

26 OKT 2009

JUSTISDEPARTEMENTET

SAKS NR.	2009 09809
AVD/KONT/DEL	RDA R/HAS
DDK.NR.	50
UNIKKSBLE:	HELSE 625

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag
Kalfarveien 31, 5018 Bergen Tlf +47 55586500 Fax +47 55586130
post@legevaktmedisin.no
www.legevaktmedisin.no

Det kongelige justis- og politidepartement
Postboks 8005 Dep
0030 OSLO

Bergen, 22 oktober 2009

Høring – Rapport: Forslag til fremtidig organisering av nødmeldetjenesten (112 rapporten)

Viser til høringsbrev av 10. juni 2009 vedrørende rapport med forslag til fremtidig organisering av nødmeldetjenesten.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) er først og fremst opptatt av at et mulig nytt felles nødnummer (112) ikke må svekke helsedelen av nødmeldetjenesten. Rapporten sine argumenter for et enhetlig nummer er preget av tilpassing til det europeiske systemet og mulige innsparinger og fordeler for publikum som skal huske bare ett nummer. Rapporten har få vurderinger som bygger på norske data over hva nødmeldetjenestene faktisk driver med og hvilke samarbeidspartnere som volummessig er viktige. Den framstår således preget av et svakt kunnskapsgrunnlag, spesielt på helsesiden.

For Nklm er samhandling mellom akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK-sentral) og legevaktssentral (LV-sentral) helt sentralt i den daglige håndtering av akuttmedisinske hendelser. Dette aspektet er nærmest fraværende i rapporten. Samhandling mellom alle nødetatene (helse, politi og brann) gjelder sjeldne hendelser, der tidsaspektet vanligvis ikke er så tidskritisk at det ikke kan opprettes kommunikasjonslinjer på samme måte som i dag, også i framtiden. Ved eventuelle nye sentraler må det medisinske kompetansenivået være høyt blant personalet som skal besvare nødtelefoner, og ikke lavere enn i dag.

Vi vil også benytte anledningen til å presentere en del nye epidemiologiske data om sykdom og skadeforekomst av betydning for organiseringen av norsk medisinsk nødmeldetjeneste.

Kunnskapsgrunnlaget

FENN rapporten sier følgende: "Valg av løsning bør reflektere om nødmeldetjenesten prinsipielt skal ha fokus på ulykker som krever koordinering mellom nødetatene eller hendelser som bare involverer én etat".

Videre heter det i 112 rapporten s 52; "Det finnes i dag ikke systematisert tallmateriale eller relevant forskning med en kvalitet som kan gi grunnlag for en bred analyse av dagens nødmeldetjeneste eller valid sammenligning mellom etater og sentraler i dagens nødmeldetjeneste".



Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin er faglig knyttet til
Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen
og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens
kommunikasjonsberedskap (KoKom)



Rapporten bærer preg av denne manglende epidemiologiske kunnskapen om hva medisinsk nødmeldetjeneste faktisk inneholder. I rapporten går to eksempler igjen som argument for viktigheten av en felles nødmeldetjeneste; hjertestans og trafikkulykker. Dette er sjeldne hendelser og nødmeldetjenesten innen helse (AMK) har i all hovedvekt helt andre medisinske problemstillinger å forholde seg til.

I en studie utført ved Nklm og Stiftelsen norsk luftambulansse ble det samlet data fra tre AMK sentraler som dekker en populasjon på 840 000 mennesker. Innsidens av sykdom og skader anses som representative for hele Norges befolkning. Dataene er prospektivt samlet inn over en tre måneders periode og omhandler kun røde responser, altså høyeste hastegrad. Dataene skal publiseres i nær fremtid.

Tre måneders datainnsamling resulterte i 5 180 pasienter, noe som gir en rate på om lag 24/1000 innbyggere per år. 90 % av dem hadde medisinske problemstillinger / symptomer.

Stor variasjon i medisinske problemstillinger

Det var et bredt spekter av problemstillinger som ble vurdert ved AMK sentralene. Det spente fra kardiovaskulære problemer, syncope / bevisstløshet, respirasjonsbesvær, neurologiske problemer, abdominale problemer, psykiatri, endokrine / metabolske problemstillinger, genitalier /urinveis problemer, problemer ved graviditet og øyeskader. Kardiovaskulære, pustebesvær, neurologi, syncope / bevisstløshet og psykiatri var de vanligste problemstillingene.

For alle røde responser ble alle pasientene retrospektivt definert etter alvorlighetsgrad ved bruk av NACA som skåringsmal. 70 % ble definert som ikke livstruende problemstillinger selv om altså AMK hadde gitt hastegraden "rød respons". Median alder på pasientene var 57 år, hvor 25 % var eldre enn 75 år.

