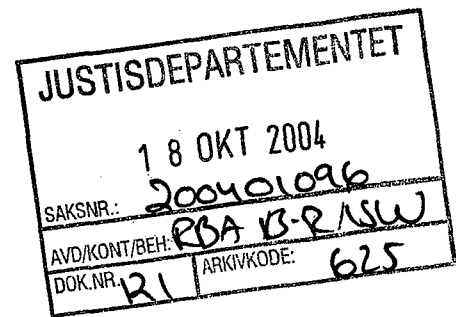




HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse



Justis- og politidepartementet
Postboks 8005 Dep

0030 OSLO

DERES REF: / YOUR REF:
200401096 B-R ISW

VÅR REF: / OUR REF:
2004/562 I BJA/-

DATO: / DATE:
18 oktober 2004

Utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten - høringssvar

Det vises til Justis- og politidepartementets høringsbrev av 27. mai 2004 vedrørende utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten. Videre vises det til telefonsamtale med Deres saksbehandler Ivar A. Swendsen den 29. september hvor Helsetilsynet ble gitt utsatt høringsfrist til 15. oktober 2004.

Statens helsetilsyns oppgave er å føre tilsyn med helse- og sosialtjenesten. I vårt høringssvar uttaler vi oss derfor om de forhold som angår medisinsk nødmeldetjeneste.

Helsetilsynet har følgende merknader til utredningen:

Sammendrag:

- Helsetilsynet finner det ikke er sannsynliggjort at utredningens forslag til organisatoriske endringer for nødmeldetjenesten vil kunne bidra til å løse problemene med feilanrop til politiets nødnummer 112.
- Dersom det ikke iverksettes andre tiltak for å begrense antall feilanrop til 112, vil utredningens forslag til innføring av ett felles nødnummer (112), kunne medføre at responstiden for mottak av henvendelser om medisinsk nødhjelp vil øke dramatisk. Helsetilsynet anser at dette vil kunne få alvorlige konsekvenser for håndtering av tidskritiske sykdoms- og skadetilstander.
- Helsetilsynet finner at innstillingens forslag til organisering av felles mottak av nødmeldinger ikke ivaretar de krav til medisinsk fagkyndighet som bør stilles til personell som skal håndtere mottak av medisinske nødmeldinger.
- Mangel på slik kompetanse vil kunne få konsekvenser både for håndtering av tidskritiske sykdoms- og skadetilstander, og for den samlede bruk av

akuttmedisinske ressurser i og utenfor sykehus. Helsetilsynet vurderer derfor at henvendelser om medisinsk nødhjelp også i fremtiden bør håndteres av helsepersonell og at det medisinsk faglige ansvaret må ligge hos en lege.

- Helsetilsynet anser det som viktig at medisinsk nødmeldetjeneste også i fremtiden bør utgjøre en integrert del av den øvrige helsetjeneste. Dette vurderes både som viktig for å få til nødvendig samarbeid og samhandling, men også for fagutvikling og rekruttering av kvalifisert helsepersonell. Helsetilsynet stiller seg derfor kritisk til utredningens forslag om å organisere nødmeldetjenesten som en felles tjeneste for alle tre nødetatene.
- Samlet sett finner Helsetilsynet at utredningens forslag om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten innebærer betydelige strukturelle og funksjonelle endringer. Tjenestens viktige samfunnsfunksjon tilsier at beslutninger om slike endringer bør baseres på et best mulig empirisk grunnlag. Helsetilsynet anser ikke det empiriske grunnlag som er fremlagt i utredningen som tilstrekkelig for å fatte beslutninger om fremtidig organisering av medisinsk nødmeldetjeneste.

Bakgrunn og faktagrunnlag

I høringsbrevet er det vist til at det store antallet feilansrop til de tre nødetatene var en viktig beveggrunn for iverksettelsen av utredningsprosjektet for å forenkle og effektivisere nødmeldetjenesten. Under utredningens pkt. 5.2 er det videre vist til at 92 % av meldingene til politiets nødnummer 112 og 46 % av henvendelsene til medisinsk nødtelefon 113 vurderes som "*misbruk/feilansrop*" uten at dette er definert nærmere.

