



# Fylkesmannen i Vest-Agder

JUSTISDEPARTEMENTET	
21 SEPT 2004	
SAKSNR.: 200401096	
AVD/KONT/BEH: RBA/B-R/LSW	
DOK.NR. 30	ARKIVKODE: 625

Saksbehandler: Sissel Andreassen  
Tlf.: 38 17 67 90

Deres ref.: 27.05.2004  
Vår ref.: 2004/3541

Vår dato: 17.09.2004  
Arkivkode: 350

Justis- og politidepartementet  
Postboks 8005 Dep  
0030 Oslo

## Høring - utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten

Det vises til departementets utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten datert 27. mai 2004.

**Med utgangspunkt i den foreliggende dokumentasjon finner vi ikke å kunne støtte utredningens anbefalinger om ett nødnummer.**

Det er fire hovedgrupper av årsaker til vår konklusjon:

### 1. Fagkyndighetsprinsippet

Rask respons er en forutsetning for å yte effektiv hjelp ved en nødsituasjon. Utredningen diskuterer eller definerer ikke hva som er nød. Gjeldene forskrift for medisinsk nødmeldetjeneste sier derimot i § 2-1:

*Med begrepet nød forstås her befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp fra helsepersonell i vakt.*

I praksis vil det imidlertid være en subjektiv vurdering av opplevd situasjon som avgjør om nødnummeret benyttes. Den enkelte innringer vil ha forskjellig terskel for når nødtjenesten kontaktes. Dette innebærer store krav til adekvat faglig vurdering hos dem som mottar anropene. Den medisinske nødmeldetjenesten er derfor bygget på fagkyndighetsprinsippet, som er beskrevet i Ot. prp nr. 26 (1988-89).

Det er viktig at publikum har tillit til at de får kyndig hjelp når de kontakter helsetjenesten. En forutsetning for dette er at det er helsefagkyndig personale som håndterer anropene.

Medisinsk nødmeldetjeneste skal være noe langt mer enn en telefonsentral. Den skal være betjent av særlig utdannet, trent og stadig oppdatert helsepersonell, som yter helsetjenester. I en nødsituasjon må fagkyndig personale, dersom det er behov for det, kunne omgjøre innringer til førstehjelpere under kyndig veiledning, inntil profesjonelt personell ankommer.

Operatøren på en eventuell fellssentral må håndtere tre ulike radionett med svært ulike fagfelt og problemstillinger. Faren for å gjøre feil vil lett bli større enn den er ved dagens system. Feilvurderinger og misforståelser vil i gitte situasjoner kunne ha katastrofale følger.

Vår medisinske nødmeldetjeneste har vært lov- og forskriftsfestet siden 1990, og har etter dette vært i en kontinuerlig utviklings- og forbedringsprosess. Som utredningen påpeker, er for eksempel antall AMK-sentraler vesentlig redusert i løpet av den perioden utredningsarbeidet har pågått.

Som utredningen omtaler, er det nødnummeret for helse som mottar de fleste anropene, og 113 er godt kjent i befolkningen. Andelen feiloppringinger er forholdsvis lavt. Det vil ta tid for befolkningen å bli fortrolig med et evt. nytt nummer, ikke minst dersom dette blir 112, som hittil har vært relatert til politiet.

Vi er også tvilende til hensiktsmessigheten ved å etablere et femsifret nummer for hver etat i tillegg til nødnummeret. For helse er det godt innarbeidet at det er kommunens legevaktnummer og nødnummer 113 befolkningen trenger å forholde seg til .

## **2. Juridiske forhold**

Det er vårt inntrykk at utredningen i liten grad har vurdert sentrale juridiske forhold. Taushetsplikten og vanskeligheter med å ivareta denne er et viktig tema, som rapporten etter vårt skjønn ikke problematiserer tilstrekkelig. Verken samtykke eller presumert samtykke, som ligger til grunn for tverrfaglig samarbeid, er diskutert. Som det beskrives i utredningen, må det etableres egne, spesielle regler for håndtering av de opplysningene som mottas.

