

Sykehuset
Buskerud HF



JUSTISDEPARTEMENTET

05 OKT 2004

SAKSNR.: 200401096

Administrasjonen
Direktør

AVD/KONT/BEH: RBA/B-BSW

DOK.NR: 95 | ARKIVKODE: 625

Saksbehandler: Sindre Mellesmo

Dir. tlf:

Telefaks:

Vår dato: 01.10.04

Vår ref: 04/00027 28

Arkiv: 325

Deres dato: 27.05.04

Deres ref: 200401096 B-R ISW

Det kongelige Justis- og Politidepartement

Postboks 8005 Dep
0030 OSLO

Svar på høring - Utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten

Sykehuset Buskerud dekker den medisinske nødmeldetjenesten, varsler og koordinerer ambulansetjenesten i samtlige kommuner i Buskerud, kommunene Tinn, Hjørdal og Notodden i Telemark, Sande og Svelvik i Vestfold samt Jevnaker i Oppland. AMK-sentralen er fysisk plassert i sykehuset og er døgnkontinuerlig bemannet med to operatører; en medisinsk operatør med primært ansvar for å besvare 113-anrop og en ressurskoordinator med ansvar for varsling og ressursdisponering av områdets 27 ambulanser. AMK ved sykehuset er en videreføring av den enhetlige sambandssentralen for ambulansetjenesten som Buskerud fylkeskommune etablerte i 1970.

Sykehuset Buskerud har fokus på at nødmeldetjenestens fremste oppgave er å sikre nødstilte rask og korrekt bistand gjennom effektiv håndtering og kvalifisert sortering av nødnummer, og en hensiktsmessig organisering av utrykningstjenesten. Sykehuset vektlegger at nødnettene også skal dekke beredskapsfunksjoner i form av planlegging og fortløpende registrering av hendelsesmønstre, og bidra til løsninger når større hendelser med behov for samordning av samfunnsressursene oppstår. Beredskapsapparatets funksjonalitet er i stor grad avhengig av en fortløpende vurdering av de hendelser som til stadighet inntreffer - nødnett uavhengig -, samtidig som treningsgrunnlaget for en effektiv respons best legges ved daglig samhandling. Det viktige ved en endring av nødmeldetjenesten blir å ta vare på kvalitetene og eliminere svakhetene ved dagens system.

Den foreliggende utredning er grundig i sin presentasjon av dagens situasjon, men har etter vårt syn en svakhet ved å trekke for bastante konklusjoner uten tilstrekkelig dokumentasjon. For eksempel er undersøkelsen om publikums holdning til ett felles nødnummer metodologisk uakseptabel. Å konkludere på nevnte grunnlag uten å berøre publikums holdning til de kvalitative konsekvensene ved en foreslått endring, synes urimelig.

Videre legger utredningen etter vårt syn kunstig stor vekt på store ulykker og andre hendelser som involverer flere nødnetter. For eksempel er alle eksemplene i vedleggsdelen slike hendelser. Denne typen hendelser representerer et fåtall av de hendelser som totalt håndteres.

Sykehuset Buskerud vil i det følgende kommentere utredningens hovedanbefalinger.

1. 112 bør innføres som eneste nødnummer i Norge

Sykehuset er uenig i denne anbefalingen. Selv med hjemmel i et EU-direktiv, er det intet i veien for fortsatt bruk av alternative nødnumre så lenge varsling på tvers av nødetatene foretas.

En viktig funksjon ved mottak av nødmeldinger består av riktig sortering og prioritering (triage). Erfaringsmessig har innringer selv en formening og evne til å kunne selektere hvilken nødetat som er den rette for en gitt situasjon. Personer og/eller situasjoner som ikke kan forventes å foreta en slik prioritering, alternativt som ikke er kjent med forekomsten av etatsvise nødnumre, benytter et av dagens nummer allerede.

Utredningens anbefaling til punkt 1 er at personell fra politietaten med en viss tilleggsopplæring kan løse oppgaver ved mottak av medisinske nødmeldinger. Dette er vi sterkt uenige i. Det kvalitativt gode ved dagens ordning for den medisinsk nødmeldetjenesten er nettopp det at den/de nødstilte settes i direkte i kontakt med medisinsk fagpersonell. Innføring av ett felles nødnummer vil føre til et sorteringsledd i forkant av kontakten med fagkyndig personell og fare for lengre responstid i situasjoner som har reell medisinsk hast.

Kvaliteten ved en umiddelbar fagkyndig vurdering av situasjonens innhold og grad av hast må videreføres og sikres. Dette gjelder for samtlige nødetater, men er av spesiell betydning for situasjoner som har et medisinsk innhold. Utredningen dokumenterer at majoriteten av reelle nødandrop er rettet til 113. Utviklingen innen det medisinske fagfeltet åpner for stadig nye muligheter til å møte innringer med råd og avansert bistand samtidig som publikums forventninger øker. Det blir derfor viktig å etablere et system som sikrer riktig dimensjonering av råd, veiledning og respons. En del situasjoner kan løses rent kriteriebasert, men majoriteten krever faglig vurdering og skjønn. Utredningen tar i denne sammenheng ikke hensyn til det store antallet henvendelser som løses ved rådgivning fra medisinsk fagpersonell på AMK. Bortfall av slik kompetanse vil medføre at andre deler av helsetjenesten får et større antall henvendelser. Samtidig er det grunn til å frykte at personell med lavere medisinsk kompetanse og uten klinisk erfaring systematisk vil overvurdere behovet for bistand, med et økt antall lege- og ambulansealarmer som resultat.

