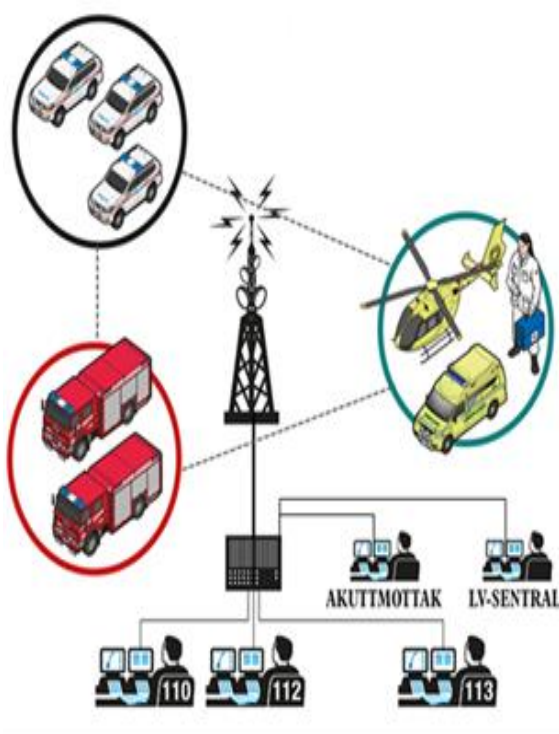
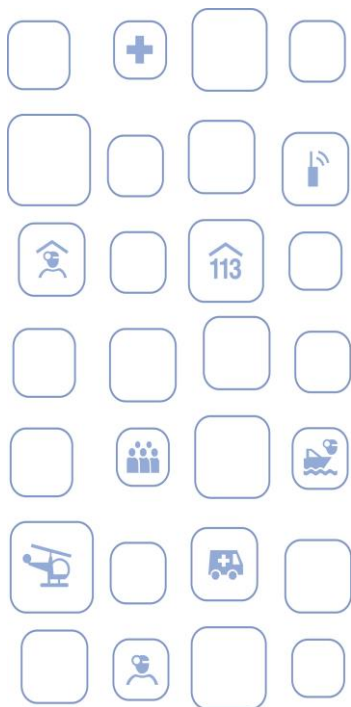


Brukerundersøkelse av Nødnett i helsetjenesten

- erfaringer fra våre 16 AMK-områder





KoKom
Nasjonalt kompetansesenter for helse-
tjenestens kommunikasjonsberedskap

RAPPORT

Brukerundersøkelse av Nødnett i helsetjenesten - erfaringer fra våre 16 AMK-områder

Postadresse: PB 1400
5021 Bergen

Besøksadresse: Jonas Lies vei 72 c
5021 Bergen

E-post post@kokom.no
www.kokom.no

OPPDRAKSGIVER
Helsedirektoratet avd. akuttmedisin og
beredskap

PROSJEKTLEDER
Guttorm Brattebø
FORFATTERE
Kristine Dreyer
Jan Agdestein
Christine Bergesen

Copyright ©
Nasjonalt kompetansesenter for
helsetjenestens kommunikasjonsberedskap
(KoKom)

PROSJEKTNR. 25015

GRADERING Åpen

DATO:
30. desember 2019

SIDETALL OG
VEDLEGG:
48 sider
17 vedlegg:
Spørreundersøkelse
16 delrapporter

Undersøkelsen viser at Nødnettbrukerne er relativt fornøyd med nytt digitalt Nødnett. Flere presiserer at forbedringer innen samhandling ikke skyldes Nødnett alene. Likevel synes det som om målsettingene med innføring av Nødnett i helsetjenesten er oppnådd. Samtidig viser også resultatene potensial for forbedring på noen områder.

Innhold

1	Sammendrag	3
2	Styrende dokumenter og mandat	6
2.1	Prosjektet for innføring av Nødnett i helsetjenesten	6
2.2	Mål for innføring av Nødnett	7
2.3	Utdrag fra Strategi for gevinstrealisering i helsetjenesten (Helsedir. 2012).....	7
2.4	Utdrag fra Gevinstrealiseringsplan for Nødnett i helsetjenesten (Helsedir. 2014)	7
2.5	Hva er de definerte gevinstene?	7
3	Faglig bistand	9
4	Metode	9
5	Den akuttmedisinske kjeden.....	11
5.1	Organisering	11
5.2	Legevakt-sentraler (LVS)	12
5.3	Lege i vakt – Legevaktordning.....	12
5.4	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK).....	12
5.5	Sykehus med akutfunksjoner	13
5.6	Ambulansetjenesten	13
5.7	Akutthjelper	13
6	Resultater.....	14
6.1	Svar fordelt på de ulike målgruppene og AMK-område.....	14
6.2	Avgrensinger	16
7	Gjennomgang av resultater for hvert spørsmål.....	16
7.1	Gevinstområde 1: Helsepersonell i vakt er tilgjengelig i Nødnett	16
7.2	Gevinstområde 2: Samhandling internt i helsetjenesten.....	24
7.3	Gevinstområde 4: Informasjons- og personell-sikkerhet.....	33
7.4	Gevinstområde 5: Tilgang på styringsinformasjon.	38
7.5	Gevinstområde 6: Ivaretagelse av pasientene ved pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå (BEON).	41
8	Figur 40 Oversikt over AMK-områder, tidsskjema og respondenter mm.....	45
9	Helseregionkart med AMK-områder	46
10	Referanser	47
11	Vedlegg.....	47

1 Sammendrag

Undersøkelsen viser at Nødnettbrukerne er relativt fornøyd med nytt digitalt Nødnett. Flere presiserer at forbedringer innen samhandling ikke skyldes Nødnett alene. Likevel synes det som om målsettingene med innføring av Nødnett i helsetjenesten er oppnådd. Samtidig viser også resultatene potensial for forbedring på noen områder.

Undersøkelsen som her beskrives er ikke en gevinstrealiseringsundersøkelse, men en undersøkelse av brukernes opplevelser av å ta Nødnett i bruk. Undersøkelsen gir ikke svar på hvorfor respondentenes opplevelser av både samhandling og samvirke varierer mellom de ulike AMK-områdene.

