

Det kongelige justis- og politidepartement  
Rednings- og beredskapavdelingen  
Postboks 8005  
0030 Oslo

JUSTISDEPARTEMENTET	
30 SEPT 2004	
SAKSNR.: 200401096	
AVD/KONT/BEH: PBA-B-R/ISW	
DOK.NR: 59	ARKIVKODE: 625

**Deres referanse**

200401096 B-R ISW

**Vår referanse**

2004000016-8

**Sted/dato**

Bergen 29.09.2004

## Høringsuttalelse "Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten"

### 1. Generelt

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) har mottatt høringsutkastet "Forenkling og Effektivisering av Nødmeldetjenesten" til uttalelse.

Vårt generelle inntrykk av utkastet er at det syntes å inneholde konklusjoner og forslag som ikke er underbygget av fakta og dokumentasjon.

Etter avtale med Sosial- og helsedirektoratet iverksatte vi derfor et prosjekt som gikk på verifikasjon og dokumentasjon av høringsutkastet. Rapporten fra KoKoms prosjekt er vedlagt denne uttalelsen til informasjon.

Det fremgår at Departementets utkast er sendt på en bred høring, noe KoKom støtter fullt ut. Problemstillingene som reises er komplekse og multifaktorielle. Mange av spørsmålene som stilles er av en slik art at ikke alle høringsinstansene vil ha tilstrekkelig grunnlag for å gi sine besvarelser i samme kontekst. Det er vesentlig at Justisdepartementet (JD) tar hensyn til dette i sin behandling av høringssvarene. At det i prosjektet har vært en tendens til overdreven forenkling kan illustreres av spørreundersøkelsen som ble gjort i forhold til befolkningens ønske om ett eller flere nødnumre.

Om dette skriver dr. oecon Heyerdahl

*"Det er meget overraskende at man i en utredning av dette kaliberet ikke har gjort større metodiske refleksjoner og seriøsitet omkring formulering av spørsmålsstilling og svar. Dersom dette spørsmålet var blitt formulert annerledes ville man raskt kunne oppleve at publikumsstøtten for utredningens anbefaling ville forholdt seg annerledes."* (Ref: Faglig uttalelse, 18.august 2004 (Vedlagte prosjektrapport fra KoKom))

Feilansrop angis i høringsbrevet som en del av bakgrunnen for den foreliggende utredningen. Våre undersøkelser har vist at det ikke finnes noen ens definisjon av "feilansrop", verken samlet for nødetatene eller innen den enkelte etat. Dersom hensynet til feilansrop skal være av avgjørende betydning for en endring av den størrelsesorden det her er snakk om, er dette en betydelig svakhet. Det vil for eksempel ikke være mulig å få målbare data for oppnådd effektivisering. Vi deler utredningens syn i at problemet synes å være størst innen politiet.

Våre undersøkelser blant nødmeldetjenester i ulike land viser at helsesiden ikke fokuserer på dette problemområdet i særlig grad.

De konkrete spørsmålene i høringsbrevet er forsøkt besvart i det følgende.

## **2. Høringsutkastets anbefalinger (kapitel 13)**

### **2.1 Generelt:**

Vi merker oss at førsteamanuensis dr. oecon, Torbjørn S. Heyerdahl i sin uttalelse til Kokom (Ref: Faglig uttalelse, 18. august 2004) stiller seg skeptisk til at man i høringsuttalelsen konkluderer, og ikke minst kommer med konkrete anbefalinger, basert på et for dårlig grunnlag. KoKom slutter seg til denne vurderingen

KoKom mener at høringsutkastets omtale av alternativer som "Finlandsmodellen", "Danmarksmodellen" etc. er misvisende. Det kan reises tvil om i hvilken grad de beskrivelsene som er gitt av de ulike landenes modeller er verdinøytrale, vitenskapelig underbygget, eller fullt ut korrekte. At man har valgt ulike modeller i ulike land kan i seg selv sies å vise at det ikke er funnet noe system som er optimalt under alle forhold. Det vil derfor være grunnlag for å hente ut aspekter fra de ulike modellene, og legge til lokale variasjoner der det er nødvendig og ønskelig.

