

Sanitetsarbeid i konfliktområder krever stadig mer spesialisert kompetanse. Samarbeid med sivile organisasjoner er avgjørende

Militære leger i væpnede konflikter

I dette nummeret av Tidsskriftet omtaler Kjetil Ness sivil-militært samarbeid med fokus på kompetanseoverføring til sivile kolleger i et konfliktområde (1). Prosjekter som dem Ness beskriver, vil gjennom utarbeiding av prosedyrer og med en mer moderne medisinsk infrastruktur bidra til kompetanseheving lokalt. Det må være tilpasset det lokale miljøet, som etter hvert må stå for drift og vedlikehold. Arbeidet må være godt koordinert for å få optimal effekt, og det bør ikke forhindres av konkurranse mellom sivile organisasjoner eller mellom sivil og militær bistand. Som Forsvarets arbeid i Meymaneh i Nord-Afghanistan viser, vil samarbeidet med lokale helsearbeidere også kunne fremme fredsutvikling og stabilisering (1).

Forsvarets sanitet har lang erfaring med slikt arbeid. Norske militære leger har tatt initiativ til eller bidratt med tilsvarende arbeid i de fleste konfliktområder vi har vært involvert i siden den annen verdenskrig. I Korea behandlet det norske feltsykehuset mer enn 90 000 skadede i perioden 1951–53. Ca. 70 % av dem som ble behandlet ved det norske feltsykehuset i Libanon, Bosnia og Nord-Afghanistan, var lokale sivile. Militære leger prioriterer så vel sivile som militære etter skadens alvorlighetsgrad i henhold til Genève-konvensjonene (2). Behov for assistanse har variert. I Bosnia bisto militære leger i det tidligere Jugoslavia det norske feltsykehuset i Tuzla med medisinsk kompetanse, men de hadde også stort behov for tilførsel av medisinsk utstyr. I Afghanistan har det vært nødvendig med både overføring av medisinsk materiell og medisinsk kompetanse samt hjelp til etablering av medisinske prosedyrer (1).

Både skadeomfang og typer av skade som de militære leger må håndtere, har endret seg betydelig de siste tiår. Andelen sivile blant de drepte har siden den første verdenskrig økt fra ca. 5 % til ca. 70 % – til mer enn 90 % i senere konflikter (3). Enkelte publikasjoner viser til at antall hodeskader har økt signifikant blant militært personell i Irak og Afghanistan, og utgjør opptil 20–30 %. Ekstremitetsskader utgjør ca. 70 % av skadene som kommer til behandling ved et feltsykehus (3–5). Amputasjonshyppigheten på ca. 6 % er en dobling fra tidligere konflikter. Årsaken til denne endringen i skadebildet tilskrives bomber som er gravd ned i veikanten tildekket av metallprojektiler og avføring (5).

I tillegg til konvensjonelle kirurgiske skader fra granatsplinter og projektiler fra håndvåpen fokuserer man nå i stadig større grad på kjemiske og biologiske våpen – det asymmetriske trusselbildet. Veibomber, biologiske og kjemiske våpen er relativt enkle å produsere, men vanskeligere å behandle i felten. Dertil kommer økende eksponering for luftforurensning, miljøgifter og infeksiose tropesykdommer som dysenteri, kolera, malaria, leishmaniasis mv. Eksponering for ioniserende og ikke-ioniserende stråling fra radarer og panserbrytende ammunisjon (utarmet uran) har vært relatert til kreft, infertilitet og misdannelser. Dette betyr at Forsvaret i egen organisasjon trenger leger i felt med en egnet spesialitet for de militære avdelinger de skal understøtte.

Kravet til medisinsk kompetanse har neppe vært større enn i dag, blant annet fordi medisinen er blitt mer og mer spesialisert og toleransen for tap meget lav. Siden Golfkrigen i 1991 er forekomsten av masseskader redusert og tiden til å gi avansert behandling økt. Det medisinske ambisjonsnivået i NATO er meget høyt (5, 6). Det forventes at militærmedisinsk understøttelse skal være så nær sivil

standard som mulig. Behovet for ulike typer kompetanse er blitt større. Den gamle generalistkirurgen er dessverre blitt historie. Sammensatte legeteam bestående av ulike relevante spesialiteter er nødvendig for å oppnå adekvat behandling. Dette krever fler-nasjonal deltakelse i etableringen av feltsykehus. Eventuell manglende kompetanse på stedet kompenseres for ved rådgivning fra sivile spesialister via moderne kommunikasjonssystemer. I Irak snakker ikke lenger amerikanerne om «the golden hour», men «the golden 10–15 minutes» fra pasienten skades til han eller hun er til behandling på feltsykehus (5). Dette krever meget rask evakuering, ofte med helikopter.

Siden sikkerhetssituasjonen ofte er vanskelig i konfliktområder, er det imidlertid også behov for militær kompetanse. Militære leger bør ha en grunnleggende utdanning i militære stridsferdigheter, slik at de er i stand til å støtte stridende avdelinger i felt, beskytte seg selv og sine pasienter og til å kommunisere med militær sjef. Militære leger må også ha god kjennskap til de begreper og doktriner som er i bruk i de militære allianser, og til den politikken som føres der.

Samarbeid med sivile hjelpeorganisasjoner er avgjørende. Ness kommenterer mangelen på sivile hjelpeorganisasjoner i Nord-Afghanistan, noe som skyldes den vanskelige sikkerhetsmessige situasjonen i landet. Det samme så vi i første fase av den pågående væpnede konflikten i Irak, og det er fremdeles slik i enkelte områder. I stabiliserings- og rekonstruksjonsfasen av samfunnet i konfliktområdet vil sivile organisasjoner spille en økende rolle både i det medisinske og det øvrige bistandsarbeidet.

Sanitetspersonell anses som ikke-stridende. Likevel skal de bære lettere håndvåpen for å kunne forsvare seg selv og sine pasienter i henhold til Genève-konvensjonene (2). I dagens stridsbilde uten klare fronter kan faren komme hvor som helst i konfliktområdet. Sanitetspersonell er – og har alltid vært – til understøttelse overalt i et konfliktområde. I en tidlig fase i en konflikt vil en militærmedisinsk støtteorganisasjon være en forutsetning for å opprettholde de stridende avdelinger. Det har rådet en feilaktig oppfatning, ikke minst i Forsvaret, om at sanitetsarbeidet ikke er farlig. At det ikke forholder seg slik, har Kjetil Ness smertelig fått erfare. Militære leger må anses som høyt spesialisert militært personell.

Leif Sverre Rosén
svrose@online.no

Leif Sverre Rosén (f. 1951) er dr.med og spesialist i generell- og karkirurgi med en sideutdanning i ortopedi. Han er generalmajor og sjef i Forsvarets sanitet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Ness K. Anestesi og krig i Faryab. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1554–6.
2. Genève-konvensjonene av 12 aug. 1949 med tilleggsprotokoller. Sentrale menneskerettighetskonvensjoner.
3. Rosén L, Aabakken L. Håndbok i krigskirurgi. Oslo: FSAN, 1997.
4. Zouris JM, Wade AL, Mango CP. Injury and illness casualty distribution among US army and marine corps personnel during operation Iraqi freedom. Mil Med 2008; 173: 247–52.
5. Willy C. Patterns of injury in war surgery. Medical Corps International Forum 2007; nr 1: 10–6.
6. MC 326/2. NATO principles and policies of operational medical support. Brussel: NATO, 2004.