Helsetilsynet har ikke kompetanse til å vurdere de oppgitte tallene for feilansrop til politiet. Helsetilsynet er imidlertid ikke kjent med at feilansrop eller misbruk av medisinsk nødtelefon utgjør noe vesentlig problem, verken for operatørene ved AMK-sentralene eller for publikum. Helsetilsynet vil i den sammenheng også vise til at nøkkeltall for AMK Oslo/Akershus⁽¹⁾ som viser at bare ca. 11 % av henvendelsene til medisinsk nødtelefon her ble definert som "*Feilringing/falskmelding/sjikane*"

(Kilde: Avdelingsoverlege Asgeir M. Kvam, AMK Oslo/Akershus).

Heller ikke virksomhetsdata fra AMK- Bergen gir grunnlag for å hevde at feilansrop er et vesentlig problem ved denne AMK-sentralen.

(Kilde: Avdelingsoverlege Paul F. Forstrøen, AMK- Bergen)

Helsetilsynet anser at ulike definisjoner av begrepet "*feilansrop/misbruk*" er en mulig forklaring på den diskrepans som foreligger mellom nevnte AMK-sentralers virksomhetsdata og de tall man operer med i utredningen. Helsetilsynet vil i den sammenheng vise til at AMK-sentralene mottar et betydelig antall henvendelser fra publikum om sykdoms- og skadetilstander som ikke fordrer akutt- eller hasteoppdrag med ambulanse og/eller lege. Slike henvendelser løses enten ved at innringer gis helsefaglige råd av AMK-operatør eller ved at henvendelsen kanaliseres til lokal legevakt for videre oppfølging. Helsetilsynet anser at dette er en viktig funksjon for AMK-sentralene. Denne typen henvendelser kan derfor ikke karakteriseres som "*feilansrop/misbruk*".

Utvalgets fremstilling av problemet med feilansrop/misbruk av nødtelefonnumrene kan gi inntrykk av at det er mulig eliminere dette problemet helt. Helsetilsynet anser at dette vanskelig lar seg realisere. Helsetilsynet etterlyser derfor en problematisering av hvor stor andel "falsk positive" responser, (dvs. situasjoner der man sender ut ambulanse uten at det er grunnlag for det), man må regne med for å holde antallet "falsk negative" responser, (dvs. situasjoner der man ikke sender ut ambulanse, men hvor det likevel er grunnlag for det), på et akseptabelt nivå.

Helsetilsynet finner at det faktagrunnlag som er presentert i utredningen om medisinsk nødmeldtjeneste fremstår som mangelfullt. Helsetilsynet vil særlig påpeke at man gjennom å utelate å medta beskrivelser av de mest sentrale prinsipper og formål for tjenesten, har utelatt sentrale premisser for nåværende og fremtidig organisering av tjenesten. Det vises i den sammenheng til kapittel 2 i forskrift om medisinsk nødmeldtjeneste (kommunikasjonsberedskap i helsetjenesten). Bestemmelsene lyder:

§ 2-1. Mottak og oppfølging av medisinsk nødmelding er en medisinsk fagoppgave som skal utøves av helsepersonell. Med begrepet nød forstås her befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp fra helsepersonell i vakt.

§ 2-2. Helsetjenestens kommunikasjonsberedskap skal være et desentralisert, integrert og samordnet system til bruk i den daglige akuttmedisinske beredskap, samt i krise- og katastrofesituasjoner i fred og krig. Helsetjenestens kommunikasjonsberedskap skal sikre befolkningen direkte kontakt med medisinsk fagkyndighet, samt løpende kontakt mellom sykehus og helsetjeneste i oppdrag utenfor sykehus. Videre skal helsetjenestens kommunikasjonsberedskap være et redskap når en situasjon krever koordinering mellom ulike helseregioner.

§ 2-3. Systemet for kommunikasjonsberedskap skal bidra til rasjonell og koordinert innsats av de ulike deler av helsetjenestens ressurser samordnet med de øvrige nødetater og andre myndigheter, uten at dette endrer etatens lovfestede ansvar for de enkelte tjenester.

