



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Justis- og beredskapsdepartement

Pb. 8005 Dep

0030 OSLO

Deres ref.: 13/7865-VB

Vår ref.: 13/5639

Dato: 13.02.2014

Høring - Rapport fra arbeidsgruppe som har vurdert brann- og redningsvesenets organisering og ressursbruk

Det vises til brev av 12.12. 2013 fra Justis- og beredskapsdepartementet.

Legeforeningen kommenterer enkelte avsnitt i rapporten som berører helsetjenesten (kapittel 16), men tar ikke stilling til rapportens hovedkonklusjoner.

Legeforeningen mener at felles operativt lederforum i kommunene kan være et egnet tiltak for bedre samordning og bruk av felles nomenklatur.

Forslaget om ny modell for skadestedsledning støttes.

I rapportens pkt.16.1 uttrykkes støtte til planene om ett nødnummer og felles nødsentraler. Begrunnet i faglighetsprinsippet er Legeforeningen uenig i dette, jfr. tre tidligere uttalelser¹ fra foreningen.

Den norske legeforenings sentralstyre,
etter fullmakt

Bjarne Riis Strøm
fung. generalsekretær

Audun Fredriksen
fagsjef

¹ Høringsuttalelser av 20.9. 2004 og 21.10. 2009, samt brev av 12.9. 2008 til statsrådene Storberget, Hansen og Strøm-Erichsen.

Høring - forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten

Justisdepartementet
Pb 8005 Dep
0030 Oslo

Det vises til justisdepartementets brev av 27.05.2004.

Legeforeningen er enig i at effektivitet, samhandling og informasjonsutveksling i og mellom brann, politi og helse er svært viktig, både for nødmeldetjenesten selv, og for en rekke andre samfunnssektorer. En utredning om disse forhold kan derfor være av stor verdi.

Legeforeningens hovedkonklusjoner er:

Legeforeningen dypt uenig at 112 innføres som eneste nødnummer.
Legeforeningen vil ikke tilråde at nødmeldetjenesten organiseres som en felles tjeneste.
Legeforeningens vil fraråde at nødmeldetjenesten får ett organisatorisk tilknytningspunkt.
Legeforeningen vil fraråde at antall nødmeldesentraler reduseres betydelig.

Vi vil først gi noen generelle kommentarer, og deretter omtale utredningens hovedkonklusjoner.

Utredningen peker på flere forhold som kan forbedres, men etter vårt syn er en rekke påstander og forslag til endringer bare i begrenset grad underbygget med tilstrekkelige faktaopplysninger. Mye har preg av meningsyttringer.

Utredningens perspektiv er hovedsakelig storulykker med behov for samordnet innsats fra de tre nødetatene, men analyserer etter vårt syn ikke hvordan de foreslåtte tiltak vil påvirke enkeltpersonhendelser innen helsevesenet, for eksempel håndtering av telefonrådgivning ved tidskritiske hendelser. Det store volum av "vanlige" henvendelser er ikke tilstrekkelig ivare tatt.

Kriteriebasert utsendelse av innsatspersonell er ikke drøftet (jfr. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp), og fagkyndighetsprinsippet er forlatt. Alternativ respons til utsendelse av ambulanseluftambulans, så som faglig rådgivning eller kontakt med andre aktører i helsetjenesten, er ikke utredet.

Handlingsmønstre det legges opp til ved å implementere foreslåtte modeller vil etter vårt syn måtte påføre helseforetakene betydelig økte kostnader. De land man viser til for å vise hvordan foreslåtte modeller fungerer benytter større ressurser på drift av utrykningsenheter enn Norge, til tross for mer konsentrert bosetning (Storbritannia, Danmark, Sverige) og har til dels som følge av organiseringen en dårligere varsling til mottagende sykehusavdeling (Finland).