Helsetjenesten er avhengig av befolkningens tillit til at den informasjon som gis, ikke brukes til annet enn det som er tiltenkt og nødvendig i en nødsituasjon. - Vil en ruset person som har skadet seg i trafikken, eller en kriminell person med akutt behov for helsetjeneste, våge å ringe, dersom vedkommende vet at det han ringer, også er politiets nødnummer? Hvem tror folk de henvender seg til ved ett nødnummer? Publikum bør ut fra situasjonen kunne velge hvilken nødetat de skal kontakte, og være inneforstått med hvem som får opplysninger.

## **3. Mulighet for styring av egne ressurser**

En ordning med ett nødnummer kan forsinke tiden før innringer når helsefaglig personell, veiledningen kan bli dårligere, og helsetjenesten mister styringen over egne ressurser, særlig ambulansene.

En forutsetning for å rekvirere eller videreformidle til hjelp på riktig nivå, er at den som mottar anropet kjenner helsetjenesten, kan gjøre en adekvat vurdering av hva hjelpebehovet er, kanalisere henvendelser til andre instanser eller om nødvendig rekvirere akutte tjenester. Utredningen avklarer ikke tilfredsstillende hvordan kommunikasjonen mellom én felles nødsentral og operativ helsetjeneste (legevakt, jordmor, ambulansetjeneste, sykehus m.v.) skal sikres.

Helsetjenesten bygger på det såkalte LEON-prinsippet, at hjelp skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå. Erfaring taler for at stor avstand til innringer og svak helsefaglig kompetanse hos mottaker medfører et overforbruk av kostnadskrevenne tjenester, som for eksempel ambulansetrykninger. Dette forholdet er oversatt i de økonomiske kalkyler som inngår i utredningen.

Utredningen beskriver eksempler på hendelser hvor flere nødetater har vært involvert. Totalt sett er det imidlertid ikke noe stort volum på de hendelsene som involverer alle tre nødetatene.

Det er de vanligste situasjonene som er vanligst, og som vi må legge mest vekt på ved strukturering av tjenestene.

#### **4. Øvrige forhold**

Etter at utredningsprosjektet startet i 2001, har det skjedd omfattende endringer i flere av etatenes nødmeldesentraler, både når det gjelder antall, organisering og innhold. Det er vår oppfatning at det bør innhentes systematisk dokumentasjon på hvordan dagens ordning fungerer, før man eventuelt går videre med å vurdere endringer.

Utkast til ny forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste utenfor sykehus har nylig vært på høring. Formålet med forskriften er å bidra til å styrke og regulere samhandlingen og synliggjøre ansvarsfordelingen mellom de ulike delene av de akuttmedisinske tjenestene.

Det er så stor forskjell på dansk og norsk geografi at vi ikke uten videre kan kopiere naboene i sør når det gjelder dimensjoneringsbehov. Selv om det finnes tekniske løsninger for opprinnelsesmarkering, er lokalkunnskap av vesentlig betydning i en nødsituasjon. Befolkningsmessig er Norge på størrelse med en bydel i London, men den norske helsetjenestens nødmeldesystem kan ikke av den grunn ta i bruk Londons modell.

#### **Konklusjon**

Etter vår oppfatning utgjør ikke utredningsrapporten et adekvat og oppdatert beslutningsgrunnlag for vedtak av så omfattende karakter som den legger opp til. Med det faktagrunnlaget som foreligger i utredningsrapporten, kan vi ikke se at fordelene ved ett nødnummer oppveier ulempene for befolkningen og helsetjenesten i flertallet av de nødsituasjoner hvor det er behov for helsehjelp.

Vi støtter derfor ikke utredningens anbefaling om ett nødnummer – 112. Dagens modell bør fortsette inntil det evt. foreligger god dokumentasjon på at en nyordning vil være til fordel både for befolkningen og samfunnet.

  
Ann-Kristin Olsen

  
Per Pedersen  
beredskapssjef