Våre kommentarer til de enkelte forslagene bygger dels på høringsutkastet, dels på erfaringer og informasjon vi har innhentet både som del av senterets drift og i vårt arbeid med oppfølging av høringsutkastet.

### **2.2 Antall nødnumre**

KoKom slutter seg til vurderingen som går på at det er hensiktsmessig å beholde 112 som ett av nødnumrene, i tråd med EU-direktiv.

KoKom slutter seg også til at det er behov for informasjonskampanjer. Selv om det ikke finnes noen enhetlig oppfatning av hva som egentlig er feilansrop, og hvem som skal definere en konkret henvendelse som nødvendig, synes det å være klart at en vesentlig del av henvendelsene til politiet oppfattes som ikke nød. Dette er i tråd med erfaringer fra for eksempel Danmark, der en vesentlig del av henvendelsene, spesielt fra mobiltelefoner, til 112 ikke er relaterte til det politiet vurderer som nødsamtaler. Vi slutter oss til høringsutkastets vurdering av feilansrop i vesentlig grad er et problem for politiet, ikke for helse (113).

Vi kan ikke se at det, verken i høringsutkastet eller i annen dokumentasjon vi har tilgang til, er gitt noen holdbar begrunnelse for å legge ned 113 som nødnummer. En vesentlig andel av henvendelsene til 113 gjelder tilfeller hvor det er vesentlig at hjelpen kommer raskt, ofte i form av rådgivning i samspill med innringer. Deler av Norge ligger i dag i verdenstoppen når det gjelder overlevelse ved hjertestans. Dette skyldes mange faktorer, en av dem er kvaliteten av sykepleiers rådgivning over telefon til innringere, slik at disse kan komme i gang med livreddende førstehjelp umiddelbart. (Ref: Langhelle A, Tyvold SS, Lexow K, Hapnes SA, Sunde K, Steen PA. 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 )

KoKom vurderer det ikke som realistisk, eller god anvendelse av ressurser, å ha sykepleiere til å svare alle 112-innringer.

Videreføring av bare ett nødnummer fratrar befolkningen den rett de har i dag til normalt å velge hvilken nødetat de vil at skal behandle deres henvendelse. Har man behov for helsehjelp, skal man ikke ha grunn til å være bekymret for at henvendelsen primært

medfører reaksjon fra politiet. Fra SOS-alarm i Sverige er vi kjent med at politielever som er kommet lenger enn til slutten av første studieår ikke brukes som operatører. Dette fordi politielevene i henhold til instruks er forpliktet til å følge opp alle mistenkte kriminelle handlinger de får informasjon om. Vi er selvsagt kjent med at AMK-sentralen i noen tilfeller finner grunn til å kontakte politi, men det er da gjort med utgangspunktet i en vurdering av sikkerhet, ikke mistanke om kriminalitet. Selv om taushetsplikt som nevnt i utredningrapporten er et område som krever utredning, ser KoKom forholdet til befolkningens mulighet til å velge nødetat minst like vesentlig.

En nedleggelse av nødnummer 113 og organisering av tjenesten slik at det ikke er helsepersonell som besvarer nødsamtaler vedrørende helse reiser også juridiske spørsmål. Om sentralen skal gjøre annet enn en ren viderebefordring av henvendelsen, vil aktivitetene komme inn under begrepet helsehjelp, som reguleres i helselovgivning.

KoKom tar ikke stilling til hvorvidt det er ønskelig å videreføre 110 som separat nødnummer for brann, men overlater den vurderingen til institusjoner med spesialkompetanse på det området.