I kun 2 % av de medisinske tilfellene ble det igangsatt hjerte-lunge-redning.

Få hendelser som krever samhandling

10 % av de røde responsene var skader og trafikkulykker, hvor trafikkulykker stod for 7 av 10. Av dem ble brann varslet på samme ulykke i kun 45 % av tilfellene og politi i 53 % av tilfellene. Totalt betyr det at AMK definerte behov for samhandling med andre nødetater i omtrent 3 % av alle røde responser. Det kan stilles spørsmål ved om brann og politi burde vært varslet oftere. I så tilfelle kunne tallet for situasjoner hvor det var behov for samhandling i forbindelse med ulykker maksimalt blitt 7 % av alle røde responser. I tillegg kan det nevnes at ved ulykker / trafikkulykker forekom potensielt eller livstruende skadde i ikke mer enn 2 % av alle røde responser.

Rapporten "Kartlegging av virksomhetsdata fra nødmeldesentraler i helse", utgitt av KoKom, viser at trippelvarslinger ble utført i 0,3 % av totalt antall tiltak og at samarbeid mellom helse og brann alene utgjorde 0,2 % og at samarbeid mellom helse og politi alene utgjorde 0,8 %. I denne målingen er alle henvendelser til AMK inkludert, som totalt i Norge per år ble estimert til omtrent 880 000.

Det synes som om argumentasjonen for en felles nødmeldesentral i stor grad er basert på behovene for samhandling ved hjertestans og ved trafikkulykker. Tallene presentert over viser at valg av organisasjonsmodell er gjort med fokus på meget sjeldne hendelser, mens behovene ved de vanlige hendelsene ikke er vektlagt i tilstrekkelig grad.

Nytt digitalt nødnett

I Helseradionettet har lege-ambulansealarm den begrensning at lege og ambulanse må ha programmert samme kommunenummer i sine radioer. I nytt digitalt nødnett kan AMK og LV-sentralene fritt velge hvilke radioer som skal utalarmeres når varsling skal foretas. Man kan også predefinere grupper av radioer som det skal sendes utalarmering til.

Rapporten går nå inn for at bare politiets operasjonssentraler skal styre politiets ressurser. Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) skal ha uttalt at de ikke aksepterer at andre enn brannvesenet skal utalarmere brannmannskaper i Nødnett (også når det gjelder ulykker). Redningsalarm er derfor ikke en funksjon som skal benyttes i Nødnett. Hvis dette skal gjelde også ved en eventuell ny 112 sentral, vil argumentasjonen om samhandling falle helt bort. Da sitter helsetjenesten igjen som de eneste som gir fra seg styringen av egne ressurser til en felles sentral.

Nklm savner fullstendig en vurdering av hvordan varslingssystemene til lokale ressurser, inkludert legevakt, er tenkt i den foreslåtte 112-modellen.

Samhandling innad i helsetjenestens nødmeldetjeneste

112-rapporten viser til at AMK mottar henvendelser fra publikum med stor variasjon i hastegrad, henholdsvis 22 % røde (akutt), 25 % gule (haster) og 53 % grønne responser (vanlig). LV-sentralene mottar også henvendelser fra publikum med stor variasjon i hastegrad, men med en noe annen fordeling. Forskning utført ved Nklm viser at LV-sentralene mottar henvendelser med ca 2 % røde, 18 % gule og 80 % grønne responser. Av alle røde responser ved AMK har ca 9 % av hendelsene sin primærkontakt til LV-sentralen. Nesten 30 500 pasienter som årlig får hastegrad rød respons i Norge, kontakter først legevakten, dette utgjør trolig opp mot 40% av alle hendelser som utløser en rød respons. Dette viser at det er viktig med tett samhandling i helsetjenestens nødmeldetjeneste og at tjenestene ved LV-sentralene og AMK er tett vevet sammen.

Visjonen om én nødmeldetjeneste der alle henvender seg etter intensjonene, én operatør og én mottaker av informasjon er etter Nklms mening ikke mulig å oppfylle. Det vil alltid være overlapp mellom AMK (eller 112) og LV-sentralene og god kommunikasjon og samhandling mellom disse er en forutsetning for en god og sikker tjeneste. Nklm har i Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt foreslått at det forskriftfestes at LV-sentralen skal kunne sende primær lege- og ambulansealarm og deretter overføre ansvaret for koordinering av aksjonen til AMK. Dette må det tilrettelegges for også ved en fremtidig organisering av nødmeldetjenesten.

