

9 NOV 2009

KVAM HERAD

HELSE OG VELFERD

JUSTISDEPARTEMENTET	
10 NOV 2009	
SAKSNR.:	200904409
AVD/KONT/BEH:	RBA/RAAK/HAS
DOK.NR.	133
ARKIVKODE:	625

Justis - og politidepartementet

Postboks 8005 DEP

0030 OSLO

Vår ref.
09/1559-1/N-//ARAKDykkar ref.
2000904409-RBA-
K/HAS/FMADato:
04.11.2009

Høyringsuttale frå Kvam herad til Forslag til fremtidig organisering av nødmeldetjenesten/rapport fra interdepartemental arbeidsgruppe.

FELLES NØDNUMMER OG FELLES NØDSENTRALAR

Arbeidsgruppa har mellom anna fått i oppgåve å utgreie alternativ til korleis ei ordning med eit felles nødnummer og felles nødsentralar for brannvesen, politi og helseteneste kan organiserast.

Regjeringa meiner at nødtelefonar bør gå direkte til ein nødmeldesentral som har til oppgåve å iverksette nødvendige tiltak, uten mellomledd som aukar responstida. Det blir hevda at dette vil krevje etablering av felles nødmeldesentralar for brann, helse og politi. Det blir i rapporten poengtert at det er viktig at ein ved melding om behov for bistand i ein nødsituasjon, kjem til ein nødsentral der ein så raskt og effektivt som mogleg oppfattar og er i stand til å handtere alle tilhøve knytt til den aktuelle nødsituasjonen.

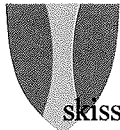
Intensjonen her er altså at ein vil oppnå ei forenkling for publikum og ei mest mogeleg effektiv nødmeldetjeneste.

Vi ynskjer med dette å kome med ein høyringsuttale frå vår kommune - Kvam herad i Hardanger. Vi vil kome med generelle kommentarar rundt forslag til organisering, men også peike på kva vi ser av potensielle konsekvensar for vår drift av legevakt.

Felles nødnummer

Forenkling for publikum?

Publikum har i dag tre nødnummer å forhalde seg til. Forenklinga ligg alstå i at dette blir redusert til eitt. I kva grad publikum ringer feil nødnummer, vil indikere i kor stor grad det er trong for ei slik forenkling. Rapporten refererer til statistikk som viser stor grad av feilanrop, men ein har i liten grad statistikk som differensierer mellom tekniske feilanrop, ikkje nødrelaterte anrop og val av feil nødnummer. Det er likevel mykje som tyder på at det i all hovudsak dreiar seg om det arbeidsgruppa definerer som tekniske feilanrop og ikkje nødrelaterte anrop. Alle dei tiltak rapporten



skisserer for å få redusert desse er viktige og nødvendige for å avlaste sentralane. Dei har likevel ingen relevans til om ein har eitt eller fleire nødnummer, i alle høve ikkje så lenge nummeret er 112.

Konklusjon: *Det vil utan tvil være ei forenkling for publikum dersom ein har berre eit nødnummer å forhalde seg til. Likevel er det **ikkje dokumentert** at publikum vel feil nødnummer i så stor grad at det gjev grunn til å gå over til eitt nummer.*

Forenkling for naudetatane?

Rapporten skisserer at ein oppnår ei forenkling gjennom å opprette felles nødsentralar. Sidan rapporten tilrår å nytte modell C blir det i det følgjande teke utgangspunkt i denne.

Brannvesen og helsetenesta handterer dei naudhjelpetjenestene der det hastar mest i høve til å redde liv, helse og materielle verdiar. Arbeidsgruppa nyttar dette som hovudargument for at dei to etatane si verksemd knytt til naudmeldetenesta skal bli fullt ut integrert i ein felles 112-sentral. Politiet skal ikkje inngå i denne sentralen m.a. fordi det skisserte talet med 112-sentralar vil medføre at fleire av dei 27 politidistrikta då vil bli utan operasjonssentral. Kontakatar som gjeld politiet må altså setjast vidare frå 112-sentralen til aktuell politisentral. Det blir også poengtert at operatør på 112-sentralen må kunne identifisere medisinske naudsituasjonar og handle ut frå desse med adekvat alarmering og rådgjeving. I argumentasjonen mot å bruke modell A og B blir det hevda at deling av operatørfunksjon og ressurskoordinering vil komplisere samhandlinga.

