

Justis- og politidepartementet

Akersgt. 42
Rednings- og beredskapsavdelingen
v/ Ole R. Hafnor
Postboks 8005 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.: LOR/JESH/ÅN

Dato: 28. september 2004

JUSTISDEPARTEMENTET	
30 SEPT 2004	
SAKSNR.: 200401096	
AVD/KONT/BEH: RBA B-R / SW	
DOK.NR. 51	ARKIVKODE: 625

Hørings svar – Utredning: "Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten" med høringsfrist: 1. oktober 2004.

Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF har opprettet en felles prehospital klinikk som har fått i oppdrag å forestå saksforberedelsen til et felles svar. Foreliggende dokument er således omforent i begge helseforetakene.

Sammen drag

1. Nødmeldetjenesten i Norge bør forenkles, effektiviseres og kvalitetsforbedres. Aksestider og reaksjonstider bør måles og revideres. Faglige normer bør standardiseres. Enhetlige teknologiske løsninger bør stilles til rådighet. Tverrforbindelser mellom sentralene må sikres.
2. 113 bør beholdes som eget nødnummer til helse. Fagkyndighetsprinsippet for akuttmedisinske nødannonser må ikke fjernes. Publikum bør fortsatt kunne komme i direkte kontakt med helsepersonell 24 timer per døgn. Feilannrop er et lite problem på 113. Tvert i mot antar vi at det er atskillige flere akuttmedisinske pasienter som burde ringt nødtelefon.
3. I andre land der det ikke sitter helsepersonell som kan vurdere ressursinnsats ved medisinske nødmeldinger, ser man et helt annet forbruk av ambulanser. I England er det mange flere akutte ambulanseutrykninger per 1000 innbyggere enn i Norge.
4. Vi ser intet behov for å opprette et overordnet "nødmeldebyråkrati".
5. Antallet nødmeldesentraler bør ikke reduseres ytterligere før den reduksjonen som allerede pågår er evaluert grundig.
6. Samlokalisering av nødmeldesentralene kan være en mulighet, dersom dette er en betydelig fordel i forhold til teknologiske løsninger. Den samlokaliserte sentralen må i så fall sikres organisatorisk tilknytning til et akuttmedisinsk miljø.
7. Det bør innføres kompetansekrav for alle operatører på nødsentraler.
8. Den foreliggende rapport har mangler ved beskrivelsen av den medisinske nødmeldetjenesten, akuttmedisinske problemstillinger og helsetjenestens forvaltningsansvar. Det foreligger betydelig internasjonal forskning rundt håndtering av medisinske nødannonser. Man finner det uheldig at utredningen ikke inneholder slike referanser.

Innledning

Vi mener at det er riktig å sette fokus på forenkling, effektivisering og kvalitetsforbedring av nødmeldetjenesten i Norge. Nødmeldetjenesten bør kunne forbedres både faglig og teknisk.

Forbedringspotensialer i dagens system

Vi har som eksempel de senere år blitt klar over at mye av tidsforbruket mellom publikums henvendelse til nødnummer 113, og responsen, det vil si ambulanse eller lege fremme på stedet, skyldes håndteringen av selve henvendelsen. En effektivisering av nødmeldetjenesten må ha som et klart mål å redusere den *prehospitale responstid*¹. "Responstiden" er per i dag for lang i forhold til faglige anbefalinger². Publiserte data fra Vestfold³ og Troms⁴, samt upubliserte data fra Telemark er trolig representative for situasjonen i hele landet. Det tar per dags dato omlag fire minutter å besvare nødtelefon, innhente tilstrekkelig informasjon varsle riktig ambulanse og bemanne ambulansen i akutsituasjoner. Installasjon av digitale kart, og flåtestyring av ambulanser hadde det første året etter installasjon ingen effekt på dette tidsforbruket⁵. Først etter mer en ett års trening av alt personell har vi klart å redusere den prehospitalt responstiden i Vestfold. Denne gevinsten er så og si utelukkende hentet inn på AMK-sentralen.⁶ Å innføre en felles telefonoperatør ved en felles 112-sentral for å sortere nødmeldinger før samtalen blir overført til helsevesenet, vil være å gå i motsatt retning av det vi mener er fornuftig. Per i dag foreligger det ingen data om aksesstid ved norske nødmeldesentraler. Effektivisering bør derfor ha klare kvalitative mål. Spesielt tenker vi på følgende:

1. Aksesstider (tid fra innringer ringer til samtalen besvares) ved sentralene bør måles. Sentralene bør rapportere disse, og det bør enes om standarder.
2. Sentralenes reaksjonstider (tid fra besvart samtale til aksjon iverksettes) bør måles, (for forskjellige hastegrader). Sentralene bør rapportere disse via tjenestevei til fagdepartementene, og det bør enes om standarder.
3. Alle nødsentraler bør følge faglige normer i sin virksomhet. Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp er et eksempel på slik norm. En vil anta at de andre nødetatene bør ha tilsvarende. Dette vil bidra til å sikre at publikum får den samme hjelp i nød, uavhengig av oppholdssted i landet. De faglige normene bør gjennomgå regelmessige oppdateringer/forbedringer.
4. Sentralenes virksomhet bør underlegges faglig revisjon.
5. Enhetlige teknologiske løsninger bør stilles til rådighet fra statens side. En tenker her på telefonisystemer, dataapplikasjoner inklusive offentlige digitale kart og posisjoneringssystemer, samt ikke avlyttbart radionett for nødetatene.

¹ Definisjon i hht KITH Rapport 3/99, ISBN 82-7846-057-4 Definisjonskatalog for AMK-/LV-sentraler, 1. utgave, 1. mars 1999

² Norges offentlige utredninger. Hvis det haster Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998. (<http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/1030005-020022/index-dok000-b-n-a.html>) (11.9.2002)

³ Steen-Hansen J E, Folkestad E H: Hvor lang tid tar det før ambulansen kommer? Tidsskr Nor Lægeforen nr 8, 2001; 121: 904-7

⁴ Folkestad E H, Gilbert M, Steen-Hansen J E: Når det haster – prehospitalt responstider i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 3, 2004; 124: 324-8

⁵ Jon Erik Steen-Hansen, Trond Thoresen, Sykehuset i Vestfold HF (SiV), Tønsberg: Use of new Technology to reduce Response intervals. HLR 2003, Stavanger

⁶ Jon Erik Steen-Hansen: Måling av responstider. Locus brukerforum 26.-27. mai 2004. Rica Park Hotel Sandefjord

6. Det bør etableres enhetlige sikre tverrforbindelser mellom sentralene, slik at samtaler og datatrafikk skal kunne konferanse- eller viderekobles sikkert til så vel egne som andre etater.

Kommentarer til foreliggende rapport

Avsnitt 13.1 Antall nødnummer

EU-regler

Nødmeldetjenesten i Norge har fra 1994 imøtekommet EUs krav om felles nødnummer 112. De fleste EU-land har, og ønsker å beholde, parallelle nødnumre i tillegg til 112.

Publikums kjennskap til nødnummerne i Norge

113 er det best kjente nødnummer i befolkningen (Ref.7.2 side 42 i høringen). Vår vurdering av spørreundersøkelsen det refereres til i rapporten, er at den har benyttet en metodikk (spørsmålstilling) der svarene lett blir ledende og at svarene derfor ikke bør benyttes i argumentasjonen om antall nødnummer.

Antall feilanrop og manglende anrop

I Telemark (46 %) og Vestfold (45 %) er omlag halvparten av 113-anropene medisinske henvendelser i den forstand at de genererer en aksjon fra helsetjenesten. De to AMK-sentralene opplever ikke den belastningen med såkalte feilanrop som det rapporteres om fra politiets nødsentraler. Problemstillingen med for mange unødvendige nød-anrop er derfor uaktuell for helsevesenet. Tvert i mot er det atskillige flere akuttmedisinske pasienter som burde ringt nødtelefon. Dette gjelder spesielt i forbindelse med akutte hjerte og kar-medisinske problemstillinger. Argumentasjonen i rapporten er derfor etter vårt syn ikke relevant for medisinske nød-anrop.

