

Hørings svar fra Helse Nord RHF på utredning fra Justisdepartementet om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten

Helse Nord RHF har mottatt Justisdepartementets utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten til høring. Dette hørings svaret er utformet i dialog med helseforetakene i Nord og regionens fagråd for akuttmedisin.

Kommentarer til de enkelte anbefalinger:

Utredningens anbefalinger (*innrykket tekst i kursiv*) for den fremtidige norske nødmeldetjenesten er:

112 bør innføres som eneste nødnummer i Norge.

Helse Nord RHF kommenterer:

113 bør beholdes som medisinsk nødnummer i Norge. Det er kjent av publikum, har lite feilansrop, rask betjening og derved høy tilgjengelighet. Det medisinske nødnummer er ”renset” av publikum, noe som gir høy treffsikkerhet med få falske alarmer (de som ringer og egentlig skulle et annet sted), og med en god faglig håndtering basert på kriteriebasert vurdering (1) vil det være få som virkelig trenger hjelp som ikke får det. Høy treffsikkerhet gir et nødvendig grunnlag for effektiv oppdrags håndtering og fornuftig ressursbruk.

AMK-operatør er fagkyndig og gjør publikum til førstehjelper gjennom veiledning slik responstid kortes ned samtidig med at responsen karakter er tilpasset problemstilling og ressurssituasjon (2, 3).

113 gir direkte kontakt med fagpersonell i vaktberedskap gjennom den medisinske fagsentralens operatør og gir mulighet for at helsepersonell kan settes i direkte kontakt med annet spesialisert helsepersonell i vakt (for eksempel indremedisiner ved spørsmål om behandling av hjerteinfarkt, nevrolog ved hjerneslag osv).

Utredningen dokumenterer store problemer med 112 i form av feilansrop, falske alarmer og feilbruk (112 som generell informasjonstelefon). Dette forhold alene gjør 112 uegnet som eneste nødnummer i Norge og vil sette den enkelte pasient og systemet for medisinsk nødmeldetjeneste i fare.

Helse Nord RHF mener:

113 opprettholdes som medisinsk nødnummer i Norge

Hele eller deler av nødmeldetjenestens oppgaver bør organiseres som en felles tjeneste for alle tre nødetatene

Helse Nord RHF kommenterer:

Nødmeldetjenestens oppgaver innen "helse" må fortsatt organiseres som en del av helsetjenesten. Det dreier seg om en bærebjelke i de prehospitale tjenester og er tett knyttet til utøvelse av legevakt, ambulansetjenester og et viktig ledd i den prehospitale kjede (4).

De prehospitale tjenester (ambulansse og sykefrakt) omfatter ca 15 % av helseforetakenes budsjetter (i Helse Nord 1.1 milliard 2004), og ressursene må organiseres og være under kontroll av den instans som bærer kostnadene

Samordning ved større ulykker angis som begrunnelse for en felles tjeneste, men bare en liten del av oppdragene (mindre enn 10 %) i medisinsk nødmeldetjeneste involverer flere nødetater direkte. Det er ikke akseptabelt å lage et dårligere system for det store flertall av hendelser for å bedre samordning mellom etatene. Den aller viktigste samordning mellom etatene er den operative samordning og det samarbeid som finner sted på et skadested mellom tverrfaglig personell. Utredningen mangler dokumentasjon på hvordan anbefalingene vil føre til en bedre samordnet innsats totalt sett.

Dagens organisering med fagsentralmodellen gir et godt grunnlag for samordning og tverrfaglig samhandling mellom nødetatene ved varsling, utrykning, på skadested og under transport til mottakende enhet. Hver nødetat har sitt fagansvar. Overordnet redningsledelse og koordinering ivaretas av skadestedsleder og LRS i tråd med prinsippene for redningstjeneste i Norge. Det bør rettes ressurser inn på utvikling av dette samarbeidet gjennom utvikling av felles prosedyrer og øvelser. Slik vil den praktiske samordningen mellom sentralene som omfatter mer enn bare varsling, kunne utvikles og effektiviseres. Det må ikke glemmes at det i dag faktisk finnes to felles sentraler i Norge - nemlig Hovedredningsssentralene. Disse ivaretar etatsovergripende aksjoner - større hendelser og kriser. Det som mangler i dag er et nytt felles digitalt nødsamband.