Det danner seg lett et inntrykk av at man i arbeidet med høringsutkastet har man vært selektiv i forhold til hvilke land man har innhentet erfaringer fra. Selv om Sverige, Danmark, Finland og Storbritannia har innført felles nødnummer, er det mange land som ikke har gjort det. Et politisk vedtak om innføring av felles nødnummer i Belgia, er gjenstand for debatt. Helsepersonell er bekymret for lekkasje av medisinsk informasjon til andre nødeta, spesielt politiet. I Frankrike har man ivarett EU-direktivet ved at 112 samtaler går til brann eller helse, som kan videreføre dem. Det samme har man gjort i andre land.

#### KONKLUSJON

- KoKom slutter seg til at 112 beholdes som nødnummer
- Befolkningens rett til å velge å henvende seg til helsetjenesten ivaretas ved at 113 beholdes som helsetjenestens nødnummer.
- Overføring av henvendelser som kommer via 112, og ikke-helse henvendelser som kommer til 113 beholdes og videreutvikles
- KoKom tar ikke stilling til om 110 og 112 slås sammen til ett felles nødnummer.

#### 2.3 Organisering av felles tjenester

KoKom slutter seg til utkastets vurdering av at det er behov og grunnlag for å samordne tjenestene i de ulike nødetatene. Det er en betydelig svakhet at man i de skisserte alternativene bare har sett på alternativer som er i funksjon i andre land. Vi savner en vurdering av et 4. alternativ, hvor man har en felles formidlingstjeneste (alternativ 1), kombinert med at man beholder 113 som direkte nødnummer til helse. Med en slik løsning vil man både få den tilgangskontrollen til politiet som de ønsker, samtidig som man har beholdt befolkningens anledning til å kontakte helsetjenesten direkte. Vi er enige i at alternativ 1 innebærer en uheldig forsinkelse.

Fra KoKoms side tar vi avstand fra høringsutkastets definisjon av fagkyndighet, og fastholder at fagkyndighet i helsetjenesten er helsefag. Vi viser i den sammenhengen til uttalelsen vi har innhentet fra førsteamanuensis, dr. polit. Aksel Hagen Tjora. (Se vedlagte prosjektrapport) Han påpeker behovet for at den som tar i mot samtaler ved medisinsk nødmeldesentral har kjennskap så vel til helsefag, som den organisatoriske og faglige organisering av helsetjenesten. Ved å ringe 113 kommer får man tilgang til helsetjenesten i sin helhet. På den ene siden har man det spesialiserte sykehusvesenet, på den andre har man legevaktjenesten. Verdien av å knytte alle disse nivåene sammen for å gi innringer den beste hjelp er ikke ivarett i noen av de foreliggende forslagene.

Vi stiller oss tvilende til at alternativ 2 ("Danmarksmodellen") gir publikum tilgang til operatør som kan gi veiledning på et nivå den norske befolkning er vant til, og har rett til å forvente. Vi

har ikke klart å finne objektive studier på dette området, men merker oss at den helsefaglige utdannelsen politiet blir gitt er svært begrenset. Geografiske forskjeller mellom Danmark og Norge tilsier at det hos oss er av stor betydning at de som driver behandling over telefon er i stand til å foreta vurderinger over tid, og vedlikeholde aktivitet på skadested frem til ambulanse eller annen helseressurs er på stedet. Vi stiller oss sterkt tvilende til en løsning med å ha lege i sentralen til enhver tid er faglig tilfredsstillende og praktisk og økonomisk gjennomførbart.

Beskrivelsen av "Finlandsmodellen" inneholder som påpekt i vår redegjørelse (Rapport fra Finland, se vedlagte prosjektrapporter) betydelige mangler. For eksempel gis det inntrykk av at sentralene styrer ressursene. Som det fremkommer er ressursene dels styrt av politiet selv, mens ambulansene har en svært selvstendig rolle. Det er ikke noen kommunikasjon mellom ambulanse og sykehus, selv om dette nå forsøkes utbedres i noen områder. Vi slutter oss til at en løsning med felles sentral kan være hensiktsmessig ved store hendelser, men viser i den sammenhengen til det som er sagt om dette i pkt 2.4 nedenfor.