Rapporten diskuterer heller ikke forslaget om et nytt felles nasjonalt legevaktnummer, på linje med det politiet har i dag. På samme måte som for politiet, anser vi det som sannsynlig at mange som vet at de skal til helsetjenesten, vil bruke dette nummeret, også når det haster. Dette understreker poenget om både høy kompetanse i LV-sentralene, mulighet for at LV-sentralen er aktiv aktør i nødnettet når det gjelder utalarmering av helseressurser og brann/redning, men også at kommunikasjonslinjen til nåværende AMK-sentraler er helt sentral med tanke på å overføre ansvaret for koordinering av bilambulanse, luftambulans og andre prehospitale ressurser som er helseforetakenes ansvar. Det vil være et meningsløst tilbakesteg om LV-sentralene skal måtte ringe 112 for å få hendelsen inn på et operativt rett spor og spesialisthelsetjenesten først deretter blir involvert.

Større (geografiske) enheter

I rapporten argumenteres det for større enheter i nødmeldetjenesten. Dette vil, som rapporten også fremhever, føre til noe redusert lokalkunnskap ved 112 sentralen. LV-sentralen vil i en slik situasjon være bæreren av lokalkunnskap i nødmeldetjenesten og derfor en viktig ressurs for 112 sentralen.

Færre nødmeldesentraler, større avstand til nødmeldesentralen og sammenslåing av helse, politi- og brann gir også grunn til å anta at noen av dagens 113 henvendelser vil bli kanalisert til LV-sentralene gjennom et nasjonalt legevaktnummer. Det er derfor grunn til å anta at også basert på geografiske forhold vil en større andel av røde responser først bli vurdert ved LV-sentralene. Dette gjør det særlig viktig at LV-sentralene kan sende ut lege- ambulansealarm og redningsalarm (brannvern) ved rød respons, og at god samhandling i helsetjenesten dermed er sikret.

De gule responsene krever ofte mest kompetanse!

25 % av henvendelsene til AMK i dag gjelder gule responser. Dette er medisinske henvendelser som haster og som kan skyldes svært alvorlig sykdom, men som ikke trenger alarmering og utrykning. Vurderingen av disse henvendelsene er vanskelig, selv for trent personell. Dette er vurderinger med stor grad av risiko. Det er for eksempel svært vanskelig å skille alvorlig livstruende infeksjon fra annen vanlig infeksjonssykdom tidlig i forløpet. Ofte foreligger også kompliserende forhold som kronisk sykdom og faste medisiner. Derfor må personellet i nødmeldetjenesten ha en særlig kompetanse innen på dette feltet for å gjøre de rette vurderingene og gi de rette rådene. En solid helsefaglig bakgrunn er etter Nklms mening nødvendig i første ledd.

Koordinering

I rapporten påpekes det at: *"Spesielt ved håndtering av medisinske nødssituasjoner, der det kan være behov for å gi medisinsk behandling på skadested eller under transport, er det avgjørende at aktiviteten i sentralen, i ambulansetjenesten og i sykehus er godt koordinert."* Det er verdt å merke seg at legevakten og legevaktlegen ikke er nevnt her. Det er imidlertid legevaktlegen som er medisinsk ansvarlig for helsetjenesten i kommunen og den som i de fleste tilfeller tar avgjørelser om behandling som startes før og under transport til sykehus. Koordineringen som trengs i disse tilfellene er *innen* helsetjenesten, i de fleste tilfellene mellom legevaktlege, ambulansepersonell og AMK. Dette er jo en av hovedbegrunnelsene for det nye nødnettet og bruken av det.

Kompetansen på framtidige 112 sentraler

Rapporten sier lite om hvilke medisinsk formalkompetanse operatørene ved 112 sentralene skal ha. En viktig forutsetning for at ett nødnummer, der operatører skal vurdere medisinske problemstillinger skal fungere, er god medisinsk kunnskap. Per i dag er det primært sykepleiere med erfaring fra akuttmedisin som besvarer telefoner og gjør en vurdering av situasjonen på bakgrunn av beslutningsstøtteverktøyet Norsk medisinsk indeks, kunnskap og erfaring.

Rapporten vektlegger betydningen av å ha en operatør som raskt kan vurdere om en situasjon er livstruende og som i tidskrisiske situasjoner raskt skal alarmere nødvendige ressurser. I tillegg skal vedkommende kunne gi råd om førstehjelp. Operatørene skal kunne kontakte helsepersonell (lege) med spesialistkompetanse dersom problemstillingen ikke er lett å vurdere. Det kommer ikke frem i rapporten hvilke kurs og utdanning personer som skal

betjene 112 telefonen skal ha, og heller ikke hvilken operativ erfaring innen en av de tre nødetatene.