Tilgjengelighet

Kravet om at helsepersonell alltid skal være tilgjengelig i Nødnett er en forutsetning for å oppnå målene med innføring av Nødnett. Undersøkelsen viser at det er forskjell mellom målgruppene. AMK og ambulanspersonell er bortimot alltid tilgjengelig i Nødnett, mens for legevakslege er det rom for forbedring.

Nasjonalt viser undersøkelsen at 63 % av respondentene mener at lege i vakt alltid er tilgjengelig i Nødnett og 28 % opplever «av og til tilgang» til lege i vakt. Kravet i Akuttmedisinforskriften § 6 pålegger kommunene å ha minst én lege tilgjengelig hele døgnet for å vurdere, diagnostisere, behandle selv eller legge inn personer til med behov for øyeblikkelig hjelp. Det kan det stilles spørsmål om tilgjengeligheten til lege i vakt er god nok. Respondentene har lagt inn svært mange kommentarer. Utfordringene som går igjen er for dårlig talekvalitet, manglende tilgjengelighet og kompetanse og at det oppleves som enklere å bruke mobiltelefon i noen situasjoner.

Anbefaling: Jf. Akuttmedisinforskriften § 4 skal alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er del av den akuttmedisinske beredskapen kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett. Forbedring av talekvalitet vil kunne redusere bruk av mobiltelefon.

Samhandling

Undersøkelsen viser at brukerne opplever at samhandlingen i helsetjenesten er styrket etter innføring av Nødnett. Nasjonale prosedyrer ble innført samtidig, brukere fikk kurs i både bruk av ny teknologi og bruk av nye prosedyrer. Mange av respondentene fra AMK kommenterer at samhandlingen går bra med ambulansetjenesten, men at det er store variasjoner i samhandlingen med de andre gruppene i helsetjenesten. Mange av legevakslegene nevner at de har liten erfaring med kommunikasjon via Nødnettet og at de heller bruker mobiltelefon.

Den store forskjellen i bruk av Nødnett i de ulike målgruppene kan tyde på et behov for både opplæring og mer trening i praktisk bruk. Flere rapporterte at de foretrekker å bruke

mobiltelefon pga. dårlig talekvalitet og problemer med dekning. Nødnett fungerer best i forbindelse med utalarmering, mens mange bruker mobiltelefon i en-til-en-samtaler og konferering med sykehus og legevakt.

Anbefaling: Større satsing på kontinuerlig opplæring, trening og øvelser i tillegg til forbedring av talekvaliteten i Nødnett. Dette vil kunne redusere bruk av mobiltelefon i situasjonene hvor det forutsettes at kommunikasjonen skjer i det lukkede og avlyttingssikrede Nødnettet. Det må oppfordres til samhandling og samarbeid jf. akuttmedisinforskriften¹ § 4. Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal påse at personellet får nødvendig opplæring og trening i egne arbeidsoppgaver, og skal sikre at det gjennomføres regelmessige øvelser i samarbeid og samhandling med øvrige akuttmedisinske tjenester og øvrige nødetater.

Samvirke

Hele 82 % av respondentene opplever at nasjonale prosedyrer for samvirke mellom nødetatene er tatt i bruk. En stor andel, 52 %, opplever en forbedring når det gjelder samvirke med de andre nødetatene, 35 % er delvis enige i dette. Oppsummert kan det tyde på at de fleste brukere mener at nasjonale prosedyrer er tatt i bruk og det benyttes felles talegrupper. Likevel er det noen brukere som ikke opplever den store nytten av Nødnett. Årsak til dette kan skyldes manglende trening, spesielt samtrening og vedlikehold av kompetanse. På dette område er det også forbedringspotensial. I kommentarene fremkom det to forslag til forbedring. Det ene er å utvikle prosedyrer for samvirke på skadested og det andre er trening på samvirke med alle nødetatene.

Anbefaling: For gevinstområdet samvirke framkommer det også at det er manglende kompetanse og samtrening mellom etatene. De siste års pålagte PLIVO øvelser og reviderte prosedyrer for Nødnett og trippelvarsling med handlingskort for de ulike etater bør tilsi at situasjonen er endret i 2019.

Informasjons- og personellsikkerhet

Brukerne vurderer at Nødnett har gitt god måloppnåelse når det gjelder informasjons- og pasientsikkerhet, mellom 80 til 90 % er helt eller delvis enig i at Nødnett har gitt en forbedring. Brukere opplever at tilgjengelige funksjoner er tryggende, men synes igjen at det ikke alltid fungerer grunnet manglende dekning. Dårlig kvalitet i en-til-en samtaler fører til at mange brukere i tjenesten velger mobiltelefon i stedet for Nødnett ved formidling av personsensitiv informasjon.

¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>

Anbefaling: Som tidligere anbefales opplæring og samtrening slik at personell blir trygge i bruk av Nødnettradioer.

Tilgang på styringsinformasjon

Undersøkelsen viser at bare ca. 50 % er helt enig i at styringsinformasjon fra Nødnett gir grunnlag for bedre oppfølging av AMK, legevakt og ambulansetjeneste. Imidlertid gir ikke svarene her noe informasjon om hvilken og hvordan styringsinformasjon brukes i tjenesten. Når det gjelder svar fra ledere er 41 % helt enige og 43 % delvis enige i at utvikling av AMK, legevakt og ambulansetjenesten er styrket med grunnlag i styringsdata fra Nødnett. At Nødnett gir grunnlag for bedre oppfølging er 41 % av alle respondenter helt enige og 44 % delvis enig. 36 % av ledere opplever at Nødnett gir bedre grunnlag for oppfølging, 47 % er bare delvis enig i denne påstanden.

De fleste kommenterer her at tilgang på styringsinformasjon var tilgjengelig tidligere, og opplevelse av bedret tilgang er ikke oppdaget. Mulig årsak kan være mangelfull kunnskap om bruk av Nødnetts administrative funksjonaliteter.

Det skal bemerkes at ledere i AMK ikke inngikk som egen gruppe respondenter i spørreundersøkelsen.

Anbefaling: For å kunne utnytte potensial i styringsinformasjonen fra Nødnett anbefales det videre informasjon om muligheter og oppfølging.

