

Justisdepartementet
Postboks 8005 Dep
0030 OSLO

JUSTISDEPARTEMENTET	
07 NOV 2004	
SAKSNR.:	200401096
AVD./KONT./BEH.:	RBA/B-R/ISW
DOK.NR.	128
ARKIVKODE:	625

Deres ref: 200401096 B-R ISW
Saksbehandler: ekl
Vår ref: 04/2567
Arkivkode:
Dato: 31.10.2004

Høring – Utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten

Det vises til Justisdepartementets brev datert 27. mai 2004 hvor utredning om forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten sendes på høring. Videre vises det til vårt brev av 24. september 2004 hvor vi ba om en forlengelse av fristen til medio oktober.

I utredningen anbefales en rekke omfattende endringer i dagens nødmeldetjeneste. Etter Sosial- og helsedirektoratets oppfatning må det viktigste kriteriet for å endre dagens nødmeldetjeneste være at tjenesten totalt sett blir bedre for de som skal bruke den.

I rapporten savner vi en helhetlig gjennomgang av dagens norske nødmeldetjeneste. Etter vår oppfatning er flere sentrale elementer ved helsetjenestens nødmeldetjeneste ikke beskrevet. Flere viktige problemstillinger er ikke berørt. Dette gjør etter Sosial- og helsedirektoratets oppfatning at utredningen blir mangelfull på vesentlige områder og dermed ikke egnet som grunnlag for å treffe beslutning om hvorvidt det skal innføres ett nødnummer i Norge.

Sosial- og helsedirektorat vil i dette høringssvaret i liten grad kommentere rapportens faktagrunnlag, dokumentasjon og referanser da disse bl.a. er gjennomgått og kommentert i en prosjektrapport datert 3. september 2004 fra Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenesten kommunikasjonsberedskap (KoKom).

Det er nedlagt et betydelig arbeid av representanter for i helsetjenesten i forbindelse med denne utredningen, både i forbindelse med det skrinlagte felles arbeidet og oppfølging av utredningen. Sosial- og helsedirektoratet og KoKom arrangerte den 23. august 2004 en nasjonal konferanse om medisinsk nødmeldetjeneste sett i relasjon til den foreliggende rapport, der hensikten var å diskutere forslagene fremsatt i Justisdepartementets utredning. Forslagene i utredningen har skapt et bredt og intenst engasjement blant de operative utøverne innen de prehospitale helsetjenestene.

Kommentarer til rapportens del I og del II

Utredningsprosjektet "Forenkling og effektivisering av nødmeldetjeneste og nødkommunikasjon i telenettet" startet opp i begynnelsen av 2001. Arbeidet skulle være ferdig innen utgangen av 2001. I høringsbrevet vises det til at:

Sosial- og helsedirektoratet
Avdeling for beredskap og akuttmedisin

Postadr: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgaten 2, Oslo
Tel: 24 16 30 00 • Faks: 24 16 30 17 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@shdir.no • www.shdir.no

Sekretariatet for prosjektet i Justisdepartementet ferdigstilte et forslag til utredning 10. mars 2003 (versjon 1.0) og sendte det ut til prosjektgruppen og styringsgruppen. Forslaget var basert på innspill fra prosjektgruppens medlemmer og informasjon innhentet av sekretariatet selv. Da alle prosjektgruppens medlemmer hadde gitt tilbakemelding, viste det seg at det ikke forelå enighet om anbefalinger eller videre prosess.

Sett i relasjon til det positive samarbeidsklimaet som er, og alltid har vært, mellom de utøvende tjenestene finner Sosial- og helsedirektoratet det beklagelig at det etter nesten tre års arbeid ikke har lyktes å presentere en utredning som prosjektgruppens medlemmer i all hovedsak kan akseptere. Sosial- og helsedirektoratet er av den oppfatning at utredningen burde ha omtalt arbeidet i den opprinnelige prosjektgruppen og styringsgruppen og en beskrivelse av hvilke områder som det har vært enighet om og hvilke områder som har vært vanskelige.

