

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>).