

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Frivillige helsearbeidere redder sårede under ekstreme forhold i Ukraina

Feltsykehusene er flyttet langt bak fronten, og pasientene må fraktes i timevis. Utslitte mannskaper jobber døgnet rundt i en kamp mot avstand, utmattelse og mangel på utstyr.

[Simon Gade Olsen](#)

Frilanser, regissør og master i dokumentarproduksjon

[Beredskap](#)

[Kirurgi](#)

[Konflikt](#)

[Traume](#)

[Krig](#)

Sykepleien 2025;113(102547):e-102547

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.102547](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.102547)

Hovedbudskap

Basert på fire feltreiser i Ukraina, der jeg fulgte frivillige medisinske evakueringsteam langs fronten, ser jeg hvordan krigen har endret rammene for støttearbeidet. Frontlinjen strekker seg over 1200 kilometer, og feltsykehus er flyttet langt bak på grunn av målrettede angrep. Evakuering kan ta opptil 72 timer – langt fra Natos «golden hour». Pasientene har ofte sprengningsrelaterte polytraumer, og helsepersonell jobber under krevende forhold med ustabil strøm- og vannforsyning, hyppige kjøretøyhavari og usikker tilgang på utstyr.

I arbeidet med en dokumentarfilm om frivillige hjelpearbeidere har jeg vært på fire lengre turer til Ukraina og fulgt dem på arbeid. Jeg er ikke helsepersonell, og da prosjektet startet, hadde jeg ingen medisinsk erfaring utover obligatoriske førstehjelpskurs og sikkerhetstrening for presse i konfliktområder.

De siste tre årene har jeg satt meg inn i de frivilliges arbeid, både helsefaglig og militærfaglig. Med dette som bakgrunn vil jeg beskrive hva jeg har observert langs fronten i Ukraina.

Krigen rammer både militære og sivile

Krigen i Ukraina er den første store europeiske konflikten mellom nesten-likeverdige motstandere (1). Dette markerer en tydelig endring fra tidligere vestlige militæroperasjoner, som i Irak og Afghanistan, der kampene var asymmetriske mellom stater og aktører med store styrkeforskjeller.

På grunn av krigens omfang har ukrainerne måttet tilpasse seg raskt til nye realiteter på slagmarken, og tidligere doktriner må enten forkastes eller skrives om (2).

«Konfliktens omfang er så stort at store deler av sivilsamfunnet lever i en krigsøkonomi eller deltar i en felles krigsinnsats.»

Konfliktens omfang er så stort at store deler av sivilsamfunnet lever i en krigsøkonomi eller deltar i en felles krigsinnsats. Det fører til en utvisking av grensene mellom militært og sivilt og gjør det vanskelig å skille soldater fra militært kledde sivile enheter. Mange velger bevisst å unngå tydelig merkede sivile enheter, ettersom disse ofte blir utsatt for målrettede angrep.

Blant utfordringene hjelpearbeiderne møter, er de beryktede «double-tap»-angrepene, der russiske styrker først rammer et sivilt mål, og deretter angriper samme sted på nytt når helsepersonell og redningsmannskaper har ankommet – for å påføre maksimal skade og spre frykt blant lokalbefolkningen.

Per mai 2025 opplyser det ukrainske helseministeriet at så mange som 2300 medisinske bygg og institusjoner er ødelagt siden starten av fullskalakrigen i februar 2022 (3). Allerede i 2016 uttrykte Michiel Hoffman fra Leger Uten Grenser sterk bekymring for en økende tendens til angrep på helsearbeidere og helseinstitusjoner – i den grad at han beskrev slike angrep som «den nye normalen» (4).

Evakueringene skjer under konstant fare

Frontlinjen i Ukraina er massiv – nesten 1200 kilometer lang – og strekker seg fra skogsområdene i Kharkiv fylke i nordøst til myrlandskapene i Zaporizjzja fylke og videre ned mot deltaet der Dnepr-elven renner ut ved byen Kherson ved Svartehavet. De østlige fylkene Luhansk og Donetsk, hvor kampene er særlig harde, ligger i det geografiske området Donbas.

