

Påtroppende verdenspresident beholder feltstøvlene på

– Ved å ofre to pasienter i dag fordi du er i en forskningssituasjon, kan du redde 20 mennesker om to år på grunn av det du har lært? Slik skisserer Knut Ole Sundnes et av temaene når verdens katastrofemedisinere samles til kongress i Frankrike i mai.

Han vil helst vi skal stille i giv akt klokken 8 presis. Ordren på forhånd er å lese <http://pdm.medicine.wisc.edu/executiv2.htm> (1), og at Tidsskriftets medarbeider spesielt merker seg formelen som har fått navn etter sin opphavsmann. Den sier nemlig det meste om den kommende verdenspresidentens visjon.

Den påtroppende er uten distinksjoner, men likevel distinkt. Dreper raskt bildet av machomannen som skal redde verden fra dens lidelser, med våpen i den ene hånden og feltskyehusets kirurgkniv i den andre. Solid erfaring fra krigsområder og flyktningleire, med dertil hørende sjelelige sår han ikke legger skjul på, har beredt grunnen for det ærefulle vervet han ble valgt til under kongressen i Osaka, Japan, for to år siden.

Skiller katastrofe fra masseskade

Estonia, Scandinavian Star, Partnair. Av nyere dato Roskilde-festivalen, diskotekbrannen i Göteborg, Sleipner- og Åstaulykken. Knut Ole Sundnes er sterkt uenig hvis noen hevder at katastrofemedisinske utfordringer i ordets rette forstand ikke har funnet sted i Norden siden den annen verdenskrig.

– En katastrofe er når det er misforhold mellom oppgaver som kan løses, og ressursene som skal til for å løse dem, definerer han enkelt. – Samtidig må vi skille mellom begrepene. Når ressursene blir administrert riktig, skal heller ikke masseskade defineres som katastrofe. Ett dødsfall er å betrakte som en tragedie, og er ingen katastrofe. Døden ville jo ha kommet uansett, selv om dødsfallet kan føre til økonomisk katastrofe for de pårørende.

Sundnes gir gjerne innspill til den pågående krangelen hvorvidt kriseintervensjon har sin berettigelse når katastrofen rammer den enkelte, så vel som etter store ulykker (2–4).

– Her til lands opplever vi økt medikalisering av menneskets livsvansker, med krav om kur for enhver lidelse. Likevel er det et udekket behov for psykososial støtte, utdyper han. – Vi ser at støtteapparatet som etableres etter de større ulykkene er langt bedre organisert, enn når én familie rammes. Er det mange nok pårørende, trer et kriseteam i funksjon. Tenk også på påkjenningene som personellet ble utsatt for ved Åsta-ulykken. For meg synes det åpenbart

at profesjonell hjelp er påkrevd når ofre eller hjelpepersonell utvikler posttraumatisk stressyndrom (se side 1419–21).

– Det er altså ikke tallet på døde, skadede eller materielle ødeleggelser som avgjør om en hendelse kvalifiserer som katastrofe?

– Nei, i Verdensforbundet for katastrofemedisin har vi ønsket å bruke helsekatastrofe i stedet. Da får vi oppmerksomheten bort fra transportulykkene og inkluderer de helsemessige konsekvensene av epidemier, sult og flom. Dessuten blir den sterke tilknytningen fagfeltet har til samfunnsmedisinen mye klarere, eksempelvis hva som kan skje når grunnvannet blir infisert og kloakken flyter opp. Allmennleger burde i større grad vise interesse for dette. I stedet har vi måttet slåss for å få med offentlige leger i Norsk katastrofemedisinsk forening. Vi har slitt med rekrutteringen fra andre disipliner enn anestesi og kirurgi. Det er meg en gåte at bare et femtital leger har funnet interesse av et medlemskap.



Når Knut Ole Sundnes og hans nordiske kolleger entrer danskebåten senere i høst, står kriseterapeutiskintervensjon på timeplanen. Foto K. Rongve

Tilbake til hverdagen

I et intervju i avisen *Nordlys* i fjor (5) uttalte Mats Gilbert seg om den mer enn 20 år gamle katastrofeplanen ved Regionsykehuset i Tromsø. AMK-leder Gilbert omtaler sykehusets kriseteam som en moderne utgave av gråtekonene. Samtidig understreker han at lokalsamfunnet skal eie krisen, at personellet ikke skal «ekspertisere» situasjonen, men bygge på emosjonell dugnadsånd. Derfor har sykehuset et meldingsystem til lokalmiljø og skoler, siden skadede og pårørende raskest mulig skal tilbake til hverdagen.

– Ja, dette er viktig, fastslår Knut Ole Sundnes, som selv meldte seg som pasient etter sitt siste opphold i Afghanistan. – Heldigvis er Lars Weisæth med i styret for Norsk katastrofemedisinsk forening. Han sikrer at psykiatrien er en naturlig del av vårt virkefelt.