Utredningen kommenterer bare meget flyktig faglige krav og standarder ved de ulike modellene, og det påpekes at datagrunnlaget for å vurdere kvalitet er for dårlig.

For Legeforeningen er kvalitetsvurdering og utvikling av den medisinske del av nødmeldetjenesten helt sentralt. Vi vil derfor poengtere betydningen av at den akuttmedisinske kjeden fungerer etter faglig gode nok standarder. Responstid, definert som tiden det tar til ressurs (helsepersonell/ambulans) er på plass på skadested, er en sentral og viktig kvalitetsindikator. Dersom det første ledd i kjeden svekkes medisinskfaglig vil hele kjeden svekkes betydelig, med alvorlige konsekvenser for mennesker i nød.

Manglende innsatsklare ambulanser er et økende problem, som bl.a. skyldes den økende funksjonsfordelingen i helseforetakene som gjør at mange av ambulansene benyttes til transport av pasienter mellom avdelinger. Sentraliseringen av ambulansene gjør responstiden for lang mange steder.

Legeforeningen vil fremheve noen viktige prinsipper for nødmeldetjenesten:

- 1) God tilgjengelighet for publikum til nødmeldetjenesten
- 2) God medisinsk fagkunnskap hos de som mottar og formidler nødansrop som gjelder akutt sykdom og skade.
- 3) Organisering av tjenestene med klare samarbeidslinjer og gode tekniske løsninger for kommunikasjon internt og eksternt.
- 4) God tilgjengelighet til kompetent innsatspersonell.
- 5) God nok lokalkunnskap

I det følgende kommenterer Legeforeningen utredningens fire hovedkonklusjoner.

"112 bør innføres som eneste nødnummer i Norge"

Tilgjengeligheten vil etter Legeforeningens syn bli dårligere dersom publikum ikke straks treffer helsepersonell med nødvendig fagkunnskap. Ved en eventuell viderefremføring av nødansropet til helsepersonell vil det bli forsinkelser i eventuell bistand. Arbeidet på en nødmeldesentral er meget faglig krevende. Med en felles sentral vil dette bli ennå vanskeligere. God medisinskfaglig skoleing er nødvendig for raskt å forstå hvilken innsats som er nødvendig og tilstrekkelig. Dette vil ikke kunne ivaretas gjennom den nye type "helthetskunnskap" som beskrives i utredningen.

Ett felles nødnummer forutsetter et felles ledd for samtlige nødetater. Dette må enten innebære at nødhenvendelser ikke håndteres av fagpersonell, og dermed bryter med fagkyndighetsprinsippet, eller at det etableres et mellomledd som fordeler henvendelsene til riktig fagetat.

I henhold til EU/EØS-direktiv skal alle land i EU/EØS-samarbeidet ha nødnummer 112, slik at henvendelser kanaliseres derfra til rett instans. Dette innebærer likevel ikke at medlems-stater ikke kan ha andre nødnumre, som 110 og 113, så lenge hensynet til varsling på tvers av nødetatene ivaretas.

Konsesjonsinnehavere for mobiltelefonnett er forpliktet til å la henvendelser til nødnummer 112 passere også for telefonbrukere som ikke har abonnement hos vedkommende operatør eller som mangler tellerskritt på kontantkort. Dette medfører at politiets sentral med nødnummer 112 mottar et betydelig antall falske alarmer og irrelevante henvendelser. Dette medfører forsinkelser for reelle nødhendelser.

Dersom nummer 112 etableres som eneste nødnummer vil dette gi assosiasjoner til politiets nåværende nødnummer. Publikum kan komme til å avstå fra å søke nødvendig helsehjelp, for eksempel ved ulykker knyttet til kjøring i alkoholpåvirket tilstand, ved forgiftninger med narkotika eller ved andre forhold som ville kunne medføre politietforskning.

Det vil kreve relativt stor informasjonsinnsats å lære publikum at de ikke skal ringe 113 ved medisinske nødhendelser.