Slik helsetjenesten er organisert i Norge er det vesentlig at styring av helsetjenestens ressurser gjøres av helsetjenesten selv. I motsetning til de landene som er omtalt i høringsen har vi i Norge et nært samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste i prehospital akuttmedisin, spesielt i landdistriktene. Dette er nødvendig for at befolkningen skal få forsvarlig helsehjelp. En bruk av ambulanse slik det gjøres i Finland, hvor ambulansen i mange tilfeller sendes til angitt skadested på svakt informasjonsgrunnlag som er vurdert av ikke-helsepersonell, vil føre til en betydelig økning av ambulansebruken i Norge. Dette vil i sin tur medføre utgifter for helseforetakene, som disse ikke vil ha kontroll over.

Våre undersøkelser har vist at det som sies om klare ansvarsforhold i forhold til sentralenes virksomhet er et betydelig problemområde. Dette er ikke løst på en for oss akseptabel måte i de landene hvor forslagene er implementert. Mens man i Danmark er helt klare på at politiet som besvarer 112-anrop bare kan trekkes til ansvar i forhold til lovgivning som omhandler utførelse av politimessige plikter, er ansvarsforholdet i forhold til helselovgivning ikke avklart i Finland. Den klareste situasjonen har man kanskje i Storbritannia, der instansen som mottar 112-anrop bare viderebefordre dem til riktig etat.

KoKom slutter seg til at deler av nødmeldetjenestens tjenester kan være felles. Det er behov for å utrede om det er gevinster å hente i felles innkjøpsordninger, felles tekniske løsninger (for eksempel kartløsninger) og felles IT-løsninger. Disse utredningene må ta hensyn til at de ulike nødetatene har ulike behov, for eksempel i forhold til bruk av kartløsninger som strategiske verktøy eller hovedsakelig til flåtestyring. Det er imidlertid ikke til fordel for befolkningen at sentralene slås fysisk sammen.

#### KONKLUSJON:

- KoKom anbefaler at det legges vekt på en koordinering av tekniske løsninger mellom nødetatene så langt dette er mulig.
- Felles opplæring og prosedyrer er aktuelle relatert til samhandling.
- Vi går i mot at helsetjenestens sentraler slås sammen med sentraler for andre etater, og legger stor vekt på at medisinsk nødmeldetjeneste beholdes som en del av helsetjenesten.

#### 2.4 Organisatorisk tilknytning

Det er i høringsutkastet beskrevet ulike former for organisatorisk tilknytning. Man tar utgangspunkt i at hele nødmeldetjenesten (brann, politi og helse) må ha et felles tilknytningspunkt. Vi er enige i at det er behov for klare og ens regler for samarbeid mellom nødetatene imellom. Vi ser imidlertid ikke at det foreligger empirisk grunnlag for å hevde at dette bare kan løses ved felles organisatorisk tilknytning.

Vi savner underbyggelse av påstandene som er fremsatt i høringsutkastets tabell 6. Et eksempel er at antall operatører på vakt angis som et kvalitetskriterium. Vi finner imidlertid ikke angitt hva som er den optimale størrelsen på en sentral. Man kan få inntrykk av at man mener at sentralen er bedre jo større den er, men vi finner ikke noen underbygging av dette. Vi kan ikke se at det er foretatt vurderinger i kapittel 11.5 som entydig tilsier at det er en fordel med en felles organisasjonstilknytning, slik det synes å hevdes i kapittel 13,2,1 i høringsutkastet.

I høringsutkastet legges vekt på håndtering av store hendelser. KoKom er enig i at det for disses del er viktig med en samordnet innsats. Dette ivaretas i dag gjennom lokale redningssentraler, (LRS) der politiet har ledelsen. Vi ser ikke bort fra at det kan være tjenlig at LRS har en noe lavere terskel enn i dag for å tre sammen, men dette vil også kunne innebære et behov for endring av sammensetningen. Vi ser et behov for at dette utredes.

