

Håndvåpen og helse

Hvert år dør anslagsvis 500 000 mennesker som følge av håndvåpen brukt i ulike sammenhenger, tilsvarende ca. 1300 dødsfall hver dag. Globalt skades mer enn en million mennesker årlig, mange av dem med livsvarig fysisk eller psykisk handikap som følge. Håndvåpen er et medisinsk anliggende, men det drives lite forskning på området.

Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærte i 1996 at voldsbruk er et globalt samfunnsmedisinsk problem. Vold gir ikke bare fysiske skader, men har også innvirkning på psykisk helse, samfunnet og bruk av knappe helseressurser. Globalt rangerer vold og selvmord som henholdsvis nummer 3 og 4 på listen over årsaker til svekket helse og tidlig død i aldersgruppen 15–45 år, mens krigsrelaterte skader kommer som nummer 6. En stor andel av disse dødsfallene og skadene oppstår ved bruk av håndvåpen (1). Håndvåpen defineres på mange måter i ulike sammenhenger. Vanligvis omfatter betegnelsen både sivile og militære revolvere, pistoler, rifler og karabiner og lette automatvåpen.

Håndvåpen skader mennesker ved bruk i krig, i gjengoppgjør, i klanfeider, av undertrykkende regimer og ved selvmord, mord, ran, ulykker eller tilfeldig vold. Skadene som påføres ved håndvåpen er oftere fatale enn kniv- og slagvåpenskader. Håndvåpen øker både skadens alvorlighetsgrad og antallet skadede. En av sju med skader påført av håndvåpen dør, de resterende har ofte behov for kostbar og langvarig medisinsk behandling. Håndvåpenskader er skyld i store menneskelige lidelser, medfører tapt produktivitet og legger beslag på store ressurser i helsevesenet (2).

Mord blant fattige, selvmord blant rike

Håndvåpenskader er ikke bare et problem i u-land med krig og sammenbrudd av samfunnsstrukturer, men også i utviklede land. Etter skytetragedier på engelske skoler for noen år siden startet Gun Control Network i England en kampanje for bedre våpenkontroll. I

Kurt Hanevik

kurt.hanevik@haukeland.no

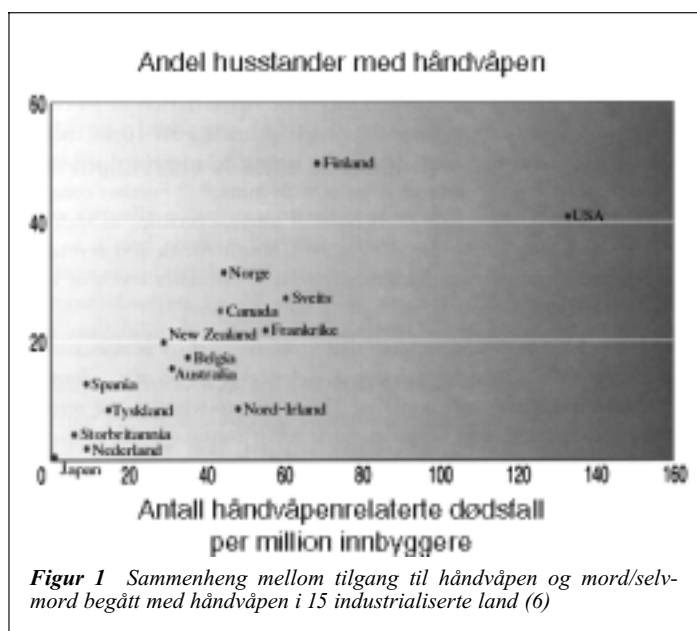
Lungeavdelingen

Haukeland Sykehus

5021 Bergen

rike land som Canada og Finland er de fleste håndvåpenrelaterte dødsfall selvmord (ca. 70 %), mens i fattige land er de fleste dødsfall forårsaket av mord og væpnet konflikt (75–90 %) (3). Håndvåpen bidrar vesentlig til krigsrelaterte skader og dødsfall i Afrika, mens i Brasil er det hovedsakelig kriminelt relaterte problemer. Håndvåpen er faktisk det mest vanlige mordvåpen mange steder – bl.a. 80 % av alle mord i Cali, Colombia og 66 % i Durban, Sør-Afrika.

Studier fra USA indikerer at tilstedeværelse av et skytevåpen i hjemmet er assosiert med en nesten tre ganger økt risiko for at en av familiemedlemmene myrdes (4). En annen studie fra USA viste at risikoen for selvmord var nesten fem ganger større i hjem med håndvåpen, selv etter korrigering for mange uavhengige faktorer (5). Dette samsvarer med statistikk fra Finland, der det finnes våpen i svært mange hjem. Finland rangerer som nummer 2 blant industrialiserte land med håndvåpenrelaterte dødsfall (6,77 per 100 000 innbyggere i 1994, hvorav 0,87 mord og 5,78 selvmord) (fig 1) (6).