Ut frå at dei fleste reelle naudoppkall gjeld helseproblematikk og argumentasjonen over, må vi konkludere med følgjande: Alle naudoppkall må takast imot av helsepersonell og setjast over til brann og politi når det er aktuelt. Konsekvensen av dette blir altså at helse tek over alle naudoppkall, inkludert alle feilanrop som i dag går til politiet. Sjølv om ein foreslår å overføre personellressursar frå dagens 112-sentralar til dei nye 112-sentralane, inneber omorganiseringa ein kraftig reduksjon i talet på sentralar og årsverk. Vi finn dette svært uroande sett i høve til problema med *samtidighetskonflikter* som er ei dagleg utfordring for AMK-sentralane. I slike situasjonar kan det være nærast uråd å imøtekomme intensjonen om rask og effektiv iverksetjing. Det er ein logisk brest å tenke seg at færre operatørar med ei kraftig auke i total arbeidsmengde ikkje skal få fleire slike konflikhtar. Det vil i tillegg virke kompliserande at 112-sentralen skal forhalde seg til fleire politisentralar. Vi undrar oss også over argumentasjonen med kvalitetsauke og profesjonalisering av operatørarbeidet gjennom auka mengdetrening. Så langt vi kjenner til får operatørane ved dagens AMK-sentralar rikeleg med mengdetrening.

Sett frå vår synsstad kan auka press på nødsentralen også gje urovekkjande konsekvensar ut over det som måtte bli av alvorlege følgjer i den enkelte situasjon. Dersom ikkje nødsentralen til ei kvar tid fungerer raskt og funksjonelt, kan dette over tid svekke publikum si tillit til denne som ein effektiv instans. I tillegg vil reduksjonen i talet på sentralar kunne føre til at mange vil velje å kontakte den lokale legevaktsentralen fram for å ringe til ein fjerntliggjande sentral der operatørane har liten lokalkunnskap. Resultatet kan bli at fleire medisinske nødtelefonar¹ kjem til legevaktsentralane.

Legevaktene har i dag ein stor del oppkall som endar i raud respons. Ved rundt 30500 av dei raude resposane er første kontakt med legevakt. Dette utgjer truleg opp mot 40 % av alle raude responsar. (Kjelde : Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin). Det kan vera fleire grunnar til dette. Ein viktig grunn er nok at innringar ikkje forstår Alvoret i situasjonen. At legevaktene får så mange medisinske nødoppkall er ikkje ideelt i høve til deira ressursar og organisering. Vi ser ikkje at ein i

¹ Med medisinsk nødtelefon meiner vi her kontakatar som er av ein slik karakter at dei gjev indikasjon for utrykking av helseressursar.



særleg grad kan unngå at legevaktsentralane også i framtida vil få mange nødtelefonar. Det er difor viktig at desse er i stand til å alarmere nødvendige ressursar før dei koplår opp AMK eller framtidig nødsentral som tek over styringa.² På denne måten unngår ein at legevaktsentralen blir eit sinkande mellomledd. Dersom talet på nødoppkall til legevaktsentralane blir aukande, tilseier dette at desse må styrkjast i høve til bemanning, utstyr og organisering. Vi kan ikkje sjå at det er teke høgde for dette i planen.

Den høge delen av medisinske nødtelefonar til legevaktsentralane viser også at deira funksjon treng å være knytt nær opp til AMK-sentralane. Vi er uroa for at samhandlinga mellom LV-sentral og framtidig nødsentral kan bli meir komplisert med auka geografisk avstand.

Vi har ovanfor gjort eit resonnement ut frå rapporten som konkluderer med at helsepersonell skal ta imot alle naudoppkall. Dersom dette ikkje stemmer med arbeidsgruppa sin intensjon, - vil vi hevde **at ein ikkje vil oppnå målsetjinga** med rask identifisering av medisinske naudsituasjonar og handling ut frå desse med adekvat alarmering og rådgjeving.

Konklusjon: *Modellen vil opplagt føre til ei forenkling for politiet som på denne måten kan bli kvitt dei fleste feilanropa. Samstundes vil det føre til ein langt meir komplisert kvardag for helsepersonellet som skal ta unna alle feilanropa i tillegg til køen av anrop som gjeld liv og helse. Vi trur at dette vil få konsekvensar både for aksesstid og behandlingstid. Frå vår synsstad uroar det oss aller mest at legevaktsentralane kan få auka mengde med medisinske nødoppkall, og at samhandlinga med framtidig nødsentral kan bli meir komplisert enn med dagens AMK. Resultatet av desse tilhøva kan bli ei mindre effektiv nødmeldetjeneste enn det vi har i dag.*

Effektivitet.

