

Innlegg på Dialogkonferanse om ett nødnummer og felles nødmeldesentraler 8.12. 2008

Om St.meld. nr. 22 (2007-2008) Samfunnssikkerhet. Samvirke og samordning.

Innledning (v/ Marte Walstad)

Jeg heter Marte Walstad og er sentralstyremedlem i Legeforeningen.

Den medisinske nødmeldetjenesten er selve ryggraden i helsesektorens varslingsystem og helt avgjørende for at befolkningene skal oppleve trygghet når nødssituasjoner oppstår. Legeforeningen har gitt bidrag over flere år for å gjøre nødmeldetjenesten mest mulig effektiv og for å oppnå riktige vurderinger i situasjoner der hastegraden er stor.

Legeforeningen ser det som et alvorlig tilbakeskritt når det nå foreslås å innføre ett nødnummer som ikke går til helsepersonell ved innføring av 112 som felles sentral.

I en medisinsk nødsituasjon må pasienter, pårørende eller andre som ringer inn, være sikret å møte kvalifisert helsepersonell som førstekontakt. Dette er nødvendig for å unngå at livreddende behandling blir forsinket som følge av organiseringen.

Stortingsmelding nr 22 om samfunnssikkerhet gir ikke et godt bilde av helsetjenestens nødnummer og begrunnelsen for denne. Den gir heller ikke en dekkende vurdering av felles nødnummer og etablering av felles nødmeldesentraler. Legeforeningen vil påpeke at en vesentlig endring av dagens ordning, bør hvile på en tilstrekkelig utredning av konsekvenser av forslagene.

Vi finner det svært positivt at Forsvarskomiteen anbefaler at man avventer etablering av et felles nødnummer til det interdepartementale arbeidsutvalget har kommet med sine konklusjoner. Det er videre positivt at komiteen ser det som nødvendig å trekke erfaringer fra de ulike fagmiljøer og andre lands erfaringer om dette.

For å belyse viktige hensyn som må ivaretas i en fremtidig organisering av nødmeldetjenesten overlater jeg ordet til Guttorm Brattebø, som arbeider med akuttmedisin til daglig.

Nærmere om organisering av nødmeldetjenesten (v/ Guttorm Brattebø)

Jeg heter Guttorm Brattebø, og er seksjonsoverlege/-leder ved Akuttmedisinsk seksjon, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland Universitetssykehus. Jeg har ansvar for nødmeldetjenesten, ambulanse- og luftambulansetjenesten i Helse Bergen, og har arbeidet med dette i snart 10 år. La meg først igjen få minne om at i denne saken er det nærmest et samlet helse-Norge som er mostander av å avskaffe 113 som medisinsk nødnummer. Dette bør den interdepartementale arbeidsgruppen merke seg.

Det var på Haukeland at systemet for dagens nødmeldetjeneste ble født for ca 25 år siden. Da fikk man, takket være kollega Paul Forstrøns store innsats, muligheten til å koble sammen telefonsamtaler med radio. Løsningen fikk navnet ”Hordalandsmodellen” og Forstrønen mottok for få år siden Kongens fortjenestemedalje for sitt arbeid. Systemet gjorde det mulig for publikum som måtte oppleve en akutt medisinsk situasjon, å snakke direkte med personell med helsefaglig kompetanse.

Da kan man finne ut om rett respons fra helsevesenet er å koble inn kommunehelsetjenesten, varsle ambulanse eller luftambulanse, eller om det kan

være andre fornuftige løsninger. Skulle hendelsen være av en slik karakter at det også vil være behov for bistand fra politi eller brann så ordnes det raskt ved konferansekobling til de andre nødsentralene. Heldigvis er det relativt sjelden behov for dette, fordi de aller fleste (mer enn 90%) av henvendelsene til AMK-sentralene omhandler situasjoner som skal løses av helsetjenestene *alene*.