På bakgrunn av de epidemiologiske dataene vist ovenfor, som viser problemstillingene personellet ved AMK sentralen per i dag møter (altså innbyggernes behov), mener Nklm at innbyggerne først og fremst trenger å komme raskt i kontakt med kvalifisert helsepersonell. Epidemiologien viser at problemstillingene er komplekse, ofte er det eldre mennesker med akutt forverring av kronisk sykdom eller nytt akuttmedisinske problem i tillegg til kronisk sykdom.

Rapporten bruker igjen eksemplet med hjertestans i omtale av kompetansebehovet til operatøren. Kompetansebehovet går langt ut over dette ene akuttmedisinske problemet, som for øvrig er lett å definere og håndtere, men til gjengjeld svært sjeldent. Det må nevnes at i Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt er kompetansekravet for operatører ved legevaktsentralene satt til minst å være helsefaglig utdanning på bachelor nivå, i tillegg til relevant praksis og andre kvalifikasjoner som er viktig for å betjene en nødmeldesentral.

Nklm mener kompetansekravene til personellet ved spesialisthelsetjenestens nødmeldesentral må være like høye som kompetansekravene til personellet ved primærhelsetjenestens nødmeldesentral. Dette innebærer helsefaglig utdanning på bachelor nivå og relevant praksis i tillegg til annen nødvendig opplæring hos personell som mottar nødansrop der helsehjelp er det primære anliggende.

Medisinsk fagkompetanse

I rapporten er det beskrevet at helsepersonell kan kontaktes ved behov: *”...dette er imidlertid ikke til hinder for at samtalen kan settes over til relevant fagperson i eller utenfor sentralen hvis tidsfaktoren ikke er kritisk og/eller det er behov for spesifikk kompetanse. I noen tilfeller kan kvalitet være viktigere enn rask reaksjon.”*

”Det må sikres systemer som ivaretar ordninger med at for eksempel vakthavende legespesialist i sykehus kan konsulteres i situasjoner der dette er aktuelt”.

På bakgrunn av de epidemiologiske dataene presenterte over, som representere problemstillinger personellet ved AMK sentralen per i dag møter (altså innbyggernes behov), vil vi påstå at medisinsk faglig kompetanse er viktigere enn rask reaksjon i de aller fleste akuttmedisinske hendelser. Vi mener også at spredningen av de medisinske problemstillinger og kompleksiteten som kom frem i undersøkelsen, indikerer at behovet for å sette over til relevant fagperson vil være så stort at fagpersonen selv bør ta telefonen. Det vil i de færreste situasjoner være tilstrekkelig med ”En nødmeldetjeneste -èn operatør, èn mottaker av informasjon”. Vi synes også det er påfallende at eneste ressurs som nevnes som aktuell å konsultere, er vakthavende legespesialist i sykehus. Det eksisterende mønster med at AMK rask overfører problemstillinger til LV-sentral og legevaktlege, er en god modell som bør videreføres.

112 sentral og taushetsplikt

Rapporten beskriver utfordringer med tanke på ivaretagelse av taushetsplikten ved en felles nødmeldesentral. Dette er først og fremst en problemstilling i skjæringspunktet mellom helse og politi i forbindelse med behov for helsehjelp knyttet til kriminelle handlinger. Det er viktig at publikum ikke unnlater å søke helsehjelp på grunn av redsel for at straffbare forhold skal bli kjent for politiet.

Det må sikres systemer som ivaretar dette forholdet. Systemene må gjøres kjent for befolkningen og det må evalueres at systemet inngir tillit.

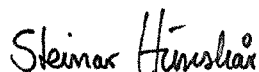
Modellene

Rapporten presenterer fire mulige organisasjonsmodeller. Det er vanskelig å vurdere disse på bakgrunn rapportens innhold. Nklm mener de helsefaglige vurderingene bør gjøres av kvalifisert helsepersonell i første linje. Samtidig bør samhandlingen mellom etatene styrkes. Dette kan også gjøres med dagens organisering. Om det etableres ett nødnummer må den som besvarer henvendelsen ha solid helsefaglig kompetanse på høyskolenivå i tillegg til praktisk akuttmedisinsk erfaring. Alternativt må rask kanalisering til de respektive fagsentraler prioriteres og sikres gjennom gode rutiner.

Konklusjoner

Nklm mener at det ved innføring av et felles nødnummer må tas hensyn til de reelle utfordringene ved dagens system. Vi mener utfordringene ved dagens nødmeldetjeneste snarere er knyttet til de medisinskfaglige vurderingene og samhandling innen helse, enn samhandlingen mellom brann, politi og helse. Hendelsene der det er behov for stor grad av samhandling mellom etatene, er sjeldne. Denne samhandlingen kan også sikres på andre måter enn gjennom en felles sentral.

Vennlig hilsen



Steinar Hunskår
forskningsleder

Saksbehandlere:
Jesper Blinkenberg
Erik Zakariassen