Helsetjenestens akuttmedisinske organisasjon er med sitt volum og kompetanse landets største beredskapsorganisasjon. Akuttmedisinen er en integrert del av daglig medisinsk virksomhet og arbeidet er teamarbeid utført under tidspress. Befolkningens vei inn i den akuttmedisinske kjede skjer ikke gjennom en sentral alene, men gjennom et forberedt beredskapsnettverk som tar hånd om meldingen enten den kommer direkte til sykehus eller kommunehelsetjenesten. Innringer skal i akutsituasjonen møte helsepersonell og helseressurser i beredskap, disponert av helsepersonell. Etter vår oppfatning er dette et vesentlig suksesskriterium ved dagen akuttmedisinske tjeneste.

I rapporten fremstilles dagens nødmeldetjeneste som en god modell for de hendelser som den enkelte etat alene tar hånd om, men ikke for de hendelser som krever samarbeid mellom etatene. For å tydeliggjøre dette beskrives en lang rekke tema som overordnet organisasjon, etatsspesifikke systemer, tjenestevolum og ressursbruk, tekniske løsninger, publikumsproblemer, eksempler på samarbeidssvikt og sammenligninger med organisasjonen i andre land. Her finnes også en beskrivelse av en rekke kvalitetsindikatorer som tilgjengelighet, responstid, kvalitet med mer.

I rapporten beskrives ikke de ulike funksjoner de tre etatene har i samfunnet verken kvalitativt og kvantitativt. Dette fører til at i alle fall omtalen av den medisinske nødmeldetjenesten blir mangelfull.

Mandat:

Det reviderte mandatet sier at:

Utredningen skal dokumentere dagens organisering av nødmeldetjenesten og vurdere av mulige modeller for forenkling og effektivisering, herunder mulighet for overgang til ett nødnummer. Fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller og antall sentraler skal utredes. Teletekniske forhold og kostnader skal utredes i den grad det har betydning for punktene over.

Etter Sosial- og helsedirektoratets oppfatning er første del av mandatet ikke fullstendig oppfylt ved at dagens nødmeldetjeneste, i alle fall helsetjenestens nødmeldetjeneste, ikke er tilstrekkelig beskrevet og dokumentert. Dette betyr at vurderingene av fordeler og ulemper i forholdet mellom dagens tjeneste og den foreslåtte blir tilsvarende

mangelfulle. Direktoratet vil vise til at området akuttmedisinsk beredskap har vært utredet og beskrevet i bl.a. NOU 1998:9 Hvis det haster – Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998:9 er fulgt opp i St.meld.nr. 43 om akuttmedisinsk beredskap (1999-2000) og Innst. S. nr. 300 (2000-2001).

Mulige modeller for forenkling og effektivisering er i utredningen beskrevet som ulike modeller fra hhv. Storbritannia, Danmark og Finland. Det gis i beskrivelsene av modellene i kapittel 9 ingen vurdering av ulemper ved de forskjellige modellene. Det gis heller ikke en problematisering av for eksempel at organiseringen av helsetjenesten er forskjellig i de ulike landene.

Vurderingene av modellene gis i kapittel 12, men forhold som påpekt i avsnittet over er ikke tatt med i vurderingene, til tross for at det er av avgjørende betydning for konklusjoner og anbefalinger.

Sosial- og helsedirektoratet savner videre en vurdering av fordeler og ulemper ved antallet sentraler. Dette er forhold som mandat tilsier burde vært vurdert.

Kommentarer til rapportens del III

I rapportens del III drøftes "Hva slags nødmeldetjeneste ønsker vi for fremtiden" og følgende alternativer er beskrevet:

Alternativ 0: Separate fagsentraler uten felles tjenester (dagens modell, nullalternativet)

Alternativ 1: Felles formidlingstjenester (Storbritanniamodellen)
Nødetatene har separate nødmeldesentraler som i Norge, men alle anrop går gjennom en felles formidlingstjeneste som videresender anropet til rett instans.