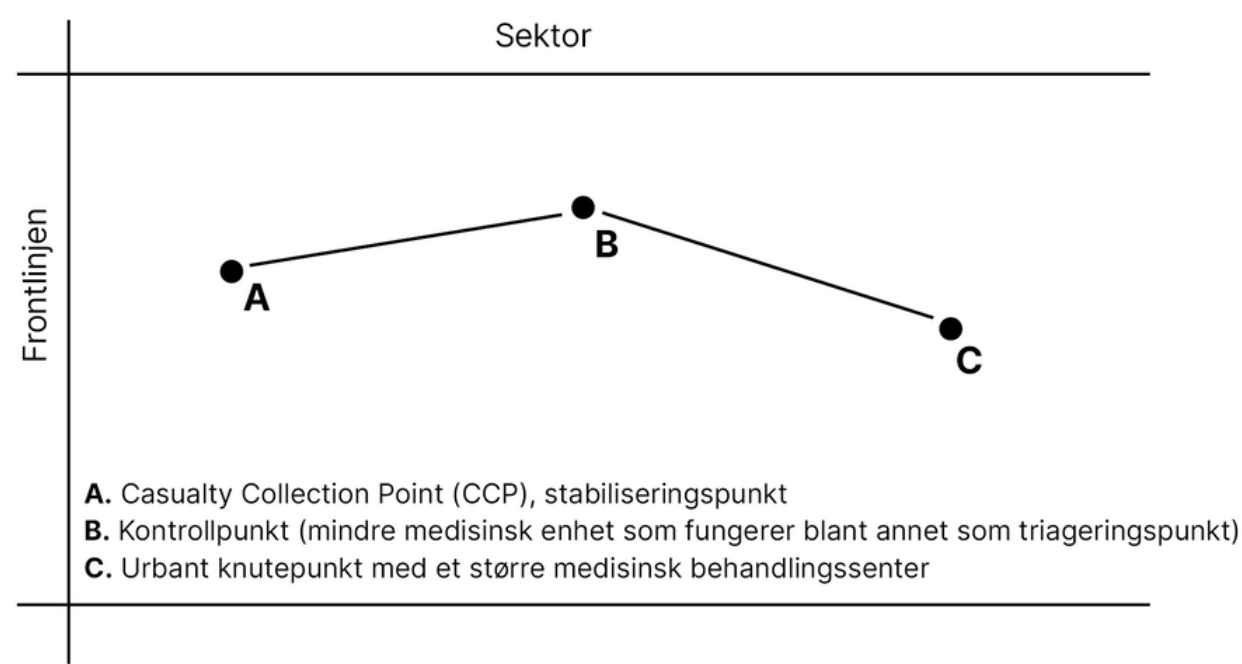
Jeg har hovedsakelig oppholdt meg i Donbas, i og rundt Pokrovsk, samt lengre nordøst ved byene Lyman og Izyum. Izyum er blant byene der det høsten 2022 ble avdekket omfattende drap på sivile – sammen med Butsja og Irpin – i kjølvannet av avsløringene om russiske menneskerettighetsbrudd etter den ukrainske motoffensiven samme høst (5).

Det er i dette området jeg har besøkt medisinsk personell og sanitetsteam. Evakueringene skjer med lettere pansrede kjøretøy, men på grunn av mangel brukes også ombygde sivile biler, som stadig blir rammet av droner og annet krigsmateriell. Jeg har også besøkt et av stabiliseringspunktene nær fronten (Casualty Collection Point – CCP).

Ved en av sektorene langs fronten i Ukraina ser evakueringsruten ut slik:

Figur 1. Trepunktsystem: Den medisinske evakueringsruten langs en av frontsektorene i Donbas

Ved en av sektorene langs fronten i Ukraina ser evakueringsruten slik ut:



Illustrasjon: Simon Gade Olsen

Avstanden mellom punkt A og C er cirka 180 kilometer. På grunn av rekkevidden til russiske våpen er det utelukket å etablere feltsykehus innenfor 65–100 kilometers avstand fra punkt A, ettersom slike anlegg betraktes som mål og ofte rammes av angrep. Pasienter evakueres derfor videre fra punkt A eller B til sykehuset ved punkt C.