I utredningen er det vist til at det finnes 40 AMK-sentraler med 113 - funksjon. Antallet AMK-sentraler med 113-funksjon er i dag lavere. I helseregionene pågår det videre arbeid med å redusere antallet AMK-sentraler med 113-funksjon ytterligere.

Under pkt. 4.3.3 er det gitt en opplisting av AMK-sentralenes oppgaver. I tillegg til de funksjoner som er opplistet har AMK-sentralene en viktig funksjon ift. å yte medisinskfaglige råd og veiledning om behandlingstiltak som kan iverksettes før lege/ambulanse ankommer. Denne funksjonen vurderes som særlig viktig ved tidskritiske sykdoms- og skadetilstander, og stiller særlige krav til AMK-operatørens helsefaglige kompetanse.

Utredningens vurderinger og anbefalinger

Utredningens anbefalinger for den fremtidige norske nødmeldetjeneste er kort oppsummert:

- 112 bør innføres som eneste nødnummer i Norge
- Hele eller deler av nødmeldetjenestens oppgaver bør organiseres som en felles tjeneste for alle tre nødetatene.
- Nødmeldetjenesten bør ha ett organisatorisk tilknytningspunkt.
- Antall nødmeldesentraler bør reduseres betydelig fra dagens antall.

Til forslaget om at 112 bør innføres som eneste nødnummer:

Under henvisning til diskusjonen over finner Helsetilsynet å legge til grunn at man utredningen ikke har dokumentert at feilansrop til medisinsk nødmeldetjeneste pr. i dag utgjør noe vesentlig problem. De skisserte problemer med feilansrop/misbruk av nødmeldetjenestens alarmtelefoner vurderes derimot i det alt overveiende å være knyttet til politiets nødtelefon 112.

Helsetilsynet finner samtidig ikke at utvalget gjennom å foreslå innføring av 112 som eneste nødnummer eller øvrige forslag til organisatoriske endringer har sannsynliggjort at disse kan løse problemet med feilansrop/misbruk av politiets nødtelefon 112.

Derimot vurderer Helsetilsynet at innføring av ett felles nødnummer (112) vil kunne få den konsekvens at politiets nåværende problemer med feilansrop/misbruk blir overført til de nye 112-sentralene. Gitt at det ikke samtidig avsettes betydelige ressurser og kompetanse til mottak av nødmeldinger, vil dette medføre en vesentlig økning i responstiden for mottak av henvendelser om medisinsk nødhjelp. Helsetilsynet stiller seg derfor kritisk til en slik løsning.

Helsetilsynet etterlyser videre en problematisering av hvordan man ved innføring av ett felles nødnummer vil kunne ivareta formålet med, og innholdet i, gjeldende bestemmelser i helsepersonelloven om taushetsplikt. Helsetilsynet vil i den sammenheng særlig peke på betydningen av at publikum kan kontakte helsetjenesten uten frykt for selvinkriminering og evt. straffeforfølgning. Om dette heter det i merknadene til helsepersonelloven § 21:

Formålet med taushetspliktbestemmelsene er å verne pasientens integritet og sikre befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonell.

Taushetspliktbestemmelsene skal hindre at pasienter unnlater å oppsøke helsetjenesten ved behov for helsehjelp. Pasienten skal følge seg trygg på at de opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelpen ikke nyttes i andre sammenhenger.

Til forslaget om at nødmeldetjenesten bør organiseres som en felles tjeneste og ha ett organisatorisk tilknytningspunkt:

Siden innføring av medisinsk nødmeldetjeneste, har det bærende prinsipp vært å sikre befolkningen direkte kontakt med medisinsk fagkyndighet. Dette prinsippet er basert på den oppfatning at mottak og oppfølging av medisinske nødmeldinger innebærer medisinsk vurdering, prioritering og rådgivning. Dette anses som medisinske fagoppgaver som derfor skal ledes av lege. I praksis ivaretas fagkyndighetsprinsippet i medisinsk nødmeldetjeneste ved at henvendelser om medisinsk nødhjelp håndteres av helsepersonell, at det er utviklet prosedyrer for håndtering av henvendelser om medisinsk nødhjelp, at lege er tilgjengelig i vakt og at lege har det medisinsk faglige ansvaret.