Tall fra helsetjenesten i Norge viser at mer enn 90% av hendelsene som ivaretas av 113 håndteres av helsetjenesten alene, og antakelig ikke møter utredningens forståelse av "store" hendelser. Vi savner empirisk grunnlag for å si at det skal fokuseres på de mindre enn 10% av henvendelsene som må ivaretas i samarbeid med andre nødetater.

I denne sammenhengen vil vi påpeke at utvalget av scenarier i utredningsrapporten således ikke er representativt for AMK-sentralenes hverdag, og man kan få inntrykk av at de er valgt utfra et ønske om å kunne konkludere at samarbeidet mellom etatene ikke virker som det skal.

Medisinsk nødmeldetjeneste foretar mobilisering av helseressurser. Kvantitativt dreier det seg i størst grad om ressurser som tilhører spesialisthelsetjenesten, representert ved helseforetakene. Dette medfører utgifter og kostnader for foretakene. Vi antar at foretakene i sine høringssvar gir sin vurdering av dette, men fra KoKoms side er det klart at dette tilsier at medisinsk nødmeldetjeneste må være en organisatorisk del av helseforetakene. Riktignok mobiliserer medisinsk nødmeldetjeneste også ressurser fra kommunehelsetjenesten. Dette ivaretas imidlertid i stor grad via kommunehelsetjenestens del av helsetjenestens kommunikasjonsberedskap, legevaktsentralen. Å legge medisinsk nødmeldetjeneste til kommunenivå anses ikke hensiktsmessig, idet det ville kunne vanskeliggjøre reduksjon av antallet nødmeldesentraler, og at tjenesten som utøves ved de medisinske nødmeldesentralene faglig sett naturlig hører under spesialisthelsetjenesten.

Vedrørende konkurranseutsetting viser vi til avsnitt 4.3 under.

#### KONKLUSJON:

- Henvendelser om helsehjelp skal rettes til helsevesenet. Vi mener dette hensynet er overordnet de ikke tilfredsstillende underbyggede begrunnelsene som fremkommer i høringsutkastet for ett enkelt kontaktpunkt.
- LRS-funksjonen utredes med tanke på hendelser som er større enn det som håndteres av den enkelte fagsentral, men mindre enn dem som i dag fører til sammenkalling av LRS.
- Vi savner et faglig grunnlag for den vektleggingen som er gjort av store hendelser.

#### 2.5 Antall sentraler

I hvilken grad sentralene er felles for de tre nødetatene vil være av helt sentral betydning i forhold til det antallet sentraler man vil ha behov for.

Høringsutkastet synes å se spørsmålet om antallet sentraler isolert fra hvilke oppgaver sentralene skal ha, og betydningen av samordning av tekniske løsninger. Det fremgår at det så vel i Finland som i Danmark er vedtatt at nødmeldesentralene ikke har andre oppgaver enn å motta henvendelser vedrørende nød, via nødnumrene. Dette er ikke i samsvar med

det vi fant i våre undersøkelser, og vesentlig i vurderingen av antallet sentraler som er optimalt. (Se rapportene fra Finland og Danmark i vedlagte prosjektrapport)

For helses del er det et vesentlig moment at sentraler som ikke bare håndterer nødmeldinger kan ha mulighet for større fleksibilitet i forhold til større hendelser. Det har fremkommet i samtaler med ledelsen av sentraler i København og Budapest at man har sammenfallende synspunkter på at det faktisk at disse sentralene begge håndterer så vel henvendelser om medisinsk nød og syketransport gir fleksibilitet i forhold til å overføre ressurser mellom planlagt virksomhet og håndtering av akutte hendelser. I Norge er dette dels ivare tatt ved at AMK-sentralene også fungerer som legevaktsentraler.