Figur 1 Sammenheng mellom tilgang til håndvåpen og mord/selvmord begått med håndvåpen i 15 industrialiserte land (6)

Det finnes få gode epidemiologiske studier på håndvåpenrelaterte skader i utviklingsland. Foreløpige tall fra Sør-Afrikas National Injury Mortality Surveillance System viser at 40 % av alle håndvåpendødsfall skjer i helgene, spesielt om kveldene. Slike dødsfall skjer oftere i private hjem (44 %) enn ute på gaten (23 %). Halvparten av alle mord ble begått med håndvåpen. Det er flest unge menn som dør (80 %), og alkoholbruk er involvert i 40 % av tilfellene. Tallene viser også sannsynlige sosioøkonomiske forskjeller ettersom fargede er mer utsatt for mord, mens hvite oftere begår selvmord (S. Burrows, personlig meddelelse).

Forebyggende tiltak

Håndvåpens skadevirkninger på helse er av mange slag og forsøk på løsninger må tilpasses konteksten og typen problem. Det sier seg selv at selvmord med håndvåpen som drapsredskap i Norge behøver en annen tilnærming enn gatevold og narkodrap med håndvåpen i Colombia. Heller enn å diskutere om problemet ligger på tilgangssiden eller brukersiden behøves tiltak på begge sider.

I Colombia har man forsøkt å begrense skader ved forbud mot å bære våpen i helgene, og i Sør-Afrika er det forbud mot våpen i barer og kafeer. Organisasjonen Viva Rio, basert i Rio de Janeiro, kombinerer et samfunnsmedisinsk perspektiv med en samfunnsbasert organisasjon og arbeider for å redusere håndvåpenskader. Tabell 1 viser hvordan organisasjonen har satt søkelys på situasjonen i et slumområde i Rio de Janeiro og arbeidet med både våpentilgang og våpenbrakerproblematikk i et utsatt område.

Prosjektet har hatt suksess med å redusere risikofaktorer for våpenskader. I et slumområde med 15 000 mennesker, hvor der før tiltakene var ti drap i løpet av seks måneder, forekom det ingen drap og ingen skyteepisoder det siste året. Organisasjonen fikk også i stand statsstøttede arrangementer med våpendestruksjon og påvirket nasjonal lovgivning (R.C. Fernandez, personlig meddelelse).

Pålegg om merking av håndvåpen slik at de kan spores tilbake til produsent, er blitt foreslått som et virkemiddel for å

hindre ulovlig våpenhandel. Kombinert med full åpenhet om våpentransaksjoner kan det bli en effektiv måte å stanse tilførsel av våpen til geriljagrupper, terroristorganisasjoner og organiserte kriminelle grupper.

Dersom håndvåpen forblir i sirkulasjon etter en krig tar slutt, vil insidens av håndvåpenrelaterte skader forbli høy på grunn av bruk i mer personlige konflikter (7). Mange steder underminerer håndvåpen fremveksten av et sivilisert, lovbasert samfunn ved å nøre opp under lokale våpenkappløp eller konflikter. Det hersker liten tvil om at slike programmer har en viktig symboleffekt ved fredsavtaler og gjenoppretting av lov og orden. Det diskuteres om programmene får ned antallet håndvåpenskader, da det oftest er gamle og nærmest ubrukelige våpen som leveres inn.

I de siste årene har det i Norge forekommet tragiske dødsfall hvor Heimevernets våpen har vært involvert. Desentralisert og hurtig reaksjonsevne for Heimevernet nødvendiggjør lagring av automatvåpen i mange hjem og øker dermed tilgang til disse våpnene. Enkel tilgang til håndvåpen er en risikofaktor for alle typer håndvåpenskader. Militær nytteverdi må alltid veies nøye i forhold til risikoen for menneskelige lidelser.

Hvem kan bære våpen?

Debatten om håndvåpen blir ofte todelt, med våpenprodusenter og eksportører på én side og brukerne på den andre.

Det vil være et stort marked for håndvåpen i verden i lang tid fremover. Våpen gir beskyttelse og autoritet for politi som for nomadegrupper. Andre er avhengige av håndvåpen for å fortsette bandittvirksomhet eller mer og mindre organisert krigføring. Offentlig og privat våpenindustri forsyner markedet, som omfatter et mylder av små og store aktører i både rike og fattige land. Mange land har innført begrensninger på sin våpeneksport. Ulovlig handel med håndvåpen har en antatt omsetning på om lag 1 milliard dollar årlig – 10–20 % av all handel med slike våpen.