Styret har vært opptatt av ikke å sykeliggjøre enhver situasjon som er dramatisk, presiserer Sundnes. Imidlertid er det vesentlig at psykososiale støttetiltak er en selvsagt del av primærhelsetjenestens og sykehusenes beredskapsplaner. Stikkordene er å ta hånd om, gi støtte til publikum og å ha apparat for kollegastøtte.

Kontrastene til nødhjelpsarbeidet Knut Ole Sundnes har vært involvert i, er store. Men uansett hvor i verden katastrofen inntrer, trengs en sterkere bevissthet:

– Du setter ikke folk i gruppesamtaler når mat og vann er i manko. Det blir også smått med trøst som krisehjelp når de fundamentale behovene må ivaretas. Samtidig øker det forståelsen for hva mennesket trenger når katastrofen rammer. Se bare på hvordan flyktningleire tradisjonelt er bygd opp, med teltene på rekke og rad. Struktureres de i en ring, slik FN's høykommissær for flykninger har anbefalt, får du langt mer samhörighet og solidaritet.

Dagsaktuelt

– Hvorfor tok du initiativ til å danne Norsk katastrofemedisinsk forening i 1991?

– Jeg satt i Kabul med stearinlys og skrev likelydende brev til kolleger som kunne være interessert i en forening med faglig plattform. Jeg så det som eneste mulighet for å bli anerkjent som offentlig hø-

ringsinstans, og få katastrofemedisinen høyere opp på myndighetenes prioriteringsliste. Det var ikke uten sverdslag, for vi ønsket å åpne for ikke-leger som assosierte medlemmer.

– Også i dag står spørsmål som bør settes på den politiske dagsorden, i kø. Det er viktig at leger bidrar når ny beredskapslov i kommuner og fylker skal iverksettes. Det samme gjelder den begredelige katastrofepreparasjonen ved norske sykehus, sammen med behovet for et eget beredskapsdepartement (se side XXXX, Karis sak).

– En spennende tanke, sier Sundnes om sistnevnte. – En bedre samordning departementene imellom er nødvendig. Nå er det slik at Utenriksdepartementet bestiller, Forsvarsdepartementet utfører, Sosial- og helsedepartementet har personalet og Kommunal- og administrasjonsdepartementet betaler når regjeringen påtar seg internasjonale oppgaver. Nasjonalt kreves det også systematisk tenkning når lov om helsemessig og sosial beredskap blir innført 1. juli.

Høringsfrist for forskriftene er 21. mai, og katastrofemedisinerne har allerede vært på banen med sine innspill: – For å styrke den lokale krisehåndteringsevnen bør man skjele til forskningen på området, og ha en klarere ansvars plassering, mener Sundnes.

Tordenskjolds soldater

Fra andre høster han lovord som drivkraft for systematisk rekruttering og sin dyptpløyende refleksjon om organisering av nødhjelpsarbeidet. «Imponerende kunnskaper innen katastrofemedisinsk forskning», hører også med i karakteristikken.

Det nordiske miljøet er lite, og det bekymrer den kommende verdenspresidenten at hjelpearbeidet særpreges av Tordenskjolds soldater. Oppgaver, utfordringer og forpliktelser er de samme som for åtte år siden da Sundnes sist skrev om fagfeltet i Tidsskriftet (6). Fortsatt slår han et slag for felles utdanning i Norden, med separat vektlegging på forhold i og utenfor sykehus. Han holder fast ved at økende superspesialisering er det største problemet. En nasjonal beredskapsstyrke er veien å gå, både når det oppstår katastrofer internasjonalt og innenlands, mener han.

Det finnes lyspunkter. Høsten 2000 ble det opprettet et tverrfaglig studietilbud ved Høgskolen i Buskerud, kalt Helserettedt arbeid vedrørende katastrofer, kriser og krig. Vår mann har vært involvert i programmet; han er også engasjert i undervisningen.

Gjennombrudd i norsk kloster

Vanlige krav til vitenskap og statistikk (reproduserbarhet, randomisering, dobbelt blind, prospektivt, osv.) kan synes umulig å etterkomme under de ekstreme forhold man har i en katastrofesituasjon. Dermed risikerer man å gå glipp av relevant publisering av medisinske erfaringer, som ikke kan erverves noen andre steder enn nettopp under

— fakta —

- Knut Ole Sundnes, f. 18.10. 1946
- Cand.med. 1972, Universitetet i Basel, Sveits. Spesialist i anestesioologi 1981, Forsvarets høyskole 1986
- Siden 1979 oppdrag for FN og Den internasjonale Røde Kors-komiteen i Libanon, Thailand, Kambodsja, Etiopia, Afghanistan, Jugoslavia, m.fl.
- Styreverv i Norsk katastrofemedisinsk forening fra 1993, president i Nordisk Katastrofemedisinsk Forening fra 1998, faglig medarbeider i tidsskriftet Prehospital and Disaster Medicine fra 1995
- Forsvarets overlege i anestesi og overlege (deltid) ved Bærum sykehus fra 1996. Sjef for kontoret for akuttmedisin og krigskirurgi, Forsvarets Overkommando og sanitetsstab, fra 1999
- Tiltrer som president i World Association for Disaster and Emergency Medicine (WADEM) i mai 2001

slike forhold, fastslo leder Gunnar Lande da spesialforeningen ble etablert (7).