Helse Nord RHF mener:

AMK-sentralene opprettholdes som medisinsk fagsentral. Områder for samordning mellom fagsentralene utredes.

Nødmeldetjenesten bør ha ett organisatorisk tilknytningspunkt.

Helse Nord RHF kommenterer:

Medisinsk nødmeldetjeneste er helsetjeneste og må være en integrert del av øvrige helsetjeneste. For Helse Nord RHF er tjenesten et satsingsområde der en har gjort betydelig omstrukturering og modernisering. Systemet legger til rette for samhandling mellom sykehus i foretaksområdet, funksjonsdeling og pasientflyt mellom sykehus og mellom helseforetak. Den representerer også en arena for samspill med primærhelsetjeneste i innføring av nye behandlingstilbud og er en utviklingsområde for eksempel for bruk av telemedisinsk teknologi i akuttmedisin. Det er lite aktuelt for medisinsk nødmeldetjeneste å ha annet organisatorisk tilknytningspunkt enn til øvrige helsetjeneste.

Samordning mellom nødetatene må styrkes, både mellom de operative styrker, mellom ledelse på ulike nivå og mellom departement. Norske redningstjeneste baseres nettopp på koordinering og samvirke mellom sjølstendige fagenheter som har sjølstendig ansvar og bærer egne kostnader.

Helse Nord RHF mener:

Medisinsk nødmeldetjeneste er en integrert del av helsetjenesten og har sitt overordnede organisatoriske tilknytningspunkt til Helsedepartementet. Mandat og sammensetning av det nasjonale samordningsorgan mellom nødetatene revideres, og det etableres lokale samordningsorgan for nødetatene i det enkelte politi/brann/helseforetak eller AMK-distrikt.

Antall nødmeldesentraler bør reduseres betydelig fra dagens antall.

Helse Nord RHF kommenterer:

Helse Nord RHF har styrevedtak på reduksjon av antall AMK-sentraler til ett pr helseforetak. Det gir sentraler med rundt 100.000 personer i nedslagsfeltet, men som dekker store geografiske områder. Ytterligere sentralisering vil føre til mindre lokalkunnskap og geografikunnskap hos operatøren og stille store krav til gode støtteverktøy. En konsekvens vil kunne være lengre responstider, mer feilbruk av ressurser og dårligere utnyttelse av lokale ressurser (5,6).

For Helse Nord RHF er det et prinsipielt viktig anliggende at den som styrer ressurs også er ansvarlig for kostnadene. Med nåværende helseforetakstruktur ønsker en derfor ikke ytterligere sentralisering av medisinsk nødmeldetjeneste. Ett system med felles nødmeldesentraler og en betydelig sentralisering i forhold til dagens situasjon, vil gi et system som vil være avhengig av at det finnes lokale operasjonssentraler og AMK/LV-sentraler i de enkelte politidistrikt og helseforetak som kan prioritere innsats og koordinere aksjoner. Det vil gi et ekstra ledd mellom publikum og fagetat, føre til tidspille før den enkelte bruker får nødvendige hjelp og vil gi ekstra kostnader.

Helse Nord RHF mener:

Antall nødmeldesentraler bør være tilpasset de enkelte operative ansvarsområder. For helsetjenesten i Nord vil dette i uoverskuelig fremtid innebære én sentral i det helseforetak som har ansvar for ambulansetjenesten i området.

Andre tiltak som anbefales gjennomført uavhengig av øvrige anbefalinger:

Det bør gjennomføres tiltak for å minske feilansrop.

Helse Nord RHF kommenterer:

Dette støttes, spesielt er det viktig med informasjon til brukerne, men tiltak bør målrettes og ikke utformes slik at terskel blir slik at publikum lar vær å ta kontakt med nødetatene ved reelle behov. Vi vil ikke anbefale at det legges inn forsinkende element som for eksempel talepostkasse.

Det bør stilles krav til språkkunnskaper (samisk, engelsk, m.fl.) hos operatørene

Helse Nord RHF kommenterer:

Dette støttes. Engelskkunnskap er krav til våre operatører, og medisinsk indeks har engelsk tekst. Samisk tolk er tilgjengelig i helseforetakene, og det arbeides med system for å bedre tilgjengelighet for AMK-sentralene.

Det bør defineres kvalitetskrav og måleparametre for tjenesten.