Alternativ 2: Felles håndtering av nødansrop (Danmarksmodellen)
I deler av Danmark har man valgt å skille ut noen bestemte oppgaver fra nødmeldesentralene og organisere disse som en felles tjeneste, mens andre oppgaver løses etatsvis.

Alternativ 3: Felles nødmeldesentraler (Finnlandsmodellen)
Felles nødmeldesentraler for brann, politi, helse og sosialtjenesten som er definert som en egen etat som har ansvaret for både håndtering av nødansrop og styring av ressurser.

I utredningens kap. 13.1 anbefales det at Norge innfører en ordning med 112 som eneste nødnummer, og at hver etat (brann, politi og helse) i tillegg tilbyr publikum et landsdekkende femsifret servicenummer til bruk ved andre henvendelser som ikke er nød.

I anbefalingene heter det at alternativ 0 og alternativ 1 ikke vil gi ønsket gevinst, men at alternativ 2 og 3 vil gi betraktelig fordeler i forhold til dagens organisering. Alternativ 2 eller 3 anbefales derfor som modell for fremtidig organisering av nødmeldetjenesten i Norge.

Sosial- og helsedirektoratet har ikke foretatt noen grundig vurdering av de ulike foreslåtte alternativer men vil vise til de vurderingen som KoKom har gjort. For helhetens skyld vil vi imidlertid knytte noen få betraktninger til alternativ 2 og 3.

Alternativ 2

I Danmarksmodellen blir alle nødansrop (112) rutet til et fellesmottak (SOS-sentral). Meldingen mottas av erfarent politi, og den medisinske del av meldingen formidles videre til ambulansesentraler som fungerer et stykke på vei som våre AMK-sentraler. Ambulansesentralene vurderer behov, fastsetter hastegrad, rekvirerer nødvendige medisinske ressurser først og fremst ambulanse og lege etter nærmere avtaler. SOS-sentralen fungerer som en ren silingssentral og er vanligvis ferdig med sin medvirkning når meldingen er videre formidlet. Sentralen får (elektronisk) melding når aksjon er avsluttet.

Ambulansefagsentralene er frittstående sentraler som ikke er en del av det offentlige helsevesen.

Den danske modell overført på norske forhold vil medføre at befolkningen melder medisinsk nød til en sentral betjent av politiet. Direkte kontakt med AMK-sykepleier faller vekk og ambulansesentralene forestår bruken av ambulanse både til utrykning og vanlige ambulansetransporter. Sykehusene overvåker normalt ikke hendelsen på åsted og under transport, men er forberedt på mottak i alvorlige situasjoner. Legevaktsentraler (i den grad de finnes) er ikke med i prosessen. Akutt telemedisinske data sendes direkte til sykehus.

Det redegjøres videre ikke for de problemer, herunder juridiske, som oppstår i ved at innringere av medisinske hendelser kommer rett til en instans som også skal håndtere henvendelser til politi eller er betjent av politi. En kan tenke seg at det ikke blir meldt om skader som er skjedd ved ulovlige hendelser fordi gjerningsmannen ikke ønsker å varsle politiet. Problemstillinger knyttet til taushetsplikt og personvern burde også være berørt.

Alternativ 3

I den finske modellen er et fåtall, offentlige, nødmeldesentraler bemannet med spesielt trenete mannskaper ofte rekruttert fra politi, brannvesen og helse (sykepleier).

Overføres dette til norske forhold vil, slik Sosial- og helsedirektoratet tolker beskrivelsen av den finske modellen, følgende bli konsekvensen:

- meldingen tas i mot av spesielt trent personell (nytt fag)
- meldingen vurderes, hastegrad fastsettes, ressursbehov fastsettes
- aksjon formidles til uttrykkende enheter, for helse vil det kun si til ambulanse
- ambulanse på åsted orienterer sykehuset om situasjonen (om nødvendig)
- sykehuset er ofte uforberedt på mottak av pasienten fordi det ikke er direkte kontakt mellom ambulanse og sykehus
- sentralen får melding om avsluttet hendelse

Denne løsning griper mye dypere inn i våre fagsentralers gjøremål enn Danmarksmodellen. For AMK-sentralene vil det kunne føre til at rekvisisjonsretten til egne medisinske ressurser blir delt/overdratt.

