
Helseberedskap klar for museum

HOVEDREPORTASJE

TOM SUNDAR,

Email: tom.sundar@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Nedbyggingen av den nasjonale helseberedskapen etter den kalde krigen har økt Norges sårbarhet ved katastrofer. Statens gamle beredskapslagre av helsemateriell gir ingen reell sikkerhet ut fra dagens risikobilde og er best egnet til museumsformål. Dette går frem av en ny rapport fra Statens helsetilsyn.

Alarmen går ved Oslo Sentralbanestasjon: En stikkende gasslukkt brer seg i publikumshallen. Et insekticid har lekket ut fra et skadet gods. Mange får pustebesvær og det bryter ut panikk. Folk skader seg i trengselen for å komme ut. Minutter etter ankommer politistyrker, hjelpemannskaper og ambulanser. Utenfor hallen blir de møtt av mennesker som gisper etter luft. Mannskapene mangler verneutstyr og kan dermed ikke ta seg inn for å gi førstehjelp. Skadestedsledelsen blir handlingslammet. Etter 20 minutter har flere hundre mennesker store pustevansker og et titall er bevisstløse.

Manglende styringsplaner

Dette scenariet er hentet fra rapporten til en tverrfaglig prosjektgruppe i Statens helsetilsyn som har vurdert den nasjonale helsemateriellberedskapen ut fra dagens risikobilde (1). Rapporten anbefaler gjennomgripende reformer i helseberedskapen for å redusere samfunnets sårbarhet ved katastrofer. Den er oversendt til Sosial- og helsedepartementet for videre behandling.

En tenkt gasskatastrofe vil kunne gi et skadepanorama som setter hele behandlingsskjeden på prøve. Rapporten slår fast at det i dag ikke finnes statlig beredskap eller beredskapsplaner for katastrofer av denne type. Man har ikke engang utstyr til å detektere utslipp av gass, kjemikalier eller radioaktivitet på brann- og skadesteder utenfor installasjoner som har eget utstyr.

– Den sårbare beredskapen på en rekke områder skyldes at man ikke har identifisert risikobilder som er omsatt til beredskapstiltak og styringskrav. I dag finnes det ikke noe organ som overvåker og oppdaterer risikobilder, sier prosjektleder Aase Sitter, underdirektør i Beredskapsenheten i Avdeling for apotek og legemidler i Statens helsetilsyn. Hun påpeker at beredskapstiltak må integreres i hele behandlingsskjeden i helse- og redningstjenesten dersom helseberedskapen skal kunne redusere samfunnets sårbarhet ved katastrofer.

– Lagret beredskapsmateriell har ingen funksjonsverdi hvis støtteapparatet mangler, sier hun.

Spiker i kisten

Materiellberedskapsprosjektet ble igangsatt i 1997. Målet var å bringe beredskap av medisinsk materiell og utstyr i tråd med nye mål og metoder for organisering av den sivile beredskapen. Prosjektet ble utvidet til å inkludere analyser av dagens risikobilde, av organisatoriske forutsetninger for en tidsmessig og dynamisk helsemateriellberedskap og av behovet for nye strategier. Prosjektet har ikke vært definert ved et offentlig mandat, men utredningen er basert på planforutsetninger i nyere stortingsmeldinger og i utkastet til ny helseberedskapslov (2).

Materiellberedskapsrapporten kan bli spikeren i kisten for de statlige beredskapslagene som ble bygd opp i fylkene i 1950-årene. Gjennomgang av lagrene har vist at de ikke har noen reell beredskapsverdi, både fordi utstyret er utgått på dato og fordi det ikke inngår i sykehusenes beredskapsplaner.

Utstyret har vært lite øvd med og virker fremmed for dagens helsepersonell.

– Lagrene er konstruert med tanke på kamphandlinger på norsk jord, som var risikobildet for 30–40 år siden. I dag er det mindre sannsynlighet for en invasjonskrig, mens det er større risiko for ulykker knyttet til samferdsel og industri eller terroranslag med masseødeleggelsesvåpen, sier Aase Sitter.

