

Internationell katastrofsjukvård måste regleras

Expertmöte på Kuba startskott för bättre samarbete och samordning



ANDREAS WLADIS, docent, överläkare, kirurgkliniken, Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm
awladis@gmail.com



JOHAN VON SCHREEB, med dr, specialist i kirurgi, katastrofhälsoanalytiker, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för global hälsa (IHCAR), Karolinska institutet, Stockholm

Antalet naturkatastrofer i världen ökar och fler människor drabbas, men färre dör. En förklaring till det ökande antalet katastrofer är förbättrad registrering, men också det faktum att naturkatastroferna faktiskt blivit fler.

I takt med det stigande antalet naturkatastrofer har internationella katastrofinsatser i låg- och medelinkomstländer blivit fler. En studie fann en ökning på 77 procent mellan 1990 och 2005 [1]. En annan nyligen publicerad artikel angav antalet internationella hjälparbetare till över 210 000, med en årlig ökningstakt på ca 6 procent [2].

Internationella katastrofinsatser sker i ett legalt vakuum, eftersom det saknas internationell lagstiftning om sådana insatser.

Biståndsgivare i osund konkurrens

Internationell nödhjälp är frivillig, och givaren kan själv definiera sitt uppdrag. Myndigheterna i de redan före katastrofen resursfattiga länderna har fullt upp med att få ordning på situationen och saknar kapacitet att ställa krav och kontrollera det bistånd som bjuds.

Hjälpprogrammer bestämmer uti-

från egna behov och möjligheter vad de vill och kan göra, ofta utan hänsyn till rådande behov och andra aktörers insatser.

Detta har vid flera tillfällen medfört att det samarbete och den samordning som skulle behövas för att optimera resursanvändningen i stället skapat en osund konkurrens mellan biståndsgivare.

Ett exempel är biståndsinnsatsen i Acehprovinsen i Indonesien efter tsunamin, där vårdgivare ibland konkurrerade om patienter [3].

Ett annat exempel är jordbävningen i Haiti för drygt ett år sedan, som var apokalyptisk i sitt humanitära utfall. Nödhjälpen lät inte vänta på sig. Det finns ännu ingen övergripande utvärdering av insatserna i Haiti efter jordbävningen. Det står dock klart att den medicinska nödhjälpen i Haiti inledningsvis brast, trots att antalet hjälporganisationer var enormt.

WHO:s uppgift samordna insatserna

Det är svårt för myndigheterna i ett fattigt land att tacka nej till inkommande hjälparbetare. I Haiti var detta påtagligt. Under de första veckorna fungerade nästan inga myndigheter, bl.a hälsoministeriet i Port-au-Prince raserades.

Efter en jordbävning måste livräddande sjukvård ges inom dagar om den ska vara meningsfull, och det är alltså bråttom. Behoven är i denna första fas överväldigande.

Inflödet av ofta oannonserade sjukvårdsaktörer utan känd kompetens medicinskt, kirurgiskt, logistiskt och kulturellt är svårt att förutse och närmast omöjligt att reglera. Myndigheter riskerar problem med medier och in-



Byggnaden som inrymde hälsoministeriet i Port-au-Prince raserades vid jordbävningen i Haiti i januari 2010.

Foto: Andreas Wladis

ternationella relationer om sjukvårdsaktörer nekas inträde.

I ett sådant läge är det WHO:s uppgift att bidra med råd och försöka samordna den internationella insatsen.

Över 400 aktörer involverade i Haiti

Bara inom det medicinska området etablerade sig i Haiti inom veckor efter jordbävningen över 400 aktörer, inräknat endast de som anmälde sig till WHO [4]. En stor del av sjukvårdsaktörerna var små och utan tidigare erfarenhet i landet eller från katastrofer.

Effekten blev ännu en gång ett oreg-

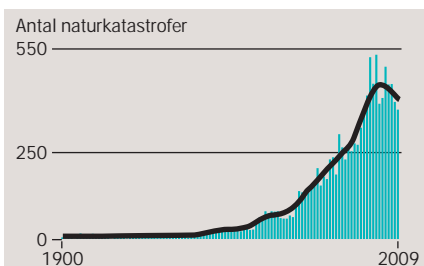
Sammanfattat

Antalet naturkatastrofer i världen ökar liksom antalet internationella hjälparbetare.

Internationella katastrofinsatser är helt oreglerade och sker i ett juridiskt vakuum.

Vid flera katastrofer har hjälpinsatserna varit massiva men okoordinerade och delvis ineffektiva.

När de medicinska behoven är som allra störst, såsom vid plötsliga naturkatastrofer, är samarbete och samordning särskilt viktigt. Processen för att nå dithän har just börjat.



Antalet registrerade naturkatastrofer globalt de senaste 100 åren. Källa: EM-DAT.

ligt kaos av ofta oförberedda små medicinska aktörer av osäker relevans och kompetens [5]. Några av dem utförde kirurgiska ingrepp, som kan ifrågasättas av etiska, medicinska och kontextuella skäl. Samarbetet mellan olika sjukvårdsaktörer var bristfälligt, och på vissa ställen uppstod påtaglig konkurrens [6].

»Katastrofturism« gav kaos

Det medicinska kaoset på Haiti i den första fasen efter jordbävningen ledde till ovanligt kraftiga reaktioner. Van Hoving och medarbetare kallade det »katastrofturism« och en »medicinsk skam« [6].

I Lancet skrevs redan veckan efter jordbävningen en ytterst kritisk ledare om flaggviftande biståndsaktörer i konkurrens om mediernas uppmärksamhet [7].

Dävarande chefen för OCHA (FN:s avdelning för koordination av humanitära frågor) kritiserade efter några veckor i ett läckt e-brev bristen på koordination i nödhjälpsarbetet i Haiti [8].

