

Notat

Til: Helse Midt-Norge RHF
Fra: St. Olavs Hospital HF

Dato: 07.09.04

Høringsuttalelse

Utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten

Høringsuttalelsen er utarbeidet av:

Sven Erik Gisvold, klinikkssjef Klinikk for Anestesi og Akuttmedisin,
systemansvarlig for medisinsk nødmeldetjeneste i S-T

Johan-Arnt Hegvik, overlege AMK-sentralen, medisinsk nødmeldetjeneste i S-T

Erlend Sundland, ambulanseseleder Sør-Trøndelag

Erik Isern, overlege Anestesiavd, medisinsk leder luftambulansen Trondheim

Torger Øvergård, teknisk systemansvarlig medisinsk nødmeldetjeneste i S-T

Kirsten Mo Wiseth, seksjonsleder AMK-sentralen/medisinsk nødmeldetjeneste i S-T

Oppsummering

1. Den endelige prosjektgruppen for FENN fra Justisdepartementet har ikke nødvendig medisinsk kompetanse til å vurdere medisinsk nødmeldetjeneste.
2. Behandlingen av medisinske henvendelser vil bli dårligere ivaretatt i en felles sentral uten helsefaglig personell.
3. Det er en illusjon å tro at 6-ukers medisinsk kurs (eks. SOS-alarm Sverige) gir like god kvalitet i mottak av medisinske henvendelser som ved fagutdannet personell i Norge.
4. Det er ikke dokumentert at felles alarmsentraler i Sverige, Danmark, Finland etc. har like god helsefaglig kvalitet som i Norge. Vi mener den norske medisinske nødmeldetjenesten er bedre.
5. Det er ikke dokumentert at bruk av 3 nødnummer i Norge er et problem for publikum. Spørreundersøkelsen blant publikum om ett nødnummer var useriøs.
6. Det er ikke sannsynliggjort at omorganiseringen til ett nødnummer og felles sentral vil spare ressurser og utgifter: Kostnader med etablering og opplæring av ny yrkesgruppe (operatører av nødmeldesentralene), byggekostnader (nye sentraler), nødvendigheten

av å beholde medisinske kommunikasjonsentraler parallelt (legevakt, ambulanseskoordinering, internalarmering i sykehus/foretak).

7. I tilfeller hvor det er nødvendig å sette medisinsk ekspertise i kontakt med innringer vil det i sentraler med felles operatør bli potensielt alvorlige forsinkelser.
8. Det er høyst sannsynlig at tilgjengeligheten av medisinsk nødtelefon vil forverres ved felles nødnummer pga det store antallet henvendelser til spesielt politi.
9. Vi erkjenner at ordningen med dagens etatsvise sentraler ikke ivaretar håndteringen av storulykker (katastrofer) godt nok. Det er usikkert om etablering av felles sentraler vil løse dette. Nytt digitalt nødnett og utarbeidelse av nasjonale prosedyrer vil gi en bedret kommunikasjon og bedre samarbeid etatene i mellom, dette kan løse mange av dagens problemer.

En av høringsdeltakerne – Erik Isern – i flere år har arbeidet med akuttmedisin i Skåneregion i Sverige. Erfaringer derfra var at operatørene fra SOS-alarm gjentatte ganger gjorde alvorlige medisinske feil som fikk alvorlig medisinske konsekvenser. Analyse av disse hendelsene viste at operatørene hadde for dårlig medisinsk kompetanse.

Generelt

Utvalgets sammensetning og mandat

Vi stiller oss undrende til prosessen i utvalgets arbeid og at uenighet innad i utvalget om anbefalinger førte til at Justisdepartementet fullførte utredningsprosjektet alene. Slik vi kjenner utvalgsarbeid er det vanlig at uenighet får komme til uttrykk ved dissens. Vi stiller oss også undrende til at mandatet ble endret etter at departementene ble enig om at Justisdepartementet skulle fullføre utredningen alene. Det fremgår heller ikke av rapporten hvem som var medlemmer i prosjektgruppen.

Utredningen

Utredningen er mangelfull og gir anbefalinger på et tynt grunnlag. Helsevesenet er komplekst med prehospital akuttmedisin som strekker seg over to forvaltningsnivå: kommunalt nivå med ansvar for primærhelsetjeneste (legevakt) og statlig nivå med ansvar for spesialisthelsetjenesten (bl.a. ambulans- og luftambulansetjeneste). Det er ikke utredet godt nok hvordan dette bør fungere etter at første melding er mottatt.