Ivaretagelse av pasienten på beste effektive omsorgsnivå (BEON)

Det oppleves av de fleste at helsepersonell i Nødnett mobiliseres mer effektivt slik at hjelp når raskere fram til pasienten. Nasjonalt har 84 % sagt at de er helt eller delvis enige i dette. 43 % av brukerne mener at Nødnett bidrar til å knytte helsepersonell sammen, slik at pasienten håndteres på beste effektive omsorgsnivå. 41 % er delvis enig om at målsetningen om å få lege i vakt tidlig med i pasientvurderingen vil kunne bidra til å styrke riktig behandlingsnivå for pasientene. Det er likevel verdt å merke seg at 14 % er delvis eller helt uenig i denne påstanden. Brukerne mener at mobilisering gjennom Nødnett ved hjelp av utveksling av informasjon underveis i oppdragene gir bedre ivaretagelse av pasientens behov fra det ene leddet til det neste i den akuttmedisinske kjede.

Svarene her er positive, men at like mange svarer «delvis enig» som «helt enig» antas å gi en pekepinn på at prosedyrer og rutiner har et potensial for forbedring. For eksempel vil målsetningen om å få vaktlege tidlig med i pasientvurderingen bidra til å styrke riktig behandlingsnivå for pasientene. Det er flere som kommenterer at Nødnett har hatt forbedringspotensial med å få flere spesialister på Nødnett for konferanse.

Hjemmebaserte tjenester savnes for full utnytting, ikke alle ressurser er tilgjengelige til enhver tid. Flere kommenterer også at Nødnett alene ikke er løsning for å knytte helsepersonell sammen. Det er også et behov for samarbeidsmøter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Anbefaling: Oppfordre til aktivt ta i bruk Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten² og *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* Helsedirektoratet 2017³. Gjennom tydeligere og mer tjenestetilpassede krav skal forskriften bidra til å gi den som har det overordnede ansvaret for virksomheten et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, samt kontinuerlig forbedring.

2 Styrende dokumenter og mandat

2.1 Prosjektet for innføring av Nødnett i helsetjenesten

I forbindelse med innføring av Nødnett i helsetjenesten ga Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag til Helsedirektoratet å undersøke resultater av innføringen. Sentrale dokumenter for oppdraget er Prop. 100 S (2010–2011) om fullføring av utbygging og drift av Nødnett i hele fastlands Norge, Strategi for gevinstrealisering i helsetjenesten og Gevinstrealiseringsplanen for bruk av Nødnett i helsetjenesten.

Gevinstrealiseringsplanen beskriver konkrete og målrettede aktiviteter som skal bidra til at helsetjenesten samlet utnytter mest mulig av potensialet i det nye Nødnett. Disse er i tråd med de overordnede mål og forventninger som ligger til grunn for Stortingets vedtak om fullføring og drift av Nødnett i hele Fastlands-Norge. Arbeidet med gevinstrealisering inngår som en del av innføringsprosjektet av Nødnett i helsetjenesten.

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap har i samme periode gjennomført brukerundersøkelse av Nødnett i brann og redningsetaten og vi viser til deres respektive nettsider⁴. Helsedirektoratet har hatt det overordnede ansvar for innføring av Nødnett i helsetjenesten, mens koordinering av opplæring av alle brukergrupper i helse er ivarett av de regionale helseforetakene. Helsetjenestens driftsorganisasjon for Nødnett HF (HDO) har koordinert den tekniske innføringen av Nødnett. De regionale helseforetakene og kommunene har i fellesskap utarbeidet prosedyrer for bruk av Nødnett i samarbeid med Helsedirektoratet. Styringsgruppen for prosjektet i helse var sammensatt med representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, HDO, KS, Direktoratet for nødkommunikasjon og Helsedirektoratet.

Innføringsprosjektet startet i 2005 og ble ferdigstilt i 2017. I forkant av implementering av Nødnett har alle brukerne gjennomført opplæring i bruk av Nødnett. Pr 4. oktober 2017 var Nødnett innført i alle de 16 AMK-områdene.

² <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

³ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

⁴ <https://www.dsb.no/rapporter-og-evalueringer/brukerundersokelse-nodnett/>

2.2 Mål for innføring av Nødnett⁵

Hovedmålet for innføring av et felles, landsdekkende Nødnett er at det skal gi et tryggere og mindre sårbart samfunn gjennom sikrere og bedre kommunikasjon for nød- og beredskapssetater. Nødetatene skal, i forhold til dagens situasjon, få:

- høyere effektivitet og bedre kvalitet på etatenes tjenester, både i det daglige og ved større kriser. For eksempel kan kriminalitet i større grad forebygges og bekjempes fordi operasjoner ikke kan avlyttes.
- bedre koordinering og ressursutnyttelse både innen og på tvers av etatene og på tvers av geografiske grenser. Bedre muligheter for koordinert innsats på vei til- og på skadested.
- økt sikkerhet for beredskaps- og innsatspersonell.
- økt tjenestespekter i etatene.

2.3 Utdrag fra Strategi for gevinstrealisering i helsetjenesten (Helsedir. 2012)

Strategi for gevinstrealisering i helsetjenesten beskriver de overordnede valg og metoder som prosjektet skal benytte for å hente ut ønskede gevinster av det nye Nødnettet. Gevinstrealiseringsprosessen skal legge til rette for at mål og gevinster realiseres og vil være viktig for en vellykket prosjektgjennomføring.

2.4 Utdrag fra Gevinstrealiseringsplan for Nødnett i helsetjenesten (Helsedir. 2014)

Gevinstrealiseringsplan for bruk av Nødnett i helsetjenesten operasjonaliserer overordnet gevinstdokument "Strategi for gevinstrealisering i helsetjenesten". Planen fastsetter roller og ansvar og beskriver aktiviteter og tiltak for hvordan helsetjenesten skal realisere identifiserte gevinster. Gevinstrealiseringsplanen bygger på eksisterende lover og forskrifter. Arbeidet med gevinstrealisering inngår som en del av innføringsprosjektet av Nødnett i helsetjenesten. Helsedirektoratet er tildelt rollen som prosjektleder og skal fasilitere nødvendige prosesser og tiltak som må gjennomføres i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

2.5 Hva er de definerte gevinstene?

I innføringsprosjektet ble det utarbeidet Strategiplan for realisering av gevinster i helsetjenesten og Gevinstrealiseringsplan for bruk av Nødnett i helsetjenesten. I disse dokumentene er de ønskede effektene av innføring av Nødnett definert og organisert i følgende gevinstrealiseringsområder:

⁵ Stortingsproposisjon 100 S (2010 – 2011)

Gevinstområde 1: Helsepersonell i vakt er tilgjengelige i Nødnett

At helsepersonell i vaktberedskap er permanent tilgjengelig i Nødnett er en grunnleggende forutsetning for å kunne realisere ønskede gevinster og effekter. Dette gjelder særlig samhandling internt i helsetjenesten, samordning med de andre nødetatene og ivaretagelse av sikkerhet og beredskap.