Modell för bättre katastrofsjukvård

På Karolinska institutet, Stockholm, pågår inom ramen för kunskapscentrum för katastrofmedicin sedan 2002 forskning om internationella medicinska insatser efter katastrofer.

Baserat på vår forskning inom området och våra egna erfarenheter från tidigare katastrofinsatser och från Haiti inledde vi under försommaren 2010 diskussioner med WHO och dess systerorganisation PAHO (Pan American Health Organization) om behovet av ett system för bättre koordinerad katastrofsjukvård med högre standard.

Dessa samtal mynnade ut i ett WHO-lett expertmöte på Kuba i december 2010 med deltagare från olika länder och organisationer.

Mötets specifika syfte var att ta fram riktlinjer för utländska medicinska aktörer efter plötsliga naturkatastrofer. Det fanns en stor enighet om de problem som beskrivits rörande internationell medicinsk katastrofhjälp som den ser ut i dag.

Med denna utgångspunkt diskuteras sedan olika tänkbara vägar för att förbättra katastrofhjälp.

Vid mötet introducerades en konceptuell modell som utvecklats på Karolinska institutet, i vilken katastrofsjukvården kategoriseras utifrån den nivå

sjukvården har och den tidpunkt när den är operationell på plats.

Med modellen skapas en enhetlig terminologi, vilken hittills saknats, och därmed ett ramverk för det fortsatta arbetet med att förbättra internationella medicinska insatser efter plötsliga katastrofer. Hittills har fältsjukhus kunnat betyda allt från små mobila kliniker utan egna sängar till militärsjukhus med flera hundra sängar. Modellen ger även möjlighet att beskriva hur sjukvårdsbehoven förändras över tid i en katastrofs förlopp.

Minimistandard som rättesnöre

Enighet nåddes om att modellen bör sammanlänkas med »initial-HeRAMS« (health resources availability mapping system), ett hjälpmedel som bla WHO utvecklat och som syftar till att analysera det medicinska hjälpbehovet på olika vårdnivåer.

Vid mötet enades man om att i den fortsatta processen försöka upprätta en minimal standard för given sjukvård, som gärna får överskridas, men aldrig underskridas.

Det ligger i sakens natur att detta inte kan regleras juridiskt, men stora aktörer på fältet, t ex Röda korset och Läkare utan gränser (MSF), kan i kraft av sin namnkunnighet och trovärdighet ge denna minimaliststandard en rang av medicinskt rättesnöre, som andra aktörer kommer att få svårt att avvika ifrån med hedern i behåll.

Etablerandet av en minimaliststandard hänger tätt samman med frågan om ansvarsutkrävande i samband med medicinska biståndsinsatser efter katastrofer. Vem är man ansvarig inför när man utför nödhjälpsarbete internationellt? Det lokala reglementet? Den egna organisationen? Vilka rättigheter har patienterna i katastrofmiljöer till ansvarsutkrävande?

Frågorna diskuterades utförligt, men bristen på juridiska ramar gör att ansvar måste utkrävas på frivillig väg genom de olika aktörerna.

Sök- och räddningsuppdrag förebild

Vid mötet fanns representanter för INSARAG (International Search and Rescue Advisory Group), en organisation under OCHA, som registrerar, ackrediterar och samordnar internationella sök- och räddningssällskap före, under och efter sök- och räddningsuppdrag.

Det ansågs vid mötet eftersträvas-

värt att undersöka möjligheter att skapa en likartad mekanism inom det medicinska fältet, även om området är mycket större och mer komplext än sök- och räddningsuppdrag.

Insatserna bör vara evidensbaserade

I slutet av mötet utsågs en ad hoc-grupp för att bereda bla de frågor som nämnts här och starta den omfattande processen att förbättra internationell sjukvård efter katastrofer.

Ett första steg blir att börja registrera organisationer som har planer på att bidra med medicinsk nödhjälp och utveckla en minimaliststandard för sjukvården på de olika nivåerna i modellen.

Denna process kommer att ta tid, men Kubamötet var ett viktigt första steg bort från en ibland aningslös välgörenhet mot professionalisering av internationella medicinska insatser. Att bara vilja göra gott räcker inte. Man måste säkerställa att den medicinska insatsen är optimal utifrån rådande omständigheter och resurser. På samma sätt som i Sverige och andra höginkomstländer bör medicinska insatser efter katastrofer vara evidensbaserade och kontextanpassade.

Den högsta nivån på sjukvård i den modell som utarbetats vid Karolinska institutet finns nästan aldrig tillgänglig inledningsvis efter plötsliga naturkatastrofer. Sjukvården måste därför i den första fasen bedrivas på en basal och extremt resursanpassad nivå för att gagna maximalt antal människor. Det innebär inte att den behöver vara undermålig.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Bägge författarna arbetade för Läkare utan gränser efter jordbävningen i Haiti i januari 2010.*

REFERENSER

1. Stoddard A, Hammer A, Haver K. Providing aid in insecure environments: trends in policy and operations: HPG Report 23. London: Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute; 2006.
2. Walker P, Hein K, Russ C, Bertleff G, Caspersz D. A blueprint for professionalizing humanitarian assistance. Health Aff (Millwood). 2010; 29(12):2223-30.
3. Schulze K. Between conflict and peace: tsunami aid and reconstruction in Aceh. London: London School of Economics; 2005.
4. Van Hoving DJ, Wallis LA, Docrat F, De Vries S. Haiti disaster tourism – a medical shame. Prehosp Disaster Med. 2010;25(3):201-2.
5. Growth of aid and the decline of humanitarianism. Lancet. 2010;375(9711):253.