadade sker behandling av de mest vitala, patienterna går vidare för fortsatta undersökningar endast om sådana bedöms nödvändiga. Röntgenundersökningar av skador av mindre livsavgörande karaktär görs i de flesta fall först flera timmar senare.

Patientflödet från akutavdelningen går endast i en riktning, ingen av patienterna som lämnar akuten skall i princip tillbaka.

När patienterna skickas till röntgen följs de upp genom att en ortoped tillsammans med en allmänkirurg går dit för att där bestämma hur och i vilken turordning skadorna skall åtgärdas.

I zonen för mindre allvarligt skadade finns det en läkare och en till två sjuksköterskor på upp till tre patienter. Behandlingsprinciperna är här desamma. Om det rör sig om mindre allvarliga slutna frakturer går patienterna direkt till ortopedavdelning och röntgas först efter det att alla andra skador tagits omhand.

I sjukhuset upprättas också en zon för människor som påverkats psykiskt. Där arbetar framförallt socialarbetare. Psykiatriker kopplas in och agerar endast om någon tycks utveckla en patologisk psykisk reaktion. (se del 2)

Skadeverkan vid liknande bombexplosioner

Bombexplosionerna vid de beskrivna händelserna har orsakats av bomber med en sprängstyrka på mellan 10-20 kg trotyl. Samma eller något lägre sprängstyrka har använts vid flera tidigare attentat och även noterats vid liknande händelser i andra delar av världen.

I syfte att förstärka skadeverkan ansluts ofta metallskrot till bomben i form av spik eller annat vasst metallföremål.

En avgörande betydelse för bombens skadeverkan är hur explosionens tryckvåg träffar människan. Denna tryckvågseffekt varierar beroende på om bomben detonerar i ett slutet eller öppet system.

Tryckvågseffekt vid detonation i öppet system

När en laddning trotyl detonerar uppstår ett glödande gasklot vars volym är avsevärt större än den ursprungliga laddningen. Denna volymökning skapar en tryckvåg som är mycket kraftig i närheten av explosionen men som avtar med avståndet. Tryckvågens kraft är i direkt proportion till bombens styrka och i omvänd proportion till avståndet³ (i kubik) från explosionen (5). En detonation av 20 kg trotyl ger exempelvis en tryckvåg som 2 meter från den ursprungliga laddningen fortplantar på i fri luft med en hastighet av 1 500 m/sek.

Det skapar ett maximalt övertryck på ca 20 bar (2MPa) som varar 0,4 msek. Samma värden på ett avstånd av 8 meter från detonation är 425 m/sek, 0.75 bar och 6 msek (6).

Tryckverkan vid detonation i slutet system

Den är beroende av ett multipelt antal faktorer såsom storlek på rum, möblemang, väggar, fönster, tak etc. Tryckverkan är då ofta förstärkt.

Tryckverkan mot kroppen

Ett antal faktorer såsom kroppens storlek, form, beklädnad, läge i relation till tryckvåg och till eventuella reflekterande ytor avgör bombens skadeverkan. Exempelvis kan skottsäker väst förstärka skadeverkan av tryckvågen mot thorax (7).

Skador orsakade av explosioner indelas traditionellt i tre kategorier: primära, sekundära och tertiära skador

Primära tryckvågsskador berör främst kroppens gasfyllda och gasvätskefyllda organ såsom mellanörat, lungorna och bukens hålorgan, främst tarmarna. I ett arbete av Mellor studerades retroaktivt skadepanoramat hos 828 brittiska soldater på Nordirland som mellan 1970-1984 skadats vid bombattentat. Man kunde då indela de skadade i fyra grupper efter styrka på tryckvåg. Vid tryckvåg < 150 kPa sågs endast trumhinneskador. När tryckvågen är 150-350 kPa ses endast enstaka lungskador men vid > 350 kPa ses dessa hos ett signifikant antal skadade. En tryckvåg > 550 kPa ger allvarliga lungskador och leder oftast till döden. (5)

I flera studier beskrivs styrkan på tryckvågen vid explosion i enheten pounds/square inch (PSI) Motsvarande indelning för PSI efter skadeutfall ger approximativt, trumhinneskador vid > 5 PSI, lungskador vid > 16 PSI och dödlig utgång vid 30-42 PSI.

Trumhinneskador är således vanligast och ses i princip hos alla skadade som kräver sjukhusvård (5,8,9,10) De är oftast minst allvarliga men kan i vissa fall leda till skador på innerörat. I Mellors studie hade 137 av 828 skadade kvarstående hörselnedsättning.

Lungskador som är mindre vanliga består av rupturer i alveoler och i lungvävnad med blödningar som följd. Dessa blödningar följs ofta av ödem. Vid studier på djur av en tysk forskargrupp har man också konstaterat att dessa vävnadsskador kan ge upphov till luftembolier som kan leda till snabb död (7). Några säkra tecken på detta har däremot inte kunnat påvisas säkert på människa (11).

Parallellt med skadorna i själva lungvävnaden ses ofta en- eller dubbelsidig pneumothorax.

Symptom på primär lungskada från tryckvågen, s.k. blast injury, kan uppstå mycket snabbt efter explosion men kan ibland visa sig först upp till 48 timmar senare. Symptomen är dyspnée, cyanos, hypoxi och blodiga upphostningar (12). När symptomen uppträder sker det oftast snabbt och dramatiskt vilket många gånger kräver snabb intubering och assisterad andning, ibland i kombination med att thoraxdrän läggs in.

Tarmskador är i litteraturen mest beskrivna vid explosioner under vatten men en del fall har även noterats de senaste åren vid explosioner i luft. Des-

sa tarmskador som kan beröra både tunn- och tjocktarm kan initialt vara diagnostiskt svåra att påvisa varför de ibland först upptäcks efter en tid. Vid operation kan de yttra på som enbart mindre hematom i serosan (yttre tarmväggen) som kan vara tecken på perforation och kräva åtgärd.

Sekundära tryckvågsskador orsakas av att bomben i sig själv avger metallsplitter samt att själva tryckvågen sliter loss delar av inredning som i sin tur träffar människokroppen. Det orsakar då vanligtvis penetrerande skador.

Tertiära tryckvågsskador är de som orsakas av att kroppen propulseras iväg av tryckvågen och då kolliderar med omkringliggande strukturer. Detta kan ge en stor variation av både penetrerande och trubbigt våld.

Skallskador orsakade av fall p.g.a. propulsion eller av propulserade föremål som träffar huvudet kan i dessa situationer ofta vara dödliga. (13)

Brännskador ses också i varierande grad beroende på hur nära den skadade befinner sig explosionen och på den hetta som utvecklas. Det finns också en risk för inhalation av toxiska gaser.

Generella skillnader i skademönster mellan explosion i öppet och slutet system

Det finns idag i världen och framför allt i Israel en stor erfarenhet av hur bombexplosioner i olika miljöer kan ge skilda skadeutfall. Jämförelser mellan olika explosioner är emellertid mycket svåra att göra eftersom varje händelse i sig är så unik vad gäller typ av bomb, antal människor i närhet av explosionen, omgivande byggnader och materiel etc.

Det tycks dock vara klart att det generellt föreligger skillnader vad gäller skadeeffekter beroende på om explosionerna sker i ett öppet eller slutet rum (8) Skillnaden beror i hög grad på att tryckvågen i ett slutet system, såsom exempelvis i buss nummer 18, hålls kvar under en kort stund (msek) i rummet innan fönster, väggar och tak bryts sönder. Under denna mycket korta tidsrymd ökar amplituden på tryckvågen vilket förvärrar skadeutfallet för de som befinner sig i det slutna rummet. Däremot får tryckvågen istället mindre effekt på omgivning längre bort vilket oftast medför att ett färre antal personer skadas.

Leibovici och medarbetare (8) har närmare studerat de fyra bombattentaten som beskrivs i denna rapport och jämfört de två som skedde i bussarna med de två som skedde utomhus. Enligt Leibovici och medarbetare samt enligt intervjuade kolleger kan man idag allmänt säga att bombexplosioner i ett slutet system:

- orsakar flera dödsfall än i ett öppet system.
- orsakar mer livshotande skador och medför att de skadade är i ett sämre skick vid inkomsten till sjukhus.
- orsakar förutom enkla trumhinneskador också flera och allvarliga primära tryckvågsskador och då framför allt livshotande lungskador.
- orsakar brännskador som oftast berör en större del av kroppsytan.

Skadepanoramata vid bombattentaten våren 1996, Trauma Casualty List

	total	mild	moderate	severe	critical	died
Jerusalem 25/2-96	69	25	5	11	1	27
Jerusalem 3/3-96	25	-	-	4	1	20
Ashkelon 25/2-96	38	30	1	5	-	2
Tel Aviv 4/3-96	169	140	9	5	1	14
Total	301	195	15	25	3	63

Jacob A. Head of the Emergency Department. Hadassah Ein Karem. Jerusalem-96.

Speciella åtgärder som vidtogs vid bombattentaten

Den prehospitala vården vid bussexplosionerna 25 februari och 3 mars 1996

Magen David Adom (MDA) har i själva Jerusalem under vardag, sju reguljära ambulanser i aktivitet samt dygnet runt två mobila intensivvårdsambulanser. Därutöver finns två välutrustade ambulanser som vid katastrofläge kan sättas in. Dessutom bär frivilliga och lediga ambulansmän sökare med vilka alla kan nås samtidigt vid larm och då ta sig till ambulansstationen för att hämta ytterligare ambulanser. Därigenom kan man i Jerusalem snabbt mobilisera 15 ambulanser och fyra mobila intensivvårdsenheter.

Vid terroristattentat skall som regel ambulanspersonalen som först anländer till skadeplatsen invänta polis som först säkrar området. Vid båda bussexplosionerna gick man emellertid utan att avvakta in direkt in i skadeområdet och tog hand om de skadade.

Båda gångerna kunde man få fram ett tillräckligt antal ambulanser på kort tid men en del av de lättare skadade som hade varit i närheten av bussarna när de exploderade kunde köras direkt till sjukhus av privatpersoner.

På skadeplats arbetar man efter amerikanskt prehospitalt mönster med snabbt säkrande av luftvägar, stabilisering av ryggrad, nacke och eventuellt chockbehandling. I princip bör man med varje skadad, inte vistas på skadeplats mer än 10 minuter.

Specifika problem på skadeplats

Vid båda explosionerna i bussarna fann man ett stort antal döda och även lösa kroppsdelar var utspridda. Av de busspassagerare som överlevt visade flera tidiga tecken på lungskador med andningsproblem redan på skadeplats. Sammantaget intuberades nio patienter varav tre behövde assisterad andning. Fyra patienter fick intrapleurala nålar för att avhjälpa eller förhindra ventilpneumothorax.

Intravenöst dropp sattes i ambulanserna under färd om möjligt. Överlag minimerades tid på skadeplats och de skadade fördes snabbt till sjukhus vilket tydligt visas i nedanstående tabell.