Gevinstområde 2: Samhandling internt i helsetjenesten

God samhandling krever god kommunikasjon. Både AMK og LVS vil kunne overvåke og styre operasjoner og ressurser i større grad. At kommune- og spesialisthelsetjenesten kan samhandle på en felles kommunikasjonsplattform vil være et viktig bidrag til samhandlingsreformen. Rask og god dialog mellom lege i vakt, ambulansepersonell og andre helseressurser vil kunne gjøre det lettere å finne gode alternative løsninger til sykehusinnleggelse for pasienter hvor dette er den faglig riktige og beste løsningen. Nødnett vil også kunne forsterke samhandlingen i de akuttmedisinske behandlingsskjedene for pasienter med alvorlige eller livstruende tilstander. Dette gjelder for eksempel pasienter med hjertestans, mistanke om hjerneslag, akutt hjerteinfarkt og alvorlige skader. Effektiv utalarming og god kommunikasjon mellom de ulike leddene i behandlingsskjeden har betydning for utfallet ved alvorlige hendelser.

Gevinstområde 3: Samvirke mellom helsetjenesten, politi og brann og redningsetaten

En felles kommunikasjonsplattform for de tre nødetatene vil kunne bedre etatenes mulighet til effektiv organisering, ledelse og gjennomføring av aksjoner hvor nødetatene samvirker.

Gevinstområde 4: Informasjons- og personell-sikkerhet

Nødnett er avlyttingsikkert og skal gi helsetjenesten et samband med bedre talekvalitet og dekning. Helsetjenesten får funksjonalitet som legger til rette for bedre kommunikasjonssikkerhet, bedre pasientsikkerhet og bedre sikkerhet for helsepersonellet. Nødnett skal være robust og pålitelig i det daglige og ved store hendelser og kriser.

Gevinstområde 5: Styringsdata

Nødnett generer data som kan gi verdifull lokal og nasjonal informasjon om bruk og trafikk i Nødnett. Denne informasjonen kan benyttes til å dimensjonere og styre helsetjenestens ressurser ved at informasjon om trafikkveier, kommunikasjonsmønstre, volum og trafikkvariasjoner gir økt innsikt om den akuttmedisinske kjede. Informasjonen vil kunne brukes til styring av virksomheten og måling av effekter og gevinster som på mange områder i dag er vanskelig.

Gevinstområde 6: Ivaretagelse av pasient på beste effektive omsorgsnivå (BEON)

I samhandlingsreformen er det fokus på pasientforløp etter BEON prinsippet. Nødnett bidrar til å knytte helsepersonell sammen slik at pasienten håndteres på en faglig riktig måte.

3 Faglig bistand

Arbeidet med gevinstrealisering skulle gjenspeile mål for innføringsprosjektet for Nødnett. Effektmålene ble i gevinstrealiseringsplanen operasjonalisert til gevinstområder. I gevinstrealiseringsarbeidet ble det utarbeidet måleparametere til disse gevinstområdene. Mål og gevinstområder er beskrevet i strategi for gevinstrealisering og gevinstrealiseringsplan.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i de definerte gevinstområdene. Målet for undersøkelsen var å dokumentere i hvilken grad gevinstene innenfor gevinstområdene som Helsedirektoratet har definert, realiseres i de ulike AMK-områdene.

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å evaluere effekter av innføring av Nødnett i helsetjenesten. Utgangspunktet for oppdraget var innføring av Nødnett i helsetjenesten, og bestilling fra HOD om beskrivelse av arbeid med, og resultat av gevinstrealisering knyttet til innføringen. Oppdraget skulle følge innføringsprosjektet og gå over flere år.

4 Metode

Undersøkelsene i de 16 AMK-områdene ble gjennomført i perioden fra januar 2016 til april 2018. Se til kap. 9. Helseregionkart med AMK-områder.

Undersøkelsen er en kvalitativ undersøkelse av brukernes erfaringer med Nødnett og er gjennomført ved hjelp av nettbasert spørreskjema fra Questback. Spørreskjema ble sendt ut til de primære målgruppene for Nødnett, som er sammenfallende med akuttmedisinforskriften sin definisjon av personell i akuttmedisinsk beredskap §3 bokstav f. Undersøkelsen som beskrives er ikke en gevinstrealiseringsundersøkelse, men en undersøkelse av brukernes opplevelser av å ta Nødnett i bruk.

I utforming av spørsmålene i spørreskjema har Helsedirektoratet tatt utgangspunkt i målsettingene i strategiplanen og gevinstrealiseringsplanen og prosedyrene for bruk av Nødnett, se vedlagt spørreskjema.

De tre første gevinstområdene som omhandler tilgjengelighet, samhandling og samvirke tar utgangspunkt i bruken av et lukket kommunikasjonsnett, prosedyrer og samarbeidsavtaler for sikker kommunikasjon mellom personell i akuttmedisinsk beredskap. De to siste gevinstområdene "sikkerhets- og beredskapsfunksjonalitet" og "tilgang til styringsinformasjon" omhandler rask og sikker kommunikasjon og der Nødnett leverer standardiserte data. Der svarprosenten har vært lav, f.eks. fra personell fra luft- og båt-

ambulanse, er disse utelatt. I noen beregninger har vi slått sammen svar fra ledere og akuttmottak da det ble spurt etter svar fra ledere i akuttmottak og LVS, men ikke fra ledere i AMK-sentralene. For svar fra disse enkeltgruppene henviser vi til delrapportene.