Publiseringsproblemene kan avhjelpes av en internasjonal modell utviklet med utgangspunkt i den norske, såkalte Utsteinmodellen. Denne ble i 2000 akseptert av Verdens helseorganisasjon som satsingsområde. Knut Ole Sundnes har ledet arbeidet.

– Kan du forklare Utstein-modellen?

– Modellen viser hvordan man skal håndtere de helsemessige aspektene, men den kan også konverteres til brannvesen, ernærings eksperter og ingeniører. I en krisesituasjon har du kaos over tid og innenfor øyeblikksbildet. Vi konstaterer at en katastrofe har en begynnelse og en slutt. Den begynner i det øyeblikket den er erkjent, og slutter når samfunnet har nådd tilbake til funksjonsnivået før katastrofen ble erkjent. Mellom disse ytterpunktene er det mange faser som ser opplagte ut, men som må settes i system. Modellen prøver å beskrive dem enkeltvis, ikke kronologisk, men ut fra kvalitet. Fase A i et jordskjelv vil vare i 20–60 sekunder, flommen kan vare en uke, mens i en sultkatastrofe vil samme fase strekke seg over ett år. Slik har vi fortsatt å bryte ned enkeltdelene og laget et evalueringssystem for hvordan beslutningene skal tas underveis. Å fastslå hvordan målene blir nådd, er en sirkel som pågår kontinuerlig. – Vil ikke loggbokføring og skjemaer stille forskeren overfor etiske dilemmaer?

– Jo, selvsagt. Men vi er i en brytnings-tid nå, hvor det er akseptert at samfunnsmedisinen tar i bruk metoder som ikke kan kvantifiseres. Aksjonsanalyser krever at man gjør notater underveis. Journaler er helt vesentlige, selv om de kan synes som en feilprioritering. Men tar du ikke notater dag 1, vil du få problemer allerede dag 2.

Jeg har selv opplevd at registrerings-skjemaene oppdragsgiver hadde gitt meg, førte til feilbehandling av malaria i seks uker. Men dette ble ikke oppdaget før vi lagde nye skjemaer.

Base på Skjetten

– Kan hende vi trenger separat forskningspersonell? spør Knut Ole Sundnes som raskt slår kontra i egen tankerekke. For det hører med til faget hans å prioritere behandling i riktig rekkefølge. Det er i denne sammenheng han kommer med et av de etiske diskusjonstemaene som vil bli drøftet i Lyon i mai. For like etter at Sundnes har tiltrådt presidentvervet, inviterer Verdens helseorganisasjon til en workshop om disse spørsmålene.

Han regner med å besette vervet som president i fire år. Men istedenfor å ha sete i Madison «over there», blir basen på Lahaugmoen sanitetsregiment i Skjetten. Derfra skal han fylle sitt tillitsverv og, som han selv sier, jobbe som et svin.

– Jeg må jo ha lønn! Dessuten har Forsvaret gevinster av forskningen, så arbeidsgiver er positiv. Utviklingen går dithen at Norge blir mer og mer involvert i konfliktutløste katastrofer. Da må vi ha metodikk som er uten bindinger, og som dokumenterer at ressursbruken holder mål.

– Hvilken målsetting har du for det forestående vervet?

– At færrest mulig mennesker skal bli skadet og at det offentlige skal forplikte seg mer i det forebyggende arbeidet. Da må vi splitte opp og se risiko og sårbarhet som to ulike komponenter. Ta jordskjelvet i Kobe som eksempel. Med den teknologiske utviklingen Japan har lagt til rette for, blant annet med satellittbasert telefonnett, trodde man at risikoen var redusert til null. Det som likevel skjedde var at strømavbruddet førte til økt sårbarhet i å håndtere katastrofen.

Enda en gang viser Knut Ole Sundnes til sin magiske formel. Forskjellen er at etter noen timers møte har $P_D = f(P_H)(H_{man} + H_{nat})(V_{nat} + a_1 + a_2 + b_1 + b_2)$ fått mening.

– Kari Ronge, *Tidsskriftet*
kari.ronge@legeforeningen.no

Litteratur

1. Health Disaster Management: Guidelines for evaluation and research in the Utstein style: executive summary. Task force on quality control of disaster management (<http://pdm.medicine.wisc.edu/executiv2.htm>) 4.4.2001.
2. Kringlen E. Krisepsykologi som industri. Dagbladet 21.10.2000.
3. Dyregrov A. Nødvendig krisehjelp. Dagbladet 4.11.2000.
4. Ekeberg Ø, Hem E. Krisehjelp ved ulykker. Dagbladet 28.3.2001.
5. Hanssen H. Når ulykken inntreffer. Nordlys 29.1.2000.
6. Sundnes KO. Katastrofemedisin – nordisk samarbeid endelig på vei. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2328.
7. Lande G, Berge T. Norsk katastrofemedisinsk forening. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1006.