

Vi må være bedre beredt til å foreta fornuftige risikovurderinger etter naturkatastrofer. Etter flodbølgen ble smittefaren fra lik og sannsynligheten for epidemier betydelig overdrevet

Lik smitter ikke

Smittsomme sykdommer ble tidlig utpekt som den viktigste trusselen etter flodbølgen i Sørøst-Asia 26. desember 2004. «Myndighetene begraver nå lik i massegraver for å unngå epidemier,» gjentok reporterne i området. Noen dager senere fulgte advarslene fra Verdens helseorganisasjon om at titusener ville dø av epidemier. Ingen ble overrasket da evakueringsflyene fra Thailand ble møtt på Gardermoen av norsk helsepersonell i beskyttelsesdrakter og tetsittende pustemasker og briller. Vi bør reflektere over de tre epidemimytenes det norske folk måtte forholde seg til: at råtnende lik forårsaker epidemier, at naturkatastrofer alltid fører til epidemier, og at personer fra et krigs- eller katastrofeområde er smittefarlige.

Likene etter en naturkatastrofe forårsaker ikke kolera eller andre epidemier (1, 2). Personer som skal rydde bort eller obdusere likene, må selvfølgelig bruke standard smitteverntiltak for å beskytte seg mot eventuelle blodbårne virus, tarmpatogener og tuberkulosebakterier, men også disse smittestoffene dør raskt etter at mennesket er død, og erstattes av ufarlige forråtnelsesbakterier. Folk i nærheten og samfunnet for øvrig er uansett i smittefare bare dersom likene forurenser drikkevannet. Epidemier er ikke vanlig etter naturkatastrofer (3, 4). WHO's tidlige spådom om titusener av epidemiopfre var problematisk, fordi den bygde på en risikovurdering med henblikk på flom (5). En elfvflom vedvarer i uker og har mye større virkninger på drikkevannskilder og yngleplasser for mygg enn en få minutters flodbølge med saltvann. Etter hvert har det kommet mer nøkterne analyser av disse risikoene (6, 7). Det er faktisk mulig at utenlandsk hjelp kan skade velfungerende malaria-programmer ved å bringe inn insektmidler og malariamedisiner som kan forårsake resistensutvikling (6, 7).

Vannbårne sykdommer kan bli et problem, særlig i flyktningleirer, dersom befolkningen ikke kan skaffe seg nok rent drikkevann. I landsbyene langs kystene kan drikkevannskildene være bevart, eller drikkevann kan skaffes fra alternative kilder noen hundre meter lenger inn i landet. Meslinger er en fare i flyktningleirer der



Torleiv Ole Rognum på plassen der de nordiske identifiseringsteamene startet arbeidet 1. nyttårsdag. Det er svært liten smittefare knyttet til slikt arbeid. Foto privat

flere uvaksinerte spedbarn samles og dermed ikke lenger er beskyttet av flokkimmuniteten (8). Myggbårne infeksjoner kan bli et problem dersom mengden mygg øker som følge av flere yngleplasser for mygg, for eksempel saltvannspyttter som iblandes regnvann, eller åpne drikkevannskar, og dersom flyktninger ikke lenger sover under myggnett.

Hva skulle pasientene på de norske evakueringsflyene tro da de oppdaget at det norske helsepersonellet på Gardermoen var redd for dem og avisene skrev om smittefare? Pasientene hadde jo fått god hjelp av lokalt helsepersonell, og de hadde hatt gode hjelpere om bord. Hadde noe skjedd i løpet av flyturen som gjorde pasientene farlige for sine omgivelser? Var deres kjære som hadde besøkt dem på sykehuset i Thailand og fulgt dem på flyet, i livsfare? Granskerne av tsunamiresponsen i Norge bør også finne ut hvordan denne type tiltak kunne iverksettes uten at noen fagpersoner sa stopp.

Mytene om epidemier og katastrofer lever i folkedypet, forsterkes av massemediene og underbygges av enkelte fagfolk. Slike myter må bekjempes (4). Feilplassert smittefrykt kan stå i veien for riktige tiltak og riktig ressursbruk. Frykten for smitte fra lik kan føre til at uidentifiserte lik brennes eller legges i massegraver; dermed frarøves etterlatte retten til å begrave sine døde. Det skal mer til for å skape en epidemi enn en samling usmittede mennesker, uansett hvor dårlig forfatning de er i. Det kreves også et smittestoff, en utgangsport, en smittevei og en inngangsport hos usmittede personer. Alternativet til blind smittefrykt er nøktern risikovurdering basert på kunnskap om smittekjeden. Det vil spare ressurser, redde liv og redusere frykt.

Preben Aavitsland
praa@fhi.no

Preben Aavitsland (f. 1963) er lege og beredskapsdirektør ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, med ansvar for blant annet rådgivning om smittevern ved katastrofer. Han er medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1. World Health Organization and Pan American Health Organization. Management of dead bodies in disaster situations. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 2004. www.paho.org/english/dd/ped/ManejoCadaveres.htm (14.2.2005).
2. Morgan O. Infectious disease risks from dead bodies following natural disasters. *Pan Am J Publ Health* 2004; 15: 307–12.
3. Toole MJ. Communicable diseases and disease control. I: Noji E, red. *Public health consequences of disasters*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
4. de Goyet CV. Stop propagating disaster myths. *Lancet* 2000; 356: 762–4.
5. World Health Organization. Flooding and communicable diseases fact sheet. Risk assessment and preventive measures. Genève: WHO, 2005. www.who.int/hac/techguidance/ems/flood_cds/en/index.html (14.2.2005).
6. Briët OJT, Galappaththy GNL, Konradsen F et al. Maps of the Sri Lanka malaria situation preceding the tsunami and key aspects to be considered in the emergency phase and beyond. *Malaria J* 2005; 4: 8.
7. Connolly MA, Gayer M, Ryan MJ et al. Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. *Lancet* 2004; 364: 1974–83.
8. World Health Organization. Malaria risk and malaria control in Asian countries affected by the tsunami disaster. Version 3. Genève: WHO, 2005. <http://mosquito.who.int/docs/tsunamiTN2005.pdf> (14.2.2005).