

# Væbnet konflikt og adgang til skadestuebehandling i den besatte Vestbred i Palæstina – Sekundærpublikation

Læge Maren Johanne Heilskov Rytter,  
læge Anne-Lene Kjældgaard,  
seniorforsker Henrik Brønnum-Hansen &  
speciallæge Karin Helweg-Larsen

Statens Institut for Folkesundhed, København

## Resume

Der er mangelfuld dokumentation af de folkesundhedsmæssige konsekvenser af væbnede konflikter. Den israelske besættelse af Palæstina begrænser civilbefolkningens bevægelighed herunder adgangen til sundhedsydelse. Ved en systematisk dataindsamling vedrørende skadestuekontakter på tre hospitaler i Nablus og Betlehem påviste man en markant sammenhæng mellem forsinkelse ved checkpoints og sygehusindlæggelse.

Væbnede konflikter påvirker folkesundheden på talrige måder. En måde er at civilbefolkningens adgang til sundhedsydelse forhindres eller besværliggøres. I de besatte palæstinensiske områder har den israelske besættelsesmagt indført stramme begrænsninger i befolkningens bevægelsesfrihed. Byer og landsbyer er omringede af militære checkpoints, og færdsel i områderne er vanskelig og uforudsigelig. Der er i case-rapporter beskrevet en række alvorlige sundhedsmæssige konsekvenser for den palæstinensiske befolkning [1], men der er ikke tidligere gennemført en systematisk indsamling af data, der kan belyse omfanget af forhindringer i patienters adgang til sundhedsvæsenet og de mulige sundhedsmæssige konsekvenser heraf.

Det er påpeget, at det er en alvorlig udfordring for folkesundheden, at der mangler data om de sundhedsmæssige konsekvenser af voldelige konflikter [2]. WHO anbefaler dataindsamling på skadestuer som et redskab til at vurdere sundhedskonsekvenserne af en væbnet konflikt [3]. Vi udnyttede erfaringerne fra registreringen af skadestuekontakter i det danske Landspatientregister og gennemførte en systematisk indsamling af data om skadestuekontakter på tre sygehuse i Vestbredden, bl.a. med henblik på at analysere omfanget af begrænsninger i patienternes adgang til sygehuse og de mulige konsekvenser heraf.

## Materiale og metoder

Vi inkluderede alle patienter, der i løbet af otte døgn kontaktede skadestuerne på et hospital i Betlehem og to hospitaler i Nablus. For hver patient blev der udfyldt et skema med oplys-

ninger om køn, alder, bopæl, civilstand, henvendelsesårsag, aktionsdiagnose, oplysning om skadesårsag ved læsioner og forløbet af behandlingen (dvs. om patienten blev indlagt, færdigbehandlet på skadestuen, henvist til et andet sygehus eller døde). Nærværende undersøgelse omfatter kun en begrænset del af disse data.

Patienterne gav oplysninger om den afstand, de havde rejst for at komme til skadestuen, transporttiden, transportmidlet og eventuelle forsinkelser. Forsinkelserne blev inddelt i forsinkelser relateret til konflikten (checkpoints, omveje og udgangsforbud) og andre forsinkelser (trafikpropper og andet). For hver patient blev transporthastigheden beregnet på baggrund af den tilbagelagte afstand og transporttiden.

Dataindsamlingen blev gennemført af det palæstinensiske skadestuepersonale i samarbejde med to af forfatterne, som begge mestrer arabisk.

## Resultater

Data omfatter i alt 2.228 patienter, hvoraf 394 (18%) havde oplevet forsinkelser undervejs til skadestuen på grund af checkpoints og omveje uden om spærrede veje. Generelt havde de, der var forsinkede på grund af konflikten, rejst over længere afstande end de øvrige. I alle aldersgrupper var der signifikant flere, der blev indlagt, blandt dem, der var forsinkede på grund af konflikten (32%), end blandt dem, der ikke var forsinkede (13%;  $p < 0,0001$ ). I Nablusområdet, hvor der er de mest alvorlige indskrænkninger i befolkningens bevægelsesfrihed, blev 34% af de forsinkede patienter indlagt mod 12% af dem, der ikke var forsinkede. I Betlehem blev 27% af de forsinkede indlagt, mod 15% af de ikkeforsinkede (**Table 1**). Små børn og gamle patienter blev oftere indlagt end unge og midaldrende patienter.

## Diskussion

Palæstinensisk Røde Halvmåne og andre ambulancetjenester har dokumenteret, at ambulancer, der transporterer patienter, ofte bliver forsinket, tilbageholdt eller nægtet adgang gennem checkpoints [4, 5]. Imidlertid er der, så vidt vi ved, ikke tidligere lavet undersøgelser af omfanget af konfliktrelaterede forsinkelser blandt skadestuepatienter. Vi opnåede information om alle skadestuekontakter på tre forskellige skadestuer inden for et begrænset tidsrum, hvilket gjorde det muligt at analysere skadestueforløb i forhold til eventuel forsinkelse i adgang til skadestuen.

Der var en markant sammenhæng mellem at være forsin-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

Tabel 1. Antal og andel af patienter i forhold til forsinkelse og forløb af sygehuskontakt.

