

## Rapport fra møter i Storbritannia

Som ledd i prosjektet "Verifikasjon av faktagrunnlag i FENN-rapporten" hadde Torgeir Wiik, kommunelege 1 Andøy, og Egil Bovim møter med aktører i nødmeldetjenesten i Storbritannia 2. og 3. august 2004.

Følgende personer fra Storbritannia

- Steve Irving, London Ambulance Services
- Andy Heward, London Ambulance Services
- Ann Rowe, NHS Direct, West London
- Paul Gibbs, NHS Direct, West London

Egil Bovim og Trond Fagerli hadde i forkant gått gjennom rapporten, og identifisert områder der det kunne være nyttig med en presisering. I det følgende er det redegjort for våre funn. Vi har relatert dem til høringsutkastet, og sitater fra dette er gitt i *kursiv* med referanse til kapittel i utkastet. Avsnittsnumereringen og titlene nedenfor viser til kapitler og overskrifter i FENN-rapporten

Det er begrensede ulikheter i systemene i Storbritannia. Av kapasitetsmessige årsaker har det bare vært mulig for oss å se nærmere på systemet slik det fungerer i England/ Wales. Etter henvendelse til Department of Health (tilsvarende det norske Helsedepartementet) fikk vi råd om å kontakte London Ambulance Services ettersom de ble sett som representative for tjenesten som helhet., samtidig som de har så vidt mange hendelser at de har rikelig erfaringsgrunnlag.

### 2. Nødmeldetjenesten – hva er det?

*"Det finnes imidlertid ikke en felles definisjon av hva som skal karakteriseres som "nød", og de tre nødetatene har ulik praksis på vurdering av nød"* (Kap 2.1)

Situasjonen i Storbritannia er den samme som i Norge. Imidlertid har man på tjenstenivå lokalt laget "Working definitions". Fra London Ambulance Services ble det understreket at det slik man der ser det må være innringer som definerer om han er i en nødsituasjon eller ei. ("An emergency exists when you do not know what to do next."). Heller enn å fokusere på "inappropriate calls" var man opptatt av å fokuseres på "Inappropriate responses".

### 4. Dagens organisering av norsk nødmeldetjeneste

*"En tredjedel av 113-henvendelsene er tidskritisk med fare for liv og helse, og følgelig er disse kategorisert ved hastegrad "akutt". Hastegradene er definert i henhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. En tredjedel er "haste"-oppdrag, og en tredjedel har hastegrad "vanlig". Sistnevnte type oppdrag betyr at henvendelsen kan overføres til LV-sentral eller vente til neste dag."* (Kap 4.3.3)

Så vel ambulansesentralen som NHS Direct benytter seg av prosedyrer for prioritering av henvendelser. Inndelingen som benyttes ved ambulansesentralen er:

A: Livstruende. Krav til responstid er at 75% av pasientene skal motta kvalifisert medisinsk assistanse innen 8 minutter.

B: Haster, og med behov for medisinsk vurdering.

C: Ikke livstruende eller hast, defineres som "kan være passe med annen respons" (enn ambulanse)

Henvendelser som klassifiseres til B eller C skal i 95% av tilfellene motta hjelp innen 14 minutter i byområder, og 19 minutter i landområder.

Fra ambulansetjenesten ble det opplyst at man så det som lite hensiktsmessig at det var så strenge krav til responstid i gruppe C. Kravet her medfører at man rykker ut med ambulanse

som bruker blålys og sirene til tilfeller som ikke haster, bare for å møte kravet til responstid. Det fremkom videre at det ikke er noen ensartet praksis i forhold til registrering av responstid. Det kan synes som man noen steder starter klokken når ambulansen rykker ut, i andre tilfeller ved mottak av oppringning. I London Ambulance services regnes responstid fra det øyeblikk man har klassifisert helseproblemet (for eksempel hjerteproblem) og man har fått tak i adressen der pasienten befinner seg.