Evacuees via Magen David Adorn

Assault	Ambulances (number)	Arrival (Time, min)	First Evacuation	Injured (number)	Dead (number)
Jerusalem 25.2	26	2	3	55	25
Jerusalem 3.3	16	4	8	8	18
Ashkelon 25.2	10	2	6	13	1
Tel Aviv 4.3	39	4	4	81	2

Jacob A. Head of the Emergency Department. Hadassah Ein Karem. Jerusalem-96.

Medicinska förberedelser vid Hadassah Ein Karem sjukhuset

Tid	Händelser
06.47	Larm från ambulansen (MDA) om fem skadade
06.48	Akutrummen utrymda Aktivering av masskadelarmet
07.01	Förberedelser av operationssalar
07.05	Första skadade anländer, ny rapport från ambulanspersonal
07.40	14 skadade anländer, en är död vid ankomst
08.30	Aktivering till 60 procent av operationssalar som är avsedda för elektiv kirurgi
09.15	Mottagande av skadade som förts vidare från Bikur Cholim sjukhuset
12.15	Sista skadade anländer

Den 3 mars 1996 utspelas ett liknande mönster där den första skadade anländer kl 06.40 och lämnar akuten 07.45. Vid båda tillfällena vidtas både diagnostiska och terapeutiska åtgärder på akutrummen innan vidare transport till eventuell operation. Bland annat utförs rutinmässigt både röntgen lungor, ultraljud buk på samtliga patienter samt eventuellt bukavage.

Skadade intagna vid traumaenheten Hadassah Ein Karem Medical Center, Jerusalem den 25 februari och 3 mars 1996

		Skadegrad		
		Allvarlig	Mindre allvarlig	Lindrig
Intagna	18	15	1	3
Död vid ankomst	1			

Medelålder 32 år (16-54)

Obs! Andra skadade fördes bl.a. till Shaare Zedek sjukhuset i Jerusalem.

Typ av skador

Skallskador: Noterades hos 4/18 patienter. Två med skador som senare ledde till döden, bl.a. hjärninfarkt och kraftigt hjärnödem.

De två andra kunde behandlas konservativt för hjärnödemp och subarachnoidalblödning.

Buuskador: Alla patienter genomgick ultraljud buk på akuten varav fyra undersökningar visade misstänkt blödning vilket kunde bekräftas med diagnostiskt peritonealt buklavage. Alla fyra patienter gick vidare till operation. Diagnostiskt peritonealt buklavage utfördes också på två patienter där ultraljud var normalt men det kunde då bara bekräfta att ultraljudsundersökningen var korrekt.

Fem patienter genomgick laparotomi med följande fynd:

	Skada antal patienter
Mjältskada grad I-II	4
Arteria gastrica brevis skada	1
Hematom i väggen, kolon transversum	1
Petekier i mesenterium	1
Hematom i påmökums tarmvägg	1
Det utfördes fem splenektomier varav en mjältskada var orsakad av själva operationen.	
Ingen tarmresektion gjordes.	

Thoraxskador

Extrapulmonella

Innominate artery	1
Overgående skada på papillär hjärtmuskel	1
Intima flap på torakalaorta	1

Diagnoser ställdes med transesofagalt ultraljud vid fem tillfällen, en angiografi gjordes.

Lung skador (blast lung)

Allvarlig lungkontusion/lunglaceration	15
Ensidig pneumothorax	3
Bilateral pneumothorax	9

Behandling:

Thoraxdrän inlades bilateralt oftast flera samma sida.

I medel 3.1 drän/patient, range 0-6. Av de 15 patienter som uppvisade tecken på lungskada fick 12 intuberas. Sju kunde extuberas inom 72 timmar. Fem utvecklade Acute Respiratory Distress Syndrom (ARDS) varav två patienter avled senare trots intensivvård.

Bild 3. Röntgenlunge s.k. blast lung. (sjukhusfotograf sjukhuset Ashkelon)

Skelettskador	Åtgärd
Öppen fraktur Tibia och Fibula	Märgspikades
Öppen humerusfraktur	Extern fixation

Fraktur C3, C6 kotkroppar	Konservativ behandling
Fraktur C3, C6 transversalis	Konservativ behandling

Brännskador

8/18 patient.

Två patienter hade enbart brännskador av andra graden, de sex övriga uppvisade grad Genomsnittlig kroppsytta som var brännskadad var närmare 29 procent, range 10-60. En patient med 60 procent brännskada avled kort tid efter operativ åtgärd. Samtliga patienter krävde sårrevisioner och senare hudtransplantation.

*Bild 4. Ung flicka från buss 18, 2 månader efter explosion, vårdas för brännskador
Foto: Louis Riddez*

Erfarenheter, sammanfattning

Bombattentat i terrorsyfte, riktade mot civila mål är idag ett svårt och återkommande problem i ett stort antal länder. Då terrorattentaten utförs av självmordskandidater som bär bomben med sig när den utlöses är attentaten mycket svåra att upptäcka i tid. De inträffar ofta på offentliga platser där ett stort antal människor är samlade, allt i syfte att döda och skada så många som möjligt och därigenom skapa en ständig rädsla bland befolkningen.

Staten Israel har sedan många år stor erfarenhet av liknande terrorattentat och man har byggt upp en sjukvårdsorganisation som snabbt kan anpassa sig till masskadesituationer. Det medicinska handläggandet har (MI& varit mycket likartat vid de olika bombexplosionerna i Jerusalem, Ashkelon och Tel Aviv.

De viktigaste erfarenheterna

Den prehospitla sjukvården

- Ambulanssjukvårdarna har i Israel ett sökarsystem liknande minicall som gör att man vid stor olycka eller katastrof snabbt kan mobilisera även ledig ambulanspersonal genom en enda sökning
- Arbetet efter en bombexplosion ute på skadeplats bit ske snabbt och koncentrera sig på att säkra fria luftvägar, underlätta andning och stoppa yttre blödning.
- I vissa fall kan ventilpneumothorax observeras redan på skadeplats vilket då häver omedelbar behandling med intrathorakal nål.
- Även ett stort antal skadade kan föras till ett och samma sjukhus om det är väl förberett och har en tillräckligt hög nivå vad gäller omhändertagande av trauma.

Omhändertagande på sjukhus

- Vid katastroflarm på ett mottagande sjukhus är det viktigt att man har olika larmnivåer. Vid stort larm och mobilisering av stort antal personal vinns tid genom att använda ett gemensamt larm som går ut samtidigt till alla berörda.

- På sjukhusen är det en fördel att alltid arbeta i redan välkända lokaler såsom de akutavdelningar som vanligen används. Där hittar personalen och den kan snabbare få fram nödvändig utrustning.
- Sortering och prioritering görs av den mest erfarna läkaren, oftast kirurg. Patienterna får vid ankomst till sjukhus endast ett id-nummer initialt, armband samt färdiggjorda journal och "triagekort" med id-nummer. Sekreterare kan, förutom att hjälpa till med journalföring, också sköta identifiering och registrering av de skadade.
- Efter att ha lämnat akuten skall patienterna ej tillbaka dit. Fortsatt vård och omhändertagande får ske på operation eller på vårdavdelning.
- Endast mycket viktiga röntgenundersökningar får initialt göras. För snabb bedömning av eventuell blödning i bukhålan är ultraljud ett bra alternativ till diagnostiskt peritoneal lavage.
- Vid bombexplosioner skall alltid s.k.blast injury mot thorax och buk misstänkas framförallt om patienten uppvisar tecken på trumhinneskada och/eller lungpåverkan. Som rutin bör patienterna vid inkomsten kopplas till pulsoximeter och genomgå en öronundersökning. Patienterna kan initialt vara helt opåverkade men kan senare mycket snabbt utveckla grav andningsinsufficiens. I en del fall kan även en första lungröntgen vara normal för att en kort tid senare visa typisk bild på s.k. blast lung injury eller "white lung".
- En patient med andningspåverkan kan mycket snabbt försämrats och man bör vara frikostig med intubation. Vid intubation skall patienten vara sederad för att förhindra hosta och annan orsak till övertryck i luftvägar som kan bidra till pneumothorax eller luftemboli.
- Pneumothorax är vanlig, ofta bilateral. Thoraxdrän skall därför vid ankomst till sjukhus sättas frikostigt med ibland flera drän på varje sida. Med thoraxdrän minskas risken för ventilpneumothorax nth patienten eventuellt senare behöver ventileras.
- Assisterad ventilation bör göras försiktigt och man skall sträva efter att undvika övertryck. Vid stora luftläckage ut i lungsäck och ut i thoraxdrän är operation nödvändig. Senare komplikationer av bronkopleurala fistlar kan undvikas.
- Splitterskador från exempelvis metallfragment behandlas enligt krigskirurgiska principer med noggrann sårrevision (debridement) i syfte att avlägsna all död och infekterad vävnad. Såren lämnas öppna för fördröjd sekundärförslutning.

Psykosociala aspekter

- De psykosociala följderna av små och/eller stora olyckor där många skadats eller dödats är oftast mycket betydande, långvariga och också svåra att överblicka. I de flesta fall kan hjälp bäst ges genom de strukturer som står människorna närmast, såsom familjen, religionen eller någon typ av organisation. Sjukvården kan och bör därför samarbeta och ta hjälp av dessa olika strukturer och själv agera endast när professionell psykiatrisk eller psykologisk expertis behövs.
- Religionen har i det israeliska samhället liksom i andra samhällen en väsentlig roll som sannolikt blir mest påtaglig när människorna upp-

lever sjukdom, död och sorg. De regler, liter och ritual som då finns att följa ger för många ett ovärderligt stöd för att fortsätta fungera i samhället. Det är väsentligt att detta respekteras och att samhället ger människan utrymme att själv få tid och möjlighet att på sitt eget sätt ta farväl av sina döda.