Forsvaret innfører vestlige standarder

Figur 2. Continuum of Care-strukturen (som amerikanske Joint Trauma Systems arbeider etter)

Nivåer av behandling

Rolle I Point of Impact (POI): skadested/ førstelinen, umiddelbare livreddende tiltak	Rolle II Stabiliserings- punkt: fremskutte kirurgiske team, gjenoppliving og akutt stabilisering	Rolle III Feltsykehus/ støttesykehus: mellomnivå der stabiliserte pasienter venter på videre- sendelse til videre- behandling, intensiv og postoperativ pleie	Rolle IV Sykehus: første behandlings- nivå utenfor strids- eller operasjons- området, med utvidede spesialist- tjenester	Rolle V Større medisinsk senter: plassert utenfor operasjons- området, tilbyr kompleks rehabilitering, rekonvalesens og langtidsbehandling
---	--	--	--	---

Illustrasjon: Simon Gade Olsen

Ukraina begynte allerede i 2014 å legge om deler av samfunnet, militæret og sanitetstjenestene til mer vestlige og Nato-baserte standarder (2). Flere av disse reformene

ble fullført i 2019, før fullskalainvasjonen startet (7).

Av sektorillustrasjonen (se figur 1) fremgår det at fronten til venstre fungerer som POI (Point of Impact), altså skadestedet. Punkt A representerer rolle 2, stabiliseringspunktet, punkt B fungerer som rolle 3, og punkt C som rolle 4.

Rolle 5 omfatter sykehus og helseklinikker utenfor krigsområdet. På grunn av russernes langtrekkende missiler regnes likevel store deler av Ukraina som utrygge – også vestlige byer som Lviv og Kyiv. Derfor forstås rolle 5 her som utenlandske sykehustjenester som inngår i Medevac-samarbeid med andre land (6).

«På grunn av russernes langtrekkende missiler regnes likevel store deler av Ukraina som utrygge – også vestlige byer som Lviv og Kyiv.»

Et eksempel er Medevac-flyene til Forsvarets sanitet og Ukrainaposten til Ullevål sykehus. Den ukrainske sanitetsbataljonen Hospitaliers Medical Battalion drifter også ombygde rutebusser – blant annet donerte norske – som kjører direkte til Østerrike, kjent som Avstriivka-ekspressen.

Ukrainerne benytter dessuten tog til pasienttransport til å transportere sårede, noe som vekker assosiasjoner til første verdenskrig. En stor del av landets logistikk håndteres fortsatt via jernbane (1).

Krigføringen visker ut skillet mellom sivile og soldater

Siden fullskalainvasjonen startet, har det visuelle preget av medisinske operasjoner endret seg dramatisk. I begynnelsen var helsepersonell lett gjenkjennelige i hvite og gule ambulanser med synlig merking, kledd i røde uniformer. Tre år senere er dette borte. Grunnen er at helse- og sanitetspersonell, både sivile og militære, nå bevisst blir angrepet av russiske styrker.

I dag er også sivilt helsepersonell ofte kledd i kamuflasje, noe som gjør det vanskelig å skille dem fra militære styrker. Enkelte organisasjoner, som Leger Uten Grenser, insisterer likevel på å bruke sine vanlige uniformer av prinsipp.

Også ambulansene har endret utseende. De males i grønt eller kamuflasjemønster, dekkes med kamuflasjenett når de står parkert, og plasseres ofte innendørs eller under presenninger som etterlikner den omkringliggende vegetasjonen.