Selv om det nevnes i forhold til Finland at geografi og alderssammensetning i befolkningen er en faktor i forhold til antallet sentraler, synes høringsutkastet i praksis å benytte befolkningstall som eneste kriterium for antall sentraler. Vi savner empirisk grunnlag for dette.

God kommunikasjon mellom sykehus med akuttfunksjon og henvisende og behandlende prehospital enheter (for eksempel ambulanser) er en hjørnestein i dagens norske system. Dette innebærer at det også sykehus som ikke lenger har mottak av nødsamtaler må ha et kommunikasjonspunkt mot ambulanser og andre prehospital ressurser. Dette er en forutsetning for optimal behandling av pasienten, for eksempel ved at det sikres at personell med spesialkompetanse er tilgjengelige i mottakelsen når pasienten kommer.

Ikke i noen av de landene som høringsutkastets forslag bygger på er det på nasjonalt nivå etablert nært samarbeid mellom sentralene og de enhetene som skal motta pasientene. Spesielt i Finland fremholdes dette som et problem, og vi er kjent med at det for tiden pågår aktivitet for å rette opp dette.

Heller ikke er det i noen av landene etablert samarbeid mellom sentralene og primærhelsetjenesten. Dette er vesentlig for å ivareta henvendelser hvor bistand er nødvendig, men hvor det ikke er hensiktsmessig å sende ut ambulans. I Norge håndteres dette ved samarbeid mellom AMK og legevaktsentraler. Både i Finland og i Danmark er man i gang med å finne løsninger på dette. Det er en betydelig utfordring å ivareta dette på en god måte når sentralene er felles for nødetatene og samtaler ikke håndteres av helsepersonell.

Erfaringer har vist at selv om det er faglige grunner for å redusere antallet sentraler som mottar nødmeldinger fra publikum, er det ikke for helseforetakene noen økonomisk gevinst denne omleggingen.

Det hevdes i utkastet at en gevinst ved å redusere antallet sentraler er at personellressurser frigis til andre roller. I avsnitt 12.7.5 heter det:

" Siden det innen politi og helse er en mangel på fagressurser vil dette være positivt for etatene"

Denne påstanden er bare riktig dersom det er mangel på den spesifikke fagressursen som frigis. Det har ikke vært mulig for oss å fremskaffe data som bekrefter eller avkrefter at så ser tilfelle.. Et annet spørsmål er selvsagt om de som blir overtallige vil velge å gå inn i helsetjenestens øvrige roller. KoKom har ikke hatt mulighet til å gå nærmere inn i dette problemområdet, og i utkastet er det heller foretatt noen vurdering av dette.

#### KONKLUSJON:

- KoKom er enig i at det var rom for en betydelig reduksjon i antallet nødmeldesentraler, og dette er allerede i gang.
- Ytterligere reduksjoner i antallet bør konsekvensutredes før de iverksettes

- Behovet for kommunikasjonssentraler ved sykehus med akuttfunksjon reduserer eller fjerner besparelsene ved ytterligere reduksjon i antallet medisinske nødmeldesentraler
- Det vil være vanskelig å ivareta den funksjonen AMK-sentralene har i dag som kommunikasjonsledd mellom sykehus og eksterne ressurser, ikke minst legevaktssentralene, dersom de forslagene som ligger i utredningen implementeres.

## **2.6 Andre tiltak**

KoKom slutter seg fullt ut til det som er sagt i dette avsnittet. Vi slutter oss også til anbefalingen. Vi vil imidlertid påpeke at det her er et godt grunnlag for samarbeid med andre land, og KoKom har derfor valgt å gå inn i samarbeid med de nordiske landene om felles datasett for medisinsk nødmeldetjeneste. Det er viktig at forslag til forbedringer er basert på solid faktagrunnlag.

