



Justis- og politidepartementet
Postboks 8005 Dep

0030 Oslo

JUSTISDEPARTEMENTET	
27 SEP. 2004	
SAKSNR.:	200401096
AVD/KONT/BEH:	RBA /B-R/ ISW
DOK.NR. 40	ARKIVKODE: 625

FG/EH/hd

200401096 B-R ISW

24. september, 2004

Utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten

LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, har gjennomgått Justisdepartementets utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten. Vi har følgende kommentarer.

LHLs hovedsynspunkt

- LHL mener den foreliggende utredning bærer sterkt preg av den uheldige utviklingen i utvalget og mener også at helsespørsmål ikke er tilstrekkelig ivaretatt.
- LHL mener utredningen ikke i tilstrekkelig grad belyser ulemper og fordeler ved innføring av en felles nødtjeneste med ett nødnummer. Det innebærer at LHL i dag ikke kan støtte innføring av ett nødnummer.
- LHL mener at arbeidet med forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten må tas opp på nytt i et bredere sammensatt utvalg, hvor brukerne også er med. Med utgangspunkt i at hjerte og lungesyke utgjør en stor andel av akutt syke pasienter, finner vi det naturlig at LHL deltar i et slikt utvalg.

Generelle kommentarer

LHL mener det er positivt at det ble satt i gang et utredningsarbeid for å vurdere om nødmeldetjenesten bedre kan bidra til at nødstilte mottar riktig bistand raskest mulig gjennom en effektiv håndtering av nødansrop og god organisering av tjenesten. LHL er imidlertid skeptisk til at fullføringen av utredningsprosjektet om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten ble gjort av Justisdepartementet alene. Vi mener at når Helsedepartementet og Samferdselsdepartementet ikke kunne bli enige med Justisdepartementet om anbefalinger og videre prosess, er det et så sterkt signal at hele prosessen burde vært stoppet. For LHL er det spesielt betenkelig at Helsedepartementet trakk seg fra samarbeidet.



LHL mener den foreliggende utredningen er sterkt preget av katastrofe- og ulykkesfokus. Det pekes i utredningen på at: *"(det) synes å være et prinsipielt valg om nødmeldetjenesten skal organiseres med tanke på en mest mulig effektiv håndtering av sammensatte og større ulykker eller med tanke på effektiv håndtering av hendelser som bare omfatter en etat"*.

Utredningen tar samtidig et klart valg: *"Fra et beredskapssyn, med fokus på storulykker og katastrofer, er det en fordel med felles nødmeldesentral fordi dette gir ett grensesnitt for omverdenen å forholde seg til, og gode muligheter til å koordinere innsatsen fra ett knutepunkt."*¹

Dette valget står etter vår mening i skarp kontrast til utredningens dokumentasjon om at det er enkelthenvendelser som utgjør hoveddelen av henvendelsene til nødetatene. LHL mener selvsagt at det er viktig med god katastrofe- og ulykkesberedskap, men vi finner det betenkelig at utredningen i sine anbefalinger i liten grad drøfter ivaretagelse av kompetansen og erfaringene til de enkelte nødetatene. Dette gjelder særlig spesifikke helseutfordringer.

LHL representerer to pasientgrupper som utgjør en stor andel av dem som har behov for akuttmedisinsk bistand. Det er anslått at hvert år rammes mellom 12 000 og 15 000 personer i Norge av akutt hjerteinfarkt. Kanskje så mange som 45 prosent dør i forbindelse med infarkt. Sjansene for å overleve ved hjertestans faller med 10 prosent hvert minutt ingenting gjøres.²

LHLs holdning til organisering av nødtjenesten, er at vi vil være sikre på at akutt syke får trygg og hurtig respons når det gjelder. Vi forventer at i en ny utredning får hensynet til akutt syke langt større oppmerksomhet. Selv om vi per i dag, på bakgrunn av det som framkommer i utredningen, ikke støtter forslaget om ett nødnummer, betyr det ikke at LHL er prinsipielt mot en slik løsning.