2022



2024

FØR OG NÅ: Offentlig tilgjengelige bilder av en norsk helsearbeider i Ukraina. Helsearbeideren, som ikke ønsker navnet sitt på trykk, startet å jobbe i Ukraina i mai 2022. Bildet til venstre er delt med forfatteren av helsearbeideren, mens bildet til høyre er tatt av artikkelforfatteren i Donbas i august 2024. *Foto: Privat og Simon Gade Olsen*

Helsepersonell får minimal informasjon før evakuering

Før en evakuering får helsepersonell kun vite det mest nødvendige. Meldingen består gjerne av en enkel kode: «X pasienter liggende, Y sittende og Z som kan gå selv». All annen informasjon – pasientenes tilstand, hvor de skal hentes, og hvilket sykehus de skal til – holdes tilbake til siste øyeblikk.

Ved fysisk overlevering mottar helsepersonellet detaljene, men ingenting deles over radio, ettersom man regner med at russerne avlytter kommunikasjonen. Denne strenge sikkerhetspraksisen gjør transporten sikrere, men også mer krevende.

Teamene må tilpasse seg raskt når de møter pasientene og får opplysningene, noe som skaper ekstra stress og tærer på kreftene over tid.

Sprengningsvåpen dominerer skademønsteret

Krigen i Ukraina viser et skadebilde som skiller seg fra tidligere konflikter. Ved å sammenlikne med data fra «krigen mot terror» får man et tydeligere bilde av hvordan skademønstrene har

utviklet seg i moderne krigføring.

Global Surgical and Medical Support Group (GSMSG) rapporterer en høy andel sprengningsrelaterte skader, der rundt 70 prosent av skadene skyldes fragmenteringsvåpen – som artillerigranater, droner med sprengladninger og andre eksplosiver (1).

«Krigen i Ukraina viser et skadebilde som skiller seg fra tidligere konflikter.»

Konsekvensen er at pasientene sjelden kommer inn med én enkelt skade, men med flere samtidige skader (polytraumer) som må vurderes og behandles parallelt gjennom lokal triagering. Dette markerer et tydelig skifte fra de gjennomtrengende skuddskadene som var vanlige i tidligere konflikter.

Den høye andelen sprengnings- og fragmenteringsskader skaper særlige utfordringer som påvirker ressursbehovet i hele evakueringskjeden. Slike skader krever spesialiserte behandlingsprotokoller og utstyr som skiller seg tydelig fra det som brukes ved mer konvensjonelle skuddskader. Dette har gjort det nødvendig å tilpasse de medisinske støttesystemene systematisk.

FAKTA

Typiske skader fra fronten

Pasientene kommer ofte inn med høyenergisk bløtdelsskader, kjennetegnet ved:

- omfattende vevsskader på flere kroppsområder.
- komplisert sårforurensning som krever aggressiv sårrensing (debridement).
- høy forekomst av kompartmentsyndrom som krever fasciotomier.
- økt behov for trinnvise kirurgiske inngrep.
- større risiko for infeksjon og forsinket sårheling.

Soldater får omfattende og komplekse traumer

Petter Iversen ved Forsvarets sanitet skriver om behandling av traumatiske sår på [Kirurgen](#) (8). Han påpeker at «alle høyenergetiske sår er forurensset med bakterier eller andre mikrober fordi skadene aldri påføres i et aseptisk miljø», og advarer om at «det vil være en stor risiko for at pasienten utvikler en alvorlig eller dødelig infeksjon dersom den kontaminerte nekrosen ikke behandles adekvat og raskt».

En analyse av 100 pasienter behandlet nær frontlinjen viste en gjennomsnittlig Injury Severity Score (ISS) – et mål på skadealvorlighet – på over 36 etter artilleri- og rakettangrep. Dette er svært høyt – til sammenlikning regnes 15 som alvorlig skade, mens 75 vanligvis er dødelig.

Så høye ISS-verdier innebærer som regel alvorlige skader i flere kroppsområder og viser et mer omfattende skadebilde enn i tidligere konflikter, som i Afghanistan (1).