## **3. Forslag i kapitel 14**

Det er i høringsbrevet bedt om svar på spørsmål i tilknytning til kapitel 14

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

Vi har i vår omtale av kapitel 13 (se over) vært inne på disse spørsmålene.

KoKom tar utgangspunkt i at den faglige håndteringen av henvendelser som gjelder helse spørsmål er helsefag. Det er vårt synspunkt at det er helsepersonell som er best skikket til å håndtere dette.

Det er imidlertid en god del av de oppgaver som er nødvendige for at en henvendelse skal håndteres på beste måte som ikke er helsefaglige. I dagens norske nødmeldetjeneste ser vi at det foregår et betydelig, og etter vår mening unødvendig, dobbeltarbeid i de ulike etatene. Vi ser behov for en gjennomgang av dette. Vi foreslår derfor at det i oppfølgingen av dette utkastet foretas en utredning av felles oppgaver. Denne utredningen bør kunne utføres av representanter for de tre tjenestene, og det er vesentlig at man her holder seg til de områdene som det oppnås konsensus om.

Eksempler på slike tjenester som bør vurderes er:

- Telefoni fra publikum inklusive opprinnelsesmarkering
- Andre henvendelsesveier (email, sms, annet)
- IT-løsninger
- Arbeidsmiljø/ HMS
- Flåtestyrings- og kartløsninger
- Utstyr for kommunikasjon med eksterne ressurser (blant annet digitalt kommunikasjonsnett for nødetatene)

Denne listen er ikke uttømmende, og KoKom har ikke tatt stilling til om alle disse egner seg for felles løsninger, men at spørsmålet bør utredes.

## **KONKLUSJON:**

KoKom er opptatt av at tjenester som ikke er helsespesifikke med fordel kan være felles for nødetatene, men at de deler som utgjør utøvelse av helsetjeneste må utføres av helsepersonell.

### **3.2 Hvilket organisatorisk tilknytningspunkt vil tjene tjenesten best?**

Vi viser til det som er sagt under pkt 2.4 over.

## **4. Tilleggsutredninger**

Justisdepartementet har i sitt høringsbrev anmodet om at høringsinstansene bidrar med eventuell utdypende informasjon til disse eventuelle tilleggsutredningene, som kan omhandle:

### **4.1 Konkretisering av en anbefalt løsning, inkludert operative og administrative forhold**

Erfaring fra utredningsprosjektet så langt har vist at dette er en svært krevende oppgave. Det er betryggende at Departementet ser at det her gjenstår arbeid. Etter KoKoms mening er det vesentlig at man tar utgangspunkt i den enkelte tjenestes organisering i forhold til operative og administrative forhold.

Dersom KoKoms syn på medisinsk nødmeldetjeneste som en del av helsetjenesten vinner frem, vil de administrative forhold for helses del stort sett være gitt.

KoKom kan ikke slutte seg til utkastets redegjørelse for samarbeidsforhold mellom etatene, idet vi mener bildet som tegnes er mer negativt enn hva som er realitetene. Likevel vil det, nærmest uansett fremtidig organisasjonsform, være potensiale for betydelige forbedringer i forhold til dagens situasjon. Vi har tidligere foreslått at man vurderer LRS-apparatet, om dette kan justeres slik at det blir mer tjenlig i denne sammenhengen. Også andre løsninger vil kunne være aktuelle i denne sammenhengen.

Det fremkommer flere steder i utredningen at man ser felles nødmeldesentraler for etatene som vesentlige i håndteringen av større hendelser hvor flere etater er involvert. For helses del vil dette utgjøre mindre enn 10% av hendelsene som håndteres. Heyerdahl sier i sin faglige uttalelse (se vedlagte prosjektrapport) noe om de vurderingene som der er foretatt. Det har imidlertid ikke vært mulig for KoKom å finne dokumentasjon på at påstanden om nytten av felles sentraler er underbygget.

