

Advarer mot medikalisering

– **Medikalisering av traumer infantilisere befolkningen og innbiller den at kriser er noe man ikke kan klare selv.**

– «Katastrofeutsatte» vil kunne utvikle symptomer når det blir opplyst om at slik risiko foreligger. Er det for øvrig verre å være overlevende etter en stor transportulykke enn etter et plutselig dødsfall i egen familie? spør Einar Kringlen ved Psykiatrisk institutt ved Universitetet i Oslo.

Kringlen synes det er betenkelig å gi befolkningen inntrykk av at man må ty til fagfolk når man har vært utsatt for dramatiske situasjoner, og at vanlig omsorg fra familie og venner ikke er tilstrekkelig. Han begrunner sin skepsis med at man har for liten kunnskap som dokumenterer verdien av krisepsykologisk arbeid.

– Før vi bruker ressurser på dette feltet, trenger vi gode randomiserte undersøkelser for å finne ut hvem som kan ha nytte av krisepsykologisk hjelp og hvem som eventuelt tar skade av det, sier Kringlen.

– Så vidt meg bekjent, er såkalt gruppebetenget intervensjon overheadet ikke undersøkt. Når det gjelder individuell intervensjon, viser de få undersøkelser som finnes liten effekt. Tvert imot kan slik intervensjon være skadelig. Kanskje er det slik at noen har nytte av slik intervensjon, og andre ikke, og at man griper uheldig inn i den naturlige helingsprosessen, legger han til.

Han mener det selvsagt er enkeltmennesker som har vært utsatt for store katastrofer, for eksempel ved tortur eller voldtekt, og som har alvorlige posttraumatiske symptomer. – Disse må få faglig hjelp hvis det er angitt, sier han.

– *Ingrid M. Høie, Tidsskriftet*
ingrid.hoie@legeforeningen.no



Einar Kringlen

Klargjøring av feltet er viktig

– **Helsevesenet må ikke overta alle omsorgsoppgaver. Man må også mobilisere naturlige nettverk.**

Det mener Lars Weisæth ved Kontor for katastrofepsykiatri. Han retter oppmerksomheten mot profesjonalisering av omsorg.

– Vi ser i økende grad tendenser til at det er store forventninger til at helsevesenet skal ta seg av oppgaver som mest handler om varme og omtanke. Det er ikke gitt at helsevesenet skal ta seg av alle disse. Historisk sett er traumatisk stress preget av benekting og bagatellisering. Når det trekkes frem i lyset, får feltet en overdrevent stor oppmerksomhet. Inflasjon innen de problemområder som helsevesenet involverer seg i, kan føre til sykeliggjøring av plagsomme, men normale fenomener. Det er derfor betimelig at Helsetilsynet tar initiativ til klargjøring av feltet og ansvars plassering. Feltet har behov for en forankring, og det vil prosjektet bidra til, mener Weisæth.

Han trekker særlig frem behovet for klargjøring med hensyn til når helseberedskap skal settes i verk. – Det er skapt et bilde av at man får mer hjelp etter hendelser som rammer mange enn hendelser som rammer få. Bildet er delvis medieskapt, men er også delvis skapt med rette, og dette kan vi ikke være bekjent av. Helsevesenet må opptre likt, uavhengig av hvor mange som rammes, sier Weisæth.

Rutinemessig intervensjon for alle som har vært utsatt for traumatiske hendelser, har han liten tro på. – Man skal ikke vente med tiltak til en eventuell sykdom har utviklet seg, men intervensjon uten vurdering av situasjon og person, vil kunne skade, tror Weisæth. Han mener allmennleger har en sentral rolle med hensyn til å se hvem som trenger hjelp etter en traumatisk hendelse.

– Vi mangler forskning innen feltet, særlig når det gjelder etterlatte, slår han fast.

– *Ingrid M. Høie, Tidsskriftet*
ingrid.hoie@legeforeningen.no



Lars Weisæth

Katastrofeberedskap på dagsordenen

Hvert år transporteres 10 millioner tonn farlig gods langs norske veier, i båt og på jernbane. Leger peker på at sykehus i Oslo-området står uten gass- eller kjemikalieberedskap. De ber myndighetene skjele til Sverige som har investert nær 70 millioner kroner i utstyr til sykehusene.