Utalarmering

Det blir hevda at modell C legg til rette for at utalarmeringstida blir redusert til eit minimum. Dette stemmer nok i høve til det som er skissert i modell A og B, - men ikkje i høve til det som er praksis i dag.

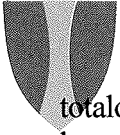
Alarmering av både brann og helse.

AMK og LV-sentralar kan i dag alarmere både helse- og brannressursar gjennom felles redningsalarm. Dette kan fungere raskt og effektivt utan forsinkande mellomledd. Helse og brann rykkjer ut med dei ressursar som ein finn adekvat ut frå innhaldet i melding. Meldinga må så formidlast til dagens 110-sentral, - men det kan skje etter at ressursane har rykt ut. Med den skisserte modellen må melding gå vidare til brannoperatør før alarmering av brannressursar. Dette vil være eit forsinkande mellomledd då innhaldet i meldinga må formidlast før alarmering. Likevel ser vi at helse i nokre tilfelle sviktar når det gjeld varsling av brannressursar. Ein felles sentral med helse og brann vil kunne motvirke dette.

Effektiv ressursbruk

Med dagens modell er det ofte (i landkommunar) vakthavande brannbefal som styrer kva ressursar som skal rykkje ut. Dersom ein i den skisserte modellen tenkjer seg at det er brannoperatør som styrer ressursbruken, - kan ein oppnå betre ressursdisponering fordi operatøren har betre

² Det er eit ynskje frå helsevesenet at alarmering frå LV-sentral i det nye nødnettet inneber direktevarsling til AMK. Vi kjenner ikkje til om denne funksjonen blir ein realitet.



totaloversikt enn kva lokalt brannbefal kan ha. Operatøren kan såleis styre ressursar på tvers av kommunegrensene og slik oppnå redusert utrykkingstid i enkelte tilfelle.

Ein kan likevel ha ein modell der brann alarmerer egne ressursar utan at operatørane sit på ein felles sentral. Effekten må såleis ligge i at brann blir raskare kontakta fordi ein er plassert på same sentral. Samstundes vil ei vidareformidling frå helseoperatør til brannoperatør virke sinkande i høve til å kunne varsle gjennom felles redningsalarm.

Det blir også hevda at større sentralar vil gje eit større omfang av disponible ambulanseressursar. Til det er å kommentere at ambulansar i dag blir disponert på tvers av både helseforetaka og helseregionane sine grenser. Vi ser likevel ikkje vekk frå at det kan være forbettringspotensiale i denne samanhengen, men trur at næraste ambulanse blir brukt uavhengig av grenser i dei akutte situasjonane.

Konklusjon: *Den skisserte modellen kan gje ei raskare utalarmering og betre ressursbruk ved situasjonar der det er trong for redningsressursar frå nabokommunar. I dei fleste tilfelle vil modellen likevel være mindre effektiv enn dei rutiner vi har i vår kommune i dag. Etter vår oppfatning er ein i rapporten i stor grad opptekne av å finne gode løysingar for dei sjeldne tilfella. Vi er einige i at vi skal ha ein beredskap, ei organisering og eit kommunikasjonssystem som gjer oss i stand til å takle slike tilfelle. Vi kan likevel ikkje gå inn for løysingar som resulterer i ein forringa kvalitet på handteringa av dei daglege problemstillingane.*

Alarmering av brann og politi.

Sidan helsepersonell ser ut til å skulle ta imot alle naudoppkall vil kontaktar som gjeld brann og/eller politi få ei lengre reaksjonstid enn kva som er tilfelle i dag når innringar ringer rett naudnummer.

Lokalkunnskap avgjerande for effektiv varsling og aksjonering?

Arbeidsgruppa erkjenner at færre og større sentralar vil gje mindre grad av lokalkunnskap. Den vurderer likevel at tilstrekkeleg gode IKT-verktøy vil kunne kompensere for dette. Det er etter vår meining to hovudområder som gjer lokalkunnskap påkravd:

1. Lokalisering av hending som ikkje kan knytast til adresse.
2. Effektiv utnytting av lokale ressursar.

Lokalisering av hending som ikkje kan knytast til adresse.