Avsnitt 13.2 Organisering av felles tjenester

Vi oppfatter det medisinske fagkyndighetsprinsippet som essensielt i forhold til medisinske nødsamtaler. Direkte kontakt med helsepersonell ved medisinsk nød vil både være livreddende og redusere sykkelighet ved en rekke tilstander. Gjennom de siste 14 år har helsevesenet profesjonalisert den medisinske nødmeldetjenesten. Aktørene (dvs. AMK-operatørene) har i tillegg til sin helsefaglige grunnutdanning som ambulansesarbeidere og sykepleiere gjennomført bedriftsintern videreutdanning til AMK-operatør. Samlet gir dette en kompetanse som man finner i få andre land. Vi er av den klare oppfatning at dette personellet er best egnet til å besvare helserelaterte nødmeldinger. Vår erfaring fra medisinske nødmeldinger som har kommet til 110, 112 og 113-sentralene i Vestfold og Telemark, er at helsepersonell er best til å innhente den informasjon som helsevesenet trenger for å aktivere rett helserespons.

Alternativ 0 Dagens modell

Utredningens anbefaling:

Den samlede vurdering er at fordelene ved dagens modell ikke oppveier ulempene, og spesielt ulempene til samordning mellom etatene gjør at modellen ikke anbefales.

AMK- og LV-sentraler

Ved dagens modell fungerer AMK - sentralene godt for å ivareta befolkningens henvendelser ved medisinske tilstander. Publikum definerer selv hva som er medisinsk nød, og er garantert å komme i direkte kontakt med helsevesenet i en slik situasjon. I og

med at helsetjenesten omfatter flere forvaltningsnivåer (for spesialhelsetjenesten og primærhelsetjenesten) er samspillet mellom AMK-sentraler og legevaktsentraler en arena som i seg selv bidrar til at pasienten får hjelp fra laveste effektive omsorgsnivå.

Kvalitetssikring gjennom den akuttmedisinske tidsakse

Samorganiseringen av AMK-sentral – Ambulansetjeneste – Akuttmottak muliggjør en kvalitetssikring som ved annen type organisering trolig vil være vanskeligere å gjennomføre. Det er ikke en forutsetning at AMK-operatørene kan følge samtlige pasienter gjennom denne aksen, men det er en god kvalitetsfaktor at operatørene kan få regelmessig umiddelbar tilbakemelding fra helsepersonell som har håndtert pasienten videre i forløpet. En av de store svakhetene ved systemene i Sverige, Finland, Storbritannia (og Danmark) (personlig meddelelser fra Lars Engerström, Chefläkare, SOS Alarm Sverige AB, Maaret Castren, Helsinki, Fionna Moore, Medical Director London Ambulance Service) er at kommunikasjonen mellom alarmsentralene, ambulansetjenesten og akuttmottakene er fraværende. Dette bekreftes av KOKOM's ferske rapport.⁷ Dette er en betydelig svakhet. Dersom medisinske nødanrop organiseres ut av helsetjenesten, ville det være et tilbakeskritt i forhold til dagens modell i Norge, der sykehusene i god tid på forhånd kan forberede sin virksomhet på den akuttmedisinske pasient som ankommer.

Samarbeid mellom nødetatene

Samarbeidet mellom nødetatene har et betydelig forbedringspotensiale ved hendelser som krever felles operativ innsats, men denne typen oppdrag utgjør en liten andel av AMK-sentralens totale arbeidsmengde. Det bør i stedet etableres faste samarbeidsfora, konferanser og teknologiske løsninger som sikrer tverrforbindelser på en betydelig mer sikker og kvalitativ måte enn i dag.

Alternativ 1 Felles formidlingstjeneste (Storbritaniamodellen)

Utdrag fra utredningens anbefaling:

Med unntak av å gi publikum god tilgjengelighet gjennom kun ett nødnummer, og en siling av feilansrop/misbruk, gir ikke Storbritaniamodellen spesielle fordeler i forhold til dagens løsning.

En formidlingstjeneste vil nødvendigvis medføre økt responstid, stikk i strid med hva en effektivisering bør innebære. I tillegg ville en slik modell sannsynligvis ikke være kostnadsreducerende, men snarere kostnadsøkende. Sykehusene anbefaler ikke modellen.