Helse Nord RHF kommenterer:

Dette støttes. Bla er det viktig å få dokumentert tidsbruk, hvor lang tid tar det før sentralen svarer henvendelse, aktiveringstid (tid fra henvendelse til alarm av ressurs) og enhetenes responstid (fra alarm til fremme hos pasient/på skadested) ved forskjellige hastegrader. Øvrige nødetater bør vurdere kriteriebasert fastsettelse av hastegrader som et grunnlag for å kunne definere kvalitetskrav og måle resultater.

Tiltak for økt teknisk sikkerhet gjennom dobbel tilknytning til offentlige telefonitjenester bør gjennomføres.

Helse Nord RHF kommenterer:

Dette støttes. Teknisk sikkerhet må prioriteres uavhengig av om sentralene er felles eller ikke. Bruk av Nasjonalt Helsenett - som alternativ vei - for å knytte 113-sentralene sammen (backup, oppdragsoverføring etc.) vil ytterligere forsterke sikkerheten. I Helse Nord planlegges det at AMK-Tromsø skal være reservesentral for samtlige AMK-sentraler i Nord, AMK-Bodø skal være reserve for AMK-Tromsø. Sikkerhet for bruker dreier seg om mer enn de enkelte sentrals sikkerhet. Sentralen fungerer i en sammenheng der sikkerheten i hele nettverket, er det som vil bli avgjørende for den endelige kvaliteten i tjenestetilbudet til bruker.

I tillegg bes det om svar på følgende spørsmål (ref. kap. 14):

Hvilke typer oppgaver tilknyttet nødmeldetjenesten kan organiseres som en felles tjeneste?

Helse Nord RHF kommenterer:

Utvikling av felles infrastruktur; nytt felles digitalt nødnett, felles kravspesifisering til støttesystemer som elektronisk kartverk, tekniske sikkerhetssystemer, flåtestyringssystem, elektronisk verktøy for oppdragshåndtering, opprinnelsesmarkering. Utvikle muligheter til å se egne og andre nødetaters ressurser lokalisert i kart. Utvikle felles mal for opplæring av sentraloperatører med felles og etatsvise bolker. Utvikle felles rutiner og prosedyrer for samhandling. Felles øvelser.

Hvilke typer oppgaver må utføres etatsvis?

Helse Nord RHF kommenterer:

Medisinsk nødmeldetjeneste baseres på prinsippet om at svar på nødhendelse er start på medisinsk behandling. Ansvar gitt av helselovgivning aktiveres og omfattes av de enkelte regionale helseforetaks sørge-for-ansvar. Håndtering av det enkelte oppdrag inkludert rådgiving, prioritering og valg av tiltak ligger innenfor enkelte den enkelte etat sitt faglige og juridiske ansvar og må gjøres etatsvis basert på fagkyndighet.

Vurdering av en eventuell konkurranseutsetting av tjenesten

Helse Nord RHF kommenterer:

Medisinsk nødmeldetjeneste er helsetjeneste og en del av den medisinske kjernevirksomhet. Operatøren ivaretar spesialisthelsetjenestens fagansvar fra mottak av 113 henvendelse til innringer har fått nødvendig hjelp. Operatøren har ansvar for at innringer/pasient får et forsvarlig tilbud gjennom hele den akuttmedisinske kjeden. En oppsplitting og fragmentering av ansvar gjennom å konkurranseutsette deler av nødmeldetjeneste vil gi dårligere kvalitet gjennom at helheten i tilbudet til pasienten ikke ivaretas.

Forslag til antall sentraler og plassering av disse

Helse Nord RHF kommenterer:

Samhandling og utvikling av godt tverretattlig samarbeid vil forenkles dersom politi, brann og helseforetaksdistrikt sammenfaller. Foretaksgrenser i Helse Nord RHF skal revurderes, og dette vil være et moment i denne vurderingen. Sentralene må være knyttet til et solid fagmiljø og dette vil være et viktig moment for plassering. Like viktig som lokalisering er det å se på kommunikasjonen mellom sentralene, både mellom nødetatene og internt mellom fagsentraler for eksempel for helse. Nettverksorganisering av legevaktsentraler og AMK-sentraler gir et system som har tilgang til lokalkunnskap og nærhet til bruker kombinert med mulighet for høy profesjonalisering av AMK-operatør og samtidig tilgjengelighet til andre spesialiserte helsetjenester. I dette nettverket er det definert AMK-sentraler med spesielle oppgaver. For eksempel er AMK-Tromsø definert som regional AMK-sentral (R-AMK) og har en sentral oppgave som koordinator av helsetjenestens innsats i aksjoner som omfatter mer enn én sentral i Helse Nord.