Legeforeningen er dypt uenig i at 112 innføres som eneste nødnummer.

"Hele eller deler av nødmeldetjenesten bør organiseres som en felles tjeneste for alle tre etatene"

Det største antall hendelser som nødmeldetjenestene i dag håndterer er hverdagshendelser som akutt sykdom/skader og ulykker av begrenset omfang. Få av disse involverer alle tre nødetatene. Der det er behov sendes i dag såkalt trippelmelding for eksempel fra 113 til 112 og 110.

I planleggingen av morgendagens nødmeldetjenester er det viktig å legge vekt på at de vanligste nødsituasjoner og enkelthendelser må få gode løsninger, samtidig som man bygger inn strukturer som muliggjør kommunikasjon og koordinert innsats ved større ulykker og katastrofer.

Medisinske tilstander som enkeltulykker, hjertestans, store blødninger, krampeanfoll, bevisstløshet og lignende bør håndteres av helsepersonell, som i dag. Behovet for medisinsk faglig kompetanse hos personell som mottar nødanrop må ikke nedvurderes. Det er vesentlig at den første som mottar melding om alvorlig sykdom eller ulykke, er i stand til på faglig grunnlag å kartlegge situasjonen så godt at riktige og tilstrekkelige tiltak kan treffes.

Det vil også være sannsynlig at personell skolert i andre fag enn de medisinske ikke vil ha tilstrekkelig kompetanse og derfor vil feilvurdere hendelser til å være mer alvorlig enn de er, og slik bruke unødig mye ressurser. Dette har man sett i andre land.

Legeforeningen vil på denne bakgrunn ikke tilråde at nødmeldetjenesten organiseres som en felles tjeneste.

"Nødmeldetjenesten bør ha ett organisatorisk tilknytningspunkt"

Ved en sammenslåing av nødetatene til en felles tjeneste med ett felles organisatorisk tilknytningspunkt, vil det etter Legeforeningens syn være vanskelig for tjenesten og publikum å definere grensesnittet for hvilke oppgaver denne felles tjenesten skal ta seg av og hva som er de enkelte etatenes oppgaver og ansvarsområder. Vi kan ikke se at dette spørsmålet er tilstrekkelig klarlagt i utredningen.

Argumentene om fagkunnskap ved håndtering av anrop (jfr. kommentarene ovenfor) er her også viktige. Argumentene nedenfor vedrørende geografi og tekniske løsninger er også viktige i forhold til sammenslåing av etatene.

Legeforeningens vil derfor fraråde at nødmeldetjenesten får ett organisatorisk tilknytningspunkt.

"Antall nødmeldesentraler bør reduseres betydelig fra dagens antall"

I helsetjenesten er det allerede foretatt sammenslåing av flere nødmeldesentraler, og politiet og brannvesenet har gjort det samme med sine sentraler. Denne omstruktureringen har vi ennå ikke fått noen systematisk erfaring med. Vårt inntrykk er likevel at det oppstår vanskeligheter for sentraler med ansvar for store geografiske enheter og manglende lokalkunnskap.

Det er et skille mellom hovedtyngden av henvendelser som går til lokale legevaktsentraler (LV-sentraler), og henvendelser som går til medisinsk nødmelding. Dette gjelder både antall (langt flere til LV-sentraler) og hastegrad. Henvendelser via nødnummer skyldes ofte mer alvorlige hendelser. Dette aspektet savnes i utredningen

Ved å redusere antall nødmeldesentraler til 10 i et land hvor geografi, organisering og tilgjengelighet til tjenester og nødressurser er såpass ulike, vil lokalkunnskapen bli svært dårlig.

Store enheter krever et kommunikasjonssystem som er betydelig mer avansert enn det vi har i dag. I utredningen presenteres den digitale Tetra-teknologien som en mulig løsning på dette. Det er imidlertid etter Legeforeningens syn grunn til å stille spørsmål ved hvor snart denne teknologien vil kunne tas i bruk i tjenesten. Systemet er fortsatt under utprøving, og utbygging til en landsdekkende tjeneste vil medføre betydelige investeringer.