Alternativ 2 Felles håndtering av nødanrop (Danmarksmodellen)

Utdrag fra utredningens anbefaling:

Danmarksmodellen synes å gi betraktelige fordeler i forhold til dagens organisering, og det vurderes slik at dette er en modell som vil kunne implementeres også i Norge.

Dette alternativet vil medføre en todelt styring, som sannsynligvis verken blir ressurs sparende eller kostnadsreducerende, men snarere kostnadsdrivende.

⁷ Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap – KoKOM, rapport 29, august 2004

Forvaltning av helsevesenets ressurser – fare for kostnadsøkning

Den som mottar en nødmelding må ha oversikt over disponible ressurser, og ha styringsmyndighet over disse. Vi er opptatte av at helseressursene som disponeres, utnyttes på mest mulig effektiv måte. Norge har relativt få ambulanser og lite ambulansforbruk i forhold til befolkningstall. Vi har helt siden den store nødmeldetjenestereformen for 13 år siden benyttet såkalt *kriteriebasert respons*. Det vil si at det ikke er noen automatikk i å varsle ambulanse som følge av 113-anrop. Dreier henvendelsen seg eksempelvis om magesmerter, ønsker vi vanligvis at en lege vurderer henvendelsen før vi aktiverer ambulansetilkall. Det er derfor viktig at den som genererer et ambulansoppdrag også har det økonomiske ansvaret for ambulansetjenesten. I England ble det kjørt ambulanse med blålys og sirener til 77 pasienter per tusen innbyggere i 2002. Det tilsvarende tall for Vestfold var 18 ambulansetrukninger per tusen innbyggere samme år⁸.

Fagkyndighetsprinsippet er heller ikke ivarettatt ved denne modellen i første linje. Sykehusene anbefaler ikke modellen.

Alternativ 3 Felles nødmeldesentraler (Finlandsmodellen)

Utdrag fra utredningens anbefaling:

Hele eller deler av nødmeldetjenestens oppgaver bør organiseres som en felles tjeneste for alle tre nødetatene. Dette skal sikre en bedre samordning mellom etatene, økt fokus på nødmeldetjenesten og en bedre ressursutnyttelse på tvers av etatene. Praktisk løsning må utredes videre, og det anbefales å basere løsningen på modeller som allerede er implementert i Danmark og Finland. Valg av løsning bør reflektere om nødmeldetjenesten prinsipielt skal ha fokus på storulykker som krever stor koordinering eller mer daglige enkelthendelser.

Fordelen ved denne modellen er samlokalisering av alle tre nødetatene. Dette vil kunne føre til bedre samarbeid og bedre samhandling ved de relativt få tverretatlige hendelser. Det synes likevel viktig at fagoperatørene bør være forankret i egne organisasjoner. Dette er for at operatørene skal kunne holdes faglig oppdatert. Modellen innebærer også at alle etatenes ressurser styres fra sentralen. Ressursutnyttelse vil forbli en viktig brikke også i de kommende år og det er viktig at man med de stramme ressursene man har i offentlig sektor også beholder "ressursvoktere" fra hver av etatene.

Av beredskapshensyn og med fokus på storulykker og katastrofer vil det være en fordel med felles sentral. Dette vil gi gode muligheter til å koordinere tverrfaglig innsats fra ett og samme knutepunkt. Dessuten vil erfaringene fra de daglige hendelsene/ulykkene gi god erfaring til å takle store ulykker. Alle tre nødnummer bør følge fagoperatørene i sentralen, men man bør kunne få til en ordning for avhjelping på tvers av etatsgrensene ved topper av nødansrop hos en av etatene.

Taushetsplikt

I en eventuell felles sentral må det defineres særskilte retningslinjer for taushetsplikt.

⁸ National statistics. Ambulance services, England 2001-02 <http://www.publications.doh.gov.uk/public/sb0213.htm>

Teknologi

Felles tekniske installasjoner og systemer vil muligens kunne gi fornuftige kostnadsbesparelser.

Dersom vi ikke kan beholde dagens ordning, vil sykehusene anbefale denne modellen med presiseringer som nevnt tidligere, fremfor noen av de øvrige som er nevnt i rapporten.