Referenser

1. B. Hutman, R.Marcus. 25 killed in Jerusalem, Ashkelon attacks. Jerusalem Post, vol LXIII,Nr 19210, Monday February 26, 1996
2. B. Hutman, R.Marcus. Hamas suicide bomber kills 18 in Jerusalem. Jerusalem Post, vol LXIII,Nr 19216, Monday March 4, 1996
3. R.Marcus. 12 die in TA as Hamas terror strikes again Jerusalem Post vol LXIII, No 19217, Tuesday, March 5, 1996
4. R.Marcus. Suicide attacks have taken 100 lives over last two years. Jerusalem Post Staff, Jerusalem Post, vol LXIII,Nr 19210, Monday February 26, 1996
5. Mellor S.G. The relationship of Blast Loading to Death and Injury from Explosion. World J.Surg. 16, 893-898, 1992
6. Brismar B., Bergenwald L. Katastrofmedicinska studier i Bologna, sprängattentatet på centralstationen den 2 augusti 1980, Kamedo rapport 16, 1981
7. Zajtchuk R. Textbook of Military Medicine, Published by Office of the Surgeon General, Department of the Army, United States of America. Vol 5, Part 1 Warfare,Weaponry, and the Casualty, Blast injuries 295-335. 1990
8. Leibovici D., Gofrit O.N., Stein M., Shapira S., Noga Y., Heruti R., Shemer J: Blast Injuries: Bus versus Open-Air Bombings —A Comparative Study of Injuries in Survivors of Open-Air Versus Confined- Space Explosions. J.Trauma 41: 6. 1030-1035, 1996
9. Pathor AL. Blast injuries to the ear: an historical and literary review. J Laryng Otol 93:225-251.1979.
10. Brismar B., Bergenwald L., The Terrorist Bomb explosion in Bologna, Italy, 1980: An Analysis of the Effects and Injuries Sustained. J Trauma 22:3. 216-220, 1982
11. Cooper GJ. Maynard RL. Cross NL, Hill JF: Casualties from terrorist bombings. J Trauma 23:11. 955-967, 1983.
12. Katz E, Ofek B, Adler J, Abramowitz H. Krausz M. Primary Blast Injury After a Bomb Explosion in a Civilian Bus. 209: 484-488 Ann Surg 1989
13. Frykberg ER, Tepas JJ: Terrorist bombings lessons learned from Belfast to Beirut. Ann Surg. 208:569, 1988

Intervjuer har gjorts med:

Hahn Rafalowski, Chief of The Adom Magen David i Tel Aviv. (5/5-96)

Parch Dan, Chief of the paramedics vid Adom Magen David i Jerusalem (3/5-96)

A Rivkin, Professor, Surgeon, Head of Trauma Department, Hadassah Ein Karem, Hadassah-Hebrew University Medical Centre, Jerusalem (29/4-96)

Nathan Gottherer, MD, Director of the Emergency Department Shaare Zedek Hospital (1/5-96)

Halperin M.D Head of the Intensive Care Unit at Ichilov Hospital, Tel Aviv (2/5-96)

Kluger. M.D Surgeon, Head of the Trauma Unit, Shaarei Zedek Hospital (1/5-96)

Jacob A. M.D Head of the Emergency Department, Internal Medicine, Hadassah Ein ICarem, Jerusalem. (28/4-96)

Hay. E M.D Head of the Emergency Department, Ashkelon Hospital (29/4-96)

KAMEDO-rapporter

1	Katastrofmedicinska studier i USA: Beredskap mot naturkatastrofer	1966	Bernt Blomquist Ulf Gästrin Hans von Holst K-G Linderholm
2	Studiebesök i USA: American Medical Association's konferens om katastrofsjukvård i Chicago	1966	Lars Brunnberg Per-Erik Wiklund
3	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: 1967 Jordbävningskatastrof i Varto-området, augusti 1966	1967	Göran Eriksson Gustav Weissglass
4	Erfarenheter från naturkatastrofkongress i Skopje 25-30 oktober 1966	1967	Walo von Greyerz Ulf Gästrin
5	Katastrofmedicinsk dokumentation: "Människor i katastrof". Genomgång av psykologisk och psykiatrisk litteratur av katastrofmedicinskt intresse	1968	Hans Rudolf Lohman
6	(ej utgiven)		
7	Katastrofmedicinska studier i Israel: Studier av krigs-sjukvården	1967	Sten Meurling Per-Erik Wiklund
8	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävning i Debar 1967-11-30-12-02	1968	Valentin Sterndal
9	Katastrofmedicinska studier i Italien: Jordbävningskatastrofen på Sicilien, januari 1968	1968	Björn Klinge Lars Risholm
10	(ej utgiven)		
11	Katastrofmedicinsk organisation i Öst-Pakistan: Rapport från studieresa maj 1968	1969	Lars Troell
12	Katastrofmedicinska studier i Indonesien: Vulkanen Merapis utbrott januari 1969	1969	Bo Rybeck
13	Symposium om katastrofmedicin (utgiven som specialnummer av tidskriften Försvarsmedicin)	1969	
14	Katastrofmedicinska studier i Göteborg: Stormen "Ada" 1969-09-21-22	1970	Per-Gunnar Andbert Kaare Brandsjö Karl-Gustav Dhunér Erland Hansson Peter Heimann Jane Jönsson Gunnar Palmqvist Klas Rosengren
15	Katastrofmedicinska studier i Jugoslavien: Jordbävningen i Banja	1970	Bengt Zederfeldt Peer Thorulf Lars Lindegård
16	Katastrofmedicinska studier i Västtyskland: Smittkoppsepidemien i Meschede, Westfalen	1970	Alvar Ehinger
17	Katastrofmedicinska studier i Turkiet: Jordbävningen i Klathya-området mars 1970	1971	Anders Aspegren
18	Katastrofmedicinska studier i Peru: Jordbävningskatastrofen 1970-05-31	1971	Barbro Johansson
19	Katastrofmedicinska studier i Jugoslavien: Tågbrand i Wranduktunneln 1971-02-14	1971	Kristen Mågård Rune H Berlin
20	Katastrofmedicinska studier i Jordanien: Redogörelse för arbetet vid Svenska Röda Korsets operationslag oktober 1970	1971	Peer Thorulf
21	Studier i USA, sept-okt 1970: Utvecklingstendenser inom medicinsk utbildning- och katastrofberedskap	1971	Hans von Holst
22	Katastrofmedicinska studier i Västtyskland: Järnvägskatastrof i Rheinweiler 1971-07-21	1972	John Ingman Bo Rybeck

23	Katastrofmedicinska studier Glasgow: Gasexplosion i Clarkston 1971-10-21	1972	Christina Ehrström
24	Katastrofmedicinska studier i Frankrike: Gasexplosion i Argenteuil 1971-12-21	1972	Eric Arenander Lars Lindegård
25	Katastrofmedicinska studier i Danmark: Fenolkatastrofen i Simmersted och Syd-Jylland den 20-23 januari 1972	1972	Kaare Brandsjö
26	Katastrofmedicinska studier i Japan: Järnvägskatastrofen mellan Nagoya och Osaka den 25 oktober 1971	1973	Rune H Berlin Lars Lindberg
27	Amerikansk krigskirurgi i Sydostasien: Erfarenheter i samband med katastrofmedicinska studier 1972	1973	Rune H Berlin Lars Lindberg
28	Katastrofmedicinska studier i Glasgow: Katastrof i Ibrox Park fotbollsstadion den 2 januari 1971	1973	Ulf Gästrin Peter Westerholm
29	Katastrofmedicinska studier på Rhodos: Restaurangbranden 1972-09-23. Flygevakueringsoperationen	1973	Ulf Brandt
30	Katastrofmedicinska studier i England: Seriekollisioner på motorväg M6 väster om Manchester 1971-09-13	1974	Björn T Klinge Per Erik Wiklund
31	Katastrofmedicinska studier i England: Seriekollisioner på motorväg M6 väster om Manchester 1971-09-13	1974	Björn T Klinge Per Erik Wiklund
32	Katastrofmedicinska studier i Italien: Koleraepidemin i Syditalien, 1973	1975	Bengt Gästrin Olof Ringertz
33	Katastrofövningen på Sturup	1976	Åge Ramsby
34	Katastrofmedicinska studier i Norditalien: Luftutsläppet av organiska klorföreningar i Seveso, Milano-provinsen 1976-07-10	1977	Ulf G Ahlborg Birgitta Kolmodin-Hedman Staffan Skerfving
35	Totalhavariet av tankfartyget "Monte Urquio la" vid La Coruna Spanien, maj 1976	1977	Per Fahlin
36	Katastrofmedicinska studier på Teneriffa: Flygplanolyckan på Los Rodeos-flygplatsen den 27 mars 1977	1977	Henry Lorin Peer Thorulf
37	Katastrofmedicinska studier i Tuve: Skredet den 30 november 1977	1978	Kaare Brandsjö Karl-Gustav Dhunér Sven-Erik Frödin John Ingman Alvar Schilén Margareta Sundelin Sammanställt av: Henry Lorin
38	Katastrofmedicinska studier: Psykiska reaktioner vid katastrofer	1979	Tomas Böhm Henry Lorin
39	Katastrofmedicinska studier i Borås: Hotellbranden 10 juni 1978	1979	Anders Backman Rune Carlsson Östen Engelbrekts-son Nils Erik Englund Gerhard Ewald Tommy Johansson Tom Lundin Torkild Nielsen Sammanställt av: Henry Lorin
40	Katastrofmedicinska studier i Spanien: Gasolyckan i Los Alfaques 11 juli 1978	1979	Gösta Arturson Rune Blomberg Kaare Brandsjö
41	Katastrofmedicinska studier i Östersund: Järnvägsolyckan vid Lugnvik 10 aug 1978	1979	Henry Lorin Börje Renström

42	Katastrofmedicinska studier i Mississauga, Kanada: Järnvägsolycka 10 november 1979 med åtföljande brand, klorutsläpp och behov av evakuering	1980	Lars-M Eliasson Mårten Holmström
43	Katastrofmedicinska studier: Barn under krigs- och katastrofförhållanden. Deras upplevelser, beteenden och psykiska svårigheter	1981	Tomas Böhm Lars H Gustafsson Henry Lorin
44	Katastrofmedicinska studier i Nordsjön: Förlisningen av bostadsplattformen Alexander L. Kielland den 27 mars 1980	1981	Helge Bryne Henry Lorin
45	Katastrofmedicinska studier i samband med två svenska järnvägsolyckor 1980: Tågkollisionen i Storsund 1980-06-02. Tågurspårningen i Upplands Väsby 1980-08-24	1981	Henry Lorin Dag Axelsson Mag- nus Beckman Kaare Brandsjö Bo Brismar Anders Erik Eklund Ingrid Lagergren Karl-Axel Norberg Urban Westin
46	Katastrofmedicinska studier i Bologna: Sprängattentatet på centralstationen den 2 augusti 1980	1981	Lennart Bergenwald Kaare Brandsjö Bo Brismar Arne Jönsson Per Rohlén
47	Katastrofmedicinska studier i Nevada: Branden på MGM Grand Hotel i Las Vegas den 21 november 1980	1982	Nils Fröman Carl-Evert Jonsson
48	Katastrofmedicinska studier: Brännskadebehandling	1982	Gösta Arturson Bo Brismar Henry Lorin
49	Katastrofmedicinska studier i Libanon: Beirut 82	1983	Henry Lorin Karl-Axel Norberg
50	Katastrofmedicin - Kemiska olyckor	1984	Johan Hermelin Per Kulling Henry Lorin Karl-Axel Norberg
51	Katastrofmedicinska studier i Mexiko: Explosions- och brandkatastrofen i San Juanico Ixhuatepec den 19 november 1984	1986	Gösta Arturson Kaare Brandsjö
52	Katastrofmedicin - Kärnvapenkrig	1986	Gösta Arturson Henry Lorin m fl
53	Katastrofmedicinska studier i Indien: Giftgasolyckan i Bhopal, december 1984	1987	Per Kulling Henry Lorin
54	Katastrofmedicinska studier i Hessen, Väst-Tyskland: Tankbilolyckan i Herborn 7 juli 1987	1988	Kaare Brandsjö Henry Lorin Hans Nordström
55	Färjeolyckan vid Zeebrügge den 6 mars 1987	1989	Henry Lorin Karl-Axel Norberg
56	Branden i tunnelbanestationen King's Cross den 18 nov 1987	1990	Börje Hallén Per Kulling
57	Olyckan vid flyguppvisningen vid Ramstein-flygbasen den 28 augusti 1988	1990	Bo Brismar Henry Lorin
58	Flygplansbranden i Manchester den 22 augusti 1985	1991	Hans Fries