Det er lite penger å spare på en endring. Sykehus med akuttfunksjon må fortsatt ha en form for AMK-sentral for å ivareta håndtering av egen akuttinnsats. Denne må ikke nødvendigvis motta 113 henvendelser fra området og antall 113-sentraler kan derfor reduseres, men antallet AMK-sentraler må opprettholdes på tilsvarende nivå som i dag.

På denne bakgrunn vil Legeforeningen fraråde at antall nødmeldesentraler reduseres betydelig.

Den norske lægeforenings sentralstyre

etter fullmakt

Terje Vigen
generalsekretær

Hans Asbjørn Holm
fagdirektør

20 september 2004 . Emner: ikt, kvalitet og samhandling

Mer om emnene

IKT
Kvalitet
Samhandling

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

Vedlegg 1. Sak 265/09 (1.01)

Justis- og politidepartementet
Postboks 8005 Dep
0030 Oslo

Deres ref.: Vår ref.: 09/04409 Dato: 21.10. 2009

Vi viser til høringsbrev fra Justis- og politidepartementet av 10.07.2009 vedr. forslag til fremtidig organisering av nødmeldetjenesten (112-rapporten). Høringsbrevet er forelagt relevante organisasjonsledd i Legeforeningen og vedtatt av sentralstyret den 21. oktober 2009.

Generelt til rapporten

Legeforeningen vil innledningsvis vise til at den interdepartementale arbeidsgruppens mandat har vært å utrede hvordan en ordning med ett felles nødnummer og felles nødmeldesentraler for brann, politi og helse kan organiseres, herunder vurdering av antallet sentraler og nødmeldetjenestens organisatoriske tilknytning. Alternative modeller for bedre samordning og effektivisering av samarbeidet mellom nødetatene har således ikke vært en del av mandatet. Det synes Legeforeningen er beklagelig, også tatt i betraktning av den kritikken som har vært reist i denne saken fra en, i hovedsak, samlet helsetjeneste. Vi er derfor skuffet, men ikke overrasket, over at 112-rapporten gjentar og utdyper forslagene i FENN-rapporten (2004) og St.meld. nr. 22 (2007-2008).

Legeforeningen stiller seg selvsagt positiv til at det bygges strukturer som forbedrer kommunikasjonen og den koordinerte innsatsen mellom ulike nødetater ved større ulykker og katastrofer. Vi mener likevel at utgangspunktet for planleggingen av morgendagens nødmeldetjeneste må være å sikre gode løsninger for det store volumet av hverdags hendelser knyttet til akutt sykdom/skader og ulykker av begrenset omfang. Dette perspektivet er heller ikke i denne rapporten ivare tatt i tilstrekkelig grad. Forslagene bryter med tenkningen bak "den akuttmedisinske kjede", og har ikke ført til trygghet i helsetjenesten i forhold til hvordan "vanlige" akuttmedisinske situasjoner tenkes håndtert når hvert sekund teller.

Den interdepartementale arbeidsgruppen har vurdert fire ulike modeller innenfor det fastsatte mandatet og anbefaler modell C. Modellen innebærer felles mottak og veiledning av nødmeldinger. Videre bør utalarmering og ressurskoordinering for helsetjenesten og brannvesen skje fra 112-sentralen, mens tilsvarende for politiet bør skje fra operasjonssentralen. Legeforeningen kommenterer i det følgende noen viktige konsekvenser av forslagene.