Hospital	Type af forsinkelse	Forløb			
		udskrevet til hjemmet n (%)	indlagt eller overført til andet hospital n (%)	død eller uoplyst n (%)	i alt n (%)
Al Watani, Nablus	Konfliktrelateret	53 (44)	58 (48)	10 (8)	121 (100)
	Ikke konfliktrelateret	72 (76)	20 (21)	3 (3)	95 (100)
	Ingen forsinkelse	706 (80)	122 (14)	52 (6)	880 (100)
	I alt	831 (76)	200 (18)	65 (6)	1.096 (100)
Rafidya, Nablus	Konfliktrelateret	100 (72)	31 (22)	7 (5)	138 (100)
	Ikke konfliktrelateret	61 (94)	4 (6)	0 (0)	65 (100)
	Ingen forsinkelse	243 (90)	16 (6)	12 (4)	271 (100)
	I alt	404 (85)	51 (11)	19 (4)	474 (100)
King Hussein Hospital, Betlehem	Konfliktrelateret	88 (65)	36 (27)	11 (8)	135 (100)
	Ikke konfliktrelateret	65 (72)	20 (22)	5 (6)	90 (100)
	Ingen forsinkelse	341 (79)	67 (15)	25 (6)	433 (100)
	I alt	494 (75)	123 (19)	41 (6)	658 (100)
Alle tre hospitaler	Konfliktrelateret	241 (61)	125 (32)	28 (7)	394 (100)
	Ikke konfliktrelateret	198 (79)	44 (18)	8 (3)	250 (100)
	Ingen forsinkelse	1.290 (81)	205 (13)	89 (6)	1.584 (100)
	I alt	1.729 (78)	374 (17)	125 (6)	2.228 (100)

ket af checkpoints og blive indlagt i forbindelse med en skadestuekontakt. Det tyder på, at patienter, der bliver forsinket, har alvorligere sygdomme end dem, der ikke bliver forsinket. En mulig forklaring kan være, at visheden om at skulle passere et checkpoint kan afholde patienterne fra at søge lægehjælp i tide, fordi de frygter at blive nægtet adgang gennem checkpointet, at blive tilbageholdt i mange timer eller ikke at kunne vende hjem efter lægebehandlingen. En anden mulig forklaring er, at der ofte sker en selektion ved checkpoints, således at kun de sygeste patienter får tilladelse til at passere, og at andelen, der har behov for indlæggelse, derfor er større blandt disse personer end blandt dem, der ikke behøver at passere et checkpoint.

Undersøgelsen omfattede ikke data om de patienter, der forsøgte at nå frem til sygehuset, men som blev nægtet adgang gennem checkpoints. Undersøgelsen undervurderer derfor formentlig omfanget og de sundhedsmæssige konsekvenser af den israelske besættelsesmagts begrænsninger i civilbefolkningens bevægelsesfrihed.

Der er over 600 fysiske barrierer placeret på veje på Vestbredden for at begrænse og kontrollere palæstinensisk trafik. De fleste af disse er placeret inde i de besatte områder og begrænser således ikke kontakten mellem israelere og palæstinensere, men mellem palæstinensere indbyrdes.

I 2002 forpligtede den israelske hær sig over for Bertinimissionen, der var udsendt af FN, til ikke at forsinke civile ambulancer mere end 30 minutter ved checkpoints [6]. Palæstinensisk Røde Halvmåne har siden udgivet ugentlige rapporter om tilfælde, hvor deres ambulancer er blevet tilbageholdt i længere tid, men har accepteret denne grænse på 30 minutter til at definere forsinkelse. I dette studie har vi ikke specificeret nogen »acceptabel forsinkelse« for patienter på

vej til sygehusbehandling, idet vi lægefagligt ikke finder nogen forsinkelse rimelig. Derudover anså vi det for at være et upræcist mål, hvis patienterne skulle angive, hvor lang tid de blev forsinkede. I stedet har vi ladet patienterne vurdere, hvorvidt de blev forsinkede eller ej.

I Geneve-konventionen fra 1949 og dens tillægsprotokoller understreges det, at en besættelsesmagt skal sikre civilbefolkningens adgang til lægehjælp i det besatte område. I lyset af dette er resultaterne af dette studie bekymrende, men de er desværre i overensstemmelse med andre rapporter fra området [1].

Korrespondance: *Karin Helweg-Larsen*, Statens Institut for Folkesundhed, Øster Farimagsgade 5, DK-1399 København. E-mail: khl@niph.dk

Antaget: 2. august 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

This article is based on a study first published in the British Medical Journal 2006;332:1122-4.

Taksigelse: Alle forfattere medvirkede til undersøgelsen. *Maren Johanne Heilskov Rytter* og *Anne-Lene Kjældgaard* indsamlede data. Analyserne, fortolkningen og sammenskrivningen af resultater er udført af de fire forfattere. Enkefrue Plums Fond har ydet finansiel støtte.

#### Litteratur

1. Giacaman R, Husseini A, Gordon NH et al. Imprints on the consciousness: the impact on Palestinian civilians of the Israeli Army invasion of West Bank towns. *Eur J Public Health* 2004;14:286-90.
2. McKee M, Janson S. Counting the cost of violence in the Middle East. *Eur J Public Health* 2005;15:2.
3. WHO. Collective violence. I: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al, red. World report on violence and health. Geneva: World Health Organisation, 2002:215-39.
4. Palestine Red Crescent Society. Operating under siege. January 2001-December 2002.2003. www.palestinercs.org/news.htm /juli 2006.
5. Palestine Red Crescent Society. Humanitarian duty. Violations of International Humanitarian Law against the Palestine Red Crescent Society. 2003. www.palestinercs.org/news.htm /juli 2006.
6. Bertini C. Mission report. 2002. UN Secretary General. www.pchrgaza.org/Library/OHCHR-%2016%20JUNE /juli 2006.