Den finske modell i Norge kan medføre:

- befolkningen kan ikke lenger melde medisinsk nød direkte til sykehus
- AMK-sentralen mister direkte kontakt med innringer
- AMK erstattes med sykepleier uten direkte kontakt med akuttmedisinsk miljø og uten de samme muligheter for tilgang til medisinske data
- AMK mister den udelte rekvisisjonsrett til bil, båt, og luftambulansen som beredskapsressurs
- AMK's rolle på åsted og når pasient er på vei mot sykehus er uklar
- AMK's rolle i forholdet til den nye 112-sentralen er uklar
- Det er uklart hvor telemedisinske data fra skadestedet og ambulanse som i dag går til AMK skal allokere
- Det nødvendige samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjeneste gjennom aksene AMK-LV-sentraler vanskeliggjøres

Modellen med organisering av en egen etat for mottak av nødmeldinger medfører at det må gjøres en rekke nye snitt i ansvarsforholdet mellom den nye etaten og resten av de respektive tre nødetater. For helsetjenestens del vil det si at en nødmeldetjeneste som er en integrert del av den akuttmedisinsk beredskap og helsetjenesten for øvrig både personellmessig og ressursmessig må skilles ut. Det er uklart i utredningen hvor de ansvarsmessige skillelinjene skal gå. Uklarhetene gjør det umulig å vurdere om den foreslåtte modell vil fungere bedre enn dagens modell. Uklarheter her kan få vesentlige konsekvenser for kvaliteten på den tjenesten som skal ytes befolkningen.

AMK-sentralene har en vesentlig og sentral rolle i helsetjenestens og helsemyndighetenes styring av helseressursene i en beredskapssituasjon. Dette er ikke berørt i rapporten.

Moderne akuttmedisin forutsetter at behandlingen av pasienten starter så raskt som mulig. Det kan være fra det øyeblikk helsepersonell og ambulanse kommer frem til pasienten, men det kan like godt være at liv- og helsereddende behandling kan iverksettes umiddelbart av innringeren med faglig bistand fra AMK. Det vil være et tilbakeskritt dersom dette ikke kan fortsette i en ny modell. Forslaget redegjør ikke for dette.

Etter Sosial- og helsedirektoratets oppfatning hadde det vært naturlig om rapporten hadde vurdert om prinsippene bak organiseringen av hovedredningssentralene (HRS) kunne brukes også her.

Dagens nødmeldetjeneste

Utredningen omtaler dagens norske nødmeldetjeneste med separate fagsentraler "uten felles tjenester" som alt. 0. Alternativ 0 er beskrevet på en slik måte at leseren sitter igjen med et inntrykk av at dagen modell med separate fagsentraler er uten et potensial for forbedringer. Dette understrekes bl.a. gjennom å foreslå en talepostkasse med menyvalg for at dagens system kan etableres med ett nødnummer.

I utredningen fremstilles dagens nødmeldetjeneste som en god modell for de hendelser som den enkelte etat alene tar hånd om, men ikke for de hendelser som krever samarbeid mellom etatene. Ca 90% av aktiviteten innen medisinsk nødmeldetjeneste er egne aksjoner, bare ca 10% av aksjonene er samarbeidsaksjoner. Dagens system oppfattes av brukerne som et stort sett velfungerende system. Likevel er det et forbedringspotensiale.

Ved etableringen av dagens modell var man oppmerksom på det behov for samhandling og samordning ved hendelser som involverer alle nødetatene. Problemet ble søkt gitt en teknisk løsning bl.a. gjennom krav til kommunikasjon mellom nødsentralene. Med de teknologiske løsninger som finnes i dag og som trolig kommer i nær fremtid er mulighetene store for ytterligere å styrke denne samordningen og samhandlingen. Ikke minst vil en eventuell utbygging av et nytt nødnett legge forholdene til rette for dette.