Kostnader

Helse Nord RHF har ikke total oversikt over kostnadene til medisinsk nødmeldetjeneste. Det dreier seg om kostnader på flere forskjellige budsjett. Kommunale kostnader til legevaktsentral og legevaktjeneste, delte kostnader mellom kommuner og helseforetak til helseradionettet. Personellkostnadene til AMK sentralene er ikke spesifisert da det dreier seg om sykepleiere og ambulanskoordinatører i stor grad arbeider i jobbrotasjon med akuttmottak, intensivavdeling eller ambulansetjeneste.

Det er investert betydelig i modernisering og oppgradering av bl.a. kommunikasjonsverktøy, elektronisk kartverk, elektronisk oppdragshåndtering og det planlegges ytterligere investering i flåtestyringsverktøy og tiltak som gir økt teknisk sikkerhet i sentralene. Helse Nord RHF ser det som vesentlig at sentralene i regionen har standardisert teknologisk plattform slik at stordriftsfordeler utnyttes og nettverk styrkes. Felles opplæringsprogram og regelmessig erfaringsutveksling er kostnadseffektivt og sikrer jevn kvalitet i tjenesten.

Som virksomheten er kostnadene til medisinsk nødmeldetjeneste integrert i det enkelte helseforetaks og kommunes budsjett. Det som er av interesse er om helseforetakene kan oppnå økonomisk gevinst gjennom innføring av enkelte av de anbefalte løsninger.

Utredningens fremlegg vedrørende kostnader er mangelfulle og villedende. Innføring av 112 som eneste nødnummer vil ikke frigjøre midler fra helsetjenestens budsjetter. Helsetjenestens beredskapsorganisasjonen må opprettholdes. Kommunikasjon mellom publikum, primærhelsetjeneste, ambulansetjeneste og spesialisthelsetjenesten må opprettholdes. Ressurskoordinering må ivaretas. Faglig forsvarlighet bl.a. gjennom prioritering av ressurser, vil fremdeles være helsetjenestens ansvar. Innføring av 112 som eneste nødnummer, vil bli en tilleggs kostnad som helseforetakene vil måtte være med å dele på, uten at det er dokumentert at dette vil gi publikum et bedre tilbud.

Helse Nord mener:

De økte kostnadene som anbefalte løsninger innebærer, bør heller rettes mot tiltak som vil gjøre tilgjengelighet for publikum bedre og tiltak som bedrer operativitet og samordning mellom nødetatene. Felles digitalt nødnett bør utbygges.

Konklusjon

Utredningen gir ingen analyse eller grundig dokumentasjon av styrker og svakheter ved dagens organisering. Det anbefales løsninger uten at det dokumenteres at disse virkelig gir et kvalitetsmessig bedre tilbud til bruker. En gjennomgang av internasjonale nødmeldesystemer, viser at den norske nødmeldetjenesten kvalitetsmessig kommer svært godt sammenliknet med de øvrige nordiske land (7).

Det foreligger ingen konsekvensanalyse av innføring av ett nødnummer og felles sentral for den enkelte etat. Hvordan skal enkelte etat ivareta øvrige beredskapsorganisasjon og -kommunikasjon? Hva er kost-nytte for befolkningen totalt sett ved at det innføres et nytt system som i følge utredningen retter seg mot sammensatte hendelser og storulykker, mens enkelt hendelser som dominerer i helsetjenesten, får et dårligere tilpasset system?

Helsetjenesten er en etat med betydelig døgnkontinuerlig virksomhet som i stor grad dreier seg om ivaretagelse av ikke planlagt virksomhet og som har et høyt nivå av helsepersonell i beredskap. Effektivitet i tjenesten er avhengig av en godt fungerende beredskapsorganisasjon som knytter interne og eksterne beredskap sammen i et nett der kompetanse, myndighet og ansvarlighet er definert. AMK-sentralene med mottak av medisinsk nødnummer (113) er et vesentlig element i denne beredskapsorganisasjonen. Som utredningen påpeker kommer en stor del av nødhenvendelsene (opptil 30 %) til sentralene via andre sambandsveier enn nødnummer og må behandles tilsvarende.