Kommentarer til enkeltforslag i utredningen

Valg av modell

I utredningen skisseres fire ulike modeller for organisering av nødmeldetjenesten. Modellene varierer fra dagens norske modell med tre frittstående etater med hvert sitt nummer til den finske modellen der hele nødtjenesten er samorganisert i felles nødmeldesentraler. Det er denne, kalt Finlandsmodellen, som utredningen anbefaler. Begrunnelsen er at den har ett felles nødnummer og at samordningen mellom etatene er spesielt viktig ved sammensatte hendelser der alle tre etatene er involvert. Som andrevalg går utredningen inn for Danmarksmodellen. I Danmark er de ulike etatene holdt atskilt, men har ett felles nødnummer, 112, som betjenes av politiet. Hver enkelt etat beholder lokale sentraler. Til hver 112-sentral er det knyttet en medisinsk ansvarlig lege.

¹ Justisdepartementet: Utredning 2004 Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten. Et trygt system, s. 83

² Kilde: Lexov K. Unødvendig hjertedød – en utfordring. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119:781

Den tredje modellen, Storbritanniamodellen, har ett nødnummer og ett felles sentralbord som setter telefonene videre til riktig etat. Det gir mulighet til å si vekk alle anrop som ikke representerer reell nød. Utredningen avviser denne modellen fordi den har et forsinkende mellomledd og ikke representerer effektivisering eller samordning av etatene.

Dagens norske modell med tre nødnummer anbefales heller ikke, blant annet fordi den ikke sikrer en samordning mellom de tre etatene, publikum må huske tre nummer, samt at det sies at denne modellen ikke sikrer et prioritert fokus på nødtilte i forhold til andre oppgaver i etaten. Samtidig sies det om denne modellen at *"Den viktigste fordel ved dagens modell er at publikum sikres direkte kontakt med fagkyndig personell i den fagetaten man ringer til, noe som sikrer en rask og fagkyndig håndtering av hendelser som kun involverer den ene etaten. Videre gir modellen klare skiller mellom etatenes ansvarsområder, deriblant en klar håndtering av taushetsplikten."*³

Valget av Finlandsmodellen viser klart at katastrofe- og ulykkesperspektivet har vært rådende for utredningens anbefalinger. Med henvisning til at det er enkelthendelser det er flest av og at vi mener fagkyndighetsprinsippet skal veie tungt, finner LHL ikke å kunne støtte utvalgets anbefalinger for valg av modell.

Fagkyndighetsprinsippet

Ingen av de to anbefalte modellene i utredningen sikrer at innringere med akutt medisinsk behov får snakke med fagperson. Det er det bare den norske modellen med eget nummer som gjør. De norske AMK-sentralene skal, i følge Forskrift om medisinsk nødmeldtjeneste, bemannes av helsepersonell, fortrinnsvis sykepleiere.⁴ Også i Rammeplan for den medisinske nødmeldtjenesten i Akershus poengteres det hvor viktig fagkunnskapen er: *"Det kreves betydelig medisinsk kompetanse og erfaring for å oppfatte situasjoner riktig, trekke de riktige konklusjonene og iverksette nødvendig behandling/aksjon. En feilvurdering kan ha katastrofale følger for pasienten."*⁵ LHL mener det er uakseptabelt at en utredning om nødmeldtjenester ikke legger større vekt på betydningen av fagkyndighet.

Ett eller tre nummer

LHL er enig med utredningen i at ett nødnummer kan være lettere å huske enn tre. Og vi tror at når man har løst blant annet spørsmålet om fagkyndighet i nødmeldtjenesten, vil ett nødnummer være å foretrekke.

Samtidig viste en MMI-undersøkelse i år 2000 at folk husker de tre eksisterende numrene overraskende godt, med riktig svar mellom 56 og 61 prosent. I samme periode ble det gjort en lignende undersøkelse i diverse EU-land som viste at i Danmark var det 54 prosent som kjente nødnummeret og i Sverige 80 prosent. Begge har ett nødnummer.