NHS Direct skal i utgangspunktet ikke håndtere hastemeldinger, og deres krav til responstid er at telefonen skal besvares innen 30 sekunder, og henvendelser til sykepleier skal være besvart innen 20 minutter.

*"I Norge finnes det et eget nødnummer som er forbeholdt teksttelefon for døve og hørselshemmede: nødnummer 1412, som ble etablert 1. desember 1999." (Kap 4.3.4)*

Vi fikk opplyst at det finnes døvetelefoner ved enkelte utvalgte NHS direct sentraler, som til sammen har nasjonalt ansvar for å tilby denne tjenesten. For 999/ 112 fikk vi ikke informasjon om at det finnes noe nasjonalt system tilgjengelig, utover at man kan ringe via NHS Direct.

## **9. Nødmeldetjenesten i andre land**

Forslagene som er gitt i høringsutkastet inkluderer systemet som er etablert i Storbritannia. Det er gitt en meget kortfattet redegjørelse for dette systemet i kapittel 11, men vi finner det riktig å ta med en mer utfyllende redegjørelse.

Når man ringer et av nødnumrene (999/ 112) kommer man til en sentral som drives av den aktuelle teleoperatør. Det fremgikk av våre samtaler med London Ambulance Services at dette er en del av konsesjonsvilkåret for teleoperatører. Det alt overveiende av oppringningene håndteres av British Telecoms, som også holder infrastruktur for de fleste andre operatørene. I tillegg er det en operatør som opererer i separat infrastruktur, og som besørger mottak av oppringninger på nødnumrene.

Teleoperatørens oppgaver er å motta nødmeldingen, og viderebefordre den, sammen med opprinnelsesmarkering, til den relevante sentralen. (Brann, politi eller helse). Teleoperatøren har plikt til å viderebefordre alle samtaler, så sant det er mulig å identifisere hvilken tjeneste som er relevant, og samtalen har vart lenge nok til at man har fått frem opprinnelsesmarkering.

For helsetjenestens del drives nødmeldesentralene av ambulansetjenestene.

Ambulansetjenestene er skilt ut som egne foretak, og har ansvar for prehospital akuttmedisin i sine nedslagsområder. Den kvantitativt største yrkesgruppen er paramedics, som har utdanning som helsepersonell og som har betydelige fullmakter og selvstendig ansvar i akuttmedisinske situasjoner. Mens det er nasjonale spesifikke krav til øvrig personell i ambulansetjenesten er dette ikke tilfelle for operatører i alarmsentralene. De aller fleste ambulansetjenester tatt i bruk en proprietær hovedapplikasjon ("Clawson") som stiller spesifiserte kompetansekrav til operatørene for at disse skal kunne operere systemet.

Applikasjonen gjør det mulig for også ikke-helsepersonell å fungere som operatører, noe som i stor grad blir gjort. Det er paramedics til stede i sentralen for bistand til operatørene, men disse benyttes i svært liten grad i forbindelse med enkelthenvendelser. Deres rolle er i større grad å drive kvalitetssikring av at prosedyrene i hovedapplikasjonen blir fulgt. Dette gjøres i form av faste prosedyrer, som er relativt ressurskrevende.

Ressursen som nærmest utelukkende benyttes er ambulanse i en eller annen form, bemannet med paramedics, eventuelt med lege.

Mens det tidligere var påbudt for helsetjenesten å respondere med å sende ut ressurs, er det siden desember 2003 anledning til å utelate dette etter en vurdering av tilfellet, selv om innringer ikke er enig i denne vurderingen. Denne utveien er innarbeidet i rutine til London Ambulance Services, men benyttes i liten grad (frem til nå ca.350 ganger)

Politiet blir varslet av ambulansetjenestens nødmeldesentraler ved trafikkulykker, ettersom de skal forestå etterforskning. På samme måte varsles brannvesenet dersom det er behov for deres bistand, for eksempel for å forhindre oljesøl etc.