Helsevesenet har i løpet av de siste 15 år bygd opp en kommunikasjonsberedskap for helsetjenesten. Det har skjedd store framskritt og når det gjelder øyeblikkelig hjelp i helsevesenet er AMK- og LV-sentralene viktige kommunikasjonsknutepunkt som binder sammen første- og andrelinjetjenesten. AMK-sentralenes integrasjon i sykehuset gir publikum, ambulans- og primærhelsetjeneste en unik tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten. Det er et faktum at alt ikke fungerer optimalt til enhver tid og mye kan forbedres. Bedre oppfølging av eksisterende og gjeldende prosedyrer, og at nasjonale myndigheter stiller krav til tjenesten slik at tjenesten blir mer ensartet er ønskelig. Det er unødvendig å bygge ned en velfungerende tjeneste for å lykkes med det.

Vi vurderer løsningene er for dårlig utredet til å kunne vedta en så dramatisk endring for helsevesenets kommunikasjonsberedskap.

Anbefalingene

Antall nødnummer

Vi er i mot utvalgets anbefaling om ett felles nødnummer for alle tre etatene og etatsvise nasjonale femsifrede nummer.

Felles nødnummer

Ett nødnummer vil medføre forsinkelse som i mange tilfeller kan være avgjørende for vellykket livredning, leveår og livskvalitet:

- Stor pågang og mye feilringing til politiets nødnummer og belastning på tilgjengelige linjer vil medføre at akutt og kritisk syke må konkurrere om linjer og operatører med alle som ringer feil, jmf. statistikk der helsevesenet er den etat som har flest reelle henvendelser og har det nødnummeret som er best kjent. Helsevesenets krav er at 113 skal besvares umiddelbart. Dette kravet samsvarer ikke med at politiet har lagt inn talemelding på 112 for å sile bort feilringing.
- For å oppnå kontakt med medisinsk fagpersonell må henvendelsen settes over til helsepersonell – deri enda en forsinkelse.

Tid kan være avgjørende i kritiske situasjoner som f. eks. ved hjertestans der det innen 4 minutter må etableres sirkulasjon for å unngå varig hjerneskade. Dette er et kritisk tidsvindu som kan bli oppbrukt ved de forsinkelsene som legges inn ved å innføre ett nødnummer.

Det har vært og er mye fokus på prehospital responstid i de senere år (NOU 1998:9 og St.meld. 43). For å oppnå reduksjon i responstid er det flere steder satset på en desentralisering av ambulansetjenesten. Ambulansestasjoner er splittet opp og det er etablert nye stasjoner. Effekten av dette tiltaket forsvinner hvis svartiden forlenges ved å innføre ett felles nødnummer.

Det kan nevnes at tester har vist at svartid (dvs. tiden det tar fra publikum hører ringetonen til nødmeldesentralen svarer) er vesentlig lenger i København - ofte mer enn to minutter, enn hva som er akseptabelt i Norge – maks 25 sek.

Femsifret nummer

Det anbefales i rapporten at brann og helse bør gjøre som politi å innføre et nasjonalt nummer for henvendelser som ikke er tidskritiske. Helsevesenet har allerede, på samme tid som nødnummer 113 ble innført, innført dedikerte nummer for henvendelser som kan vente litt.. Dette er 8-sifrede nummer til legevakt som er forskjellig fra legevaktsentral til legevaktsentral og som gir publikum mulighet til å komme i kontakt med legevakten i den kommunen/distriktet det gjelder. I Sør-Trøndelag er disse numrene godt kjent i befolkningen og fordelingen av henvendelser til legevakt og medisinsk nødnummer er stort sett slik vi mener det skal være, men vi ser at legevaktsentralene mottar en del akutthenvendelser der

medisinsk nødnummer burde vært benyttet. Hvis situasjonen haster slik at det ikke er tid til å finne frem det 8-sifrede nummeret til legevakt, skal nødnummeret benyttes.

Vi tror det er et viktig poeng er at nummeret til legevakt ikke blir for lett å huske, da vi er bekymret for at det vil utkonkurrere bruken av nødnummeret. Hva er grunnen til å innføre et femsifret nummer hvis det ikke er for at det skal bli lettere å huske? Dette samsvarer ikke med argumentet for innføring av ett nødnummer, som er å gjøre det enklere for publikum, her foreslås tre nye servicenummer. Ved innføring av ett felles nummer og tre femsifrede nummer er vi der vi er i dag. Publikum må huske fire nummer i stedet for tre nødnummer som i dag.