Den medisinske transporttjenesten samlet står overfor betydelige utfordringer blant annet ved den nylig vedtatte integrasjon av syketransport under helseforetakenes ansvar. For at reformen skal lykkes, må det utvikles systemer for samordning av tradisjonell ambulansetjeneste og annen syketransport. En slik samordning er bare mulig å gjennomføre med basis i solid operativ og faglig kunnskap hvis den ønskede effektivisering av ressursbruken skal realiseres.

Hensynet til nødvendig personvern kan etter vår mening vanskelig ivaretas ved et felles nødnummer med mindre første kontaktpunkt kun er et sorteringsledd for etatsvis viderefremidling. Gitt at helsetjenestens nødnummer blir det samme som ordensmaktens – kanskje med felles operatør, vil innebære risiko for at enkeltpersoner i gitte situasjoner velger å avstå fra å søke om hjelp.

Et klart forbedringspotensiale ved dagens system ligger i utvikling av bedre styringssystemer og en målrettet opplæring i ressurs- og transportlogistikk med sikte på å optimalisere ressursbruken. God logistikk gir gode løsninger også for sluttbruker.

Videre at sikkerheten ved drifts- og sambandssystemer, herunder den fysiske infrastrukturen på nett og lokasjoner forbedres.

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

Etter vårt syn vil en samløkalisering av nødmeldesentralene være hensiktsmessig, og bidra til en funksjonell løsning på intensjonen om "felles nødnummer".

Samlokalisering vil bidra til at kommunikasjonen mellom nødetatene bedres, at de samlede ressurser lettere sees under ett og at samhandling kan trenes ved håndtering av daglige hendelser. Dette vil gi et bedre grunnlag for å mestre større hendelser og konsekvenser av et endret trusselbilde. Samlokalisering vil således være en daglig og funksjonell kompensasjon for den nåværende mangel på et operativt samordningsråd for nødrelaterte problemstillinger.

Samlokalisering vil effektivisere ressursbruken ved investering og drift, spesielt knyttet til nødvendig infrastruktur, tekniske systemer og sikkerhetssystemer. Videre vil det danne grunnlag for å etablere ett grensesnitt mot tilbydere og leverandører av systemløsninger. Samlokalisering av nødmeldesentralene alene vil redusere antall lokasjoner med 2/3 i tillegg til den reduksjonen som kan gjennomføres ved at større sentraler med robust infrastruktur kan gis ansvar for større dekningsområder. Dette vil kreve at etatene må følge samme geografiske inndeling, noe som i dag er et problem når ressurser på tvers av etatsgrensene skal varsles og koordineres.

Anrop som kommer til et galt nødnummer, kan da tas imot av et miljø som umiddelbart kan sortere anropet til rett instans.

Samordning av nødmeldesentraler – spesielt politiets, betinger at nødvendige grenseopp ganger mht. personvern er gjort.

3. Nødmeldetjenesten bør ha ett organisatorisk tilknytningspunkt

Sykehuset er uenig i denne anbefalingen. Ved å organisere den medisinske nødmeldetjenesten utenfor helsetjenesten vil man miste den nødvendige faglige tilknytning. Den medisinske nødmeldetjenesten må utvikles i takt med de kliniske fagene. Imidlertid er sykehuset åpen for at ren drift av nødmeldesentralene - eksklusive fagbemanningen, kan vurderes satt bort til en felles driftsorganisasjon med egnet organisatorisk tilknytning. Slik tilknytning bør i tilfelle være fag- og etatsnøytral.

4. Antall nødmeldesentraler bør reduseres betydelig fra dagens antall

Det har i den siste tiden blitt gjennomført en betydelig reduksjon av antall sentraler på landsbasis. Det mangler fremdeles erfaringsdata for endringen, men sykehuset er positiv til at nødmeldesentralene må ha en tilstrekkelig befolkningsmengde i sitt dekningsområde for å sikre erfaringsgrunnlaget. Samtidig vil hensynet til geografi fremdeles være vesentlig. En samløkalisering av sentralene vil føre til et langt mer robust fagmiljø, samtidig som kostnadene til infrastruktur reduseres.

Uavhengig av løsning må operatørrollen profesjonaliseres. En ren faglig bakgrunn er ikke nok, noe som utredningen også hevder. Tverrfaglig innsikt, operativ erfaring, kunnskap i logistikk og evne til å takle beslutningsstress må vektlegges. Dette krever at det blir utviklet en kompetanseprofil, seleksjonskriterier og et utdanningssystem.

Konklusjon:

Etter Sykehuset Buskerud sin vurdering er det *inntil videre* ikke tilrådelig å gi slipp på etatsvis fagkyndighet, spesielt ikke for den medisinske nødmeldetjenesten. Imidlertid vil dette i kombinasjon med et utdanningsprogram for operatører og en samlokalisering av nødetatene som første trinn bidra til å skaffe et nødvendig erfaringsgrunnlag for eventuelle fremtidige beslutninger om etatsfaglig nøytral bemanning av nødsentralene. Samlokalisering vil redusere antall nødmeldesentraler. Erfaringene man får ved samlokalisering vil også gi grunnlag for å vurdere, på et senere tidspunkt, om utviklingen blir slik at det er hensiktsmessig med et felles nødnummer.

Med hilsen



Halvdan Aass
Fagdirektør

Sindre Mellesmo
sjef prehospitale tjenester