Ein del av dagens nødmeldingar kan ikkje knytast til ei konkret adresse. Følgjande dømer på lokalisering gjev ei slik problemstilling:

- Kommunar utan gatenamn og/eller husnummer.
- Dei fleste hytter i Noreg.
- Vegstrekningar utanom bustadstrok.
- Alt terreng utanom bustadstrok.
- Sjø/havområde.

Vurdering av IKT-verktøy som kan kompensere for fråvær av adresse:



Digitale kart:

Digitale kart kan gi nøyaktig posisjon når innringer selv er lokalkjent og er i stand til å gjøre greie for kor han/ho er. Det er likevel ei problemstilling at det innanfor eit større geografisk område ofte finst fleire stader med like eller liknande namn. Det er difor større fare for mistydingar når sentralen dekker eit stort område og meldinga blir motteken av ein operatør med liten lokalkunnskap samanlikna med meldingar frå eit meir avgrensa område til ein operatør med lokal kunnskap. Innringarar som ikkje er kjende i området vil også ha større vanskar med å forklare sin posisjon til ein operatør utan lokalkunnskap samanlikna med ein operatør som kjenner området og som kan stille spørsmål for å "sirkle inn" staden.

Konklusjon: *Digitale kart kan i svært liten grad kompensere for manglande lokal kunnskap.*

Triangulering via mobilmaster:

Teknologien er effektiv berre på stader med høg grad av overlapping mellom mastene sine dekningssoner. Presisjonen vil i dei aller fleste tilfelle være så låg at metoden har liten verdi om ikkje innringer er i stand til å gi ein meir nøyaktig forklaring om kvar han er. Igjen blir det nødvendig at operatøren har lokal kunnskap.

Konklusjon: *Triangulering i mobilnettet kan i liten grad kompensere for manglande lokal kunnskap.*

Triangulering via GPS: GPS-utstyr kan i enkelttilfelle oppvege for manglande lokal kunnskap; men så langt er utstyret så lite utbreidd at det totalt sett utgjør ein liten kompensasjon.

E-call vil i stor grad kunne kompensere for manglande lokalkunnskap ved trafikkulukker. Så langt er ikkje utstyret i bruk og det vil ta mange år før alle køyretøy er utstyrt med dette.

Konklusjon: *Det er så langt vi kan sjå ingen tilgjengelege dataverktøy som i vesentleg grad kan kompensere for manglande lokalkunnskap når ein skal lokalisere nødmeldingar som ikkje kan knytast til adresse.*

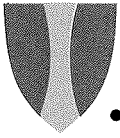
Effektiv utnytting av lokale ressursar.

Styring av brannressursar til redningsoppdrag kan som nemnt gjerast meir effektiv frå sentralar med ansvar for store geografiske områder når det er tale om å bruke ressursar over kommunegrensene. Utanom dette vil lokal kunnskap være ein føremon når ein skal utnytte lokale ressursar effektivt. Særleg ved større aksjonar og spesielle situasjonar som krev kreative løysingar vil lokal styring og koordinering være påkravd. Vår erfaring er likevel at slik styring i svært liten grad blir ivareteke av AMK. Lokal legevakt har med sin lokalkunnskap ein sentral funksjon i denne samanhengen.

Konklusjon: *Så lenge det ikkje skjer ei svekking av legevaktssentralen sin posisjon i nødmeldetenesta blir utnytting av lokale ressursar ivareteke uavhengig av om ein har felles nødnummer og/eller færre nødsentralar. Vi kan heller ikkje sjå at IKT-verktøy kan kompensere for lokalkunnskap i denne samanhengen.*

Følgjande forbettringsområder i nødmeldetenesta blir lista opp i rapporten:

- Profesjonalisering av operatørfunksjonen
- Betre samordning mellom naudetatane
- Vidareutvikling av beslutningsstøtteverktøy



- Betre og samordna teknologiske løysingar
- Betre kvalitetssikring og dokumentasjon
- Meir effektiv ressursutnytting
- Einsarta nasjonal organisering

Dette er viktige fokusområde som det blir arbeidd med innanfor fleire fagmiljø og som også er tema i gevinstarbeidet i nødnett. Dette er arbeid som skjer uavhengig av ev. felles nødnummer og felles nødsentralar. Profesjonalisering av operatørfunksjonen er eit vesentleg forbettringspunkt, - men vi ser det lite formålstenleg med operatørar som handterer medinsinske nødansrop utan å ha helseutdanning i botnen. Etter vår meining bør dette være utdanning på minimum bachelornivå. Utvikling av beslutningsstøtteverktøy er viktig men kan ikkje kompensere for manglande helseutdanning. Kvalitetssikring og dokumentasjon meiner vi har lite relevans til omorganiseringsmodellen.