Innføring av ett felles nødnummer 112

For befolkningen kan innføring av ett felles nødnummer 112 synes som en hensiktsmessig forenkling. Legeforeningen vil imidlertid anføre at dagens 113 fungerer meget godt, både fordi telefonnummeret er godt innarbeidet og fordi det finnes systemer og rutiner for rask overføring av feilanrop til andre sentraler. Dagens ordning skaper således sjelden farlige situasjoner grunnet unødig tidsbruk. Dersom 112 likevel innføres som eneste nødnummer, må det lages systemer som sikrer at innringere får medisinsk hjelp like raskt som i dag.

Nedleggelse av AMK-sentraler, etablering av 112-sentraler

Den interdepartementale arbeidsgruppen anbefaler at det etableres 7-8 nye 112 sentraler med utgangspunkt i helseregionene. Som følge av dette nedlegges dagens 19 AMK-sentraler bemannet med helsepersonell. I stedet legges det opp til virksomhetsbasert opplæring av operatørene, herunder særskilte krav til helsefaglig kompetanse. Innholdet i opplæringen skal utredes nærmere.

Legeforeningen er opptatt av at den medisinskfaglige kompetansen hos personell som mottar nødansrop ikke nedvurderes. Vi stiller oss derfor kritisk til at innringer ikke lenger skal kunne få direkte kontakt med helsepersonell med akuttmedisinsk kompetanse og erfaring. Det vil kunne gi helt uakseptable tidsforsinkelser ved de mest akutte medisinske tilstander, deriblant hjertestans, hjerteinfarkt og ufrie luftveier. Vi mener videre at den skisserte reduksjonen i antallet nødmeldesentraler vil føre til svekket kunnskap om geografi, organisering og tilgjengelighet til tjenester og nødressurser. Dette vil også få konsekvenser for samarbeidet med lokale instanser som LV-sentraler og ambulansene, noe som i liten grad omtales i rapporten. Satsning på IKT, GPS og kartplottere er nødvendig for bedre kvalitet på tjenesten, men vil ikke kunne erstatte slik lokalkunnskap.

Relasjon til nytt digitalt nødnett

I henhold til rapporten er det nærliggende å tenke seg at utbygging av nytt nødnett og eventuell innføring av felles nødnummer og nødsentraler burde falle sammen i tid. Det anses likevel som mest hensiktsmessig å separere reformene grunnet nødnettkontraktens omfang og kompleksitet, og dermed risiko.

Legeforeningen ser frem til å få et felles digitalt kommunikasjonssystem for de tre nødetatene. Utbyggingen medfører imidlertid store offentlige investeringer, og har vist seg å ta lang tid. Dersom Regjeringen velger å innføre felles nødnummer 112 og felles nødsentraler bør felles nødnett uansett være på plass først.

Pilotprosjekt i Drammen

Den interdepartementale arbeidsgruppen anbefaler at det gjennomføres et pilotprosjekt for å teste ut den anbefalte modell C i Drammen, hvor det allerede pågår en prosess for å samlokalisere nødetatene i politihuset (SAMLOK-prosjektet). Etter planen skal nødsentralene ta i bruk felles nødnett i første utbyggingsfase.

Legeforeningen støtter igangsettelse av pilot før eventuell innføring av ett felles nødnummer 112 og felles nødsentraler. Vi forutsetter imidlertid at det felles digitale bakkenettet er operativt ved pilotens oppstart.

Ivaretagelse av personvern og taushetsplikt

Rapporten legger til grunn at personvernet i fremtidig nødmeldetjeneste skal ivaretas gjennom lovpålagte krav som sikrer gode rutiner. Legeforeningen støtter intensjonen og forutsetter at taushetsplikten fortsatt må være fullt ut gjeldende, som i dagens lovverk. Hvis ikke risikerer man at enkeltpersoner unngår kontakt med 112 i nødsituasjoner.

