

## **Om den norske modellen for medisinsk nødmelding og hvorfor vi trenger ”direkte innvalg” til medisinsk hjelp.**

Den norske modellen organiserer nødmeldetjenesten ved funksjoner tillagt Akuttmedisinske Kommunikasjonssentraler (AMK sentraler) og Legevaktsentraler (LV sentraler). Helsepersonell ved sykehus, på hjemmebesøk og på vakt har benyttet dette systemet fram til nå som et effektivt middel for beslutningsstøtte og for gjensidige assistanse ved akutte situasjoner. Innringer blir ofte selv trukket inn som et del av det ”teamet” som skal avhjelpe situasjonen og får kyndig assistanse til å utføre hensiktsmessige tiltak. (AMK sentralene deler et felles nasjonalt anropsnummer, 113, som gir ruting til nærmeste AMK sentral. LV sentralene har lokale 8 sifrede nummer.)

Denne norske modellen for å håndtere nødmeldinger innen helsetjenesten er tuftet på en filosofi om å benytte telekommunikasjon til å bringe helsetjenesten ut til pasienten på den mest effektive måte. Kompetansefelleskap kan være et stikkord her. Fokus har vært å benytte telekommunikasjon som en ”muliggjører”. (Dette er helt på linje med den utvikling som nå skjer innen forskning på ”ambient intelligence” der man forestiller seg omgitt med ressurser som kan gi beslutningsstøtte overalt hvor man skulle befinne seg.) Man søker altså å tilby en distribuert helsetjeneste for nødformål. I denne sammenheng kunne man like så gjerne snakke om ekstrahospitale som prehospitale helsetjenester. Når vi vanligvis benytter uttrykket ”prehospital”, så ligger det som en underliggende forutsetning at behandlingen foretas som en ”forberedelse” til den videre behandling på sykehuset. Ved å bruke uttrykket ekstrahospital ønsker jeg å understreke at det i mange tilfelle er både ønskelig og hensiktsmessig å fullføre behandlingen utenfor sykehuset. Dette er en ønsket utvikling både fordi det avlastar sykehuset og transportleddet, og det er også hensiktsmessig og gjennomførbart med stadig bedre utstyrte mobile enheter og lokale legesentra.

Den finske nødmeldetjenesten er basert på et helt annet konsept, nemlig en spesialisering av det å motta og videreformidle generelle nødmeldinger. Dette gjøres meget effektivt, og operatøren har ansvar for å utalarmere eller varsle ambulanser, politi osv. om oppdrag. Men her stopper det: Operatørene har intet ansvar for å følge opp ”behandlingen”, eller følge med på at utrykning virkelig finner sted. Man ringer altså ingen ”behandlingstjeneste” slik som man gjøre når man ringer 113 i Norge, men snarere et spesialisert formidlingsledd som (forhåpentligvis) varsler riktig instans.

En direkte sammenlikning mellom disse to skjemaer vil ofte falle dårlig ut for den norske modellen fordi ”den finske modellen er så effektiv og koster så lite”. Den er billigere fordi den ikke dekker selve ”redningen”, bare varslingen. Etter at operatør på den finske sentralen har avgjort hva henvendelsen dreier seg om og varslet riktig ressurs (for eksempel brannvesen eller ambulanse), tar operatørens ansvar slutt. I Finland overtar ikke ambulanspersonell ansvaret for ”pasienten” før de når fram – og dette kan bety at ingen har ansvar i en periode. (Man hadde en episode hvor operatør på alarmsentral gjorde en feil og ambulansen ikke nådde fram som den skulle. Pasienten søkte senere om pasienterstatning. Dette ble ikke innvilget da det ble fastslått at pasienten ikke var under medisinsk behandling da feilen skjedde. Alarmsentralens håndtering ble altså ikke betraktet som medisinsk anliggende.)

I Europa har man vedtatt at skal ha ett felles nødnummer: 112. Det som ligger i dette vedtaket er at man bestandig skal kunne komme fram til en redningstjeneste ved å slå et (for Europa) standardisert nummer.

NB: Legg merke til at det aldri har vært meningen at man i EU skulle ha 112 som et eksklusivt nummer (det vil si det eneste "lovlige" anropsnummer for å nå fram). – De som argumenterer for en sentralisert nødnummertjeneste basert kun på 112 framstiller det gjerne slik. - Det finnes imidlertid ikke et EU direktiv som anmoder medlemslandene om å fjerne "direkte innvalg" til fagspesifikke nødmeldesentraler! De fleste land i Europa har flere slike innvalgsnummer. (Kommer man i skade for å ringe feil sentral, vil man i de fleste steder bli satt raskt over til rett sentral. I det norske systemet holder med ett tastetrykk fra operatørens side.)

Hvis nødmeldetjenesten utstyres med kun ett mulig anropsnummer, trenger man en videreformidlingsfunksjon eller operatør som kobler videre til rett faginstans. I tillegg øker problemet med falske anrop ("tulleanrop") som bør filtreres vekk. Særlig for 112 sitt vedkommende utgjør disse en plagsom andel. Her i Norge har man registrert en feilmeldingsprosent på over 95% (se artikkel i Fædrelandsvennen den 13.03.2005)! For å filtrere bort i alle fall noen av disse, er det vanlig først å koble innringer opp mot en svaremaskin. Her får man høre at man har ringt et nødnummer, at samtalen vil bli logget og at man vil bli viderekoblet hvis man holder linjen. Legges denne tiden dette tar til den tid det tar å forklare hva det gjelder til operatøren, så tar det fort godt over 1-2 minutter før man når rette faginstans.

Den norske AMK/LV modellen kan, som den har vært organisert, godt betraktes som en start på en "allestedsnærværende" (engelsk: ubiquitous) helsetjeneste der nød- eller akutsituasjoner blir fanget opp av trent personell som øyeblikkelig kan behandle/gi råd til pasienter, samtidig som de kan sette i gang eventuell utrykning av ambulanser (eller tilkalling av legevakt). Det er flere eksempler på at rask og kyndig medisinsk assistanse over telefon har reddet liv (ved å instruere pårørende om hva de skal gjøre). Typisk responstid fra ferdig slått nummer til man er i samtale med sakkyndig fagperson når man ringer 113, er i størrelsesorden 12- 15 sekunder. Kort responstid kan ha avgjørende betydning ved f.eks. hjertestans eller allergisjokk.

Det er også verd å merke seg at publikum oppfordres til å ha en lav terskel for å henvende seg til en AMK sentral (slå 113) eller en legevaktsentral. "Er du ærlig bekymret har du lov. Du kan trygt overlate til kyndig personell å sortere indikasjonene".

Den norske modellen har gitt en særs effektiv organisering og bruk av helsetjenestens ressurser i vårt vidstrakte land, og kan sies å være i tråd med den trend vi ser i dag til å anvende informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å realisere en distribuert helsetjeneste der behov for øyeblikkelig assistanse blir fanget opp ved 1) å gi best mulig behandling og beslutningsstøtte på stedet, dernest 2) ved å sette i gang og prioritere annen assistanse fra lokale så vel som sentrale (ambulanse/sykehus) helseressurser etter behov.

Jeg håper derfor at vi ved overgang til nye digitale nødmeldesentraler, får beholde både 113 og nåværende organisering av nødanrop innen helsesektoren, at vi kan