Fagkyndighet i medisinsk nødmeldetjeneste bidrar både til å sikre kvalitet og til å redusere antall ambulanseoppdrag, innleggelse i sykehus og henvisninger til lege. Helsetilsynet vurderer på denne bakgrunn at nåværende krav til fagkyndighet i medisinsk nødmeldetjeneste må videreføres. Konkret innebærer dette at henvendelser om medisinsk nødhjelp også i fremtiden må håndteres av helsepersonell og at den medisinske virksomheten må ledes av lege.

AMK- og LV-sentralene har siden etableringen av medisinsk nødmeldetjeneste vært en integrert del av hhv. spesialist-helsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Om dette har Akuttutvalget i sin innstilling om faglig krav til akuttmedisinsk beredskap (NOU 1998:9) bl.a. uttalt følgende:

Etableringen av den moderne nødmeldetjenesten har vært en nødvendig helsereform der organisasjonsutvikling har vært vel så viktig som teknisk utstyrsinvestering. Reformen har medført forbedringer innenfor flere områder:

- *befolkningens adgang til/kontakt med helsevesenet ved medisinske nødsituasjoner/akutte helseproblemer er betydelig forbedret*
- *helsevesenet er knyttet sammen i et eget dedikert kommunikasjonsnettverk, med adgang til rask alarmering av helsepersonell i vakt og med muligheter for aksjonssamband*
- *koordinering av ambulanser og samband med leger i vakt er forbedret*
- *sykehusene gis informasjon/alarmeres før mottak av akuttpasienter*
- *styrket beredskap ved store ulykker/katastrofer.*

Som del av Akuttutvalgets forslag til faglig styrking av medisinsk nødmeldetjeneste ble det foreslått etablering av en felles kompetanseorganisasjon for medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten. Videre en felles driftsorganisasjon for medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten. Akuttutvalget understreket også betydningen av at AMK-sentralens døgnkontinuerlige medisinske virksomhet må ivaretas av lege i vakt.

På nasjonalt nivå er det i dag etablert to kompetansesentre som ivaretar rådgivnings- og fagutviklingsfunksjoner for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Disse er KOKOM (Nasjonalt kompetansesenter for kommunikasjonsberedskap i helse-tjenesten) og NAKOS (Nasjonal kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin).

I tillegg til dette er det etablert regionale kompetansesentre for prehospital akuttmedisin (RAKOS) i helseregionene.

Hva angår driftsorganisasjoner for medisinsk nødmeldetjeneste inngår disse for en stor del i egne organisatoriske sykehusenheter (klinikker/divisjoner) med ansvar for akutt-funksjoner i og utenfor sykehus. Enhetene har ansvar for ambulansetjenesten, medisinsk nødmeldetjeneste, akuttmottak i sykehus, og noen ganger også andre akuttavdelinger i sykehus, for eksempel operasjonsavdelinger, intensiv og post-operativ avdeling. Sammen med kommunal legevaktstjeneste ivaretar disse organisatoriske enhetene de ulike ledd av den akuttmedisinske kjede i og utenfor sykehus. Organiseringen vurderes å være i tråd med Akuttutvalgets forslag.

Helsetilsynet vil peke på at man gjennom å definere egne organisatoriske enheter med ansvar for akuttmedisin i og utenfor sykehus, har lagt til rette for nødvendig integritet for de pre- og intrahospitale akuttmedisinske tjenester. Samtidig har man også sikret nødvendig integrering ift. øvrige sykehusfunksjoner og medisinsk fagmiljø. Sistnevnte vurderes både å være en viktig premiss for å få til nødvendig samarbeid og samhandling, men også for fagutvikling og rekruttering av kvalifisert helsepersonell. Helsetilsynet stiller seg derfor kritisk til utredningens forslag om å organisere nødmeldetjenesten som en felles tjeneste for alle tre nødetatene.