I tillegg til nødmeldesentralene har man i Storbritannia etablert en tjeneste for mindre akutte tilfeller, "NHS Direct". NHS direct har også nasjonalt enhetlig telefonnummer. Ved henvendelser dit som gjelder spørsmål om individuell helse får man kontakt med helsepersonell (hovedsakelig sykepleiere) som gir råd i henhold til innringers behov, og fastlagte protokoller. Spørsmål av administrativ art etc. besvares av ikke-helsepersonell. NHS Direct har mulighet for å kontakte ambulansetjenestenes nødmeldesentraler som så vurderer om det skal sendes ut ambulanse. I noen tilfeller har også NHS Direct mulighet til å bistå med timebestilling hos primærleger, eller kontakt med andre helsetjenesteressurser.

Primærleger har plikt til å være tilgjengelige, enten direkte eller gjennom vaksentraler, døgnet rundt. Det er foreløpig ikke etablert noe enhetlig system for dette, men dette vil det bli stilt krav om i løpet av få år. Ordningen som da kreves vil ha mye til felles med de norske legevaksentralene.

Mens det er vanlig at NHS Direct kontakter ambulansetjenesten for å få ambulanse, er det, i alle fall for London Ambulance Services' del nesten utelukket å viderebefordre samtaler til NHS Direct. Dette ble begrunnet med at man da overlot ansvaret for håndtering av en hendelse uten at man hadde mulighet for å kvalitetssikre tiltakene som ble truffet.

## 11. Rammeverk

*"Storbritannia har valgt en modell hvor etatene har separate nødmeldesentraler som i Norge, men alle nødanropene går igjennom en felles formidlingstjeneste som videresender anropet til rette nødmeldesentral."* (Kap 11.4.2)

For en utdyping av dette vises til omtalen som er gitt over. (Beskrivelse av britisk system, lagt som merknad til kapittel 9 i FENN-rapporten)

### • *Alternativ 0: Forankring hos alle tre nødetater (dagens situasjon)* (Kap 11.4.3)

Det er i høringsutkastet ikke tatt med noen begrunnelse for dette alternativet. Det fremkom i våre samtaler i Storbritannia at man der har gjort noen forsøk (Cleveland, Yorkshire) med felles kontrollrom. Hensikten var her at representanter for alle etatene skulle dele lokaler og utstyr. Angivelig har dette ikke vært noen suksess, men det var ikke mulig for oss av ressursmessige grunner å gå mer grundig inn på dette. Det ble imidlertid opplyst at det ikke foreligger nasjonale planer for å gå videre med felles kontrollrom med representasjon og forankring i alle nødetatene.

## 12. Vurderinger

*"Som nevnt over vil en nødmelding gjerne ringes inn fra en situasjon med høy stressfaktor, for eksempel fra en person som er involvert i en ulykke. I en slik situasjon er det viktig at den nødstilte raskt settes i kontakt med kvalifisert personell som kan gi nødvendig veiledning og ikke minst berolige innringeren. I Storbritanniamodellen, hvor den nødstilte først møter en teleoperatør som deretter overfører samtalen videre, vil dette kunne oppleves som lite tilfredsstillende for den som ringer inn".* (Kap 12.1.2)

Det fremkom ikke i våre samtaler at man hadde oppfattet dette som et problem. Det ble imidlertid understreket at teleoperatøren bare stiller et spørsmål, nemlig hvilken tjeneste

innringer ønsker kontakt med, før samtalen settes over. Vi klarte ikke å få frem informasjon om i hvor stor grad det ekstra leddet medfører tidstap. Vi fikk heller ikke kjennskap til om dette temaet er gjort til gjenstand for noen publikumsundersøkelser.

*”Nødoperatørens fagkompetanse innen en enkelt etats fagområde er ivaretatt i etatsvise nødmeldesentraler (dagens modell og Storbritanniamodellen)”*. (Kap 12.2.1)

I det britiske systemet har man som nevnt over valgt å legge vekt på prosedyrene i Clawson, og at disse følges opp med kvalitetssikring som foretas av kvalifisert helsepersonell, heller enn å bemanne sentralene med operatører som er helsepersonell.