Konflikt med evalueringsarbeid i nødnett?

Målsetjinga med omorganiseringa er for ein stor del samanfallande med gevinstmål i nødnett. Dersom nye 112-sentralar blir innført i fase 0-området før fase 0 er ferdig evaluert vil dette komplisere evalueringsarbeidet og svekke stortinget sitt avgjerdsgrunnlag for vidare utbygging.

Oppsummert:

- Vi kan ikkje sjå at det føreligg dokumentasjon som sannsynleggjer noko særleg reduksjon av feilansrop ved å innføre eit felles nødnummer.
- Vi er uroa over at den føreslegne organisasjonsmodellen kan påføre helsevesenet ei belastning som m.a. vil gje eit auka press på legevaktsentralane og ei forverring av effektivitet og kvalitet i den akuttmedisinske kjeda.
- Modellen kan gje forbetringar i høve til effektiv alarmering av redningsressursar i enkelte tilfelle, men kan virke mindre effektiv i dei fleste tilfelle.
- Færre sentralar vil svekke nødmeldesentralen sin lokalkunnskap. Vi kan ikkje sjå at IKT-verktøy vil kunne kompensere heilt ut for dette.
- Vi stiller oss skeptiske til at ein vil oppnå dei skisserte innsparingane. I den grad ein oppnår innsparingar ser vi all grunn til å tru at dette vil gå ut over kvaliteten på nødmeldetenesta.
- Legevaktsentralane si rolle i nødmeldetenesta er i svært liten grad omtalt i rapporten. Ut frå den store mengda med medisinske nødtelefonar til LV-sentralane og deira sentrale funksjon ved større aksjonar; - ser vi det som heilt nødvendig at deira rolle i den framtidige nødmeldetenesta blir klårt definert. Det er nødvendig å kartleggje dagens LV-sentralar i høve til ressursar og organisering. Vidare må ein samordne skisserte konsekvensar for LV-sentralane ved innføring av nødnett med innhaldet i legevaktsenteret sin Handlingsplan for legevakt, - og med ei konsekvensutgreiing kring planane om eit nasjonalt legevaktnummer. Vi ser dette som ei heilt nødvendig kartlegging for å få eit fullverdig grunnlag for vidare planlegging av nødmeldetenesta. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, KoKom og Helsedirektoratet er sentrale i ei slik utgreiing.
- Argumentasjonen for felles sentralar blir i stor grad begrunna med eksempel på sjeldne problemstillingar (trafikkulukker og hjertestans). Vi er einige i at det føreligg potensiale for forbetringar når det gjeld varsling og handtering av alle hendingar som inneber trong

for samhandling mellom nødetatane. Det er tilfeller der varsling mellom t.d. helse og brann ikkje fungerer tilfredstillande. Dette er også eit viktig tema i gevinstuthenting av nødnettet. Samhandling mellom etatane utgjer likevel ein svært liten del av alle raude responsar. Vi kan såleis ikkje tilrå at ein utformar løysingar som gjer at vi får mindre effektive og kvalitativt dårlegare arbeidsprosessar ved handtering av dei daglegdagse og tidskritiske problemstillingane.

- Vår erfaring er at samhandlingsvanskar oftare er aktuelt innanfor helsetenesta enn mellom naudetatane. Vi trur ikkje at ein felles sentral vil ha positiv effekt i høve til dette. Tvert i mot er vi redde for at den koordinerande funksjonen innan helse vil bli svekka med ein slik sentral.
- Ut frå ei samla vurdering av moglege konsekvensar og sett frå vår kommunale ståstad vil vi frårå arbeidsgruppa sin tilrådde modell.

Slik vi ser det må arbeidet vidare med utforming av nødmeldetenesta i større grad ta utgangspunkt i kvardagen og dei faktiske tilhøva i dei norske nødetatane i dag.

Med helsing



Arne Aksnes
Kommuneoverlege

Bjarte Almenning
Koordinerande sjukepleiar
Legevakt