³ Justisdepartementet: Utredning 2004 Forenkling og effektivisering av nødmeldtjenesten. Et trygt system, s. 82

⁴ Forskrift om medisinsk nødmeldtjeneste, kap 5 § 5 - 5

⁵ Rammeplan for den medisinske nødmeldtjenesten i Akershus 1994

(Kilde: "Sirenen", tidskrift for det svenske Räddningsverket). I 2002 var det 73 prosent i Norge som visste at 113 var nødnummeret til ambulansen.

112 som nødnummer

I utredningen foreslås 112 som felles nødnummer for brann, politi og ambulanse. 112 som felles nødnummer er vedtatt i EU, og på grunn av EØS-avtalen må Norge velge 112 hvis vi innfører ett felles nødnummer. EU-vedtaket fastsetter imidlertid ikke bestemmelser om hvordan nødmeldetjenesten bør organiseres. De enkelte EU-land har valgt svært ulike modeller for organisering av nødmeldetjenesten.

I Norge er 112 det nødnummeret som i dag har flest feilanrop og anrop som ikke dreier seg om behov for akutt hjelp. Når vi samtidig vet at 113 er det nødnummeret som er best kjent og som har færrest feilanrop, blir vi ikke overbevist om at det er best for akutt pasienter å få hjelp via 112.

I utredningen foreslås det en del tiltak for å redusere feilanrop og misbruk av 112. Det dreier seg blant annet om informasjonskampanjer, egne, korte infonummer til de tre statene og å kartlegge og følge opp notoriske misbrukere.

LHL anbefaler at en del av disse tiltakene gjennomføres umiddelbart for å styrke publikums oppmerksomhet om eksisterende nummer.

Antall AMK-sentraler

Det var pr. 1. oktober 2003 40 AMK-sentraler i Norge. Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for medisinsk nødmeldetjeneste. Tjenesten er oppe til vurdering i de ulike helseforetakene, og det er ventet at antall AMK-sentraler blir halvert.

LHL støtter reduksjon av antall AMK-sentraler. En del sentraler er i dag for små til at det er mulig å sikre tilstrekkelig bemanning, samt at operatørene rett og slett får for liten trening i å håndtere henvendelsene de mottar. Hvor stor hver sentral skal være, må vurderes i forhold til folketetthet og hvor mange henvendelser sentralene mottar. Sammenslåing av AMK-områder forutsetter at operatørene får gode digitale kartverk og flåtestyringssystemer. Bedring av opprinnelsesmarkering av telefonhenvendelser vil gjøre arbeidet på AMK-sentralene enklere. Det forutsetter imidlertid et utstrakt samarbeid mellom de ulike teleoperatørene, særlig når det gjelder mobilnettet.


Kostnader

Utredningen påpeker at manglende datagrunnlag gjør at det ikke er mulig å trekke klare konklusjoner om kostnader ved de ulike modellene. En antar at den anbefalte modellen (Finlandsmodellen) vil medføre de høyeste investeringskostnadene fordi det kreves betydelige endringer i dagens organisering. Det forutsettes etablering av en ny organisasjon, nye tekniske løsninger og nødvendige organisatoriske og bygningsmessige tilpasninger. I Finland ble etableringskostnadene pr. sentral estimert til 12,5 – 32 millioner. For de andre modellene reduseres investeringskostnadene i forhold til graden av samorganisering.

For LHL er det viktigste i denne sammenhengen at vi får et system som sikrer et godt tilbud til akutt syke. Etter en samlet vurdering av utredningen mener LHL at vi inntil videre er best tjent med å beholde nåværende modell. Når Finlandsmodellen, som utredningen anbefaler, i tillegg viser seg å bli svært kostbar, mener LHL at det er all mulig grunn til å utrede forholdene rundt nødmeldetjenesten på nytt.

Med vennlig hilsen
Landsforeningen
for hjerte- og lungesyke

Svein Erik Myrseth
forbundsleder
/sign./



Finn Grønseth
generalsekretær