*”I et stadig mer flerspråklig Norge er det også naturlig å vurdere operatørens språkkunnskaper.*

*Det vil være naturlig å stille et krav om engelskkunnskaper”* (Kap 12.2.1)

Fra NHS Direct ble det opplyst at de mottok en del henvendelser på andre språk enn engelsk. Rutinen er da at man tar kontakt med et selskap som formidler tolking til et betydelig antall andre språk. Denne tjenesten ble opplevd som svært kostbar, utgiftene dekkes av sentralen selv.

*”Det vurderes derfor slik at ett organisatorisk tilknytningspunkt best legger til rette for standardiserte målinger, noe som igjen øker muligheten for korrigerende tiltak og kvalitetsforbedringer”*. (Kap 12.2.5)

I det britiske systemet legges stor vekt på ”performance indicators”, og det hevdes at dataverktøyet deres (Clawson) legger vel til rette for det. Clawson-systemet er i bruk i de aller fleste ambulansesentralene, unntaket er noen få sentraler som bruker et indeksslignende system (Criteria Based Dispatch)

NHS Direct har felles datasystem nasjonalt, og det er en utvikling i retning av at dette systemet skal kunne kommunisere med de øvrige datasystemer som er i bruk i NHS.

*”Et stort problem i dagens situasjon er det høye antallet anrop til nødmeldetjenesten som ikke gjelder reell nød”* (Kap 12.4.3)

*”Dersom man skal velge en organisatorisk løsning på problemet med feilanrop, ville det være mest*

*effektivt å bruke en separat formidlingstjeneste (som i Storbritanniamodellen) som silte ut alle ikkerekvante meldinger, og kun videreformidlet anrop som gjaldt reell nød”* (Kap 12.4.3)

Fra ambulansetjenestens side ble det understreket at man ikke ønsker å fokusere på feilringninger. Man er bevisst på at det ikke er utarbeidet statistikk for dette, og at man forsøker å se feilringninger som et ”ikke-problem”. Teleoperatørens ”pre-siling” gjelder bare identifikasjon av hvilken tjeneste som ønskes, og det tas ikke der stilling til hvorvidt det dreier seg om ”reell nød”. Vi fikk imidlertid ikke informasjon om i hvilken grad det bildet de tegner av feilringninger som begrenset problem er gjeldende for de andre nødetatene.

NHS Direct har et felles, nasjonalt 4-sifret nummer. Det ble opplyst i London at man hadde mindre enn 10% feilanrop.

*”I både Danmark og Finland har man valgt å isolere betjening av nødanrop fra andre oppgaver i etatene”* (Kap 12.4.5)

For Storbritannias del foreligger det ikke nasjonale vedtak for dette området i forhold til ambulansetjenestenes virksomhet. I London har man gjort begrensede forsøk på å håndtere pager-tjenester og det som vi i Norge ville kalle LV-sentral funksjoner. Dette har vist seg ikke å være noen suksess, og man har derfor ikke planer om å ta dette opp igjen. NHS Direct har som nevnt i noen tilfeller tilgang til primærlegevakten og fungerer da som LV-sentral.

*”det finnes en egen forskrift for medisinsk nødmeldetjeneste. I denne kreves det at AMK-sentraler skal plasseres i utvalgte sykehus med ansvar for mottak av akutt pasienter fra et fastsatt geografisk område, og at sentralen skal integreres i avdeling som arbeider med akuttmedisin” (Kap 12.7.4)*

Det synes utfra våre undersøkelser klart at teleoperatørens mottak av 112/999 meldinger ikke omfattes av helselovgivning. Når det gjelder selve ambulansesentralen styres virksomheten der av avtaler mellom selskapene (Trusts) og departementet, der det er tatt med bestemmelser om standarder og måloppnåelse.

For NHS Direct fikk vi imidlertid inntrykk av at lovgivning vedrørende helseprofesjoner er i kraft.