59	SoS-rapport 1992:4 Kärnkraftsolyckan i Tjernobyl den 26 april 1986	1992	Kaare Brandsjö Peter Reizenstein Gunnar Walinder
60	SoS-rapport 1993:3: Branden på passagerarfärjan Scandinavian Star den 7 april 1990	1993	Olle Almersjö Eréne Ask Kaare Brandsjö Tom Brokopp Annika Hedelin Håkan Jaldung Tom Lundin Sammanställt av Per Kulling
61	SoS-rapport 1993:19 Branden på Huddinge sjukhus den 9 november 1991	1993	Kaare Brandsjö Bo Brismar Sammanställt av Henry Lorin
62	SoS-rapport 1994:2 Spårvagnsolyckan i Göteborg den 12 mars 1992	1994	Olle Almersjö m fl Sammanställt av Per Kulling
63	SoS-rapport 1994:15 Flyghaveriet vid Gottröra den 27 december 1991	1994	Lars Laurell Henry Lorin
64	SoS-rapport 1994:16 Jumbojetkatastrofen i Amsterdam den 4 oktober 1992	1994	Gösta Arturson Henry Lorin Pär Olofsson Jan Wisén
65	SoS-rapport 1996:1 I Rökgranatolyckan i Uppsala den 25 augusti 1993	1996	Lars Holmberg Helena Unger Per Kulling
66	SoS-rapport 1996:12 Jordbävningen i Kobe, Japan tisdagen den 17 januari 1995	1996	Henry Lorin Helena Unger Per Kulling Lars Ytterborn
67	SoS-rapport 1996:20 Explosionen vid World Trade Center i New York den 26 februari 1993	1996	Kerstin Hägnevik Olle Almersjö Richard Westfal Sammanställt av Per Kulling
68	SoS-rapport 1997:15 Estoniakatastrofen M/S Estonias förlisning i Östersjön	1997	Kaare Brandsjö Tom Häggmark Per Kulling Tom Lundin Henry Lorin Anders Skjöldebrand
69	SoS-rapport 1997:20 Ebolaepidemin i Zaire 1995	1997	Håkan Eriksson Bo Niklasson Anders Tegnell Sammanställt av Louis Riddez
70	SoS-rapport 1998:14 Den tyska katastrofberedskapen belyst genom tre stora olyckor under 1996-97	1998	Ulf Andersson Mark Personne Jörgen Persson Mats Pålsson Louis Riddez Sammanställt av Louis Riddez
71	SoS-rapport 1998:20 Terroristattacken med sarin i Tokyo den 20 mars 1995	1998	Per Kulling
72	SoS-rapport 1998:21 Bombattentaten i Jerusalem, Ashkelon och Tel-Aviv, våren 1998	1998	Daniel Brattgård Louis Riddez Sammanställt av Louis Riddez

Del 2

"Om jag än vandrar i dödsskuggans dal,
fruktar jag ingenting ont, ty Du är med mig,
Din käpp och stav de tröstar mig." (Psalt. 23)

Människa–samhälle–kultur

Det israeliska samhället - ett samhälle med hög beredskap för katastrofer

Framför allt två förhållanden skiljer det israeliska samhället från vårt när plötslig och oväntad död inträffar bland befolkningen. Allt sedan den judiska staten bildades 1948 har Israel varit utsatt för flera krig och upprepade terrorattacker. Få familjer och släkter har varit förskonade från närbkontakt med brutala erfarenheter av krig och terrorattacker. Detta förhållande innebär, att människor i allmänhet har en helt annan beredskap för det oväntade i livet - att plötslig, oväntad och brutal död inträffar och kan drabba vem som helst.

Detta har naturligtvis satt sina spår i de mest skilda organisationer, som berör samhällets olika delar. Hälso- och sjukvården liksom ambulanstjänsten har en väl fungerande medicinsk och social katastrofberedskap. Inom armén finns det en särskild avdelning med social workers (som ungefär motsvarar vår svenska kuratorsverksamhet) med särskild uppgift att ta hand om familjer och anhöriga till soldater, som skadas eller dödas i tjänsten. Det finns social workers knutna till skolväsendet, som träder in då elever och deras familjer drabbas.

Sedan 1954 finns ett särskilt "Rehabilitation Department" inom "The National Insurance Institute". Detta departement har till uppgift att ge både ekonomiskt, socialt och psykologiskt stöd till människor som drabbas. Från 1979 är denna rehabiliteringsverksamhet även reglerad i israelisk lagstiftning. Inom detta departement tjänstgör 150 social workers utspridda över lokalavdelningar av "The National Insurance Institute". Denna personal har fått särskild utbildning och träning i rehabilitering av människor i samband med arbetsskador, trafikolyckor och terrorattacker.

Men det finns även i befolkningen en förhöjd beredskap inför kriser och katastrofer. Ett konkret uttryck för denna beredskap långt ute i samhället bland människor i allmänhet är den annons, som regelbundet infördes i Jerusalem Post både på engelska och på hebreiska när Jerusalem under en period utsattes för upprepade terrorattacker:

"Det är säkert ingenting
- men tänk om det är det!"

Genom detta budskap ville man försäkra sig om en ständig uppmärksamhet och en högre beredskap bland människor ute i samhället. De utsatta busslin-

jerna beledsagades av beväpnad militär och busscentralen var satt under hård bevakning och kontroll. Den som vistades på gator och torg i Jerusalem under våren 1996 fick dessutom näst intill dagliga påminnelser om faran för livet genom upprepade avstängningar av kvarter som behövde säkras av militär och polis, då någonting misstänkt hade iakttagits och rapporterats.

Det israeliska samhället - ett samhälle präglad av judisk tradition

Det andra förhållandet som skiljer det israeliska samhället från vårt, hör samman med den judiska religionen och kulturen. Sedan lång tid tillbaka finns det i den judiska religionen och traditionen en djupt förankrad ritualisering av hela sorgearbetet. Av allt att döma är detta en tradition, som sträcker på långt utanför kretsen av religiöst bekännande judar. Den är såvitt man kan förstå en tradition, som är mycket djupt och folkligt förankrad. När man drabbas av sorg finns det välkända regler, riter och ritual, som under sorgearbetet kan utgöra en ryggrad och hållbar byggnadsställning för de emotionella reaktioner som ofrånkomligen infinner sig.

Båda dessa förhållanden - den förhöjda beredskapen för livets utsatthet och sårbarhet bokstavligt talat och den särskilda judiska traditionen kring sorg och sorgearbete - ger inte bara enskilda människor utan hela samhället speciella förutsättningar att möta den plötsliga och förtidiga döden. Den hjälp och det stöd människor som drabbas behöver är inte så utlämnat till att organiseras fram utan växer fram ur historien och traditionen. En starkt bidragande faktor är dessutom, att det israeliska samhället fortfarande har tämligen intakta familje- och släktförhållanden som utgör ett socialt nätverk omkring den enskilda individen.

En ögonblicksbild kan illustrera detta. Jag satt tillsammans med Åke Skog, som tjänstgör som präst vid ett institut, som Svenska Kyrkan har i Jerusalem för teologisk utbildning och interreligiös dialog framför allt mellan judendom och kristendom. När vi satt där, sökte en av de anställda honom för att meddela att hon behövde avbryta arbetet för att bege sig hem. En son till en av hennes grannar hade förolyckats i Gamla stan vid en arbetsplatsolycka. Hon behövde gå hem för att ge sina grannar stöd och hjälp under det akuta, kaotiska skedet. För henne i hennes kultur, tradition och samhälle var det i det närmaste en självklarhet, att hon avbröt sitt arbete för att hjälpa och stödja sina grannar i deras svåra situation. Hon ställde knappast frågan till sin arbetsgivare och chef, om hon fick hans tillåtelse att gå hem. Hon i stort sett enbart meddelade honom, att hon gjorde det.

Det israeliska samhället – erfarenheter och lärdomar

I denna del av rapporten har jag valt att översiktligt och i allmänna ordalag beskriva det psykosociala omhändertagandet i det akuta skedet vid terrorattackerna i Jerusalem, Tel-Aviv och Ashkelon. Omhändertagande ur psykosocial synvinkel i det israeliska samhället skiljer sig i stort sett inte från det som blivit allt vanligare i vårt svenska samhälle vid större olyckor och katastrofer. Genom sin stora erfarenhet har de av naturliga skäl en fastare struktur och organisation för detta arbete.

Vid de flesta större sjukhus även i vårt land finns det psykiska katastrofledningsgrupper. I många kommuner finns det s.k. psykiskt och socialt omhändertagandegrupper med liknande uppgifter inom kommunen som PKL-

grupperna har på sjukhus. Denna verksamhet kan vara mer eller mindre väl-organiserad.

Ett nätverk mellan hälso- och sjukvård, polis, räddningstjänst, kyrkor, skolor och större företag och institutioner är under uppbyggnad i många kommuner - allt i syfte att kunna samverka på ett effektivt sätt vid omhändertagandet av människor, som drabbas av större olyckor och katastrofer. Med tiden kommer data nätverksarbete förhoppningsvis att medföra en ökad medvetenhet om det psykosociala omhändertagandets betydelse även vid enskilda olyckor och de personliga, som alltid är en del av hälso- och sjukvårdens vardag.

Den djupt förankrade traditionen inom judendomen kring död, sorg och sorgearbete kan vi hämta erfarenhet och lärdom av. Judendomen har ritualiserat skeendet kring död och sorg. Det har funnits en tid även i egen kultur, då sorg och sorgearbete hade sina fasta former och uttryck. Dessa regler, riter och ritual kan naturligtvis bli en tvångströja för människors sorg. Regler, riter och ritual föreskriver vad man får och inte får göra, när man har sorg. Men lika ofta kan de utgöra en ryggrad, ett stöd och en trygghet, när det vardagliga livet rasar samman vid en olycka eller katastrof. Regler, riter och ritual anger en väg att gå för att komma igenom sorgen.