Helsedirektoratet har i samarbeid med tjenesten utviklet prosedyrer for bruk av Nødnett. Prosedyrene er en operasjonalisering av formålene med Nødnettet, som er definert under de ulike gevinstområdene.

Spørreskjemaet ble sendt ut på e-post til alle brukere av Nødnett som hadde gjennomført e-læringskurs for bruk av Nødnett. Alle Nødnettbrukerne i de geografiske ansvarsområdene for 16 akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK) har fått tilsendt spørreskjema. 14.546 deltakere ble invitert til undersøkelsen. 5.080 besvarte undersøkelsen, det gir en svarprosent på 34,92. Spørreundersøkelsen åpnet 8. januar 2016 og ble stengt 10. april 2018.

Figur 40 på side 45 viser oversikt over når det enkelte AMK området «gikk live», tid for tilsendt undersøkelse, tid gått fra de tok Nødnett i bruk til de fikk tilsendt spørreundersøkelsen, antall personer som fikk tilsendt, antall svar, svarprosent per AMK-område, svarprosent for Helseregion og dato for levering av delrapport fra KoKom til Helsedirektoratet.

Figuren viser at det er et stort sprik fra «go live» og til de mottok spørreundersøkelsen, i AMK Oslo området 55 måneder mot AMK Kirkenes området fire måneder.

Delrapportene for hvert enkelt AMK-område ligger som vedlegg.

5 Den akuttmedisinske kjeden

5.1 Organisering

Akuttmedisinforskriften (Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.) skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte tjenester utenfor sykehus. Forskriften skal også bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater.

Akuttmedisinforskriften § 3 bokstav f, definerer personell i akuttmedisinsk beredskap som: personell ved AMK og legevaktsentraler, personell i ambulansetjenesten, personell ved sykehusavdelinger med øyeblikkelig-hjelp-funksjon innen somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, inkludert lege i vakt.

Gjennom Stortingsproposisjonen 100 S (2010-2011) ble det vedtatt fullføring av utbygging og drift av Nødnettet i hele fastlands-Norge. Nødnett er et felles radionettverk for nødetatene og andre brukergrupper med ansvar innen sikkerhet, beredskap, redningstjeneste og viktig infrastruktur. Det overordnede målet for Nødnett er å gi et tryggere og mindre sårbart samfunn gjennom sikrere og bedre kommunikasjon for nød- og beredskapssetater.

Med Nødnett har aktørene i helsetjenesten ett felles, lukket og landsdekkende kommunikasjonsnett og et verktøy for økt samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene innenfor og på tvers av etablerte kommune-, region- og helseforetaksgrenser og mellom nødetatene.

Pasienter med alvorlig sykdom og skade er avhengig av rask respons fra ressursene i den akuttmedisinske kjede. Med Nødnett vil helsepersonell effektivt kunne varsles og utveksle opplysninger i et avlytningssikret nett. Nødnett brukes både i egne talegrupper (kommunikasjon fra en bruker til en eller flere andre) internt i hver nødetat og som et samvirkenett hvor innsatsressursene i nødetatene deler tidskritisk informasjon seg imellom i felles talegrupper. Radioene kan også sende og motta tekstmeldinger. Både legevaktsentraler, AMK, ambulansetjenesten og sykehusenes akuttmottak er knyttet til Nødnettet for akuttmedisinsk samhandling.

5.2 Legevakt-sentraler (LVS)

Legevaktsentralene (LVS) skal motta og håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor legevaktdistriktet via et nasjonalt legevaktnummer, jf. Akuttmedisinforskriften § 3 bokstav a.

LVS er det ytterste, desentraliserte knutepunktet i medisinsk nødmeldetjeneste. LV-sentralen har personell med lokalkunnskaper som AMK kan mangle og er en viktig aktør i nødmeldetjenesten. LVS er en fagsentral, betjent av helsepersonell, for mottak, prioritering og formidling av henvendelse til legevakt eller oppdrag til fastlege, hjemmesykepleier og jordmor, rådgivning til innringer og direkte varsling av leger og varsling av ambulanser via AMK. I akutt situasjoner skal LVS umiddelbart sette innringer i konferanse med AMK. LVS har ansvar for varsling i kommunen iht. beredskapsplan, og å holde AMK informert om tiltak. Operatørene må fortløpende vurdere behov for samhandling med annet lokalt personell og andre involverte. Ved henvendelse til LV-sentralen med hastegrad akutt kobler operatør umiddelbart AMK i konferanse, informerer (etter oppsatt mal), og AMK overtar ansvar for videre oppfølging av aksjonen.

5.3 Lege i vakt – Legevaktordning

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet, jf. Akuttmedisinforskriften § 6. Tidlig involvering av lege i vakt er viktig for vurdering av pasienten og for at pasienten skal bli undersøkt og behandlet på riktig nivå. Det er ønskelig at AMK, LVS og lege i vakt er i samme talegruppe for å kunne gi nødvendige opplysninger, slik at legen kan vurdere egen utrykning og prioritere ved samtidighetskonflikter. Dette innebærer felles forståelse for og kunnskap om den lokale akuttberedskapen og bruk av Nødnett.

Legevakt yter akutt legehjelp til de som bor eller oppholder seg i den aktuelle geografiske sonen. Der vurderes det eventuelle behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten hvis dette ikke allerede er vurdert på hendelsesstedet.

5.4 Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)

Det regionale helseforetaket har jf. Akuttmedisinforskriften § 14 ansvar for å etablere å drifte AMK-sentraler og å ha kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for AMK-sentraler, sykehus med akuttfunksjon, ambulansetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten som inngår i det regionale helseforetakets akuttmedisinske beredskap.

AMK er helsevesenets akuttmedisinske fagsentral for mottak og oppfølging av medisinsk nødmelding til 113 eller via andre kanaler og koordinering av ressurser. AMK er knutepunktet mellom innringer, helse- og andre ressurser som er nødvendige for å kunne gi

hjelp. AMK-operatør tar imot, innhenter informasjon, vurderer behov, prioriterer, gir medisinske råd, veiledning og foretar avgjørelser innenfor sitt ansvarsområde på medisinsk og operativt grunnlag basert på prosedyrer og egen kompetanse.

