



Hvad skete der i min formandstid, 1986 - 91 (?)  
Af Torben Mondorf.

---

Perioden repræsenterer afslutningen af den kolde krig med de deraf følgende ændringer af trusselsbilledet i Danmark.

Sundhedsvæsenets beredskabsplanlægning havde forud været målrettet mod den meget store ulykke og mod krigssituationen med en relativt lang indsatsfase, et stort antal tilskadekomne, som måtte evakueres bredt gennem et samfund, hvor der kunne være nedbrud af vitale funktioner. Lægelig medvirken på skadesteder var en sjælden hændelse og de lægelige skadestedsopgaver var i katastrofesituationer primært planlagt til at være øjne og ører, der kunne rådgive om hvorvidt, der skulle udsendes lægehold og oprettes ventepads til egentlig medicinsk behandlingsindsats. Der var ikke lagt op til nogen tidlig medicinsk koordination endsige en medicinsk skadestedsledelse og heller ikke nogen egentlig AMK-funktion. Sygehusenes beredskabsplaner var de fleste steder store uhåndterlige ringbind, som det sædvanligvis var meget svært at skaffe motivation og ressourcer til at holde ajourførte. Bortset fra på enkelte særligt inspirerede sygehuse var personalets ruinerings begrænset. F.eks. erindrer jeg fra min 1.res.l. tid på anæstesiaafdelingen på RH i 1974-76 ingen øvelsesaktivitet eller formaliseret introduktion til katastrofeplaner. Og man havde dog haft Hafnia branden og Polioepidemien tæt på.

Udviklingen begrundede nu - syntes vi - at sundhedsvæsenet lod sin beredskabsplanlægning primært tage udgangspunkt i den større fredstidsulykke med et begrænset antal tilskadekomne, der kunne evakueres gennem et intakt samfund til et sygehusvæsen, med meget stor kapacitet, forudsat vel at mærke at fordelingen af tilskadekomne var relevant. Man fandt det velbegrundet at beredskabet overfor den store ulykke med fordel kunne planlægges som en trinvis opgradering af beredskabet over de "daglige" ulykker, frem for at være en særlig beredskabsplanlægning - som det var svært at holde personalet bekendt med og trænet i. Jeg erindrer at der ved et medlemsmøde blev rejst spørgsmålet: hvorfor beskæftiger vi os ikke med den katastrofe, at der årligt omkommer over 1000 i trafikken og vi mindede hinanden om at Selskabets engelske titel var Disaster and Emergency Medicine.

Terrortrussel, biologisk beredskab og kriseberedskab var ikke aktuelt. Tjernobyli i 1986 gav stof til eftertanke, men ændrede ikke ved den nye tendens: Byg på dagligdagens hændelser.



Den faglige medicinske udvikling pegede også i disse år på, at tidlig sundhedsfaglig intervention på højt og rutineret niveau overførte tilskadekomne direkte på eller ved skadestedet i den såkaldte "gyldne time" var af væsentlig værdi.

Der var derfor øget behov for at uddanne det sundhedsfaglige personale til indsats og samarbejde på et skadested og også at der planlagdes med en tidlig medicinsk skadestedskoordination og en formaliseret koordination i det medicinske bagland.

Katastrofemedicinsk Selskab deltog aktivt i denne udvikling, dels som selskab, dels ved at bestyrelsesmedlemmerne m.fl. deltog aktivt som rådgivere og medvirkede i myndighedernes planlægning.

En større togulykke ved Sorø i 1988 med 8 dræbte og 73 tilskadekomne illustrerede behovet for tilpasning af planlægningen og gav også den nødvendige interesse og motivation. Indsatsen gik organisatorisk set nærmest i fisk på de fleste områder, men slutproduktet var egentlig meget godt fordi lederne inden for de forskellige beredskabskomponenter handlede effektivt per konduite.

Det var derfor muligt at få en særdeles givende gennemgang og analyse af ulykken, som satte sig spor i de følgende års planlægning, som i højere grad kunne udføres i gensidig tillid mellem komponenterne.

Som et kuriosum kan nævnes at Selskabets bestyrelse (Troest, Trautner og TM) fik et improviseret møde i selve det sammenfiltrerede tog.

Selskabet byggede videre på selskabets foregående års aktiviteter og gik aktiv ind i uddannelse og påvirkning af sygehuspersonale og medvirkede som undervisere, observatører og rådgivere.

Man tilrettelagde i samarbejde med Foreningen af Sygehusadministratorer et velbesøgt kursus i planlægning af øvelser, hvor det lykkedes at vise muligheder, fejl og faldgruber i et øvelsesforløb. Kurset resulterede også i produktion af en instruktionsvideo, som blev ganske udbredt.

Selskabet medvirkede også i udviklingen af Beredskabsstyrelsens kurser i medicinsk koordination og var med til at etablere uddannelser for skadestedsindsatsens medicinske nøglepersoner. En række medicinske selskaber arbejdede i disse år ganske godt sammen bl.a. p.gr. af udbredt personsammenfald (kardiologer, anæstesiologer, ortopædkirurger, trafikmedicinere, den såkaldte Ekspertgruppe vedr. Præhospital behandling o.m.a.) Man havde held til at argumentere samlet overfor myndigheder o.a. med "kæden, der redder liv".

Selskabet medvirkede aktivt i dette samarbejde som vel må have lidt af æren for den opgradering af den sundhedsfaglige skadestedsindsats der fandt sted, som en del af den øgede traumatologisk og præhospital videregående uddannelse. Vi var med i de initiativer, der førte til dannelsen af det tværfaglige traumeselskab, der i nogle år



fik etableret et godt medicinsk samarbejde på området og som tog initiativ til etableringen af ATLS-kurserne.

Der blev samarbejdet aktivt med en revidering af Beredskabsstyrelsens håndbog, som nu igen er blevet yderligere revideret

Diverse selskabsmøder blev afholdt, og der blev etableret et skandinavisk samarbejde i Nordisk Katastrofemedicinsk Selskab

Det er herligt at se at ting som AMK nu er et indarbejdet begreb og at der overalt er målrettet katastrofemedicinsk uddannelse af personalet. Og herligt at se, at der nu er mange skadestedsvante læger, som må være et godt element til at takle de nye trusselsbilleder. Det må nu være muligt at levere kompetente læger til at indgå i egentlige medicinske ledelsesfunktioner på et stort skadested - hvilket jeg også ser at Selskabet har fat i.

Det lykkedes dengang i mindre grad end forventet:

- At engagere yngre læger for at deltage i Selskabet. Lægeambulancelæger og AMK / KOOL-læger burde være tiltrukket af selskabet, men blev det ikke i vores periode
- At få etableret en KAMEDO-funktion
- At få accepteret at der må være operationel medicinsk ledelse såvel i baglandet som på skadestedet i en ulykkessituation.

Torben Mondorf, 5.10.2006