

Store katastrofer mobiliserer solidaritet og internasjonal innsats, men skaper ofte misvisende medieoppslag og feilslått bistand

## Myter og muligheter ved katastrofeinnsats

Store katastrofer mobiliserer solidaritet og internasjonal innsats, men misvisende medieoppslag og bistandsindustrien selv skaper farlige myter om katastrofers uforutsigbarhet og de lokale ofrenes hjelpeløshet. Myten om at det rike Nord må «redde» det fattige Sør fra katastrofens konsekvenser, forsterkes av TV-bildene av transportfly som fylles med ulltepper, feltsykehus og vestlige medisinske «eksperter» på vei til katastrofeområdene, med eller uten invitasjon fra lokale myndigheter. Dette skaper hjemlig lettelse og tilfredshet, mens mottakerland beskriver reaksjonsformen som nedlatende. Ukoordinert og kostbar akutt helsehjelp fra rike land er i beste fall hensiktsløs, i verste fall skadelig, fordi den bidrar til økt kaos, fortsatt mytedanning og feil fokus (1).

Akutt eksternt hjelp kommer for sent til å berge kritisk skadede, og er ofte basert på mangelfulle kunnskaper om faktiske lokale behov, organisering og kultur. Gjentatt og kritikkøst fokus på spektakulære nødhjelpsaksjoner svekker lokal mestring, svekker langsiktig forebyggende arbeid for sårbare befolkningsgrupper og skjuler behovet for lokal opplæring og etablering av tidligvarslings-systemer for naturkatastrofer (2).

Flodbølgekatastrofen drepte minst 200 000 mennesker i kystsamfunnene ved Det indiske hav. To millioner ble hjemløse eller drevet på flukt, de aller fleste fattigfolk. Flertallet av de omkomne var barn, kvinner og eldre. De fleste omkomne druknet eller ble slått i hjel av vrakgods i de frådende vannmassene. Mange kunne vært reddet med tidlig varslings og enkel førstehjelp. Det er ikke rapportert om utbrudd av epidemiske sykdommer. Mange overlevende hadde aspirert forurenset vann, i tillegg til at de hadde bløtdelskader og brudd. Sårene var ofte fylt med sand og fremmedlegemer, noe som kan føre til omfattende hudinfeksjoner og nekrose av muskel og fett. Slike sår må behandles med systematisk og hyppig debridement. Ved brudd trengs ortopedisk oppfølging og i noen tilfeller amputasjoner for å hindre potensielt dødelige infeksjoner, og ved luftveisinfeksjon trengs tidlig antibiotikabehandling (3).

Lokale helsearbeidere kan selvsagt mestre disse oppgavene, men mange helsearbeidere omkom i flodbølgen og mange helseinstitusjoner ble ødelagt. Gjenoppbygging av lokalt helsevesen med kapasitet innen kirurgi og langsiktig rehabilitering av de alvorlig skadede har derfor høy prioritet. Sterke emosjonelle reaksjoner følger med katastrofeopplevelser og tap av liv, helse og livsgrunnlag. Bare et fåtall vil oppleve invaliderende traumatisk stress, og hos de fleste avtar stresssymptomer over noe tid. Gjenoppbygging av lokalsamfunnet og livsgrunnlag har bedre effekt enn import av vestlige «debriefingseksperter», og det er ikke dokumentert effekt av omfattende psykososial intervensjon etter katastrofer (4, 5).