Dette bør utredes nærmere før det tas standpunkt til om det skal innføres for helse.

Fagkyndighetsprinsippet

Håndtering av henvendelser om akutt sykdom og skade er en **medisinsk fagoppgave** og kan ikke omgjøres til et nytt fag – ”nødmeldetjeneste”. De ulike fagområdene har noen fellesnevner og de bør samordnes og forbedres. Det er viktig at akutt syke får direkte kontakt med kompetent helsepersonell som ut fra prosedyrer og praktisk erfaring fra Akuttmottak – både med ulike pasientkategorier og forskjellige medisinske fagmiljø, har bred kjennskap til medisinske tilstander og nye behandlingsprinsipper, og kan håndtere situasjonen optimalt.

Medisinsk nødmeldetjeneste er mye mer enn mottak av nødanrop og utsending av ambulanse. Håndtering av medisinske nødhenvendelser krever en kartlegging av foreliggende symptom for å kunne fastsette graden av hast og hvilke helseressurser som skal varsles. Med stor pågang og et begrenset antall ressurser må vi sikre at ressursene blir riktig benyttet og at den som trenger det mest får hjelp først. Ved AMK-Trondheim mottok vi i 2003 11366 henvendelser via medisinsk nødnummer 113, derav var 5313 (38 %) akutt, 3915 (28 %) haster og 3846 (28 %) vanlige - 845 (6 %) var feilringing. Det hadde raskt blitt for få ressurser og mye unødvendige oppdrag hvis vi ikke hadde kartlagt situasjonen nøye. Det kreves erfaring fra klinisk arbeid og integrasjon med akuttmedisinsk avdeling for å holde seg à jour med de endringer som skjer i forhold til nye behandlingsmetoder m.m.

Operatører innen medisinsk nødmeldetjeneste er avhengig av en tett dialog med medisinsk fagpersonell innen spesialisthelsetjenesten. Dette for råd og veiledning i enkelte akuttsituasjoner, bl.a. for EKG-tolkning. AMK-sentralen har ansvar for intern alarmering i sykehus. Traumeteam /medisinsk stab skal ha tett dialog med operatørene for fordeling av skadde til ulike sykehus. Katastrofeledelsen ved sykehuset skal ha tett kontakt og være til stede i umiddelbar nærhet av nødmeldesentralen i en katastrofesituasjon. Det er en forutsetning for å kunne lede sykehuset/helsevesenets innsats.

I rapporten står: ”Nødmeldetjenestens ansvar omfatter ikke det å lede selve aksjonen eller styre innsatsressurser etter at disse har ankommet skadestedet. Imidlertid vil operatørene gjerne følge med på en aksjon frem til denne avsluttes, for eksempel ved å følge en ambulansetransport helt til denne ankommer sykehuset.”, **dette er feil.** AMK-sentralene har et ansvar for at pasienten leveres til rett nivå (dvs. primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten) og rett sykehus. Det er på bakgrunn av tilbakemeldinger fra ambulansespersonellet at slike avgjørelser tas. AMK-sentralen kjenner sykehuset og kan kople riktig spesialist i konferanse med utrykningspersonellet for at pasienten skal komme til riktig sykehus og riktig behandling, f. eks om pasienten ved akutt hjerteinfarkt skal til sykehus som

kan utføre PCI-behandling. I tillegg kan spesialisten kan gi råd om behandling underveis til sykehus. Dersom nødmeldeoperatøren ikke er tilknyttet sykehusets organisasjon vil slik samhandling/tilgjengelighet være vanskelig.

Vi mener det er viktig at publikum i akuttmedisinske nødsituasjoner skal gis mulighet for å komme i direkte kontakt med helsepersonell uten unødvendige forsinkelser.

Organisering av felles tjenester

Det er uklart for oss hvilke felles tjenester det her tenkes på og vi har vanskelig for å se at etatene har felles *tjenester*. Alle tre etater har en fellesnevner når det gjelder mottak av melding og innsats ved ulykker og nødsituasjoner. Dette innebærer bl.a. oppgaver som må løses i fellesskap, men slik vi ser det er det ikke det samme som felles tjenester.

