



## Fra presidenten: Legenes rolle i humanitære katastrofer

Krig og menneskelig lidelse berører og engasjerer. Vi reagerer på angrep og voldsbruk mot sivile. I de fleste kriger påføres sivilbefolkningen store lidelser. Vi ser det i Kongo, Darfur og nå sist i Gaza.

Selv om de stridende parter sier de først og fremst skal ramme militære mål, installasjoner og andre stridende, unngår de ikke at sivile blir drept. Ifølge Genèvekonvensjonens siste del, vedtatt i 1949 om beskyttelse av sivile i krig, skal de stridende partene sørge for at sivilbefolkningen får nødvendig humanitær hjelp. Dessverre har vi mange eksempler på at humanitær hjelp og helsepersonell hindres i å få adgang til å hjelpe sivilbefolkningen. Det samme skjedde i konflikten i Gaza. De to norske legene Erik Fosse og Mads Gilbert var de eneste vestlige legene som kom seg tidlig inn i Gaza og bisto palestinsk helsepersonell i å behandle de mange sårede som ble brakt til sykehuset der de jobbet. Det er først etter sterkt påtrykk fra det internasjonale samfunn at kamphandlingene ble stoppet slik at humanitær hjelp kunne bringes inn.

Alle hjelpeorganisasjoner er avhengige av at leger og annet helsepersonell er villige til å reise inn i katastrofeområder og bidra i det humanitære arbeidet. Det betyr at leger skal hjelpe de skadde med behandling og rehabilitering, og at leger varsler om eventuelle overgrep og behov for ytterligere hjelp. Legers og annet helsepersonells rolle, som de som kommer først inn i konfliktområder og blir vitne til overgrep og krigsforbrytelser, gjør at de også blir viktige formidlere fra situasjonen. Dette er kunnskap som må bringes ut slik at det internasjonale samfunn får kunnskap om hva som skjer og kan legge press på partene for å forebygge ytterligere overgrep. Rapporteringen blir enda viktigere når det ikke er journalister til stede. Gilbert og Fosse var i en krevende situasjon som de eneste utlendings som kunne bringe øyevitneskildringer om befolkningens lidelser ut til det internasjonale samfunn – en viktig oppgave som de løste på en meget god måte.

Leger kan også frivillig eller ufrivillig bli gjort kjent med forhold som ikke uten videre kan bringes videre. Under konfliktene på Balkan i 1990-årene fikk leger og annet helsepersonell kunnskap om tortur og overgrep. Disse opplysningene, som gjaldt enkelt-individer, hadde de ofte fått i fortrolige samtaler med ofre eller vitner og de måtte derfor behandles som andre taushetsbelagte opplysninger leger får. Særlig i etniske konflikter der overgriper og offer fortsatt skal leve sammen på samme område, kan det være risikabelt å formidle denne typen opplysninger til offentligheten. Både i Rwanda og i tidligere Jugoslavia ble personer som hadde rapportert om tortur, utsatt for represalier fordi helsepersonell hadde meldt dette videre (1).

I 1993 ble FNs spesialdomstol for krigsforbrytelser i tidligere Jugoslavia opprettet. Senere er det opprettet en permanent krigsforbryterdomstol i den Haag. Dette har skapt nye utfordringer for leger

og annet helsepersonell som arbeider i krigs- og konfliktområder. Domstolen er avhengig av at vitner står frem og forteller hva de har opplevd. I slike tilfeller kan leger som i et lege-pasientforhold har fått kunnskap om overgrep, oppleve et dilemma. Opplysninger de sitter inne med kan være avgjørende for å dømme krigsforbrytere, samtidig som de må være varsomme med å undergrave tillitsforholdet til pasienten og befolkningen. Dersom legen går inn i rollen som både hjelper og rapportør, kan det vanskeliggjøre legearbeidet. De fleste hjelpeorganisasjoner har som mål å opptre nøytralt og gi medisinsk hjelp til alle parter. Dersom det blir kjent at en organisasjon rapporterer krigsforbrytelser, risikerer man at den parten som er utpekt som overgriper, nekter organisasjonen å arbeide i sine områder. I slike situasjoner vil sivilbefolkningen lide enda mer.

Den siste versjonen av Verdens legeforenings vedtak om medisinsk etikk i krigssituasjoner gjør det klart at leger skal gi medisinsk hjelp uavhengig av tro, etnisitet, kjønn, nasjonalitet, politiske oppfatninger osv. Dessuten er leger bundet av en medisinsk etikk som står over nasjonale og etniske interesser. I krigene på Balkan havnet pasienter fra ulike etniske grupper på kryss og tvers av krigssonene. På denne tiden bidro Legeforeningen aktivt i arbeidet for å gjenopprette samarbeidet mellom legeforeningene i de nye republikkene i det tidligere Jugoslavia. En av problemstillingene som ble diskutert, var lik tilgang på helsetjenester uansett bakgrunn. Selv om det ikke ble gjort systematiske undersøkelser av om leger fulgte de internasjonale medisinsketiske reglene, ble det aldri rapportert om at leger unnlot å hjelpe pasienter med en annen etnisk bakgrunn enn dem selv.

Leger opplever å ha moralsk plikt til å hjelpe mennesker i nød med behov for medisinsk behandling – også i forhold til å varsle om situasjoner når befolkningen i krig blir utsatt for en humanitær katastrofe med de lidelser som følger med.

Jeg vil få takke våre to kolleger som uredde dro inn i Gaza – og jeg vil takke de som har fulgte etter. Helsepersonellet som har sin jobb i Gaza, er likevel de som virkelig fortjener vår omtanke og takk i en fortsatt svært vanskelig situasjon i Gaza.

### Litteratur

1. Stoltenberg C, Hoftvedt BO, Kiniger-Passigli D. Non-governmental organisations and the Tribunals: a new partnership. Oslo – The Hague: United Nations, International Criminal Tribunal for the former Yugoslavia, the Norwegian Medical Association, 1996.



Torunn Janbu

**Torunn Janbu**  
torunn.janbu@legeforeningen.no  
president