Fordi tiden er en kritisk faktor ved katastrofer, må akuttthjelpen finnes i de berørte lokalsamfunn. Tidlig og lokal redningsinnsats og enkel livreddende førstehjelp kan redde katastrofeofre fra å dø av forbigående, ikke-dødelige tilstander, slik som bevisstløshet, blokkerte luftveier, blødninger og nedkjøling (6). Enkle, billige utdanningsprogram for systematisk opplæring av legfolk og helsearbeidere i livreddende førstehjelp forebygger unngåelig død og redder menneskeliv selv ved store, livstruende skader (6, 7). I den akutte innsatsfasen er det bedre å satse på lokale helsearbeidere fra eget land eller naboland, som kjenner kultur, klima og lokale helse-

forhold, enn import av kostbare, voluminøse, lite kostnadseffektive feltsykehus og spesialpersonell fra fjerntliggende land (8). Både Thailand og India rekrutterte store grupper nasjonale helsearbeidere som leverte rask, effektiv og rasjonell hjelp og avviste høflig eksterne, uinviterte katastrofeteam (8). I akuttfasen bør eksterne feltsykehus bare sendes hvis de kan være fullt operative med egen forsyning av vann og energi innen 24 timer etter katastrofen, og bare etter anmodning fra lokale helsemyndigheter (9). Eksterne feltsykehus kan i noen tilfeller være nyttige i sekundærfasen, men bare dersom de er operative på stedet 3–5 dager etter katastrofen med medisinsk personell som kjenner de lokale forholdene, språk, kultur og sykdomspanorama (1, 9).

Den største utfordringen for de katastroferammede samfunnene nå er de fem millioner mennesker som mangler sikker tilgang til vann, sanitærtilbud og mat, de to millioner hjemløse som trenger hus og de 1,5 millioner barn som trenger ekstra omsorg fordi de er foreldreløse eller skilt fra foreldrene (10). Å sikre befolkningen minimumsrasjoner av mat og minst 20 liter vann daglig, sikre enkle og akseptable sanitæranlegg og organisere målrettet vaksinerings for særlig utsatte grupper er prioriterte innsatsområder (8). Epidemio-logisk overvåking og systematisk gjenoppbygging av infrastruktur, næringsgrunnlag og anstendige levevilkår er langt viktigere enn påkostet og kortsiktig vestlig akuttinnsats.

Norge kan bidra sjenerøst med hard valuta og sletting av utenlandsgjeld. Spektakulære akuttaksjoner har større effekter på givergleden i rike land enn på helsetilstanden i fattige land. Den egentlige medisinske utfordringen er politisk og moralsk: Massiv fattigdom for dem som lever i de mest katastrofeutsatte områdene i verden.

### Mads Gilbert

mads.gilbert@unn.no

Mads Gilbert (f. 1947) er professor dr.med. og avdelingsleder ved Akuttmedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge. Han har erfaring fra medisinsk solidaritetsarbeid i mange land.

### Litteratur

1. de Ville de Goyet C. Stop propagating disaster myths. *Lancet* 2000; 356: 762–4.
2. Gilbert M. Uten forvarsel? *Kronikk. Aftenposten* (morgentidning) 6.1.2005, www.aftenposten.no/mening/kronikker/article942075.ece (21.2.2005).
3. Brown H. Treating the injured and burying the dead. *Lancet* 2005; 365: 204.
4. Silove D, Zwi AB. Translating compassion into psychosocial aid after the tsunami. *Lancet* 2005; 365: 269.
5. Weiss MG, Saraceno B, Saxena S et al. Mental health in the aftermath of disasters: Consensus and controversy. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 611–5.
6. Klain M, Ricci E, Safar P et al. Disaster reanimation potential: a structured interview in Armenia. Methodology and preliminary results. *Prehospital Disaster Med* 1989; 4: 135–55.
7. Husum H, Gilbert M, Wisborg T et al. Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from North Iraq and Cambodia. *J Trauma* 2003; 54: 1188–96.
8. Van Rooyen M, Leaning J. After the tsunami – facing the public health challenges. *N Engl J Med* 2005; 352: 435–8.
9. Guidelines for the use of foreign field hospitals in the aftermath of sudden-impact disaster. *Prehospital Disaster Med* 2003; 18: 278–90.
10. One world, one response – needed, but not yet forthcoming. *Lancet* 2005; 355: 95–6.