Vid olycks-, kris- och katastrofsituationer i vår eget land har det på senare tid blivit alltmer tydligt, att människor känner ett påtagligt behov av stöd och hjälp - även i form av regler, riter och ritual. Vi lägger ner blommor på olycksplatser. Vi tänder ljus i kyrkor och på andra platser. Det har blivit allt vanligare med ett mer markerat avskedstagande redan i omedelbar anslutning till dödsfallet - framför allt vid plötslig och oväntad död.

Invävt i översikten över det psykosociala omhändertagandet i det israeliska samhället och i inblicken i judisk religion, kultur och tradition kring sorg och sorgearbete kommer jag att försöka dra de erfarenheter och lärdomar från det israeliska samhället, som kan vara av värde för oss i vår kultur och i vårt svenska samhälle.

Det psykosociala omhändertagandet

Det psykosociala omhändertagandet i det akuta skedet präglas av samma effektivitet som det rent medicinska. När katastroflarm utlöses i samband med terrorattack, finns social workers med i den första linjen. De har i huvudsak två uppgifter - information till indirekt drabbade (familj, släkt och andra anhöriga) och stöd och hjälp till de direkt drabbade.

Information till indirekt drabbade

En viktig uppgift är att omedelbart upprätta en informationscentral på sjukhuset. Kännedom om att en katastrof inträffat sprider sig snabbt. Många familjer hör av sig, som befarar att de kan ha haft någon anhörig som kan ha drabbats. Det är därför viktigt att snabbt nå ut med information om vad som hänt och vart anhöriga kan vända sig.

Till detta arbete avdelas omedelbart ett antal social workers. Vid denna informationscentral på sjukhuset samlas alla tillgängliga uppgifter om skadade och förolyckade. Det gäller att så snabbt som möjligt sammanställa information från akutmottagningen och upprätta samband med andra sjukhus, dit drabbade har förts. Hit kan oroliga anhöriga vända sig för att få eller

vänta på besked. Liksom i Sverige skiljer man så strikt som möjligt mellan information om vad som har hänt, som kan lämnas av icke-medicinsk personal och den rent medicinska informationen om skadornas omfattning, som skall lämnas av medicinskt utbildad personal.

Målet är att varje familj som kommer till sjukhuset och har någon medlem skadad i terrorattacken skall få en person, som följer dem hela tiden. Denna person är en social worker. Hon tar emot familjen, följer dem från informationscentralen till läkaren som lämnar medicinsk information och vidare till den avdelning, där den skadade medlemmen av familjen finns. Mot bakgrund av att familjesammanhållningen är starkare i det israeliska samhället än i vårt anses det oerhört viktigt, att avdela personal som kan ta sig an hela familjens situation. Uppgiften inriktas på att mobilisera och aktivera det sociala nätverk och stöd, som finns runt omkring den drabbade - att ge hjälp till självhjälp.

De människor som dör på platsen förs inte till något av sjukhusen utan direkt till det patologiska centrat i Tel-Aviv. Där sker identifieringen av de döda vid en speciell enhet knuten till polisväsendet - "The Institute for Legal Medicine". Vid dödsfall i samband med terrorattacker är identifiering naturligtvis ett stort problem.

När det visar sig att en familj som letar efter en familjemedlem inte finner henne/honom på någon av de upprättade listorna över omhändertagna och skadade och det finns starka skäl att förmoda att hon/han finns bland de döda, måste de anhöriga bege sig till det patologiska centrat i Tel-Aviv. Vid dessa tillfällen beledsagas familjen och de anhöriga av en social worker, som ger dem stöd och hjälp i denna svåra situation av ovisshet och kastningar mellan hopp och förtvivlan.

Stöd och hjälp till direkt drabbade

Den andra uppgiften är att finnas tillgängliga i nära anslutning till akutmottagningen. Här består uppgiften i att vara ett såväl psykologiskt som socialt stöd för de drabbade. I detta skede kan det röra på om allting – från att ordna mycket basala, praktiska ting till att lyssna till en människas upplevelse och ge henne tröst. En viktig del av arbetet initialt består i att hjälpa människor som hör samman, att få kontakt med varandra. För att kunna göra detta deltar också social workers i identifieringsarbetet på akutmottagningen, där den medicinska personalen är upptagen av sina uppgifter.

Målet är att varje drabbad skall få en kontaktperson att vända på till för att få stöd och hjälp. Beroende på situationen följs detta sedan upp av samma kontaktperson de drabbade träffat initialt eller av den social worker, som tjänstgör på den avdelning dit en skadad människa förts. Det väsentliga är, att ingen drabbad lämnas utan detta psykosociala stöd.

Det psykologiska omhändertagandet

Som alltid vid större olyckor och katastrofer är det i det akuta skedet oerhört viktigt med ett nära samarbete mellan det medicinska och det psykosociala omhändertagandet. Människan består av både kropp och själ – alldeles oavsett vilken kultur hon lever i. Att få bli omhändertagen och hjälpt av kunniga människor vid kroppslig skada och sjukdom är samtidigt en lisa för själen. Det är viktigt att påpeka, att all personal alltifrån ambulanstjänsten över akutmottagningen genom operation och in på en vårdavdelning deltar i ett

mänskligt omhändertagande, som innefattar såväl strikt medicinska som psykosociala behov.

Detta hindrar inte, att det behövs särskilt utbildad och tränad personal, vars uppgift är att förhindra att människor som drabbats av ett stort trauma inte efteråt skall drabbas av posttraumatiska skador av psykologisk/ psykiatrisk natur. Regulant Levi Rut – en social worker med erfarenhet av både direkt arbete bland patienter och anhöriga och indirekt arbete med forskning kring posttraumatiska tillstånd – framhöll i en intervju jag gjorde med henne, vikten av att på ett tidigt stadium försöka ställa en "psykologisk diagnos" på både direkt och indirekt drabbade människor.

Vid vårt samtal framkom det tydligt, att det är samma viktiga frågor som bör rulla såsom en film i bakhuvudet inför mötet med en människa i kris – oavsett kultur och religion – som Johan Cullberg formulerat i sin skrift "Kris och utveckling":

1. Vad har hänt denna människa?
2. Vilken inre betydelse har detta för denna människa?
3. I vilken livsperiod befinner på denna människa?
4. Hur ser den sociala situationen ut omkring denna människa?

Den psykologiska diagnosen är väsentlig för att kunna fastställa, om den direkt eller indirekt drabbade personen har normala krisreaktioner eller uppvisar tendenser till att övergå till mer patologiska reaktioner på det som inträffat. Vid normala krisreaktioner räcker det oftast med vanligt, medmänskligt stöd. Vid mer patologiska reaktioner fordras det däremot för det mesta mer professionell hjälp

Vid flera tillfällen och samtal med olika personer som blivit involverade i det psykosociala omhändertagandet av människor i samband med dessa terrorattacker framkom samma svårighet och diskussion som förts och förs i vårt land. Hur skall man kunna lägga krishanteringen i samband med stora (och små) olyckor och katastrofer på en rätt nivå? Den ena risken är, att vikten av detta arbete fortfarande undervärderas och negligeras. Den andra risken är uppenbar att detta arbete får överdrivna proportioner, eftersom det på senare år även i vår egen kultur får alltmer uppmärksamhet.

Doktor Tuna Perry – psykolog och forskare på det psykologiska traumainstitutet vid Hadassah sjukhuset i Jerusalem – menade vid ett av våra samtal, att någonting hände i samband med Gulfkriget; "Ingenting hände egentligen bland civilbefolkningen. Folk stannade hemma och väntade på larm. Människor blev inte skadade – kanske några sårade. Men i radion vimlade det av psykologer och psykiatriker. Alla utgav sig för att vara experter på trauma och talade om vikten av att tala om det och finna sätt att hantera situationen på. Och sedan kom alla dessa terrorattacker. Det blev på något underligt sätt en festival för psykologer och alla som sysslade med stress, stressreaktioner och posttraumatiska tillstånd. Folk fick nog. Människor kom ut och sade: "Vi kan hantera detta. Vi behöver inga psykologer."

Den förhøjda beredskap som människor av bitter erfarenhet får som lever i ett krigshärjat land är vi som väl är förskonade från. Men personligen har jag svårt för att frigöra mig från tanken, att det ligger någonting sunt och friskt i doktor Tuna Perrys kommentar inför reaktionen i det israeliska samhället.

Från att tidigare i alltför stor utsträckning ha underskattat den psykologiska krishanteringens betydelse vid stora traumata får vi inte gå till överdrift

och övervärdera och därmed riskera att överorganisera denna insats. För att citera en erfaren beredskapsöverläkare: "Om vi kan ta hand om Ida på rätt sätt, där hon står med Hjalms kläder i en påse på akutmottagningen vid hans hastiga och oväntade dödsfall, då klarar vi av situationen om ett flygplan störtar över Alingsås. "Katastrofens omfattning häver en klarare struktur och en fastare organisation för såväl det medicinska som det psykosociala omhändertagandet – med rätt personal i rätt antal på rätt ställe. Kvantiteten i arbetet är annorlunda. Men kvaliteten i arbete skall vara densamma.

I det israeliska samhället ligger ansvaret för det psykosociala omhändertagandet initialt på social workers. Psykologer och psykiatriker från den psykologiska traumaenheten vid t ex Hadassah sjukhuset kommer in i ett mycket senare skede, när det blir frågan om att behandla mer patologiska tillstånd och de psykiatriska komplikationer, som både direkt och indirekt drabbade människor kan råka ut för.

De djupare existentiella och religiösa frågeställningarna liksom uppföljning med begravning sköts ofta av familjens rabbin i den egna synagogan. Trots att Israel och framför allt Jerusalem är starkt präglad av den judiska religionen finns inte det etablerade samarbete mellan hälso- och sjukvården och religiösa företrädare – som blivit en självklarhet för hälso- och sjukvården liksom för den kristna kyrkan i vårt sekulariserade samhälle.

I vårt samhälle sammanstrålar i det akuta skedet ofta många personer med olika professionell bakgrund i det psykosociala omhändertagandet. I PKL-grupper liksom i POSOM-grupper ingår vanligtvis kuratorer, psykologer, psykiatriker och personal från Sjukhuskyrkan eller den lokala församlingen.

Eftersom dessa personer skall samarbeta med varandra under den höga stress som en stor olycka eller katastrof utgör är det lika viktigt med ett väl utbyggt nätverk och personligt uppbyggda relationer som en klar struktur och en fast organisation. Framför allt i det akuta skedet är det väsentligt, att ha väl förberett vem som har "befälet", vem som skall finnas var och vilka olika uppgifter var och en har. Inte minst med tanke på att man har olika professionell bakgrund kan det här annars finnas risk och grogrund för intressekonflikter och revirtänkande.

I stort sett verkar det psykosociala omhändertagandet vid större olyckor och katastrofer/terrorattacker i det israeliska samhället vara tämligen likt vårt – fränsett de kulturella skillnader som finns och den speciella situation landet befinner sig i med stora etniska, kulturella och religiösa konflikter, som tar sig uttryck i upprepade krig och många terrorattacker.