I vinter avdekket *Dagbladet* (1) at blant annet Rikshospitalet står uten dekontaminasjonsanlegg dersom det skjer ulykker med radioaktivitet, biologiske gifter, kjemikalier eller gass i Oslo-området. Seksjonsoverlege Jan Erik Nilsen sier til avisen at forurensede pasienter derfor ikke kan slippes inn i sykehuset, mens leder for Rikshospitalets katastrofekomiteé, avdelingsoverlege Erik Fosse,

omtaler katastrofeberedskapen som en fullkommen skandale.

Fosse mener at man gambler på at en katastrofe ikke vil skje. Han viser til at sykehusledelsen hittil ikke har hatt råd til saneringsanlegg, og at myndighetene ikke har lyttet til råd fra legene. Avdelingsoverlegen dokumenterte behovet overfor Oslo kommune for to år siden, uten at dette har ført frem.

Ligger etter Sverige

Bare to sykehus i Norge har beredskap av denne typen: Telemark sentralsykehus, som ligger like ved Norsk Hydros industrianlegg i Grenlands-området, og Haukeland Sykehus i Bergen.

– Nasjonalt ligger vi langt etter svenskene på dette feltet, sier Arild Kovdal, leder i

Norsk katastrofemedisinsk forening. Han peker på at Sosialstyrelsen, tilsvarende Statens helsetilsyn, har fått på plass gass- og kjemikalieberedskap ved at politikerne har prioritert bevilgninger til dette.

Mens Ullevål sykehus bare har en vannslange med kaldt vann utendørs ved akuttmottaket, er 85 svenske akuttsykehus pålagt å bygge opp en slik beredskap. For i underkant av 70 millioner kroner er ca. 50 sykehus allerede fullt utstyrt og drillet i rutine. Den svenske staten har betalt kjemirensesutrustning og beskyttelsesdrakter, mens sykehusene selv må betale for opplæring og trening av personellet.

– Ved Ullevål sykehus har vi problemer med utstyr selv til 200 000 kroner, sier Kovdal som til daglig er avdelingsoverlege ved AMK-avdelingen ved sykehuset. →

Kartlegger trusselbildet

I Norge ligger ansvaret for operativ beredskap hos Direktoratet for sivilt beredskap, Statens strålevern, Statens institutt for folkehelse og Statens helsetilsyn. Nå har Sosial- og helsedepartementet gitt Helsetilsynet i mandat å se på deler av beredskapen i forhold til atomulykker og kjemiske katastrofer. Innen juni i år skal departementet få vurdering av tilstanden og tiltak som må gjøres.

Det som foreløpig ikke er et politisk spørsmål, kan bli det når trusselbildet og organisering er kartlagt. I høst skal Justis- og politidepartementet legge frem en stortingsmelding om samfunnsikkerhet og beredskap,

basert på det såkalte Willoch-utvalgets anbefalinger (2). Der vil industrivern, kompetansenivå og ressursituasjonen lokalt bli vurdert, men også beredskapen ved norske sykehus blir satt på dagsordenen.

Da Willoch-utvalget leverte sin utredning høsten 2000, var en av anbefalingene å opprette et eget departement med oppgave å ta initiativ, fungere som pådriver, være koordinator og kontrollør for den nasjonale beredskapen.

Utvalget konkluderer med at beskyttelse av samfunn og sivilbefolkning er kraftig underprioritert, og viser til at Norge i dag bevilger 1,5 % av Forsvarets budsjett til sivile

beredskapstiltak, mens Sverige årlig bruker 2 milliarder kroner (ca. 5 % av forsvarsbudsjettet).

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

Litteratur

1. Hagen AW. Her er Ullevål sykehus' katastrofeberedskap/Sverige er forberedt/ikke politisk spørsmål. *Dagbladet* 20.2.2001/22.2.2001.
2. Norges offentlige utredninger. Et sårbart samfunn. Utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet. NOU 2000: 24. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2000.

Plikt til å være beredt

1. juli blir lov om helsemessig og sosial beredskap innført i Norge. Den pålegger alle kommuner og fylker å utarbeide beredskapsplaner for å håndtere situasjoner der det ordinære helse tilbudet ikke er tilstrekkelig.