Det grunnleggende prinsippet for medisinske nødsituasjoner er alarmering av nærmeste LVS, legevaktlege og ambulanse fra AMK. AMK-sentralen har behov for et tett samarbeid med LV-sentralene i sitt område. LVS alarmeres når legevaktressurs alarmeres i Nødnett, og LVS følger og kan støtte aksjonen på grunnlag av sin lokalkunnskap. Hver AMK-sentral dekker ett eller flere sykehus og besvarer anrop via medisinsk nødnummer 113.

5.5 Sykehus med akutfunksjoner

Sykehus med akutfunksjoner er en del av medisinsk nødmeldetjeneste og skal kunne håndtere og koordinere henvendelser om øyeblikkelig-hjelp-innleggelse i sykehuset. Videre skal de videreformidle og kommunisere direkte, og konferansekoble henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til sykehusets avdelinger, AMK-sentral og LVS. Sykehusenes akuttmottak skal også sette personell i akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus i kontakt med personell i sykehus.

5.6 Ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten består av både bil, båt og luftambulans, og det er definerte krav til minimumskompetanse i tjenesten. Akuttmedisinforskriften §3 bokstav e har denne definisjonen: «Med ambulansetjeneste menes bil-, båt- og luftambulansetjeneste (ambulanshelikopter og ambulansfly) som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus, og der det under transporten er behov for akuttmedisinsk behandling eller overvåking».

5.7 Akutthjelper

Kommunene og de regionale helseforetakene kan, som del av sin akuttmedisinske beredskap inngå avtale om bistand fra akutthjelper. Denne gruppen er ikke inkludert i spørreundersøkelsen.

6 Resultater

Helsedirektoratet har i samarbeid med tjenesten utviklet prosedyrer for bruk av Nødnett. Prosedyrene er en operasjonalisering av formålene med Nødnettet, som er definert under de ulike gevinstområdene. I utforming av spørsmålene i spørreskjema har Helsedirektoratet tatt utgangspunkt i målsettingene i strategiplanen og gevinstrealiseringsplanen og prosedyrene for bruk av Nødnett, se vedlagt spørreskjema.

Undersøkelsene i de 16 AMK-områdene ble gjennomført i perioden fra januar 2016 til april 2018. Undersøkelsen er en kvantitativ undersøkelse av brukernes erfaringer med Nødnett og er gjennomført ved hjelp av nettbasert spørreskjema fra Questback. Spørreskjemaet ble sendt ut på e-post til alle brukere av Nødnett som hadde gjennomført e-læringskurs for bruk av Nødnett.

Som vist i figur 40 var svarprosent på undersøkelsen høyest fra AMK Nord-Trøndelag, med 48,3 % og Innlandet med 40,6 %. Det er blant de AMK-områdene som hadde lengst «fartstid» med Nødnett før de fikk tilsendt undersøkelsen (henholdsvis ca. 15 og 25 måneder). Lavest svarprosent er fra AMK Kirkenes området, med 20,3 %, de hadde bare 4 måneders fartstid før undersøkelsen skulle besvares, mens Oslo og Akershus området har svarprosent på 20,7 % og fikk tilsendt spørreundersøkelsen 55 måneder etter de gikk «live».

Det kan være flere årsaker til den totalt lave svarprosenten. Lang tid fra de første AMK-områdene tok i bruk Nødnett til undersøkelsene ble gjennomført kan ha redusert motivasjonen til å svare. Det ble utført evalueringer, testing og utbedringer i de tidligere faser som medførte en forbedring av Nødnett før det ble rullet ut i andre områder. Flere av brukergruppene registrerte sin private e-postadresse i e-læringsportalen og kan ha skiftet e-postadresse i perioden fra e-læringskurset til undersøkelsestidspunktet. Samtidig kan turnover i perioden forklare noe av den lave svarprosenten. Til tross for at svarprosenten samlet sett er noe lav, vil det totale antall svar kunne gi et bilde av resultater og status i helsetjenesten og være representativ for tjenesten. Respondentene ble gitt mulighet til å gi utfyllende kommentarer i spørreskjemaet. Nesten alle respondenter har benyttet muligheten og dette har gitt et bredere bilde av brukernes opplevelser. Vi har etter hvert gevinst-område lagt inn et sammendrag av kommentarer. Kommentarer i fritekst er også lagt ved de 16 delrapportene.

6.1 Svar fordelt på de ulike målgruppene og AMK-område

Spørreskjema ble sendt ut til de primære målgruppene for Nødnett, og er sammenfallende med Akuttmedisinforskriften sin definisjon av personell i akuttmedisinsk beredskap. Vi noterer at ledere i AMK ikke inngår som egen gruppe i spørreundersøkelsen.

Respondentene fra 16 AMK-områder fordeler seg på følgende vis mellom de ulike målgruppene, inklusiv 97 LVS og 34 Akuttmottak.

1: Jeg representerer målgruppe: (Kryss av for hvilken målgruppe du tilhører)

Målgrupper	Antall	Prosent
Leder akuttmottak	29	0,6 %
Leder legevaktsentral	80	1,6 %
Lege i vakt	1.168	23,0 %
Operatør i AMK sentraler	302	5,9 %
Operatør legevaktsentraler	712	14,0 %
Personell i akuttmottak	255	5,0 %
Personell bilambulanse	2.289	45,1 %
Personell båtambulanse	65	1,3 %
Personell luftambulanse	95	1,9 %
Ikke angitt	85	1,7 %
N	5.080	100%

2: Den enheten jeg er ansatt i sorterer under:

Region	Antall	Prosent	AMK område	Antall	Prosent
Helse Sør Øst	2.239	44,0 %	AMK Oslo	732	14,4 %
			AMK Vestre Viken	312	6,1 %
			AMK Innlandet	483	9,5 %
			AMK Vestfold Telemark	439	8,6 %
			AMK Sørlandet	273	5,4 %
Helse Vest	1.014	19,9 %	AMK Bergen	307	6,0 %
			AMK Førde	163	3,2 %
			AMK Haugesund	248	4,9 %
			AMK Stavanger	296	5,8 %
Helse Midt	1.000	19,7 %	AMK Sør Trøndelag	324	6,4 %
			AMK Møre og Romsdal	424	8,3 %
			AMK Nord Trøndelag	252	5,0 %
Helse Nord	511	10,1 %	AMK Helgeland	166	3,3 %
			AMK Bodø	86	1,7 %
			AMK Tromsø	206	4,1 %
			AMK Finnmark	53	1,0 %
Ikke angitt				316	6,2 %
				5.080	

6.2 Avgrensinger

Det foreligger 16 detaljerte delrapporter for de 16 AMK-områdene. Denne rapporten viser resultater nasjonalt, for hver Helseregion og per AMK-område. Det vises til detaljerte oppsummeringer fra det enkelte AMK-området i de 16 delrapportene.