Det finns kanske en skillnad, där vi kan dra lärdom av deras erfarenheter. I det psykosociala omhändertagandet i det akuta skedet gjorde de en mer markant gränsdragning mellan en informationscentral, en krismottagning för familjer och anhöriga å ena sidan och arbetet på akutmottagningen och vårdavdelningarna med de direkt drabbade å den andra. Personligen tror jag att denna uppdelning av arbetsuppgifterna – även om de går in i och överlappar varandra – kan vara värdefull inte minst för personalen. I det kaos som alltid uppstår vid en större olycka och katastrof är det skönt, att veta sin uppgift och kunna koncentrera sig på den.

Det medmänskliga omhändertagandet

I de flesta för att inte säga alla kulturer finns det en folkligt förankrad sed att besöka sjuka. Men seden att besöka sjuka har i judendomen upphöjts inte

bara till en sed. Den är även en plikt, som inom judendomen innebär ett stort förtroende. Det är något som i första hand åligger det sociala nätverk – d.v.s. de människor, som finns runt omkring en människa i livet för övrigt.

I ett samhälle som vårt, där det sociala nätverket är betydligt glesare än i t ex det israeliska samhället med mer intakta familje- och släktförhållanden finns det en risk, att det psykosociala, professionella omhändertagandet överskuggar den medmänskliga, personliga omsorgen människor emellan. Den rätta balansen är svår att hitta, eftersom ett samhälle med glest socialt nätverk ställer stora förväntningar och krav på den s.k. offentliga sektorn, att ta hand om människor som behöver mycket stöd och hjälp i en krissituation.

Men inriktningen på det mer professionella omhändertagandet måste vara klar redan från början: att aktivera det stöd och den hjälp, som finns i en människas dagliga liv och ge hjälp till självhjälp i omsorgen om varandra inom familjen, släkten och vänkretsen.

Biqqur Holim – plikten att besöka sjuka

Seden att besöka sjuka (och skadade) har en lång tradition i den judiska kulturen och religionen. Biqqur Holim – den kärleksfulla plikten att besöka sjuka - betraktas inom judendomen som en s.k.mitswah – d.v.s. en god gärning och en helig handling. Denna handling skall utföras oavsett den sjukes ras, hudfärg eller trosbekännelse.

Sjukbesökets uppgift och målsättning beskrivs med orden

- to make him comfortable
- to cheer him up
- to pray for his recovery

För att sjukbesöket skall bli till hjälp och glädje för den sjuke films det i denna kultur på traditionellt, judiskt maner en rad råd och anvisningar, som är mycket konkreta till sin karaktär.

- Man bör inte avlägga sitt sjukbesök för tidigt på morgonen, då patienten ofta är upptagen av behandlingar. Sjukbesöket bör heller inte ske för sent på kvällen, då patienten ofta är för trött.
- Man bör inte stanna för länge. Råd om hur länge sjukbesöket ska vara bör inhämtas från ansvarig läkare eller sjuksköterska.
- Man bör lämna sjukrummet under medicinska behandlingar och annan basal omvårdnad, eftersom patientens integritet och behov skall respekteras och upprätthållas.
- Man bör vara sparsam med dåliga nyheter och inte gråta över dem som dött i den sjukes, skadades närvaro.

Med tanke på att människor i vår kultur och vårt samhälle ofta står främmande inför sjukhusmiljön skulle säkert många människor finna ett stöd i dessa och liknande konkreta råd och anvisningar.

Sorg och sorgearbete enligt judisk tradition

Två grundläggande principer

I den judiska religionen och traditionen finns det två grundläggande principer, som synen på all sorg och allt sorgearbete vilar på. Den ena principen är Kibud Hamet. Den står för vörndnad och respekt för den döde.

Den andra principen är Nichum Avelin. Den innefattar omsorgen om de efterlevande och plikten att ge dem tröst. Alla de judiska sederna kring dödsfall och sorg utgår från dessa båda principer och är inriktade på att upprätthålla den avlidnes värdighet och att trösta de sörjande i deras smärta.

Kibud Hamet – vördnad och respekt för den döde

Av gammal tradition har det ofta hävdats, att man kan fastställa en kulturs syn på människan och människovärdet genom hur man tar hand om sina gamla och sina

Vid terrorattackerna mot civilbefolkningen i Jerusalem, Tel-Aviv och Ashkelon tog detta på mycket konkret uttryck i, att Chevra Kadisha – det heliga sällskapet – inte sparade någon möda, när det gällde att samla ihop kroppsdelar och rester av söndersprängda människor. Enligt judisk tradition är det av stor betydelse, att den döde läggs i graven i så helt skick som möjligt.

Under mitt besök i Jerusalem träffade jag en judisk rabbin, som tjänstgjort under lång tid i USA. Under sin barndom råkade han ut för en olycka, som innebar att han miste sin ena fot. Han berättade för mig, att han under hela sitt liv och ännu mer sedan han blivit äldre hade tankar och funderingar på, var hans fot var "begravd". Han uppfylldes då och då av tanken på, att han aldrig kunde bli begravnen med hela kroppen intakt.

Som en följd av denna vördnad och respekt för den döde betraktas det som en vanära för den döde att placera honom/henne i en öppen kista för allmänt beskådande. Här skiljer sig den judiska kulturen från den svenska. Under äldre tid var det vanligt, att den människa som dött fick stå i centrum i sitt hem – bokstavligen talat. Det är inte länge sedan man hade för sed i Sverige, att den döde fick ligga i öppen kista i ett särskilt iordningställt rum i sitt hem. Familj och släkt, grannar och vänner kom för att ta farväl vid den ofta öppna kistan. När den fördes från hemmet hölls en s.k. utfärsandakt, då huvudduken lades på plats och kistlocket stängdes.

Vikten av att få se den som dött har på senare år uppmärksamats alltmer. Detta faller sig naturligt, när en människa varit svårt sjuk och anhöriga vakat vid hans/hennes sida på sjukhuset. Avskedet sker då när personalen gjort i ordning den avlidne. Det blir också allt vanligare, att anhöriga själva är med och tar aktiv del i denna omsorg om den döda kroppen. Detta är i allra högsta grad en positiv utveckling.

Vid större olyckor och katastrofer har erfarenheten lärt oss att det är särskilt viktigt för de anhöriga, att få se den som dött. Det har blivit allt vanligare, att man såväl vid akutmottagningar som på intensivvårdsavdelningar har ett särskilt rum för detta ändamål. I omedelbar anslutning till bårhusen finns också ofta särskilda rum för avskedstagande.

Personligen är jag övertygad om, att vördnaden och respekten för den döde upprätthålls på ett värdigare sätt, om anhöriga får hjälp till en enkel rit eller ritual vid detta tillfälle. En sådan rit eller ritual kan givetvis vara av såväl religiös som profan karaktär. Det måste avgöras vid varje enskild situation beroende på de anhörigas tros- och livsåskådning. En enkel rit eller ritual, där människor i sin sorg kan låna ord från andra för att uttrycka sina känslor och tankar ger en värdighet vid detta svåra ögonblick.

Även för insatspersonal i samband med större olyckor och katastrofer kan en enkel rit vara till stöd och hjälp vid omhändertagandet av döda på skadep plats. Detta omvittnades av en brandman i samband med branden på Scan-

dinavian Star. När fartyget bogserades in till Lysekil, hade räddningstjänstens personal en tung uppgift att bära över de 158 döda från fartyget till de långtradare, som skulle föra de avlidna hem till Norge.

Efter ett initiativ från en av prästerna i kristeamet som fanns på plats i Lysekil lämnade ingen av dessa långtradare kajen, innan man hade ringt i kyrkklockorna, läst en bibeltext och bätt en kort bön. Denne brandman – som själv uppgav att han inte särskilt ofta gick i kyrkan – berättade vid ett tillfälle för mig, att den enkla akt gav en slags helgd och värdighet åt detta helvetiska arbete. Hans kommentar löd ordagrant: "Det blev så djävla värdigt på något sätt!" Riter och ritual har stor betydelse för att i svåra och utsatta situationer bevara vördnad och respekt för den döda kroppen.

Nichum Avelin – omsorg om de efterlevande och plikt att ge dem tröst

Som tidigare nämnts har den judiska religionen, kulturen och traditionen ritualiserat hela sorgearbetet. Det finns inte bara namn för de olika perioderna. Det finns även regler, riter och ritual till stöd för en framkomlig väg igenom sorgen – steg för steg.

Det egentliga sorgearbetet inleds först i och med begravningen. Det är den som bildar utgångspunkt för sorgen, sedan det första kaotiska skedet har lagt sig.

I västerländsk litteratur har sorgearbetet uppmärksamrats på senare tid. Det finns mycket forskning omkring detta. Men i denna forskning och litteratur är begravningsaktens betydelse för sorgen sällan tillräckligt uppmärksammat. När begravningsakten har en religiös karaktär är den ett tillfälle, då en människas liv överlämnas i Guds händer.

Men vid sidan av denna religiösa innebörd är begravningsakten samtidigt – alldeles oavsett karaktär – ett högtidligt tillfälle till avslutning av en människas liv och ett särskilt och unikt tillfälle för de anhöriga att ta ett sista farväl. Begravningsaktens psykologiska innebörd och uppgift är att hjälpa de anhöriga att ta steget från chockfasen och in i reaktionsfasen.

Att begravningsakten har denna psykologiska innebörd märks tydligast vid de tillfällen, då det inte går att genomföra en vanlig begravning – när människor försvinner utan att kroppen återfinns eller när en människas kropp försvinner i havets djup utan möjlighet till bärgning. Min erfarenhet som präst har lärt mig, hur viktigt det är att ha en minnesgudstjänst eller minnesakt ändå. I Sverige fick vi en smärtsam erfarenhet av detta i samband med Estonias förlisning, där behovet av minnesakt och gravplats utan den döda kroppen framkom mycket tydligt.

Inte minst med tanke på denna psykologiska innebörd är redan det praktiska förberedelsearbetet inför begravningsakten av stor betydelse för det fortsatta sorgearbetet. Varje åtgärd de anhöriga vidtar inför begravningen är små, smärtsamma steg som tas in i den nya verkligheten – hur dödsannonsern skall se ut, hur akten skall utformas, hur gravsättning skall ske, vilka som skall inbjudas till minnesstund m.m. Därför är det väsentligt, att de närmast anhöriga tar aktiv del i det praktiska förberedelsearbetet. Om man inte får vara med och ta dessa små, viktiga steg är risken stor, att begravningsdagen kommer som en ny chock för de närmast anhöriga. Här har traditioner, seder, riter och ritual en avgörande betydelse som byggnadsställ-

ning för alla de starka känslor, som kommer till uttryck i samband med en människas

Omsorgen om de närmast anhöriga tar på i den judiska traditionen ett konkret uttryck, som hör samman med det vi i vår tradition kallar minnestund – den måltid som ofta följer omedelbart efter begravningsakten. Denna måltid heter på hebreiska Se'udat Havra'ah, vilket ordagrant betyder "tröstens måltid". Traditionen bjuder, att denna måltid skall vara tillredd och tillagad av grannar, släktingar eller vänner, som ett uttryck för omtanke och som en påminnelse att det finns andra människor som har konkret och handfast omsorg om de närmast anhöriga mitt i deras sorg.