### **4.1 Konkrete kostnadsestimater knyttet til den anbefalte løsningen**

I høringsutkastet er det forespeilet at man vil kunne få en kostnadsreduksjon ved omorganisering og "effektivisering" av nødmeldetjenesten. Det vises til Finland som eksempel. Vi har i vår undersøkelse ikke vært i stand til å vise at dette er tilfelle. Det er ikke erfaringen fra helseforetakene at sammenslåing av nødmeldesentraler har ført til vesentlige innsparinger.

Det kan bli en utfordring å konkretisere kostnadsestimater dersom dette ikke skal skje på fritt grunnlag, men med utgangspunkt i den innsparing som er forespeilet i høringsutkastet.

For at kostnadsestimater på dette området skal være troverdige, er det nødvendig at utredningen gjøres av faglig kompetent personell som har god kjennskap til tjenesten. Det er også vesentlig at erfaringsgrunnlaget fra den prosessen som allerede har pågått en stund i forhold til reduksjon av antall sentraler, utnyttes til fulle.



Et annet sentralt moment er at man i de økonomiske vurderingene må bruke sammenlignbare størrelser i forhold til dagens og et fremtidig system.

#### **4.2 Vurdering av en eventuell konkurranseutsetting av tjenesten**

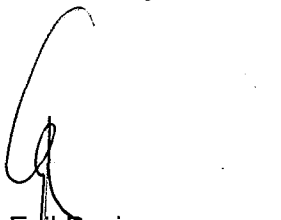
Realismen i konkurranseutsetting av tjenesten vil avhenge av organiseringen. Modellen man har i Sverige, hvor ulike deler av tjenesten for hver er etat er konkurranseutsatt, er en mulighet som også må vurderes. For helses del er det allerede slik at legevaktsentralene i noen kommuner er konkurranseutsatt, og erfaringene rundt dette vil være nyttige i vurderingen.

#### **4.3 Forslag til antall sentraler og plassering av disse**

Vi har ovenfor påpekt at man i høringsutkastet har lagt nærmest ensidig vekt på innbyggertall som kriterium for antall sentraler. KoKom vil anta at informasjon fra flere enn de av Justisdepartementet utvalgte land vil vise at det er store variasjoner i hva som anses som optimalt. Det vil være nyttig å se hvilke kriterier som er i bruk andre steder, og se hvilke av disse som er relevante for Norge. Igjen er det slik at det ikke er gitt at det er de samme kriteriene som er gjeldende for alle nødetatene, og det må tas et valg i forhold til hvem som skal ha avgjørende myndighet her, og hvilke kriterier som skal benyttes. KoKom har ingen indikasjoner på at dagens ordning, hvor de regionale helseforetakene har dette ansvaret, ikke fungerer optimalt.

#### **4.4 Andre utredninger**

Høringsutkastet gir en beskrivelse av tjenestenes bakgrunn og historie, og angir forslag til hvordan tjenesten bør organiseres fremover. KoKom savner en vurdering av forventet utvikling av nødetatene og deres faglige innhold i fremtiden. Slike vurderinger vil alltid være krevende, og beheftet med en viss usikkerhet, men vil likevel være vesentlige i forhold til organisering av tjenesten. Et aktuelt eksempel her er E-drive prosjektet i EU, som vil stille betydelige krav til ødmeldetjenesten, både teknisk og faglig. Ved KoKom har vi, tross deltakelse i Samordningsrådet for nødetatene, begrenset kjennskap til at den typen initiativer følges opp i andre etater. For helses del vil vi påpeke at det er et betydelig fagmiljø som kontinuerlig arbeider med videreutvikling og oppdatering av tjenesten. Vi vil se det som en betydelig svakhet om ikke dette vedlikeholdes og oppmuntres i en videreføring av ødmeldetjenesten i Norge.



Egil Bovim  
Direktør

Vedlegg:      Kommentartutgave til  
Forenkling og effektivisering av medisinsk ødmeldetjeneste "FENN"