Til forskjell fra politi- og brannsentraler starter en medisinsk behandling når operatør svarer på medisinsk nødtelefon - dette gir tilgang til spesialisthelsetjenestens medisinske fagkyndighet og intrahospitale systemer der helselovgivning stiller klare krav.

Dersom det medisinsk nødnummer erstattes med et felles nødnummer, og det etableres store felles sentral for nødetatene, vil helseforetakene likevel måtte ivareta helsetjenestens beredskapsoppgaver. Kommunene (i hht Lov om kommunehelsetjeneste) og helseforetak (i hht Lov om spesialisthelsetjeneste) vil være ansvarlig for at pasienten tilbys de nødvendige akuttmedisinske tjenester gjennom hele den akuttmedisinske kjede inkludert legevakt og ambulansetjeneste. Det fagmedisinske ansvar for den enkelte pasient og for prioritering av ressurser er og må være forankret i helsetjenesten.

Konsekvenser av de anbefalte løsninger vil være:

- Helsetjenesten må opprettholde det aller meste av dagens beredskapsorganisering, samtidig som nye sentraler må finansieres. Dette vil gi økte kostnader og udokumentert gevinst.
- Den medisinske gevinst synes å være negativ; Publikum mister sin direkte linje til helsetjenesten og vil tape i forhold til kvalifisert rådgiving og mindre treffsikre tiltak.
- Felles nødnummer med oversetting til fagsentral vil gi økt responstid.
- Felles nødnummer med direkte utalarmering av ressurser, vil øke bruk av ambulanseressurser (jvf. sml. bruk av ambulanseressurser i Norge/Danmark/England/Finland), gi økt samtidighetsproblematikk og økte kostnader.

Helse Nord RHF beklager at helsetjenestens synspunkter i en så viktig sak som omfatter medisinsk kjernevirksomhet og spørsmål som er helt sentrale i den daglige akuttmedisinske beredskap, synes å ha vært fraværende i utredningen. Dette er en vesentlig svakhet ved utredningen og dermed beslutningsgrunnlaget. Vi viser ellers til våre merknader til de enkelte av utredningens anbefalinger.

Oppsummert mener Helse Nord RHF:

- 113 opprettholdes som medisinsk nødnummer i Norge
- AMK-sentralene opprettholdes som medisinsk fagsentral. Områder for samordning mellom fagsentralene utredes
- Medisinsk nødmeldetjeneste er en integrert del av helsetjenesten og har sitt overordnede organisatoriske tilknytningspunkt til Helsedepartementet. Mandat og sammensetning av det nasjonale samordningsorgan mellom nødetatene revideres, og det etableres lokale samordningsorgan for nødetatene i det enkelte politi/brann/helseforetak eller AMK-distrikt
- Antall nødmeldesentraler bør være tilpasset de enkelte operative ansvarsområder. For helsetjenesten vil dette innebære én sentral i det helseforetak som har ansvar for ambulansetjenesten i området
- De økte kostnadene som anbefalte løsninger innebærer, bør heller rettes mot tiltak som vil gjøre tilgjengelighet for publikum bedre og tiltak som bedrer operativitet og samordning mellom nødetatene.
- Felles digitalt nødnett bør utbygges

Referanser:

1. Increasing the efficiency of emergency medical services by using criteria based dispatch.
Ann Emerg Med. 1994 Nov;24(5):867-72. Culley LL et al.
2. In-Hospital factors associated with improved outcome after out-of-hospital cardiac arrest. A comparison between four regions in Norway.
Resuscitation 2003; 56:247-63 Langhelle A, Tyvold SS, Lexow K, Hapnes SA, Sunde K, Steen PA.

3. Medical emergency service. Descriptions of a one-year activity at an emergency communication center.
Tidsskr Nor Laegeforen. 1995 Mar 30;115(9):1063-6. Steen-Hansen JE.
4. HD-St.mld.nr. 43 (1999-2000).
5. Når det haster – prehospitalt responstider I Vestfold og Troms i 2001
Tidsskr Nor Laegeforen nr 3 2004; 124: 324 – 8. Folkestad E.H. et al
6. Getting the right ambulance to the right patient at the right time.
Accid Emerg Nurs. 1995 Oct;3(4):177-83. Madsen AK.
7. International EMS Systems: the Nordic countries.
Resuscitation. 2004 Apr;61(1):9-21. Langehelle et al.