



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes til
 tidsskriftet@legeforeningen.no

Medisinsk materiellberedskap

Ulykker i transportsektoren, naturkatastrofer og terrorhandlinger er langt mer sannsynlig enn krigshandlinger på norsk jord. Primæretatene, herunder kommunehelsetjenesten, må derfor styrkes med kompetanse og materiell. Det er begrensede muligheter for anskaffelse av medisinsk beredskapsmateriell, til tross for at lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommunene ansvar for kompetanse og materiell innen helseberedskap. Forsvaret, Sivilforsvaret og Sosial- og helsedirektoratet disponerer materiell som bør kunne overdras til kommunehelsetjenesten.

Undertegnede har fungert som medisinsk-faglig ansvarlig for legevaktsentralen i Steinkjer kommune siden 1995, og har bl.a. ansvar for akuttmedisinsk beredskap. Denne beredskapen inneholder to viktige elementer:

- Kompetansen hos personellet
- Adekvat materiell

Steinkjer kommune har vel 20 000 innbyggere. Avstanden til nærmeste sykehus (Levanger) er 40 km, det nest nærmeste befinner seg 80 km unna (Namsos). I en ekstrem situasjon må man regne med å greie seg med egne personell- og materiellressurser i bortimot en time. Derfor har man valgt å satse på oppbygging av kompetanse hos leger og sykepleiere tilknyttet legevaktsentralen og en adekvat materiellberedskap.

Ved oppbyggingen av en materiellberedskap har vi konsentrert innsatsen om bekledning og personlig utstyr for innsatspersonell, akuttmedisinsk utstyr og bærer/ulltepper. Kommunale budsjetter tillater ingen større innkjøp av beredskapsmateriell. Det har derfor vært nødvendig å vurdere om materiell kan overtas fra andre instanser uten særlige kostnader.

Lov om helsemessig og sosial beredskap trådte i kraft 1. juli 2001. Loven gir klare føringer mht. ansvar for beredskap. Det såkalte ansvarsprinsippet innebærer at en virksomhet som har ansvar for en tjeneste under ordinære omstendigheter, også har ansvar for denne tjenesten under krise, beredskap og krig. Loven med forskrifter gir også pålegg om at det skal utarbeides beredskapsplaner, personell skal settes i stand til å utføre sine oppgaver, og kapasiteten mht. nødvendig materiell skal sikres. I kommunene havner beredskapen gjerne nederst på prioriteringslisten. Den kommunale helsetjeneste er altså pålagt et utvidet ansvar, men får ikke tilført ressurser for å møte denne situasjonen.

Norge har store beredskapsressurser. De disponeres av Forsvaret, Sivilforsvaret og Sosial- og helsedirektoratet. Disse instanser er for tiden inne i en prosess med omorganisering og til dels nedbygging av sine ressurser. Det er en utfordring for aktører innen det offentlige helsevesen å være offensive for å skaffe seg brukbart overskuddsmateriell fra disse institusjonene.

Forsvaret forventes å sitte igjen med et betydelig overskudd av medisinsk materiell etter omorganisering og nedbygging. Forsvarets logistikkorganisasjon opplyser at det fra 1.1. 2003 er opprettet en prosjektlederstilling for avhending av sanitetsmateriell, lokalisert ved Sanitetsmagasin Sør-Norge, Starum, 2850 Lena (lagersjef Magnar Brudal, personlig meddelelse). Planen er at avhendingen skal gjennomføres innen utgangen av 2004. Det skal avhendes alt fra feltsykehus til sanitetsvesker. Kommuner som ønsker å overta materiell, vil bli prioritert høyt. Kommunene skal bli informert direkte etter hvert.

Sivilforsvaret vil i henhold til Stortingsmelding nr. 17 (2001–2002) få en rolle som statlig forsterkningsressurs. En god del sanitetsmateriell vil bli avvirket. Det har spesielt vært snakk om utfasing av et større antall hjelpeplasser, som bl.a. inneholder fullt brukbart akuttmedisinsk utstyr samt bærer og ulltepper.

Sosial- og helsedirektoratet disponerer materiellet fra Statens helseberedskap. Dette var sivilt statlig beredskapsmateriell bygd opp i 1950- og 60-årene ut fra konseptet om evakueringssykehus «ute på bygda». Stortingsmelding nr. 17 (2001–2002) anbefalte avvikling av disse lagrene og at de kunne tilbys statlige helseforetak og kommuner. Bærer, ulltepper, sengetøy og noe forpleiningsmateriell er fortsatt i brukbar stand.

Ved Steinkjer legevakt har man forsøkt å benytte slike kanaler for å bygge opp en materiellberedskap, spesielt bærbart/mobilt utstyr og materiell som kan brukes stasjonært ved legevaktsentralen. Sivilforsvarets moduler for bærbart utstyr, det såkalte SORA-konseptet (oppkalt etter daværende sjeflege Ragnar Solbraa Bay og materiellinspektør Nils Ramstad i Direktoratet for sivilt beredskap), synes å være svært hensiktsmessig i oppbyggingen. I samråd med Nils Ramstad har vi sett på hvordan overskuddsmateriell fra statlige etater kan benyttes i den kommunale helseberedskap. Minste materiellehet kan dreie seg om to sekker, to bager, bærer og ulltepper, dimensjonert for håndtering av ti skadede. Enhet for å ta seg av 50 skadede inneholder materiell fordelt på to mindre tilhengere. En slik vil passe best for en større kommune uten andre medisinske ressurser eller som en mobil utrykningsenhet for sykehus. Vi har valgt å sette sammen en mindre enhet bestående av to legesekker basert på en modifisert versjon av SORA-konseptet, kalt SORA II. Dette bygger også på at legesekkene inneholder moduler som kan tas ut av sekken og henges i beltet. Vi har i tillegg tynne sekker med fire ulltepper som bæres på ryggen. De er dermed svært håndterlige når det gjelder vekt og mobilitet. Bærer og ulltepper har vi tidligere overtatt fra Sosial- og helsedirektoratet.

Kostnadene til en slik oppbygging av medisinsk materiellberedskap vil begrense seg til anskaffelsen av bære- og forpakningssystemer samt oppdatering av produkter med begrenset holdbarhet. Vi mener et slikt konsept utgjør en unik mulighet for kommuner til å bygge opp beredskapsenheter uten for høye kostnader. Detaljert innholdsfortegnelse for legesekkene kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Eivind Steen
 esteen@online.no
 Steinkjer legevakt, Ølvegaten 2
 7715 Steinkjer