Administrative og økonomiske konsekvenser

Den interdepartementale arbeidsgruppen mener at effektiviseringspotensialet i den foreslåtte omleggingen av nødmeldetjenesten er betydelig, og at omstillingskostnadene vil være dekket inn i løpet av få år. Legeforeningen antar derimot at det vil være lite ressurser å spare på en endring. Alle sykehus med akutfunksjon må fortsatt ha en form for AMK-sentral for å ivareta håndtering av egen akuttinnsats, selv om de ikke lenger nødvendigvis mottar 113-henvendelser. Legeforeningen antar tilsvarende vurderinger vil ligge til grunn hos de andre nødetatene.

Vi vil også minne om at det store flertallet av innleggelse i sykehus skjer som øyeblikkelig hjelp. Dersom AMK-sentralenes "portåpner-funksjon" overtas av en ikke-helserelatert instans (112-sentralene), vil helseforetakene miste styringen over egne ressurser. Det er i den sammenheng et tankekors at land der nødmeldetjenesten er organisert i tråd med foreslåtte modell bruker mer ressurser på drift av utrykningsenheter enn Norge, til tross for mer konsentrert bosetning (eks. Storbritannia, Danmark, Sverige).

Den norske legeforeningens sentralstyre
etter fullmakt

Geir Riise
Generalsekretær

Jorunn Fryjordet
Avdelingsdirektør

21. desember 2009 Emner: ikt.

Mer om emnene

IKT



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Helse- og omsorgsdepartementet
Statsråd Bjarne Håkon Hansen
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.: 08/3732

Dato: 12.09.2008

Framtidig organisering av nødmeldetjenesten i Norge

Justisdepartementet legger i Stortingsmelding 22 (2007-2008) Samfunnssikkerhet – Samvirke og samordning fram forslag om innføring av ett felles nødnummer (112) og felles nødmeldesentraler for brann, helse og politi i Norge. Legeforeningen er dypt uenig i at 112 innføres som eneste nødnummer og vil understreke at i en medisinsk nødsituasjon må pasienter, pårørende eller andre innringere møte kvalifisert helsepersonell som førstekontakt.

Den foreslåtte organiseringen bryter med fagkyndighetsprinsippet og fjerner publikums rett til direkte kontakt med helsepersonell i en medisinsk nødssituasjon. Den akuttmedisinske behandlingsskjeden – ”kjeden som redder liv” – brytes hvis ett av de livsnødvendige leddene flyttes utenfor helsetjenestens kontroll. Tilgjengeligheten til medisinsk kompetanse vil bli redusert, og evt. viderefremføring av nødnummer til helsepersonell vil gi forsinkelser før bistand iverksettes – ikke minst pga. den store mengden falske alarmer og irrelevante henvendelser til politiets nødsentral. Økt bruk av utrykningsressurser (”for sikkerhets skyld”) er sannsynlig. Det store flertallet av innleggelses i sykehus skjer i dag som øyeblikkelig hjelp. Hvis ”portåpnerfunksjonen” i akutte kritiske situasjoner overtas av ikke-helserelatert instans, vil derfor helseforetakene miste et viktig verktøy til å styre og videreutvikle egen virksomhet.

Stortingsmeldingens utgangspunkt er håndtering av samfunnsmessige katastrofer. Ivaretagelse av samfunnsmessige katastrofer må imidlertid ikke medføre at man bryter den akuttmedisinske kjeden. Det store volum av vanlige akuttmedisinske henvendelser er ikke ivaretatt i forslaget til ny organisering av nødmeldetjenesten. Medisinske tilstander som alvorlige ulykker, hjertestans, store blødninger, bevisstløshet osv. må håndteres av helsepersonell. Den første som mottar melding om alvorlig sykdom eller ulykke, må på faglig grunnlag være i stand til å vurdere situasjonen så godt at riktige og tilstrekkelige tiltak kan treffes umiddelbart. Behovet for medisinsk faglig kompetanse hos personell som mottar medisinske nødmeldinger, må ikke undervurderes. I planleggingen av morgendagens nødmeldetjenester må utgangspunktet være gode løsninger for de vanligste nødsituasjonene – samtidig som man bygger inn strukturer som muliggjør kommunikasjon og koordinert innsats ved større katastrofer.