Skadene skyldes ofte en kombinasjon av høyhastighetsprosjektiler, trykkbølger fra eksplosjoner (barotraume), stump vold og traumatiske hjerneskader. Særlig under langvarige artilleriangrep, når soldater må forbli i stillinger under kontinuerlig beskytning, blir slike skader både omfattende og komplekse.

Helsearbeidere mangler strøm og vann

Blant de største utfordringene for helsearbeiderne i Ukraina er infrastrukturen, som er hardt rammet av russisk krigføring. Flere byer og tettsteder nær fronten mangler helt eller delvis tilgang til strøm og vann.

Vannforsyning: Mange fasiliteter mangler stabil tilgang til rennende vann og er avhengige av planlagte leveranser med tankbil. Dette gjør at vannet må håndteres manuelt og kokes før klinisk bruk. De uforutsigbare leveransene skaper store planleggingsutfordringer, ettersom teamene må ha nok reserver til sårskylling, sterilisering og grunnleggende hygiene – samtidig som påfyllingen er usikker.



VANNFORSYNING: En tankbil med vann forsyner stabiliseringspunktet ved hjelp av en pumpe. Ødelagt infrastruktur gjør at mange fasiliteter nær fronten er helt avhengige av slike

leveranser. *Foto: Simon Gade Olsen*

Strømforsyning: Tilgangen til strømnettet er svært ustabil, og fasilitetene er derfor avhengige av aggregater for å opprettholde kritiske funksjoner. Drivstofflogistikken som kreves for å holde generatorene i drift, utgjør et sårbart ledd i det medisinske støttesystemet. Den begrensede kapasiteten gjør at helsepersonell må prioritere strømforbruket. Vanligvis begrenses tilførselen til intensivbehandling, kirurgi og nødvendig belysning, mens administrative funksjoner, personalområder og sekundære kliniske soner tidvis blir stående uten strøm i lengre perioder.

Flere av stabiliseringspunktene er lagt til under bakken – ofte flere meter nede – for å beskyttes mot angrep fra droner, raketter og artilleri. Vinduene er barrikadert med kryssfiner og forsterket med sandsekker. Ved enkelte stabiliseringspunkter er det også plassert ut mobile tilfluktsrom i betong, såkalte *ukrittja*.



TILFLUKTSROM: Flere steder i Ukraina, både i byene og ved fronten, er det plassert ut tilfluktsrom som minner om betongblokker på størrelse med fraktkonteinere. *Foto: Simon Gade Olsen*

Ukrainerne har også innført varslingsystemer, blant annet gjennom kanaler på appen Telegram, som varsler når droner eller andre våpensystemer er i lufta.

Store avstander forsinket evakueringene

Ved evakueringer, som vist i figur 1, byr de store avstandene i Ukraina på betydelige utfordringer. Den kritiske evakueringsruten fra punkt A til C er om lag 180 kilometer, og én vei tar rundt 2 timer og 15 minutter under nåværende forhold.

Ett medisinsk team kan gjennomføre fire–seks tur-retur-reiser per døgn, avhengig av situasjonen. Det innebærer en samlet distanse på 1440 til 2160 kilometer daglig. Gunstige værforhold og driftsbetingelser kan redusere kjøretiden og øke kapasiteten.

Sjekkpunktet (punkt B) har en dobbeltfunksjon som både sikkerhetskontroll og bufferområde. Det gjør det mulig å fase pasientbevegelser i perioder med høy risiko. En viktig tilpasning er at de mest sårbare evakueringene hovedsakelig skjer om natten for å unngå fiendtlige droner.

Dette mønsteret med nattlige bevegelser er en kalkulert risikostrategi som kan forlenge evakueringene til opptil 72 timer. Det avviker betydelig fra Natos standard på seks timer, men er nødvendig under dagens forhold (2).