Tallene fra AMK Bergen for 2007 er som følger:

Totalt antall 113-henvendelser:	41.264
Antall overført fra 112-sentralen:	521
Antall overført fra 110-sentralen:	273
Antall overført til 112-sentralen:	1.270
Antall overført til 110-sentralen:	219

Fagkyndighetsprinsippet er således bærende i den medisinske nødmeldetjenesten, og det har tatt 25 år å utvikle det norske systemet, som beviser sin kvalitet i håndteringen av de mange reelle nødsituasjonene som skjer hver eneste dag! Det er således en grunnløs påstand at publikum ikke vet hvilket nødnummer de skal benytte ved akutt behov for hjelp. AMK-sentralene får kun i meget liten utstrekning satt over nødansrop fra de to andre nødsentralene. Og skulle turister fra andre land i Europa som ikke kjenner til andre nødnummer enn 112 ha behov for hjelp fra brann eller helse vil de få dette selv om de kontakter dette nødnummeret.

I Stortingsmelding 22 foreligger det ingen risiko- og sårbarhetsanalyser verken mht. innføring av 112 som eneste nødnummer eller sammenslåing av nødsentralene. Konsekvensene for pasienter og helsetjeneste er ikke vurdert til tross for at den foreslåtte organiseringen bryter med fagkyndighetsprinsippet. Videreformidling av nødansrop til helsepersonell vil gi forsinkelser før bistand iverksettes. I de land der nødmeldetjenesten iflg. FENN-rapporten er organisert i

tråd med foreslåtte modell, brukes større ressurser på drift av utrykningsenheter enn i Norge, til tross for mer konsentrert bosetning (Storbritannia, Danmark, Sverige).

Legeforeningen vil understreke at vurdering av akutte medisinske tilstander er krevende og må foretas av helsepersonell. Det kan synes som om man tror at AMK-sentralene utelukkende håndterer situasjoner som alvorlige ulykker, hjertestans, og store blødninger. Dette er feil. En stor andel av anropene dreier seg om sammensatte problemstillinger det tar litt tid å ta stilling til. Den første som mottar meldingen må på faglig grunnlag være i stand til å vurdere situasjonen så godt at riktige og tilstrekkelige tiltak kan treffes umiddelbart. Medisinsk kompetanse er avgjørende for at personell som mottar nødmeldinger umiddelbart skal kunne gjøre de riktige vurderingene og yte rask og korrekt hjelp. Jeg har fått høre at løsningen på denne utfordringen er å ansette for eksempel sykepleiere i de nye felles sentralene. Dette løser jo ikke problemer dersom det ikke er utelukkende sykepleiere som jobber der. Og hva er hensikten da?

Den norske *medisinske* nødmeldetjenesten er blant de beste i verden, og få andre land har en like tett samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestene. Dette skyldes ikke minst det faktum at helsepersonell er inne i hendelsen fra første henvendelse, og på den måten både kan gi råd til innringer, *samtidig* som man kan varsle de andre delene av helsevesenet som er aktuelle for å håndtere pasienten på beste måte. Erfaringer fra andre land har dessuten vist at det ofte er uklare grenseganger mellom ulike ledd i tjenestene som organiseres med felles nødnummer og nødsentraler. Det er således ikke uten grunn at kolleger fra andre land, som for eksempel Danmark, nylig har vært på studiebesøk til norske AMK-sentraler for å lære mer om en løsning som de ønsker å innføre i sine land. Mine kolleger i Finland er imidlertid frustrerte fordi

de på sykehusene ikke får adekvat informasjon om problemstillingen og tilstanden til pasienter som kjøres til sykehuset etter ordre fra deres nødmeldesentraler.

Erfaringen er altså at publikum vet *når* de trenger å kontakte den *medisinske* nødmeldetjensten! Publikum har også en klar forventning om å få snakke med medisinskfaglig kompetente AMK-operatører, og vi ønsker å kunne iverksette korrekt ressursmessig respons umiddelbart, uten et forsinkende mellomledd. I verste fall kan en slik forsinkelse bety tap av liv og helse. Dette er også en tjeneste som i dag er definert som helse og dermed omfattet av helselovgivningen. Det ville være et tap om publikum ikke lenger har denne sikkerheten.