Våpen destrueres etter en innsamling 24. juni 2001 i Rio de Janeiro (10)

Handel med håndvåpen ble diskutert på en konferanse i FN-regi i Helsinki i juli 2001. At dette temaet kom opp, var i seg selv gledelig, men handlingsplanen som kom ut av møtet ble dessverre utvannet for enighet ble nådd: Verdens regjeringer oppfordres til å pålegge våpenprodusenter å merke sine våpen, å forbedre lovverk for våpentransaksjoner, å bedre eksportkontroll av håndvåpen, å kriminalisere ulovlig våpenproduksjon og våpenhandel og å ødelegge overskuddslagre av våpen. USA blokkerte for strengere nasjonale regler for sivil våpenbesittelse og beholdt seg retten til å eksportere våpen til ikke-statlige aktører.

USAs reservasjoner rører ved det fundamentale spørsmålet: Hvem har legitim rett til å bære og bruke våpen. Dette vil måtte avklares før eller senere dersom verdenssamfunnet ønsker å begrense helseskadene ved håndvåpen.

Fortsatt forskning nødvendig

Det er mye som ennå er ukjent om emnet håndvåpen og helse. Spesielt gjelder dette effekt av ulike intervensjoner for begrensnig av skadene og epidemiologisk oversikt over faktorer som bidrar til at håndvåpen brukes og helseskader oppstår.

I et samfunnsmedisinsk perspektiv er det ønskelig å identifisere årsakssammenhengen i kjeden av hendelser som leder frem til håndvåpenrelaterte skader og dødsfall og angripe denne kjeden på en mest mulig effektiv måte. Oppmerksomheten må rettes mot de

tilgrunnliggende årsaker, men man må også se på selve skaderedskapet: våpenet. Folkemord kan begås med macheter, som i Rwanda 1994, men utstyrt med skytevåpen ville morderne vært langt mer effektive.

Datainnsamling i konfliktområder er vanskelig, men nødvendig for bedre å forstå dynamikk og faktorer som leder til eller forebygger helseskader. Data fra politi og det militære kan være nyttige kilder, særlig når disse sammenstilles med data fra sykehus og klinikker. Åpenhet om våpentransaksjoner, datautveksling og samkjøring med helsestatistik

stikk, samt merking av håndvåpen, er virkemidler som bør tas i bruk for å oppnå dette. Det er også nødvendig å evaluere forebyggende tiltak. I dette arbeidet er det nyttig å bruke risikoanalyse og anvende et samfunnsmedisinsk perspektiv (8, 9).

Håndvåpen må vurderes i et helseperspektiv. Skader og dødsfall relatert til håndvåpen representerer et global helseproblem med behov for drastiske tiltak. Helsepersonell kan bidra med troverdige data og objektiv forskning om skadevirkninger og dermed styrke grunnlag for gode politiske og medisinske løsninger. Ved å rette oppmerksomheten på skadene, og dermed menneskene, kan leger bidra til å flytte debatten om håndvåpen fra strategiske og tekniske debatter om nasjonens sikkerhet til et spørsmål om menneskers sikkerhet og helse.

Litteratur

1. Murray CL, Lopez AD, red. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Bd. 1. Boston: Harvard School of Public Health, 1996.
2. Miller T, Cohen M. Cost of gunshot and cut stab wounds in the United States with some Canadian comparisons. Accid Anal Prev 1997; 29: 329–41.
3. Small arms and global health. Genève: WHO, 2000. www.who.int/violence_injury_prevention/pdf/small-arms-and-global-health.pdf (3.3.2002).
4. Kellerman AL, Rivara FP, Rushforth NB, Banton JG, Reay DT, Francisco JT et al. Gun ownership as a risk factor for homicide in the home. N Engl J Med 1993; 329: 1084–91.
5. Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Banton JG et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. N Engl J Med 1992; 327: 467–72.
6. Arms availability and the situation of civilians in armed conflict. Genève: ICRC, 1999.
7. Meddings DR. Weapons injuries during and after periods of conflict: retrospective analysis. BMJ 1997; 315: 1417–20.
8. Solheim K. Vold. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 193–4.
9. Ytterstad B. Voldsskader. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 656.
10. Cukier W. Firearms regulation: Canada in the international Context. Chronic Diseases in Canada 1998; 19: 25–34.

○

Tabell 1		
Risikofaktor type	Målgruppe/problem	Intervensjon
Høyrisikogruppe	Unge menn	Rask og popularisert voksenopplæring og holdningskampanje
Høyrisikoområde	Slummen, favelas	Samarbeid med politi med prioritet for forebygging av våpenskader 24 timers tilstedeværelse og oppfølging med økonomisk utviklingsprogram
Tilgang til våpen	Innenlands våpenproduksjon Våpensmugling fra naboland	Krav om strengere våpenkontroll Krav om strengere grensekontroll og restriksjoner på internasjonal våpenhandel