I utredningen legges det stor vekt på håndtering av større ulykker. Store ulykker utgjør en svært begrenset andel av det totale antall hendelser som håndteres av medisinsk nødmeldetjeneste. Nøkkeltall for AMK Oslo/Akershus viser at bare ca. 4 % av det totale antall samtaler ved AMK-sentralen gjelder kommunikasjon med øvrige nødetater og således kan relateres til hendelser som krever samordnet innsats. (Kilde: Avdelingsoverlege Asgeir M. Kvam, AMK Oslo/Akershus)

Tilsvarende er det fra AMK-Bergen opplyst at 5 % av henvendelsene hit angår hendelser hvor AMK-sentralen kommuniserer med brann og politi.

(Kilde: Avdelingsoverlege Paul F. Forstrøen, AMK- Bergen)

Helsetilsynet erkjenner betydningen av god kommunikasjon og samhandling mellom nødetatene ved større ulykker. Ett viktig element er rutiner for gjensidig varsling. Et annet er kommunikasjon mellom, og styring av, innsatspersonell og ressurser på skadestedet. Helsetilsynet vurderer på samme måte som utvalget, at det foreligger et forbedringspotensiale når det gjelder kommunikasjon og samhandling ved større ulykker. Bl.a. mener vi at de tekniske løsningene og de ulike nødetatenes rutiner for trippelvarling bør bedres. Videre bør det etableres et nytt kommunikasjonssystem som gjør det mulig med direkte kommunikasjon mellom innsatspersonell fra hhv. politi, brann og helse. Sistnevnte forutsettes ivaretatt gjennom etablering av et nytt digitalt kommunikasjonssystem. (TETRA). Det bør også vurderes om terskelen for etablering og bruk av LRS bør reduseres og at man i større grad avsetter ressurser for å øve samhandling på skadested mellom etatene. Ut over dette kan Helsetilsynet imidlertid ikke se at håndtering av større ulykker nødvendigvis gjør en sammenslåing av de tre nødmeldetjenestene. Helsetilsynet kan heller ikke se at det i utredningen er fremlagt tungtveiende argumenter som støtter en slik organisatorisk sammenslåing.

Helsetilsynet finner derfor å gå inn for at man i planleggingen av den fremtidige nødmeldetjenesten må legge størst vekt på håndtering av vanlige og hyppige nødsituasjoner. Samtidig må det bygges opp strukturer og etableres samarbeids-

ordninger mellom de tre nødetatene som støtter opp under behovet for kommunikasjon og samhandling ved større ulykker.

Til forslaget om en betydelig reduksjon i antallet nødmeldesentraler:

Akuttutvalget har i sin innstilling om faglige krav til akuttmedisinsk beredskap (NOU 1998:9), anbefalt at antallet AMK-sentraler med 113-funksjon skulle reduseres fra ca. 44 til en AMK-sentral pr. fylkeskommune, dvs. 19 på landsbasis. Helsetilsynet anser at dette måltallet samsvarer med de planer helseforetakene i dag har for fremtidig organisering av medisinsk nødmeldetjeneste.

Hva angår de økonomiske gevinster ved å redusere antallet AMK-sentraler med 113-funksjon vil Helsetilsynet bemerke følgende:

Alle sykehus med akuttfunksjon må kunne kommunisere med medisinsk nødmeldetjeneste (AMK- og LV-sentraler), ambulanse-tjenesten, og andre sykehus med akuttfunksjon. Dette fremgår både av Akuttutvalgets innstilling og foreliggende utkast til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, som nylig har vært på høring.

AMK-sentralene fungerer ofte også som legevaktsentral for vertskommunen og eventuelt nabokommuner. Særlig ved mindre sykehus ivaretar AMK-sentralene også andre funksjoner for sykehuset, for eksempel sentralbordsfunksjoner utenfor ordinær arbeidstid. Flere sykehus har derfor erfart at nedleggelse av 113-funksjonen ikke har medført vesentlige kostnadsreduksjoner.

Med hilsen



Lars E. Hanssen



Bjørn Jamtli
rådgiver

Kopi:
Helsedepartementet
Sosial- og helsedirektoratet
KoKom

Saksbehandler: Bjørn Jamtli, tlf.: 21 52 99 39