For å forsøke å redusere tidstapet ved en felles nødsentral, er det også foreslått at den felles nødsentralen skal kunne utløse ressurser. Dette blir også helt feil, idet det er helsevesenet som jo må råde over sine ressurser. Dette har vært et grunnleggende prinsipp i beredskapsorganiseringen i en krisesituasjon. Det er derfor ingen grunn til å fravike det i denne situasjonen. Sammenligner man offisiell statistikk over ambulanseforbruk med Storbritannia er det høyere forbruk enn i Norge (vedlegg 1). Dette skyldes at vi har en mye mer velfungerende primærhelsetjeneste. Videre er det stor grunn til å anta at dersom det i den foreslåtte ordningen med et callsenter som skal kunne iverksette ambulansetrykninger, så skal det mye til for at en ”neste-linje AMK-sentral” skal stoppe en slik utrykning.

Med en minst 10% økning i akuttoppdrag vil belastningen på ambulansetjenesten bli voldsom, og helt uten grunn. Antall akutte sykehusinnleggelser vil dermed øke, kanskje med mer enn 50.000 pasienter årlig, noe vi absolutt ikke ønsker, fordi disse pasientene ikke skulle vært håndtert på dette nivået i det hele

tatt. Har samfunnet så mye penger å stille til rådighet, finnes der gode alternative måter å bruke dem på i akutfeltet.

Nå kan det kanskje virke som om Legeforeningen ikke ønsker et operativt samarbeid med brann eller politi i akutte situasjoner. Dette er feil, og i Bergen har vi i flere år hatt regelmessige møter (11X-forum) mellom de tre nødsentralene der vi diskuterer hendelser og samhandling, planlegger øvelser og andre forhold. Dette er en meget fornuftig måte å sikre god samhandling mellom nødetatene. Og en ordning som nesten ikke koster noe, og som kunne vært utnyttet i enda større grad over hele landet. Vi håper derfor at resultatet av den interdepartementale gruppens arbeid skal være å bidra til bedre samarbeid på tvers av etatene, men IKKE å fjerne 113 som det medisinske nødnummer i Norge.

Av andre forhold som bør tas tak i vil vi peke på behovet for å få større overensstemmelse mellom de geografiske områdene de ulike nødsentralene betjener. Der er 19 AMK-sentraler, mens antallet 112-operasjonssentraler er betydelig høyere.

Videre kan det gjøres mye med å få felles kartverk og også å utrede muligheten for elektronisk utveksling av relevant oppdragsinformasjon. Likeledes er det behov for å finne tekniske løsninger som kan bidra til at trippelvarsling og linjestyring blir mer funksjonell (at ikke man er avhengig av at den nødsentral som har mottatt første henvendelse må delta i samtalen hele tiden).

Legeforeningen forventer også at arbeidsgruppen merker seg de føringer som Forsvarskomiteen kom med i sin innstilling. Avslutningsvis kan Legeforeningen dessverre ikke se noen gevinst ved å innføre verken et felles nødnummer eller felles nødmeldesentraler. Tvert om vil dette ha mange til dels svært uheldige

konsekvenser for befolkningen. Det foreligger ingen reell drøfting av dette, og det er urovekkende at man vil gjøre så dramatiske endringer i et velfungerende system.

Legeforeningen vil imidlertid med glede bidra i det videre arbeid, herunder dialogkonferanser som Arbeidsgruppen måtte arrangere.

Vedlegg 1

Sammenligningstall fra England totalt, og fra Vestfold

Referanse England

http://www.performance.doh.gov.uk/HPSSS/TBL_A6.HTM

<http://www.intute.ac.uk/healthandlifesciences/cgi-bin/browse.pl?id=251184&gateway=nmap>

Tallene fra Vestfold er kjørt ut i 10. desember 2008 i AMIS.

Befolkningsstatistikken Vestfold:

<http://www.ssb.no/emner/02/02/folkendrhist/tabeller/fylkesvis/fy07.xls>

Da ser tallene slik ut:

England 2002	Total	Emergency	Urgent	Special/Planned
Antall	18 199 916	3 177 543	940 747	14 081 626
Populasjon	49 536 567	49 536 567	49 536 567	49 536 567
Per 1000	367	64	19	284

Vestfold 2002	Total	Akutt	Haster	Vanlig
Antall	18 196	4 031	5 054	9 111
Populasjon	218 171	218 171	218 171	218 171
Per 1000	83	18	23	42

