



# Dokument nr. 8:36

(2002-2003)

Privat forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Karin Andersen og Sigbjørn Molvik

## Forslag fra stortingsrepresentantene Olav Gunnar Ballo, Karin Andersen og Sigbjørn Molvik om de akuttmedisinske kommunikasjonsentralers (AMK) framtidige struktur

Til Stortinget

### BAKGRUNN

De akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK) er omtalt i St.meld. nr. 43 (1999-2000), som Stortinget behandlet våren 2001. Tall fra meldingen viser at det per februar 2000 var 44 akuttmedisinske kommunikasjonsentraler i Norge, med minimum én i hvert fylke, hvorav enkelte fylker hadde en rekke slike sentraler. 38 av sentralene hadde i tillegg legevaktfunksjon.

Etter statlig overtakelse av sykehusene er det i hvert av de fem helseforetakene nå planlagt større strukturelle endringer, der tendensen går i retning av færre AMK-sentraler som skal dekke et større befolkningsgrunnlag og større oppland. Eksempelvis legges det i regi av helseforetakene opp til en reduksjon fra fem til tre AMK-sentraler i Helse Sør, fra ni ned til tre i Helse Øst, hvorav Hedmark/Oppland kan få en reduksjon fra seks AMK-sentraler ned til en felles sentral for begge fylker, Oslo en mot to i dag og Østfold en som i dag. I Helse Nord er det i dag 11 AMK-sentraler (en ved hvert av sykehusene), der antallet i Finnmark planlegges redusert fra to til en, i Nordland fra dagens sju til to, mens Troms har to, en i Tromsø, og en i Harstad, som kanskje begge beholdes. Det understrekes at alle anslag er usikre, siden ingen endelige avgjørelser så langt er tatt.

### VURDERING

Det foreligger ulike syn både faglig og politisk på hvilket befolkningsgrunnlag, hvilket oppland og til dels hvilke faglige oppgaver en AMK-sentral skal dekke. I Innst. S. nr. 300 (2000-2001) (til St.meld. nr 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap) la et flertall bestående av Arbeiderpartiet, Høyre og Fremskrittspartiet til grunn at det maksimalt skal være én sentral i hvert fylke. I forbindelse med planer om å redusere antall AMK-sentraler har det imidlertid, også fra representanter fra disse partier, vært reist spørsmål ved fornuften i en såpass omfattende reduksjon i antall AMK-sentraler som det som her skisseres.

Gjennom teknologiske framskritt vil de ulike AMK-sentralene i økende grad kunne bistå helsepersonell i akuttsituasjoner, eksempelvis gjennom avlesning av EKG via mobilnettet og annen trådløs monitorering av pasientens tilstand, i tillegg til direkte mottak av henvendelser fra publikum til 113. Dermed oppstår behov for fagpersonell til å forestå denne typen rådgivning, som vil ha konsekvenser for krav til sykehusenes bemanning utover det personell som betjener selve AMK-sentralen. Et råd knyttet til oppfølging av en hjerteinfarktpasient vil bevirke behov for en indremedisiner/kardiolog ved sykehuset der AMK-sentralen er lokalisert. Når antall AMK-sentraler reduseres, vil dette kunne ha faglige fordelingseffekter mellom de enkelte sykehusene utover selve AMK-sentralen i favør av det sykehuset der sentralen ligger, men uten at det foreligger noen overordnede politiske vedtak som fører fram til disse strukturelle endringene.

Det hevdes at den tekniske utviklingen med gode elektroniske kart som viser hvor det ringes fra og hvor ambulansene til enhver tid befinner seg, reduserer argumentet om gode lokalkunnskaper, og at AMK-sentralene dermed kan ligge langt unna det

stedet det bes om hjelp fra. Etter forslagsstillernes syn spiller imidlertid lokalkunnskaper en vital rolle for at tiltakskjeden innen akuttmedisin skal kunne fungere optimalt. Dette vil dreie seg om hvilket helsepersonell som er lokalt tilgjengelig, hvilken lokal kompetanse som kan utnyttes, ofte også hvilke improvisasjoner som vil måtte gjennomføres, særlig i mindre kommuner, når nøkkelpersonell viser seg å være ute av kommunen/ utilgjengelig.

Mye av denne kunnskapen framstår til vanlig som selvfølgelig når den er til stede, og konsekvensene av at den mangler viser seg først når tilbudet er fjernet. Som eksempler kan nevnes at AMK-sentralen i Kirkenes vil ha rimelig god oversikt over hvilke kommuner i Øst-Finnmark som til enhver tid har faste leger eller vikarer, fordi samme sykehus behandler befolkningen fra disse kommunene. Når én AMK-sentral dekker et langt større område reduseres denne verdifulle kunnskapen i takt med avstanden til de kommuner som skal betjenes. Tilsvarende vil én felles AMK-sentral for Oppland og Hedmark kunne sikre gode lokalkunnskaper knyttet til de kommuner som sogner til det valgte sykehuset, mens kommuner med stor geografisk avstand vil oppleve at kunnskapen ikke lenger er til stede ved AMK-sentralen.

Konsekvensen av det som er anført vil kunne bli

forsinket hjelp til den som kontakter 113, med de alvorlige medisinske følger dette vil kunne ha.

## KONKLUSJON

En endring av strukturen for AMK-sentralene som beskrevet har helsemessige ringvirkninger for hele den medisinske tiltakskjeden, og bør sees i sammenheng med denne. Stortinget bør dermed ta stilling til hvordan den overordnede strukturen på nød-meldetjenesten skal være før det igangsettes endringer av strukturen i regi av helseforetakene.

## FORSLAG

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber om at Regjeringen legger fram den framtidige strukturen på AMK-sentraler i Norge til behandling i Stortinget før strukturelle endringer finner sted.

17. desember 2002