Begrepet samordning

Når det gjelder behovet for samordning mellom nødetatene i operativ sammenheng, gjelder det en brøkdel av hendelsene som helse er involvert i. Av 11366 henvendelser via 113 til AMK- Trondheim i 2003 ble Politiet involvert i 788 hendelser (6,9 %) og Brannvesenet involvert i 288 (2,5 %). Det totale antallet henvendelser til AMK-sentralen i Trondheim (inkl. LV-henvendelser) var 68453 og derav utgjør involvering av Politi og Brann henholdsvis 1,2 % og 0,4 %. Når det gjelder 113-henvendelsene var 78 % akutt sykdom og 22 % ulykker.

Det er beskrevet i utredningen at nødmeldesentralene har mange oppgaver som kan utføres av andre. De oppgaver som normalt ivaretas i AMK-sentralene er relatert til øyeblikkelig hjelp (unntak planlagte ambulanseoppdrag) og må ses i sammenheng med organiseringen av helsetjenesten forøvrig. I rapporten pekes det på at planlagte ambulansetransporter ikke er en oppgave for nødmeldesentralen, men så lenge befolkningsgrunnlag og bosettingsmønster er som det er i Norge har de fleste områder ikke så mange planlagte transportere at vi økonomisk kan forsvare å avsette egne ressurser for disse oppdragene. Det kan kun være én koordinator av ambulanseflåten innen et område. Dersom flere får råderett over de samme ressursene vil det bli en uoversiktlig situasjon og det vil bli umulig å opprettholde forsvarlig beredskap og god planlegging. For helsevesenet er det, slik vi ser det, mer å hente på å samordne og utnytte ressursene fleksibelt innad i etaten enn med de andre etatene.

Nødetatene er tre ulike etater/fagfelt med ulike oppgaver og roller, som ikke kan ikke smeltes sammen til en etat og et nytt fag. Helsevesenet har behov for en **medisinsk nødmeldetjeneste** – både i og utenfor sykehus. Dette er en integrert tjeneste i den øvrige del av helsetjenesten. Helsevesenet skal hjelpe uansett og publikum skal kunne kontakte helsevesenet uten at det automatisk betyr varsling av politi. Dette betyr at nødmeldeoperatøren ikke automatisk kan involvere andre etater, men at det må vurderes fra situasjon til situasjon. Vi mener det som har vært mangler og svakheter frem til i dag må forbedres, men at det kan gjøres ved samarbeid med de andre etatene.

Taushetsplikten skal skjerme mot innsyn fra andre enn de som skal behandle/yte bistand. Dette er et område som er alt for dårlig utredet, der er det også uavklarte forhold i de land det sammenlignes med i rapporten. Jmfr. utredning/verifisering FENN, KoKom sept.-04

Når det gjelder samordning av prosedyrer og innføring av digitalt nødnett vil det bli det behov for samordning i stor grad, men etatene må kunne samarbeide om dette og eventuelt løfte det opp til overordnet, nasjonalt nivå for å få overordnede bestemmelser på plass.

Ressursutnyttelse på tvers av etatene

Når det gjelder *bedre ressursutnyttelse på tvers av etatene* forstår vi ikke hva som menes. Når det gjelder helseressursene (leger, ambulanser og luftambulanser) kan de vanskelig utnyttes av brann og politi og motsatt kan vi vanskelig utnytte politiets og brannvesenets ressurser.

Dersom det tenkes på stordriftsfordeler ved sammenslåing av nødmeldesentraler og at det f. eks menes at det vil bli behov for færre sykepleiere til å bemanne nødmeldesentralene totalt sett, er det forbundet med en stor grad av usikkerhet. Helsevesenet må, ut fra vår vurdering uansett bemanne egne kommunikasjonssentraler også i en fremtid. Det er mulig at det kan effektiviseres noe ved at det vil bli behov for færre nødmeldeoperatører totalt sett, men vi synes det er misvisende å omtale dette som ressursutnyttelse på tvers av etatene.

Utvalget sier videre i sin anbefaling at *"Valg av løsning bør reflektere om nødmeldetjenesten prinsipielt skal ha fokus på storulykker som krever stor koordinering eller de mer dagligdagse enkeltendelser"*. Uansett løsning må medisinsk nødmeldetjeneste ha **like stort fokus på de daglige akuttmedisinske hendelsene som på storulykkene**. Det går ikke å nedprioritere det ene til fordel for det andre.

Mange AMK-sentraler er legevaktsentral for en eller flere kommuner. Dette er øyeblikkelig-hjelp-virksomhet der en faktisk utnytter ressursene fleksibelt via en ordning som gir mulighet for å styrke bemanningen på foretaksdelen ved behov og på kommunedelen når det er kapasitet til det. Dette gir full oversikt og virkelig mulighet for å gi publikum god service alt etter hvordan totalsituasjonen er.