For øvrig ligger det begrensinger i tolking av tallene. De ulike respondentene har avgitt svar på ulikt erfaringsgrunnlag, relatert til når de tok Nødnett i bruk, og til de besvarte spørreundersøkelsen (se figur 40 side 45).

I de ulike AMK-områdene er det også variasjoner på når betjeningsutstyret i LVS og akuttmottak ble tatt i bruk i forhold til i AMK-sentralene. I oppstartfasen var flere LVS og akuttmottak kun satt opp med bruk av håndholdte radioterminaler. Det skyldtes tekniske utfordringer med utrulling av selve betjeningsløsningen for LVS og akuttmottak.

Den rent operative bruk av Nødnett er ulik i AMK-områdene. I noen AMK-områder er f.eks. personell i akuttmottakene sjelden og aldri i direkte radiokommunikasjon med ambulanspersonell, mens i andre områder melder ambulansene inn pasientdata direkte til akuttmottakene uten å gå via AMK. Det betyr at de er besvart fra ulike teknologiske og operative forutsetninger. Undersøkelsen har ikke spørsmål vedrørende bruk av akutthjelpere eller samhandling mellom lege i vakt og LVS.

Videre har det ikke vært stilt spørsmål til hvorvidt bruk av Nødnett har gitt bedre flyt og bruk av ambulansetjenesten.

7 Gjennomgang av resultater for hvert spørsmål

Innledning

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i de definerte gevinstområdene.

De tre første gevinstområdene som omhandler tilgjengelighet, samhandling og samvirke tar utgangspunkt i bruken av et lukket kommunikasjonsnett, prosedyrer og samarbeidsavtaler for sikker kommunikasjon mellom personell i akuttmedisinsk beredskap. De to siste gevinstområdene "sikkerhets- og beredskapsfunksjonalitet" og "tilgang til styringsinformasjon" omhandler rask og sikker kommunikasjon og der Nødnett leverer standardiserte data. Der svarprosenten har vært lav f.eks. personell fra luft- og båtambulans, er disse utelatt. I noen beregninger har vi slått sammen svar fra ledere og akuttmottak da det ble spurt etter svar fra ledere i akuttmottak og LVS, men ikke fra ledere i AMK-sentralene. For svar fra disse enkeltgruppene henviser vi til delrapportene.

7.1 Gevinstområde 1: Helsepersonell i vakt er tilgjengelig i Nødnett

Akuttmedisinforskriften regulerer helsetjenestens bruk av Nødnett. I § 4 tredje ledd fremgår det at alle deler av helse- og omsorgstjenesten, som er en del av den akuttmedisinske

beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett. §17 setter krav om at kommunen og regionalt helseforetak skal sørge for at personell i akuttmedisinsk beredskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. § 4, og kan kommunisere med hverandre og med andre nødetater.

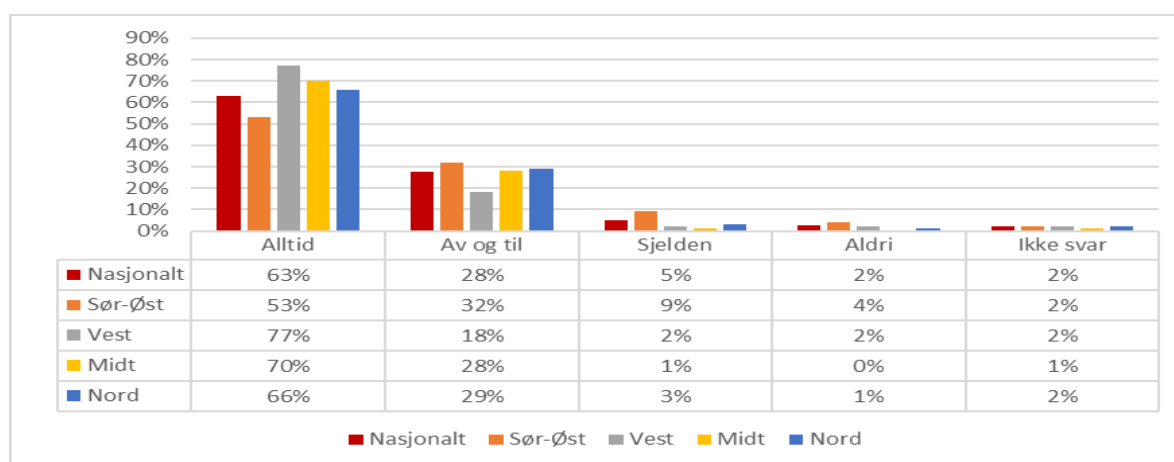
At helsepersonell i vaktberedskap er tilgjengelige i Nødnettet er en grunnleggende forutsetning for å kunne realisere ønskede gevinster og effekter. Dette gjelder særlig samhandling internt i helsetjenesten, samordning med de andre nødetatene og ivaretagelse av sikkerhet og beredskap.

Internt vaktpersonell i sykehus skal være tilgjengelige via kommunikasjonsknutepunktet i sykehuset som er AMK- sentral eller akuttmottak. Utenfor sykehus må leger som har legevakt og personell på legevaktsentraler være tilgjengelige i Nødnett.

En undersøkelse fra 2010 viste at om lag halvparten av leger i vakt i kommunehelsetjenesten er tilgjengelige i det VHF-baserte helseradionettet⁶. Det ble i samme studie også påvist svakheter i forhold til organisering, samhandling og utalarmering.

Det ble stilt spørsmål om hvordan den enkelte bruker opplever tilgjengelighet i Nødnett til andre grupper av helsepersonell.