Statens beredskapslag fra etterkrigstiden har ikke lenger noen reell beredskapsverdi. I mars ble kjelleren ved Bjørkelangen videregående skole i Akerhus tømt for materiell, som ble sendt til et fengselssykehus i Latvia. Begge foto T. Sundar

Nedbygging

Hun mener at samfunnets sårbarhet først og fremst er knyttet til forsyningssikkerheten i den operative helsetjenesten: – Helsevesenet er sårbart overfor skader og sykdommer som til daglig er sjeldne, men som kan oppstå i forbindelse med branner, gass- og godsulykker eller epidemier. I disse sammenhengene har det lagrede utstyret ingen beredskapsmessig verdi, sier hun.

Aase Sitter

Rapporten slår fast at det har vært en nedbygging av støttesystemene rundt helsemateriellberedskapen etter Berlinmurens fall i 1989. Før 1990 forelå det detaljerte planer om hvordan utstyret skulle brukes under en krig. Senere har både interessen for og ansvarsforholdene i dette arbeidet smuldret opp. Dagens situasjon er preget av mangel på målrettet samarbeid mellom helseforvaltningen, Sivilforsvaret og Forsvaret, og ingen statlig institusjon ser det som sin oppgave å identifisere og oppdatere det medisinske risikobildet. Følgelig finnes det ikke styringsdokumenter basert på løpende risiko- og sårbarhetsanalyser og det mangler planer for tilsyn og bruk av lagret beredskapsmateriell.

Aase Sitter understreker at forslaget til den nye helseberedskapsloven (2) tydeliggjør ansvarsprinsippet sterkere enn dagens lovverk. Lovutkastet vil pålegge den som er ansvarlig for en tjeneste eller en sektor et beredskapsansvar, både under krig og ved kriser i fredstid. Tilsvarende skal tilsynsmyndigheten for en virksomhet føre tilsyn for virksomhetens beredskap. Kommunene, fylkeskommunene og staten vil få et beredskapsansvar for den delen av helsetjenesten de er ansvarlig for.

– Det nye lovforslaget innebærer en desentralisering av helseberedskapen. Mer ansvar vil bli overført fra staten til kommunene og fylkeskommunene, og de vil bli pålagt å samordne sine beredskapsplaner, forklarer Sitter. Hun mener at lovendringene vil sette større krav til samarbeid og systemtenkning, noe som på sikt vil øke kvaliteten i beredskapsarbeidet.

Materiellberedskapsprosjektet anbefaler en rekke tiltak som skal gi en mer dynamisk helseberedskap som er tilpasset det gjeldende risikobildet (se egen ramme). De viktigste ideene er å desentralisere beredskapen, integrere beredskap i helsevesenets løpende drift, innføre incentiver for beredskapsarbeid og sikre forsyninger av medisinsk utstyr og legemidler gjennom avtaler med produsenter og leverandører.

Helsemateriellberedskap i Norge

I de første etterkrigsårene hadde Forsvarsdepartementet ansvaret for helseberedskapen, men fra 1952 overtok Sosialdepartementet. Beredskapsrådet for landets helsestell ble opprettet i 1948, med helsedirektøren som leder. Rådet var en pådriver for helseberedskapsloven som ble vedtatt i 1955.

I 1950- og 60-årene ble det bygd opp lagre med beredskapsmateriell som en del av de sivile evakueringsplanene. I tilfelle invasjonskrig skulle både offentlige og private bygg omgjøres til beredskapssykehus. Materiellet ble pakket i kasser og moduler og fordelt på 235 lagersteder rundt om i landet. Innholdet bestod av 90 kirurgiske enheter, 350 sykehusenheter, 120 pleieenheter og 20 pleiestasjoner.

Lagrene finnes i loft og kjellere i offentlige bygninger. Det største kirurgiske lageret finnes i et loft på Ullevål sykehus. Utstyret er ofte utilgjengelig, har i liten grad vært øvd med og vurderes å være uten beredskapsverdi.

Foruten beredskapslagrene kjøpte staten i 1980-årene en rekke NorHosp-enheter med utstyr til feltsykehus. Det finnes også 130 såkalte 100–10-enheter, som er beregnet på å behandle 100 pasienter i ti dager. Både NorHosp- og 100–

10-enhetene har vært brukt til internasjonal nødhjelp, mens den nasjonale beredskapsverdien av dette materiellet er usikkert.

LITTERATUR

1. Sitter A, Lyckander G, Arnulf V, Østeby TK, Fuglset PA. Rapport fra analysefasen – materiellberedskapsprosjektet. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
 2. Ot.prp. nr. 89 (1998–99). Om lov om helsemessig og sosial beredskap.
-

Publisert: 10. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.