Aninut – tiden från dödsfallet till begravningen

Plikten att trösta de sörjande börjar först efter begravningen, som enligt judisk sed bör ske inom ett dygn eller i varje fall så snart som möjligt. Under tiden fram till begravningen är det förbjudet, att säga någonting till trust för de sörjande. Allt som görs och sägs bör i stället vara en hjälp för de sörjande att ge fullt uttryck och utlopp för den smärta, som sorgen innefattar.

När man går in i ett hem som drabbats av sorg påbjuder seden, att man inte ens skall hälsa på de sörjande. Eftersom det inte finns några ord för sorgen, för det tillrådligt att inte säga någonting. Traditionen föreskriver, att besökaren inte öppnar samtalet utan lämnar initiativet till den sörjande. Det är lämpligt, att samtalet hela tiden kretsar kring den avlidne. Det anses mycket opassande, att försöka "skingra" de sörjandes tankar och känslor. Den som försöker göra detta har enligt judisk uppfattning inte förstått vidden av och djupet i mänsklig sorg.

Dessa regler, nästan riter omkring aninut står i viss kontrast mot traditionellt, västerländskt sätt att möta sörjande under det första dygnet. Ofta är vi upptagna med att redan från början på olika sätt försöka trösta de anhöriga närstående. Den judiska traditionen påminner på ett hälsosamt, näst intill brutalt sätt, att den enda tröst de anhöriga i detta akuta skede vill ha och önskar, är omöjlig att ge dem - nämligen att göra det som hänt ogjort, att ge dem den avlidne tillbaka.

I detta sammanhang kan det vara värt att erinra om det som på senare tid blivit alltmer uppmärksammat: att ge lugnande läkemedel i detta skede av sorgen är inte till hjälp för dem som drabbats - snarare tvärtom. Ett sådant avskärmande från verkligheten förlänger ofta sorgearbetet i stället för att mildra det.

En medarbetare i Sjukhuskyrkan har formulerat tre H som enda riktmärke för det omedelbara omhändertagandet av anhöriga och närstående vid hastigt och oväntat dödsfall, som ligger i linje med den judiska traditionen kring aninut:

- | | |
|------------|---|
| Håll om! | - ge mänsklig värme och närhet utifrån |
| Håll i! | - ge värme inifrån genom varm dryck. |
| Håll tyst! | - använd inte för många ord till tröst. |

De tre judiska sorgeperioderna

Förutom aninut föreskriver de judiska lagarna kring sorg och sorgearbete tre sorgeperioder, som inleds i och med begravningen – shiva, shloshim och avelut.

- Shiva omfattar den första veckan efter begravningen

- Shloshim de trettio därpå följande dagarna
- Avelut varar fram till årsdagen av dödsfallet

Shiva – den första veckan efter begravningen

Under denna tid bör de sörjande inte gå till sitt vanliga arbete. De skall i stället få tillfälle, att helt och fullt hänge sig åt sitt sorgearbete - ett begrepp som blivit all vanligare även i västerländsk, psykologisk litteratur för det skeende vi går igenom, när vi drabbas av sorg. När svenska läkare sjukskriver anhöriga i samband med dödsfall, blir ofta psykisk insufficiens, krisreaktion el. dyl. angiven som orsak till sjukskrivningen. En mer adekvat och medicinskt korrekt orsak borde även i vår kultur helt enkelt vara sorgearbete. Den människa som har drabbats av sorg är inte i stånd att gå till sitt vanliga arbete.

I sorgehuset – där shiva iakttages – är det också sed, att man täcker för alla speglar. Det finns många olika förklaringar till detta. Den mest gängse är att spegeln står för mänsklig fåfänga, vilket inte anses passa på i ett hem där man har sorg. En vanlig sed är att man låter ett ljus vara tänd under shiva. Ljuset anses i den judiska kulturen liksom i den kristna vara en symbol för själen – såsom lågan är bunden till veckan är själen bunden till kroppen.

Shloshim – de trettio dagarna

Under denna tid släpper man successivt på de regler som gällt under shiva-tiden. Hur mycket man håller fast vid dem beror ofta på den personliga sorgen. I och med denna period avslutas sörjandet efter alla andra släktingar än moder och fader.

Avelut – sorgedret

Oavsett kultur och religion innebär årscykeln med dess årligen återkommande händelser – stora högtider, särskilda bemarkelsedagar inom släkt och familj, de egna traditionerna kring semester m m – ständiga påminnelser om att den som dött saknas. Därför blir sorgen särskilt påtaglig under det första året. Detta uppmärksammas med en särskild högtid inom judendomen på årsdagen efter dödsfallet.

Intressant nog ingår det i reglerna för avelut att det efter sorgeårets slut är förbjudet att fortsätta med bruk och inskränkningar i det dagliga livet. Alla dessa regler, liter och ritual av såväl religiös som annan karaktär med på ett stöd att komma igenom sorgen och samtidigt gå vidare i livet.

Regler, riter och ritual – "tvångströja eller byggnadsställning"?

För en människa som är uppvuxen med den västerländska kulturens syn på död och sorg såsom den på senare år tagit sig uttryck i vårt land kan den judiska traditionen framstå som alltför strängt reglerad. Frågeställningen återkommer, om dessa regler, liter och ritual kring sorgen blir en "tvångströja" eller kan utgöra en "byggnadsställning" för människor, när döden kommer oss inpå livet.

Något generellt svar på den frågeställningen fick jag inte vid de intervjuer jag gjorde såväl med judiska rabbiner som med psykologer och forskare på det psykologiska traumainstitutet vid Hadassah sjukhuset i Jerusalem. Men det råder ingen tvekan om, att dessa regler, riter och ritual i samband med

sorgen betydligt oftare utgjorde ett yttre stöd vid det inre kaos, som ofrånkomligen infinner sig inte minst vid plötslig, oväntad och förtidig död.

I den västerländska kulturen och det svenska samhället kan vi inte kopiera judendomens regler, riter och ritual kring sorg och sorgearbete. Men vi kan hämta lärdom och erfarenhet ur den judiska traditionen. Som jag tidigare påpekat finns det i vår kultur och i vårt samhälle en ökad uppmärksamhet och ett större intresse för särskilda riter av religiös eller profan karaktär, som kan vara ett stöd och en hjälp när döden kommer oss inpå livet.

Om denna korta inblick i den judiska traditionen kring sorg och sorgearbete kan väcka intresse för att gräva i våra egna traditioner kring regler, riter och ritual i samband med död och sorg är jag övertygad om, att vi som människor får en högre beredskap och bättre möjligheter att möta död och sorg i vårt eget och i varandras liv.

Referenser

Reuven Hammer	Rites of Mourning artikel hämtad ur Entering Jewish Prayer Sekochen Books, New York 1994 ISBN 0-8052-1022-9
Chaim Holeyv Donin	Dödsfall och sorg artikel hämtad ur Att vara jude, Hillel förlaget, Stockholm 1985
Isaac Klein	The Laws of Mourning I och II artiklar hämtade ur A Guide to Jewish Religious Encyclopedia Judaica Mourning page 485 Death page 1419 Burial page 1515
Ruben Schindler	Confronting Terminal Illness and Death in the Religious Jewish Society

Intervjuer har gjorts med

Turia Perry	Psychologist, Psykologiska Traumainstitutet, Hadassa Ein Karem, Jerusalem
Jo Kolodner	Administrative Counsellor, Building of Levram, Jerusalem
Pessach Kraus	Rabbi, Jerusalem
Tamar Bilu	Head of Social Workers, Ministry of Defence, Jerusalem
Amalia Orin m fl	Social Worker Sharei Sedek Medical Center, Jerusalem
Regulant Levi Rut	Head of Social Workers, Hadassa University Hospital, Jerusalem
Åke Skoog	Director, The Swedish Institute, Jerusalem
Cordelia Edwardsson	Journalist, Jerusalem
Aviva Avrahami	Director, National Insurance Institute, Jerusalem

SoS-report 1998:21

Terror bombings in Jerusalem, Ashkelon and Tel-Aviv 1996

Authors:L Riddez and D Brattgård

Editor:L.Riddez

KAMEDO-report 72

Summary

Terror bombings aimed at killing and injuring civilians has become an instrument of terror used in a number of countries. The terror bombings are frequently carried out by suicide bombers who wear the bomb close to their bodies when it explodes, making it extremely difficult to detect in time.

The bomb attacks often target public places where large numbers of people are gathered with the aim of killing as many as possible, disseminating fear and terror among the population.

Since its inception, the state of Israel has suffered a large number of these terror bombings and has today built up a medical organisation that can quickly adapt to mass casualty situations.

During the early half of 1996 the country was the target of four terror bombing attacks that occurred at different places within a short period of time. In all these situations an efficient pre-hospital and hospital organisation could operate independent of where the bombings occurred. An almost standardised scheme for managing these mass casualty situations was applied both at the pre-hospital as well as at the hospital level.

In order to study this efficient medical system, and also to evaluate the serious repercussions of terror bombings may have on the population, the authors had the privilege of visiting Israel. We were well received and had the opportunity of meeting personnel from several of the medical categories involved at all levels, as well as social workers, rabbis and others involved in the care of those suffering serious psychological and social problems in the aftermath of the attacks.

Some of the more important observations are highlighted below.

The prehospital organisation: the Adom Magen David

- Although a majority of the ambulance personnel work in a voluntary capacity, the Adom Magen David is capable of mobilising, in a relatively short time, a large number of emergency crew and ambulances by using a collective beeper system.
- Medical assistance at the scene of the accident should concentrate on assuring airways and breathing are unrestricted, and stopping external bleeding. Medical care at the site of the accident should be limited, in order to get the patient to hospital as quickly as possible. Special attention should be paid to the risk of tension pneumothorax which, if present, should be treated immediately by thoracocentesis.
- Hospitals with an adequate trauma level and with a high level of preparedness, e.g. the Hadassah Ein Karem in Jerusalem, or the Ichilov in Tel Aviv, can receive a large number of patients from the same accident.