FAKTA

Tidsvinduer for evakuering

- **Tidlig morgen (kl. 05–10):** Utnytter mørket og lav sikt før soloppgang.
- **Formiddag (kl. 10–15):** Samkjøres med tilgjengelighet hos kirurgiske team på sykehus.
- **Ettermiddag (kl. 15–20):** Avhengig av om teamet får pause eller nye oppdrag.
- **Kveld (ca. kl. 20):** Start på nattens transportsyklus.
- **Før daggry (før kl. 06):** Fullfører nattens operasjoner før dagslys.

Sjekkpunktet fungerer også som et midlertidig oppsamlingssted der pasienter kan holdes tilbake til det er trygt å fortsette til sykehuset på dagtid. På den måten deles evakueringen opp i etapper som reduserer risiko.

I ekstreme tilfeller har mannskap gjennomført kontinuerlige evakueringer i over 24 timer – fra kl. 05 ett døgn til kl. 05–10 neste dag – med kun korte pauser på 15–20 minutter ved lokale bensinstasjoner. Været påvirker operasjonene sterk. Klart vær øker risikoen på grunn av droner, mens overskyet vær gir bedre beskyttelse.



SYKEPLEIER: Olga «Richka» arbeider ved stabiliseringspunktet nær fronten i Donbas, der sårede soldater får første livreddende behandling før videre evakuering. Bildet er gjengitt med tillatelse. *Foto: Simon Gade Olsen*

Langtransport og slitasje hemmer beredskapen

Den nåværende operasjonelle strukturen møter flere kritiske utfordringer som gjør strategiske tilpasninger nødvendige.

Rute- og mannskapsutfordringer: Selv om enkelte mannskaper kjører mellom 1400 og 2000 kilometer daglig, ofte med bare korte pauser, er det i ferd med å ferdigstilles et skiftsystem. Et treskiftsystem vil kunne redusere tretthet og øke beredskapen. Mer uthvilte team kan da møte ved punkt B og overta neste etappe, slik at ett team ikke må kjøre hele strekningen alene.

Kjøretøy og vedlikehold: Det ekstreme tempoet fører til tre–fire ganger høyere havarifrekvens enn normalt. Vanlige ambulanser får girkassefeil og elektriske feil, mens improviserte ambulanser, altså ombygde sivile kjøretøy, må noen ganger totaloverhales allerede etter 3000–4000 kilometer. Batterisvikt rammer pasientmonitører, respiratorer, infusjonspumper og luftveisutstyr. Ødelagte klimaanlegg gjør forholdene krevende, med temperaturer fra +35 grader om sommeren til –18 grader om vinteren. Mangel på mekanikere, reservedeler og grenseforsinkelser forlenger reparasjonstiden og reduserer dermed tilgjengeligheten av ambulanser.

Forsyninger: Donasjonsbaserte forsyningslinjer gjør det vanskelig å opprettholde stabile lagre av medisiner, sårmateriell og spesialutstyr. Usikkerhet rundt påfyll tvinger teamene til å rasjonere kritiske ressurser, noe som igjen påvirker behandlingsvalgene.

Overordnede utfordringer: Russiske angrep har presset feltsykehusene lenger bak fronten. Sammen med nattkjøring kan dette forlenge evakueringene til opptil 72 timer – langt over Natos sekstimersstandard (2). Teamene tilbringer opptil 15 timer daglig i transport, med begrenset redundans, altså reservekapasitet, ved masseskader. Kortvarige frivilligrotasjoner skaper i tillegg brudd i kontinuiteten.

Mannskaper og materiell presses til grensen

Det medisinske evakueringssystemet i Ukraina har måttet tilpasse seg en ny virkelighet på slagmarken. Lange avstander, nattbaserte transporter og målrettede angrep mot helsepersonell og infrastruktur har gjort Nato-standarder vanskelige å bruke.

Tidligere fulgte man «golden hour»-prinsippet – å få den sårede til behandling innen en time, ofte med ambulansehelikoptre – men i Ukraina ble det raskt klart at dette var umulig fordi landet ikke har kontroll over luftrommet.

«Mannskapene er utslitte, kjøretøyene bryter sammen langt raskere enn normalt, og forsyningslinjene er ustabile.»