Organisatorisk tilknytning

Vi stiller oss uforstående til hva som menes med ett organisatorisk tilknytningspunkt. Medisinsk nødmeldetjeneste må ha sin tilknytning til helsevesenet. Publikum vil og skal ha kontakt med helsevesenet når de blir akutt syke, ikke med et nytt og kunstig fagområde. Medisinsk nødmeldetjeneste er og blir en medisinsk fagoppgave og kontakten med resten av helsevesenet er svært viktig. Medisinsk personell har et ansvar for tjenesten og det må være der forankringen skal være, også i en fremtid. En tjeneste som ikke har kontakt og tilknytning til fagmiljøet vil stagnere, det kan bli problem med å implementere nye behandlingsprinsipper, pasientene kan bli sendt til feil nivå osv.

Helse er enig i at det kan være gevinster å hente i en samordning av felles behov mot tekniske leverandører og teletilbydere. Men det er ikke nødvendig med et felles organisatorisk tilknytningspunkt for å oppnå disse gevinstene.

Brann og Helse samarbeidet i begynnelsen 1980-årene om utarbeidelse av kravspesifisering og etablering av et felles varslings- og kommunikasjonssystem (helseradionettet). De tre nødetatene hadde i samme periode et nært samarbeid omkring etableringen av opprinnelsesmarkering for nødansrop. Norge var det første landet i Europa som etablerte systemet for opprinnelsesmarkering.

Nødmeldetjenesten ble etablert i begynnelsen av 1990-årene. Vi ser i ettertid at en nasjonal styring av etableringen **medisinsk** nødmeldetjeneste ville ha vært mer tids- og kostnadseffektiv enn den desentraliserte utbyggingsmodellen som ble valgt.

Vi har flere eksempler i nyere tid på hvor de tre nødetatene har samarbeidet om tekniske løsninger. En viktig forutsetning for et godt resultat er imidlertid at behovene er sammenfallende.

TETRA-piloten i Trondheim var et felles prosjekt som ga viktige erfaringer med et nytt digitalt nødnett. Den store utfordringen ble ikke de organisasjonsmessige relasjonene, men at behovene var forskjellige i de tre nødetatene. Det ble nødvendig å tilpasse tekniske løsninger for ulike brukergruppene. Utgangspunktet for den tekniske integreringen var også forskjellig for deltakerne i pilotprosjektet.

Helse vil bestemt avvise at etableringen av et nytt digitalt nødnett berettiger felles organisasjon for å hente ut mest mulig gevinster. Et nytt radiosystem vil derimot gi flere muligheter for et bedre samspill ved hendelser som krever innsats fra flere nødetater og samarbeidspartnere.

Forskjellige behov kan medføre at det i en stor felles organisasjon, oppstår forsinkelser og redusert fleksibilitet ved utarbeidelse og innføring av nye tekniske løsninger.

Når det gjelder registreringsverktøy har etatene forskjellige behov. Helsevesenet må ha et registreringsverktøy som er utformet slik at helsetjenestens krav og behov blir dekket. Gjennom arbeid i arbeidsutvalg for AMIS-data har vi sett at selv innenfor helse er det ulike behov. Erfaringene tilsier at krever mye å enes om kodeverk innad i helse og vi kan vanskelig forstå at det er mulig å dekke alles behov ved et felles system.

Opprinnelsesmarkering

Opprinnelsesmarkering fra bla mobiltelefon er en nasjonal utfordring som ikke er løst i dag. Nødetatene har i fellesskap utarbeidet en kravspesifisering og de tekniske løsningene er tilgjengelig. Utfordringene ligger i å få kravene lovfestet og en avklaring om hvordan etableringen av de tekniske løsningene skal finansieres.

Antall sentraler

Utvalget anbefaler en reduksjon i antall nødmeldesentraler og anbefaler et visst antall innbyggere som en rettesnor for hvor stort et "nødmeldeområde" bør være.

Vi mener det ikke er mulig å se isolert på antall innbyggere. Det er av stor betydning hvor mange legevaktdistrikt nødmeldeoperatørene skal forholde seg til og hvor stort areal operatørene skal ha en viss kjennskap til. Hvis en skal gå ut fra et befolkningstall på 500.000 betyr det at det nordligste "nødmeldeområdet" vil omfatte minst Finnmark, Troms og Nordland med grense mot Sverige, Finland og Russland.