The hospital organisation

- When the alarm of a major accident or a disaster reaches the hospital, it is important to have different levels of readiness. When a large number of medical personnel is needed urgently, a single alarm should be transmitted to all staff simultaneously.
- Triage at the entrance to the emergency department should be performed by an experienced doctor, most often the senior surgeon. Medical care of the severely injured is best performed in areas where personnel normally work, such as the emergency department where the necessary equipment is easy to locate.
- On arrival, the injured should initially only be given an identification number which will be used on all records, x-ray forms, etc. The patient's real identity can be ascertained and used on medical records in the post-acute period.
- The patients first treated and then transported from the emergency department should not return to the emergency room after x-ray, etc. Follow-up treatment should be carried out in other wards, in the x-ray department or in the operating theatre.
- In the early phase of a mass casualty situation, only essential radiographs or other examinations should be performed. For the diagnosis of internal haemorrhages, ultrasonography is an important alternative to diagnostic peritoneal lavage.

Specific injury patterns of bomb explosions

- Exploding bombs cause injuries by several mechanisms, mainly: the primary blast of air that directly or indirectly hits the body
 - the propulsion of the human body itself against surrounding material
 - the displacement of surrounding materials that may hit or penetrate the body
 - the flash of hot gases that may cause burns and inhalation of noxious gases

Many of these mechanisms of injury are aggravated when the explosion takes place within confined spaces, which accounts for the more devastating effects on the victims seen in these situations.

- Independent of whether the explosion takes place in the open air or in a confined space, blast injuries to the lungs, should always be assumed, in particular if the patient complains of ear symptoms. On arrival at the hospital, these patients should be routinely connected to pulse oximeters and undergo ear inspections. Patients with blast injuries to the lungs may initially present no signs of distress. However, they can rapidly develop a severe respiratory insufficiency. In certain cases, X-rays appear normal in the initial phase but shortly after change to indicate the so-called "white lung" (picture page 22).
- Respiratory distress in patients may suddenly become aggravated and intubation should be performed liberally. The patients should then be sedated as coughing and other factors that increase intratho-

racic pressure should be avoided in order to minimise the risk of pneumothorax or the occurrence of air emboli.

- Pneumothorax occurs frequently and may appear on both sides. Thoracic drains should be inserted liberally and in a sufficient number to achieve effective drainage. The chest drains prevent eventual tension pneumothorax if assisted ventilation is needed. The assisted ventilation should be performed with precaution to avoid over pressures.
- When continuous air leakage into the chest drain is observed, surgical closure of the bronchopulmonary lesion should be considered in order to prevent chronic bronchopleural fistulas.
- Penetrating injuries due to shrapnel or penetration of foreign material should in general be considered as high-energy injuries and treated by thorough debridement and delayed primary closure.

Psychological and social aspects

- The psychological and social problems for the victims, their families, and society as a whole after this type of terror bombing are considerable, prolonged and difficult to evaluate adequately. During the early aftermath, the best support is most often rendered by those closest to the victim, e.g., the family, the religious community and other organisations. The health system should therefore co-operate with these organisations and only become involved when professional, psychological or psychiatric assistance is needed.
- Religion has an important role in Jewish society, and probably becomes more prominent when people are confronted by sickness, death and grief. Rules, rites and rituals independent of religion or faith, serve to guide and comfort people through difficult periods, and needs to be accepted by society. It is of great importance that relatives be allowed the time and the opportunity to take farewell of their relatives in their own way.

KAMEDO reports

(Summaries)

(Copies may be obtained from KAMEDO, National Board of Health and Welfare, S-106 30 Stockholm, Sweden)

KAMEDO Report No XXXIX (1979).

Disaster medicine studies in Borås. The hotel fire June 10, 1978.

Lorin H.

KAMEDO Report No XL (1979)

Disaster medicine studies in Spain. The LPG accident in Los Alfaques July 11, 1978.

Arturson G, Blomberg R, Brandsjö K.

KAMEDO Report No XLI (1979).

Disaster medicine studies in Östersund. The railway accident at Lugnvik August 10, 1978.

Renström B, Lorin H.

KAMEDO Report No XLII (1980).

Disaster medicine studies in Mississauga, Canada.

Railway accident November 10, 1979 with concomitant fire, chlorine gas leak and need for evacuation.

Eliasson L-M, Holmström M.

KAMEDO Report No XLIV (1981)

Disaster medicine studies in the North Sea. The wreck of the accommodation platform Alexander L Kielland March 27, 1980.

Bryne H, Lorin H.

KAMEDO Report No XLV (1981).

Disaster medicine studies in connection with two Swedish railway accidents 1980. The train crash in Storsund June 2, 1980. The derailment in Upplands Väsby August 24, 1980.

Axelsson D, Beckman M, Brandsjö K, Brismar B, Eklund AE, Lagergren I, Norberg K-A, Westin U, Lorin H (ed).

KAMEDO Report No XLVI (1981).

Disaster medicine studies in Bologna. The bomb attack at the central railway station August 2, 1980.

Bergenwald L, Brandsjö K, Brismar B, Jönsson A, Rohlén P.

KAMEDO Report No XLVII (1982).

Disaster medicine studies in Nevada, USA. The fire at the MGM Grand Hotel in Las Vegas November 21, 1980.

Fröman N, Jonsson C-E.

KAMEDO Report No XLVIII (1982).

Disaster medicine studies. Treatment of Burns.

Arturson G, Brismar B, Lorin H.

KAMEDO Report No 49 (1983).

Disaster medicine studies in Lebanon. Beirut 82.

Lorin H, Norberg K-A.

KAMEDO Report No 51 (1986).

Disaster medicine studies in Mexico. The explosion and fire disaster in San Juanico 1984.

Arturson G, Brandsjö K.

KAMEDO Report No 53 (1987).

Disaster medicine studies in India.

The toxic gas leak in Bhopal December 2-3, 1984.

Kulling P, Lorin H.

KAMEDO Report No 54 (1988).

Disaster medicine studies in Hessen, West Germany. The tanker accident in Herborn July 7, 1987.

Brandsjö K, Lorin H, Nordström H.

SoS Report 1989:17.

KAMEDO Report No 55.

The ferry accident at Zeebrugge March 6, 1987.

Lorin H, Norberg K-A.

SoS Report 1990:30.

KAMEDO Report No 56.

The fire at the King's Cross underground station November 18, 1987.

Hallén B, Kulling P.

SoS Report 1990:31.

KAMEDO Report No 57.

The accident at the Ramstein base air show August 28, 1988

Brismar B, Lorin H.

SoS Report 1991:14.

KAMEDO Report No 58.

The aeroplane fire in Manchester August 22, 1985.

Fries H.

SoS Report 1992:4.

KAMEDO Report No 59.

The nuclear power plant accident in Chernobyl April 26, 1986.

Brandsjö K, Reizenstein P, Walinder G.

SoS Report 1993:3

KAMEDO Report No 60.

The fire on the passenger liner "Scandinavian Star" April 7, 1990.

Almersjö O, Ask E, Brandsjö K, Brokopp T, Hedelin A, Jaldung H, Lundin Kulling P (ed).

SoS Report 1993:19

KAMEDO Report No 61.

The fire on Huddinge University Hospital November 9, 1991.

Brandsjö K, Brismar B, Lorin H.

SoS Report 1994:2

KAMEDO Report No 62.

The tram accident in Gothenburg March 12, 1992.

Almersjö O et al, Kulling P (ed).

SoS Report 1994:15

KAMEDO Report No 63. Gottröra December 27, 1991.

Laurell L, Lorin H.

SoS Report 1994:16

KAMEDO Report No 64.

The jumbo jet crash in Amsterdam October 4, 1992.

Arturson G, Lorin H, Olofsson P, WisM J.

SoS Report 1996:11

KAMEDO Report No 65.

The smoke grenade release in Uppsala, Sweden August 25, 1993

Lars Holmberg, Helena Unger, Per Kulling.

and

The chlorine release at the Vanadisbadet (Vanadis outdoor swimming pool), Stockholm, August 2, 1993.

Per Kulling, Anders Asplund, Håkan Lindberg, John Grubbström.

SoS Report 1996: 12

KAMEDO Report No 66.

The great Hanshin-Awaji (Kobe) earthquake January 17, 1995.

Henry Lorin, Helena Unger, Per Kulling.

SoS Report 1996:20

KAMEDO Report No 67. (Complete report in English).

The explosion at the World Trade Center in New York February 23, 1993.

Kerstin Hägnevik, 011e Almersjö, Richard Westfal. Per Kulling (ed).

SoS Report 1997:15

KAMEDO Report No 68. (Complete report in english).

The Estonia Disaster. The loss of M/S Estonia in the Baltic on 28 th september 1994.

Kaare Brandsjö, Tom Häggmark, Per Kulling, Henry Lorin, Tom Ludin, Anders Skjöldebrand, Per Kulling. Henry Lorin (ed).

SoS Report 1997:20

KAMEDO Report No 69.

The Ebola Virus in Zaire 1995.

Håkan Eriksson, Bo Niklasson, Anders Tegnell, Louis Rddez (ed).

SoS Report 1998:14

KAMEDO Report No 70.

Den tyska katastrofberedskapen belyst genom tre stora olyckor under 1996-97

Ulf Andersson, Håkan Lindberg, Mark Personne, Jörgen Persson, Mats Pålsson, Louis Ridde. Louis Riddez (ed).

SoS Report 1998:20

KAMEDO Report No 71

The Terrorist Attack with Satin in Tokyo, March 20, 1995

Per Kulling

SoS Report 1998:21

KAMEDO Report No 72.

Terror bombings in Jerusalem, Ashkelon and Tel-Aviv, 1996. Daniel Brattgård, Louis Riddez. Louis Riddez (ed).

Terror genom bombattentat på allmänna platser är idag på flera håll i världen ett ständigt hot som människor tvingas leva med. Trots att terrordåden återkommer med en kuslig regelbundenhet, har de förmågan att slå till när, var och hur som helst vilket gör dem svara att skydda sig emot.

Bombattentaten som oftast sker på platser där många människor är samlade är ämnade att döda och skada så många som möjligt för att därigenom skapa kaos och skräck. Trots att denna typ av attentat fortfarande drabbar en del länder mer än andra har det nu visat sig att risken aldrig helt kan uteslutas i något land.

Ett av de länder som drabbats hårt av denna typ av bombattentat Israel, där det under våren 1996 skedde sammanlagt fyra i tät följd allvarliga bombattentat med många skadade och dödade.

Faktaunderlaget till denna rapport har införskaffats genom studiebesök i skadeområdena genom genomgång av tidskrifter men framförallt genom ett stort antal intervjuer med berörd vårdspersonal.

SoS-rapport är den samlande beteckningen för Socialstyrelsens skrifter av informerande karaktär.

Serien behandlar ämnen från Socialstyrelsens alla verksamhetsområden. Det kan vara slutrapporter från utredningar, förslag från arbetsgrupper, kunskapsöversikter, konferensrapporter, remissutgåvor och mycket annat.

Skrifterna riktar sig främst till tjänstemän och förtroendevalda i landsting, länsstyrelser och kommuner; till praktiskt verksam personal inom hälso- och sjukvård, hälsoskydd och socialtjänst; till studerande och i viss mån till allmänheten.