Den nye loven erstatter lovverket fra 1955 (1). Formålet er å styrke evnen til å håndtere kriser og katastrofer i krig og fredstid på alle forvaltningsnivåer.

Loven innfører et ansvarsprinsipp som i større grad viser hvilke oppgaver kommuner og fylker må utføre for å opprettholde helse-tjenestetilbudet i en krisesituasjon. Den inneholder krav til ledelse og informasjonsberedskap, men først og fremst en plikt til å utarbeide lokale beredskapsplaner: Landets kommuner og fylker må kartlegge egen virksomhet og tenke gjennom scenarier de kan bli utsatt for, og forberede nødvendige tiltak.

Forsyningssikkerhet, oversikt over nødvendig personell og opplegg for regelmessige øvelser skal inngå i planene, sammen med beredskap for å sikre tilgang til drikkevann og næringsmidler, smittevern, kommunikasjon og med hensyn til krisepsykiatrisk bistand.

Loven inkluderer også bistandsplikt, dvs. rettsgrunnlag for å disponere ressurser på tvers av fylkeskommunale eller kommunale grenser. I situasjoner hvor nasjonal samordning er påkrevd, har regjering og departement fullmaktsbestemmelser som kan bli anvendt ved større ulykker.

Lokal forankring

Morten Randmæl, prosjektleder for den nye loven i Sosial- og helsedepartementet, arbeider med lovens forskrifter.

– Vi har hatt et overordnet perspektiv i arbeidet med den nye loven, sier Randmæl.
– Det innebærer at forskriftene beskriver hva



kommuner og fylker bør klare for å ta vare på dem som trenger helsetjenester i en gitt situasjon, ikke hvordan de skal gjøre jobben. Den enkelte virksomhet «eier» jo selv ressursene og den ordinære ledelsen er best skikket til å lede organisering av arbeidet, sier han.

Beredskapsloven definerer ikke ordet katastrofe eller krise: – Men beredskap er mer enn risiko- og sårbarhetsanalyser, sier prosjektlederen. – Eksempelvis bør skoler som opplever trafikkulykker eller uventet dødsfall, være beredt. Det gjør at en samordning på tvers av etatene er nødvendig. Lokalpolitisk forankring og engasjement er også viktig, istedenfor å sette bort planarbeidet til eksterne konsulenter, mener Randmæl.

Nytteverdi

Sosial- og helsedepartementet har ikke oversikt over hvor mange kommuner og fylker som allerede har utarbeidet beredskapsplaner, blant annet basert på en modell for risiko- og sårbarhetsanalyser som Direktoratet for sivilt beredskap står bak.

Bergen kommune vedtok i fjor en beredskapsplan som blant annet omfatter risiko- og sårbarhetsanalyser for grunnskoler og barnehager, men som også inkluderer opplæring i beredskapstenkning på tvers av etatene. I mars delte direktoratet ut Beredskapsprisen for år 2000. Bergen kommune ble prisvinner, mens Os i Hedmark og Svelvik i Buskerud ble hedret for systematisk og målbevisst å ha prioritert beredskap over lang tid, og for sine mange konkrete tiltak for å bygge ned risikobildet.

– Slike planer har vist seg svært nyttige, sier Morten Randmæl. Han viser til arbeidet kommunene i Østerdalen gjorde etter flommen i 1995, og tror ringvirkninger fra dette arbeidet hadde betydning ved Åsta-ulykken og gassbrannen i Lillestrøm i 2000.

– Når resten av landet nå blir pålagt å utarbeide lokale planer, er det vesentlig at dette blir en dynamisk prosess. Beredskapsplanene må ikke støve bort på ordførerens kontor. Derfor er jevnlig oppdatering nødvendig, etter hendelser eller øvelser hvor man ser mangler, sier han.

Han antyder at fylkeskommunene trolig vil slippe det forestående planarbeidet siden staten etter all sannsynlighet overtar spesialisthelsetjenesten fra 2002.

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

Litteratur

1. Lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (<http://odin.dep.no/archive/shdvedlegg/01/02/jule025.doc>).