Avsnitt 13.3 Organisatorisk tilknytning

Den som tar i mot medisinske nødtelefoner er ansvarlig for aktivering av helsevesenets ressurser, og generering av kostnader. Det er nødvendig med stor fagkompetanse for å kunne vurdere ressursforbruk i forhold til den aktuelle medisinske situasjon. Vi tviler på om dette kan ivaretas like godt utenfor helsevesenets organisasjoner (se avsnitt *Forvaltning av helsevesenets ressurser – fare for kostnadsøkning*). Vi er videre bekymret over rapportens konklusjoner med tanke på å etablere nye organisasjoner. Det kan virke som man ønsker å bygge opp et nytt nødmeldebyråkrati lagt til Rednings og Beredskapsavdelingen i Justisdepartementet, uten at fordelene med dette begrunnes tilstrekkelig troverdig.

Avsnitt 13.4 Antall sentraler

Kvalitet – effektivitet på sentralen

Det pågår en stor reduksjon i antall sentraler. Politiet har redusert antallet fra 54 til 27, Brann har redusert fra 41 til 24, Helse reduserer fra 40 til 21. Publiserte erfaringer fra Vestfold og Troms¹ viser to forhold som det må legges vekt på i diskusjonen om å redusere antall sentraler.

1. Mengdetrening gjør AMK-operatøren mer effektiv (redusert AMK-reaksjonstid = tid for håndtering av samtale og varsling av ambulanse).
2. Økende fysisk avstand mellom AMK-sentral og akuttmedisinsk hendelse gjør operatøren mindre effektiv (øket tidsforbruket i AMK).

Det er altså både positiv og negativ kvalitetsendring ved å redusere antall sentraler.

Vi vil derfor advare mot å legge opp til en ytterligere reduksjon i antall sentraler før man har evaluert den reduksjon som har funnet sted de senere år. AMK-sentralene i Vestfold og Telemark skal fusjonere. Vi har igangsatt et forskningsprosjekt for å kartlegge om denne fusjonen vil føre til et bedre eller dårligere akuttmedisinsk tilbud til befolkningen i vårt ansvarsområde.

Sikkerhet

Vi er redd for at en reduksjon til 5-7 sentraler er sikkerhetsmessig uheldig. Tekniske løsninger vil alltid kunne svikte. Oslo har vært uten 113-linjer i opptil 8 timer ved flere anledninger. Jo større område en sentral skal dekke, desto større er sannsynligheten for feil.

En forutsetning for at sentralene til de ulike nødetatene skal kunne fungere optimalt, er at de har samme geografiske inndeling (dekningsområde).

13.5 Andre tiltak

Det bør innføres krav til kvalitet på operatørene. Sykehusene har drevet en etatsintern utdanning av AMK-operatører. Sertifisering og resertifiseringsordninger for disse operatørene underligger per i dag ingen nasjonal enhetlig standard. KOKOM er i ferd med å ferdigstille et sertifiseringssystem for operatørene. Vi håper at dette er første skritt på veien for en slik standard.

14. Implementering av anbefalingene – veien videre

Under forutsetning av at man velger å endre dagens ordning, er man fra sykehusenes side opptatte av at det bør gjennomføres pilotprosjekt for å finne optimal løsning, i stedet for å iverksette en landsdekkende organisasjonsendring, som i ettertid kanskje viser seg ikke å fungere optimalt.

Sykehusene vil, under forutsetning av at det stilles økonomiske midler tilgjengelig, være positive til et forpliktende samarbeid med politi og brannvesen i et samlokaliseringsskjema som beskrevet i rapportens punkt. 1.2.2 B. – ”eventuelt ved samlokalisering av nødmeldesentraler for brann, politi og helse”.


Generell avsluttende kommentar

Utredningen har mangler ved beskrivelsen av den medisinske nødmeldetjenesten.

Det foreligger internasjonalt en lang rekke vitenskapelige publikasjoner om medisinsk nødmeldetjeneste, kriteriebaserte medisinske prioriteringssystemer og kvalitetssikring av medisinske nødopring. Det finnes også norske slike arbeider. Resultater fra disse arbeidene kunne med fordel vært innarbeidet i rapporten.

Med hilsen

Sykehuset i Vestfold HF



Bjørn Grønli
Adm. direktør

Sykehuset Telemark HF



Arne Rui
Adm. direktør