Vi er enige i at lokalkunnskap ikke lenger er så viktig som før, men en viss kjennskap til området (fjorder, ferjer, fjelloverganger m.m.) er viktig. Nærmeste ambulanse på et kart er nødvendigvis ikke den nærmeste i tid. Dess større område en skal operere i, dess verre blir det å kjenne til slike forhold. I dag, med analogt radionett, er bl.a. radiodekning og radiosendere

også viktig å kjenne til. Norge kan ikke uten videre sammenlignes med Danmark og Finland. Topografien og bosettingsmønster er ulikt og det er store utfordringer i vårt land.

Etter foretaksreformen har helseregionene utredet og vedtatt hvor mange AMK-sentraler hver region skal ha. Dette er gjort ut fra hva som er mest funksjonelt i hver region. Arbeidet er ikke fullført, men det er godt i gang.

Den reduksjonen som nå skjer betyr bedre bemanning i sentralene og anskaffelse av hjelpemidler som digitale kart og system for flåtestyring.

Også brann og politi har redusert antallet sentraler og det kan forventes høyere profesjonalitet ved alle nødmeldesentraler.

Teknisk sikkerhet og sårbarhet

Med en så kraftig reduksjon i antall sentraler som her er foreslått, vil teknisk sikkerhet bli en kritisk faktor. Dess større område som samles om en sentral dess flere vil bli berørt ved teknisk svikt ved sentralen. For å gjennomføre en reduksjon i antallet nødmeldesentraler som her er foreslått må det kompenseres for dagens desentraliserte løsninger. Sentralene og tilknytninger i telenettet må sikres på en helt annen måte og vil kreve store investeringer. Det er store utfordringer knyttet til en slike sikringstiltak – både teknisk og økonomisk.

Det kan f. eks oppstå situasjoner som gjør det nødvendig å evakuere fra sentralen – ved for eksempel brannødeleggelser, jmf NRK. Minst to sentraler må forberedes med tekniske løsninger og bygges opp som reservesentraler med nødvendig teknisk utstyr og areal for å kunne motta operatørene fra de to største sentralene.

Kostnader

Det er umulig å vurdere om helsevesenet kan redusere kostnadene til nødmeldetjenesten. Foretakene må uansett beholde sine kommunikasjonsknutepunkt og med et ekstra ”fremskutt” ledd foran helsevesenets kommunikasjonsentraler er det en risiko for at komme til å øke utgiftene.

Beredskap for foretakene

Sykehus med akuttfunksjon har innebygd sikkerhet når det gjelder telefoni i det at AMK-sentralen har en egen telefonsentral som fungerer som back-up hvis telefonsentralen ved sykehuset faller ut. Tilsvarende for AMK-sentralene som har back-up i sykehusets/foretakets telefonsentral.

Hvilke typer oppgaver tilknyttet nødmeldetjenesten kan organiseres som en felles tjeneste, og hvilke typer oppgaver må utføres etatsvis?

Vi kan ikke se at vi har felles tjenester og vi mener at å konstruere et nytt fagområde vil være direkte ødeleggende for den unike tjenesten vi har bygd opp de siste 15 år.

Alle oppgavene som utføres i AMK-sentralene må utføres av helsevesenet. Vi må heller videreutvikle samarbeidet mellom etatene ved å innføre sentrale krav til tjenestene og styrke samarbeidet mellom etatene både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Hvilket organisatorisk tilknytningspunkt vil tjene tjenesten best?

Helsevesenet må være tilknytningspunktet for medisinsk nødmeldetjeneste. Brann- og Politietaten vet best hva som tjener deres tjeneste best.

Avslutning

Helsevesenet i Norge har et unikt system for medisinsk nødmeldetjeneste og kommunikasjonsberedskap. Det at andre land ikke har etablert det samme systemet behøver ikke være ensbetydende med at de har et bedre system, kanskje ligger Norge på dette området foran i utvikling.

Medisinsk nødmeldetjeneste er mye mer enn mottak av nødannrop og utsending av ambulanse. Det kreves en kartlegging av foreliggende symptom for å kunne fastsette graden av hast og hvilke helseressurser som skal varsles. Vi har stor pågang og et begrenset antall ressurser. Vi må sikre at ressursene blir riktig benyttet og at den som trenger det mest får hjelp først.

Vi må sørge for en videreutvikling av det systemet vi har i stedet for å gå flere skritt tilbake!