Forslagene i Stortingsmeldingen er i tråd med Fenn (Forenkling og Effektivisering av Nødmeldetjenesten)-rapportens anbefalinger fra april 2004. Da dette utredningsarbeidet ble startet, var alle nødetatene representert i arbeidsgruppa. Det viste seg imidlertid etter hvert umulig å oppnå enighet, og Helsedepartementets representanter ble trukket fra utvalget. Rapporten ble deretter ferdigstilt av Justisdepartementet og sendt på bred høring høsten 2004. Mange høringsinstanser var kritiske til

rapporten:

- Av 24 hørings svar fra helsetjenesterelaterte instanser ønsket 21 å beholde publikums direkte tilgang til helsetjenesten (113) ved akutt nød. Bare én instans (Sosial- og Helsedirektoratet) ønsket ett felles nødnummer. Øvrige hørings svar ga uttrykk for at utredningen er mangelfull og ikke ga grunnlag for beslutning.
- Av 7 helserelevante fagorganisasjoner ønsket to ett felles nødnummer, de øvrige 5 ønsket å beholde 113 for medisinsk nød.
- Av tre svar fra politietaten, var to positive til ett felles nødnummer. Alle tre ga imidlertid uttrykk for at politiets operasjonssentraler ikke kunne erstattes av felles nødmeldesentraler. Politidirektoratet påpekte at utredningen var mangelfull og ikke ga grunnlag for beslutning.
- Av 5 svar fra brannetaten ønsket tre ett felles nødnummer, men alle ga uttrykk for at fagsentralprisnippet må opprettholdes
- De to pasientorganisasjonene (LHL og FFO) som svarte, ønsket begge at dagens ordning skulle opprettholdes inntil det er sikret at helse spørsmål blir tilstrekkelig ivare tatt ved en annen organisering.
- Finansdepartementet påpekte at datagrunnlaget ikke var tilstrekkelig for å kunne vurdere de økonomiske konsekvenser av endringsforslagene. De påpekte viktigheten av at det i det videre arbeid ble gjort grundige vurderinger av økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene.

Stortingsmeldingen inneholder ingen henvisning til høringsuttalelsene og tar ikke opp de innspill som høringsrunden ga. Det foreligger ingen utredning av konsekvensene verken for primær- og spesialisthelsetjenesten eller for den enkelte nødetat. Det foreligger ingen risiko- og sårbarhetsanalyse verken mht. innføring av 112 som felles nødnummer eller sammenslåing av sentraler. Færre sentraler som betjener større geografiske områder gir manglende lokalkunnskap - noe som kan få store konsekvenser ved håndtering av tidskritiske hendelser. Store enheter krever også mer avanserte kommunikasjonssystemer enn vi har i dag.

Legeforeningen er derfor dypt uenig at 112 innføres som eneste nødnummer og kan ikke tilråde at nødmeldetjenesten organiseres som en felles tjeneste. I en medisinsk nødsituasjon må pasienter, pårørende eller andre innringere møte kvalifisert helsepersonell som førstekontakt. Organisering av nødmeldetjenesten må ikke medføre at livreddende behandling blir forsinket. Legeforeningen vil også fraråde at antall nødmeldesentraler reduseres betydelig.

Den norske legeforenings
Sentralstyre
e.f.

Terje Vigen
Generalsekretær

Bjarne Riis Strøm
Medisinsk fagdirektør

Likelydende brev er sendt til:

Statsråd Bjarne Håkon Hansen, Helse og omsorgsdepartementet
Statsråd Knut Storberget, Justis- og politidepartementet
Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen, Forsvarsdepartementet
Stortingets helse- og omsorgskomite
Stortingets justiskomite
Stortingets forsvarskomite

Partienes gruppeledere på Stortinget

