

# Ønsker ikke ett felles nødnummer

Legeforeningen er uenig i at 112 innføres som eneste nødnummer, og kan ikke tilråde at nødmeldetjenesten organiseres som en felles tjeneste. Legeforeningen vil også fraråde at antall nødmeldesentraler reduseres betydelig.

I en medisinsk nødsituasjon må pasienter, pårørende eller andre som ringer inn, møte kvalifisert helsepersonell som førstekontakt. Organisering av nødmeldetjenesten må ikke medføre at livreddende behandling blir forsinket, skriver Legeforeningen i brev til statsrådene i Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og politidepartementet og Forsvarsdepartementet. Relevante komiteer på Stortinget og partienes gruppeledere på Stortinget har også mottatt Legeforeningens innspill til stortingsmelding 22 om samfunnssikkerhet (1). Stortingsmeldingens utgangspunkt er håndtering av samfunnsmessige katastrofer og det foreslås å innføre ett felles nødnummer (112) og felles nødmeldesentraler for brann, helse og politi i Norge.

Den foreslåtte organiseringen bryter med fagkyndighetsprinsippet og fjerner publikums rett til direkte kontakt med helsepersonell i en medisinsk nødsituasjon, mener Legeforeningen. Den akuttmedisinske behandlingsskjeden – «kjeden som redder liv» – brytes hvis ett av de livsnødvendige leddene flyttes utenfor helsetjenestens kontroll. Tilgjengeligheten til medisinsk kompetanse vil bli redusert, og eventuell videreformidling av nødansrop til helsepersonell vil gi forsinkelser før bistand iverksettes. Økt bruk av utrykningsressurser – for sikkerhets skyld – er sannsynlig.

Det store flertallet av innleggelse i sykehus skjer i dag som øyeblikkelig hjelp. Hvis «portåpnerfunksjonen» i akutte kritiske situasjoner overtas av ikke-helserelatert instans, vil derfor helseforetakene miste et viktig verktøy til å styre og videreutvikle egen virksomhet, mener Legeforeningen.

## Dagliglivets medisinske nødsituasjoner må ivaretas

Ivaretagelse av samfunnsmessige katastrofer må ikke medføre at man bryter den akuttmedisinske kjeden, mener Legeforeningen. Det store volumet av vanlige akuttmedisinske henvendelser er ikke ivare tatt i forslaget til ny organisering av nødmeldetjenesten. Legeforeningen understreker at medisinske tilstander som alvorlige ulykker, hjertestans, store blødninger, bevisstløshet osv. må håndteres av helsepersonell. Den første som mottar melding om alvorlig sykdom eller ulykke, må på faglig grunnlag være i stand til å vurdere situasjonen så godt at riktige og tilstrekkelige tiltak kan treffes umiddelbart. Behovet

for medisinsk faglig kompetanse hos personell som mottar medisinske nødmeldinger, må ikke undervurderes.

I planleggingen av morgendagens nødmeldetjenester må utgangspunktet være gode løsninger for de vanligste nødsituasjonene – samtidig som man bygger inn strukturer som muliggjør kommunikasjon og koordinert innsats ved større katastrofer, skriver Legeforeningen i brevet.

Forslagene i stortingsmeldingen er i tråd med Fenn-rapportens (Forenkling og Effektivisering av Nødmeldetjenesten) anbefalinger fra april 2004. Da dette utredningsarbeidet ble startet, var alle nødetatene representert i arbeidsgruppen (2). Det viste seg imidlertid etter hvert umulig å oppnå enighet, og Helsedepartementets representanter ble trukket fra utvalget. Rapporten ble deretter ferdigstilt av Justis- og politidepartementet og sendt på bred høring høsten 2004. En rekke høringsinstanser var kritiske til rapporten. Det store flertall av helsetjenesterelaterte høringsinstanser gikk imot ett felles nødnummer, og understreket at pasienter, pårørende og andre innringere må sikres direkte tilgang til helsepersonell i medisinske nødsituasjoner.

Stortingsmeldingen har ingen henvisninger til høringsuttalelsene og tar ikke opp innspillene som kom frem i høringsrunden. Det foreligger ingen utredning av konsekvensene verken for primær- og spesialisthelsetjenesten eller for den enkelte nødetat, og det foreligger ingen risiko- og sårbarhetsanalyse verken mht. innføring av 112 som felles nødnummer eller sammenslåing av sentraler.

Færre sentraler som betjener større geografiske områder gir manglende lokalkunnskap – noe som kan få store konsekvenser ved håndtering av tidskritiske hendelser. Store enheter krever også mer avanserte kommunikasjonssystemer enn vi har i dag, påpeker Legeforeningen.

### Bente R. Karlsson

bente.ruud.karlsson@legeforeningen.no  
Medisinsk fagavdeling

### Litteratur

1. St.meld. nr. 22 (2007–08). Samfunnssikkerhet. Samvirke og samordning.
2. Forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten. Oslo: Justis- og politidepartementet, 2004. [www.dinkom.no/FILES/justisdepartementet\\_om\\_112-nodnummer.pdf](http://www.dinkom.no/FILES/justisdepartementet_om_112-nodnummer.pdf) [16.9. 2008].

## Positivt nytt om rus

Helse Sør-Øst RHF ønsker å styrke kapasiteten i rusfeltet og styret ga i møte 4.8. 2008 tilslutning til å omprioritere 15 millioner kroner ut året. Styret la samtidig vekt på behovet for fortsatt utvikling av tilbud som er fleksible, og som sikrer pasienters rett til individuell vurdering og behandling. – Vi har satsset på rusfeltet siden vi overtok ansvaret i 2004. Det har vært en satsing på mer helsefaglig kompetanse og en økning i ressursbruken, men det er fortsatt behov for mer, sier Mari Trommald, viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst har tilbud til pasienter som trenger rusbehandling både i eget helseforetak og gjennom avtaler med private.

## Oppnevninger:

Spesialist i allmenntilleggsmedisin John Nessa, er oppnevnt som representant i en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Gruppen skal utarbeide veileder for psykososiale støttetjenester ved kriser, katastrofer og ulykker.

Fagdirektør Bjarne Riis Strøm er oppnevnt som ny vararepresentant for Legeforeningen i styret i Foreningen for utgivelse av Norsk Legemiddelhåndbok

Eivind Berge, Ullevål universitetssykehus, er oppnevnt som medlem i Helsedirektoratets arbeidsgruppe for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer for hjerneslagbehandling. Presidenten har fullmakt til å oppnevne ytterligere to medlemmer etter forslag fra Norsk karkirurgisk forening og Norsk nevrokirurgisk forening.

## KUNNGJØRINGER

### Endring av kurskravet i spesialiteten karkirurgi

I tråd med sentralstyrets anbefaling har Helsedirektoratet bestemt at kurskravet til spesialiteten karkirurgi endres og får slik ordlyd:

I tillegg til kurs i generell karkirurgi (12 timer) som er obligatorisk for spesialiteten generell kirurgi, kreves det 80 timers godkjente kurs, herunder 60 timer obligatoriske kurs i:

- Carotis kirurgi (åtte timer)
- Aneurismer og aortoiliakal kirurgi (12 timer),
- Infrainguinal karkirurgi og endovaskulær behandling (12 timer)
- Venekirurgi og access-kirurgi (åtte timer)
- Reoperasjoner innen karkirurgi (åtte timer)
- Sirkulasjonsfysiologi (undersøkelse av pasienter med sirkulasjonsforstyrrelser I) (12 timer).

I tillegg kreves gjennomført obligatoriske kurs i administrasjon og ledelse. Ikrafttreden 1.1.2011.