Et annet eksempel er å opprette et multimedia-felleskap mellom nødsentralene. Det har alltid vært et problem å gjøre livsviktig medisinsk informasjon fra sykehus og primærhelsetjeneste raskt tilgjengelig ved håndteringen av en akuttsituasjon. MultimEDIATEKNOLOGIEN og det omfattende arbeid som nå gjøres gjennom arbeide med et nasjonalt helsenett vil skape nye lokalisasjonsuavhengige former for teamarbeid og informasjonshenting.

Sykehusets rolle som sentrum i utviklingen av den medisinske nødmeldetjenesten og sykehuset ansvar og vilje til å tilgjengeliggjøre sin kunnskaper, i akuttsituasjonen gjennom umiddelbar direkte medvirkning gjør at en videreutvikling av dagens medisinske nødmeldetjeneste bør forankre i helsetjenesten og ikke i en egen frittstående organisasjon.

Behov for ett nødnummer i Norge

I rapporten hevdes det at befolkningen i dag har vanskelig med å forholde seg til tre ulike nødnummer og som en følge av dette bør det etableres et nødnummer. Det er opplagt at det er enklere for folk å forholde seg til ett nødnummer enn til tre. Vi mener likevel at utredningen overdriver betydningen av dette. Utredningen dokumenterer ikke at dette er et problem i praksis i forhold til å få frem hjelp så raskt som mulig. Dersom melding som krever helseressurser kommer inn til 112 blir dette raskt formidlet til 113 og vice versa. Likevel er det Sosial- og helsedirektoratets oppfatning at nødetatene bør bestrebe seg på å komme frem til en løsning med ett nødnummer i Norge.

Konklusjon

Sosial- og helsedirektoratet mener at at innføring av ett nødnummer kan medføre en effektivisering og forbedring av nødmeldetjenesten i Norge. Dette vil forenkle situasjonen for innringer og kan legge til rette for bedre samarbeid mellom nødetatene når det er aktuelt. Utvikling av ny teknologi kan gi muligheter som bør utnyttes. De tre nødetatene har hver for seg utfordringer med å forbedre tjenestene, blant annet gjennom nettopp å utnytte den teknologiske utvikling. Stikkord her er kostbar data og kommunikasjonsteknologi. Et mulig nytt felles nødnett kan være et grunnlag for et nært

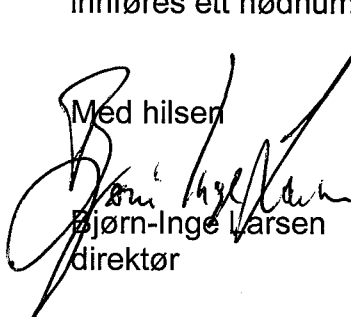
samarbeid fremover. Sosial- og helsedirektoratet vil bidra i ethvert prosjekt som kan bidra til en bedre nødmeldetjeneste.

Det er imidlertid maktpåliggende at dette fører til bedre tjenester. Sosial- og helsedirektoratet kan ikke se at forslaget i den foreliggende rapport godtgjør at tjenestene totalt sett vil bli bedre. I denne forbindelse må det fremheves at langt de fleste 113-meldinger gjelder hendelser som ikke berører de øvrige nødetater. Det må unngås at en evt. marginal forbedring ift hendelser som berører flere etater går på bekostning av det store antallet hendelser som meldes inn.

Den foreliggende rapport er mangelfull på vesentlige områder, noe som gir inntrykk av at viktige problemstillinger ikke er sett eller forstått, blant annet at organiseringen av den norske akuttmedisinske beredskap er grunnleggende forskjellig fra våre naboland. Rapporten gir inntrykk av at man ikke har satt seg godt nok inn i dagens akuttmedisinske tjeneste før man foreslår endringer.

Rapporten er ikke egnet som grunnlag for å treffe beslutning om hvorvidt det skal innføres ett nødnummer i Norge.

Med hilsen



Bjørn-Inge Larsen
direktør



Morten Randmæl
avdelingsdirektør

Kopi: Helsedepartementet
De regionale helseforetak