Likevel fungerer systemet fortsatt, men til en høy pris. Mannskapene er utslitte, kjøretøyene bryter sammen langt raskere enn normalt, og forsyningslinjene er ustabile.

Systemet har nesten ingen reservekapasitet. Ved større angrep eller masseskader blir sårbarheten tydelig, og den kumulative belastningen merkes i alt fra utholdenhet og sikkerhet til behandlingskvalitet. Dette markerer et dramatisk brudd med tidligere doktriner:

Evakueringstiden har økt fra seks timer til opptil 72 timer. Det har store konsekvenser for pasientens sjanse for å overleve.

Samtidig har ukrainske og internasjonale frivillige klart å holde systemet i gang under ekstreme forhold. Nye rutiner og løsninger utvikles fortløpende og peker mot én konklusjon: Fleksibilitet og utholdenhet er avgjørende for å sikre medisinsk hjelp – også i fremtidige konflikter.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.

Artikkelen ble først publisert på [Stratagem](#), men er oversatt og bearbeidet av artikkelforfatteren for Sykepleien.



PASIENTTRANSPORT: I ly av mørket forberedes en pasientoverføring ved fronten. Helsearbeideren på bildet jobber fra en ombygd varebil donert til organisasjonen TacMed Ukraine – en av mange improviserte ambulanser brukt i nattlige evakueringer. *Foto: Simon Gade Olsen*

1. Epstein A, Lim R, Johannigman J, Fox CJ, Inaba K, Vercruysse GA, Thomas RW, et. al. Putting medical boots on the ground: Lessons from the war in Ukraine and applications for future conflict with near-peer adversaries. J Am Coll Surg. 2023;237(2):364–73. DOI: [10.1097/XCS.0000000000000707](https://doi.org/10.1097/XCS.0000000000000707)
2. Nato Standardization Office (NSO). AJP-4.10: Allied joint doctrine for medical support [internett]. Brussel: NSO; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf
3. Ukrainas Helsedepartementet. Over 2300 medisinske fasiliteter har blitt skadet eller ødelagt av Russland under fullskalakrigen; 7. mai 2025 [hentet 22. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://moz.gov.ua/uk/ponad-2300-ob-yektiv-medichnoyi-infrastrukturi-poshkodila-ta-zrujnuvala-rosiya-za-chas-povnomasshtabnoyi-vijni>

4. Parker P, Haldane A, Hodgetts T. Dread Cross? [internett]. Dorset: Wavell Room; 27. juli 2022 [hentet 22. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://wavellroom.com/2022/07/27/dread-cross/>
5. Reuters. Mass grave of more than 440 bodies found in Izium, Ukraine, police say [internett]. London: Reuters; 15. september 2022 [hentet 21. august 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.reuters.com/world/europe/mass-grave-more-than-440-bodies-found-izium-ukraine-police-2022-09-15/>
6. Kotwal RS. Department of Defense Joint Trauma System. 30th annual David Miller memorial trauma symposium [presentasjon]. San Antonio, TX: U.S. Department of Defense Joint Trauma System; 2018.
7. Fakhurdinova M, Zarembo K. Ukraine and Nato standards: How to hit a moving target? New Europe Center, Kyiv, 2019 [internett]. Kyiv: New Europe Center; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.academia.edu/42833113/Ukraine_and_NATO_standards_how_to_hit_a_moving_target
8. Oslo universitetssykehus (UiO). MEDEVAC fra Ukraina [internett]. Oslo: UiO; 2025 [hentet 22. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/direktorens-stab/stab-virksomhetsstyring/stab-medisin-helsefag-og-beredskap/beredskap/medevac/medevac-fra-ukraina/>
9. Iversen P, Bjerkan G. Moderne behandling av traumatiske sår [internett]. Oslo: Kirurgen; 23. januar 2015 [hentet 22. oktober 2025]. Tilgjengelig fra: <https://kirurgen.no/fagstoff/traumatologi/moderne-behandling-av-traumatiske-sar/>