Figur 1: Spørsmål 3. Lege i vakt er tilgjengelig i Nødnett.

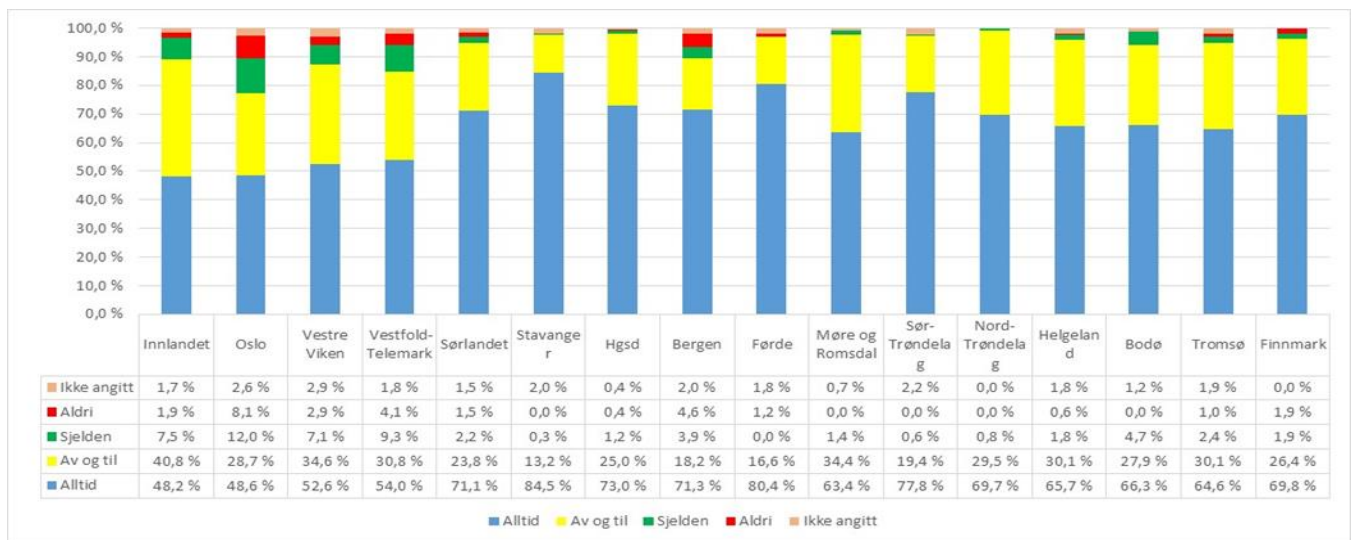


Nasjonalt viser undersøkelsen at 63 % av respondentene opplever at lege i vakt alltid er tilgjengelig i Nødnett og 28 % opplever «av og til tilgang» til lege i vakt. Dette indikerer en

⁶ Erik Zakariassen: Red Response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine, doktoravhandling, Universitetet i Bergen 2010

bedre tilgang til lege i vakt enn undersøkelsen fra 2010 viste. Siden kravet i akuttmedisinforskriften § 6 pålegger kommunen å ha minst en lege tilgjengelig hele døgnet for å vurdere, diagnostisere, behandle selv eller legge inn personer til med behov for øyeblikkelig hjelp, kan det stilles spørsmål om tilgjengeligheten til lege i vakt er god nok.

Figur 2: Svar fordelt på AMK-områder



Når vi ser på ytterpunktene i svarene fordelt på AMK-områder i figur 2, ser vi at er det personell fra AMK Stavanger-området som mener at tilgang på lege i vakt er svært god (84,5%). Respondenter fra AMK Innlandet derimot opplever at tilgang til lege i vakt er under middels (48,2 %).

Fra personell i AMK Oslo området opplever 8,1 % at de aldri har tilgang til lege i vakt, AMK Vestfold Telemark 4,1%, AMK Vestre Viken 2,9% og AMK Innlandet 1,9%.

Spørsmål 4. Ambulansetjenesten er tilgjengelig i Nødnett.

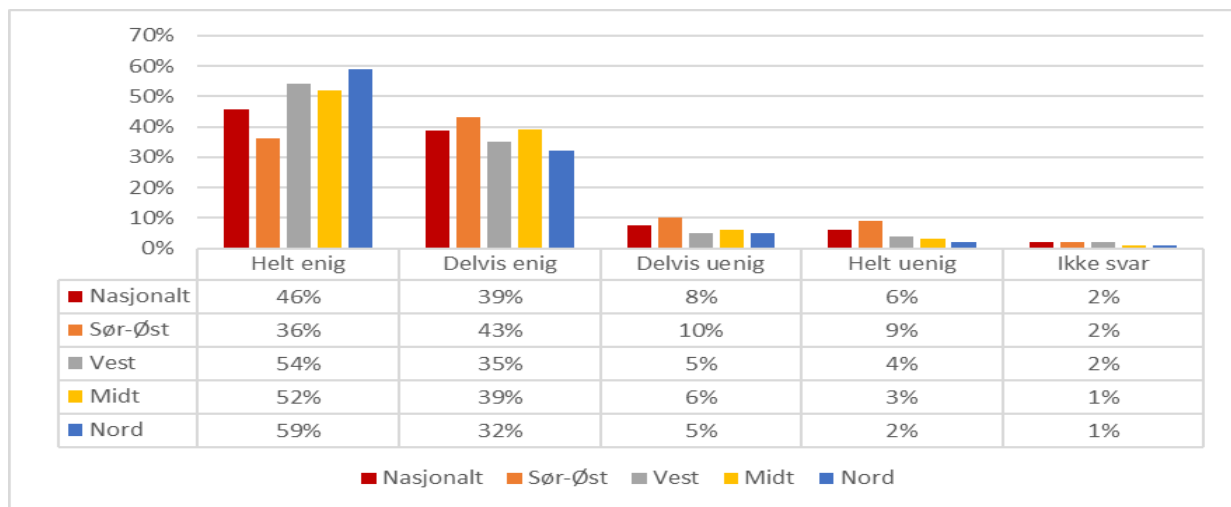
Nasjonalt sier 95 % at ambulansetjenesten alltid er tilgjengelig i Nødnett.

Helse Nord opplever høyst tilgjengelighet til ambulansetjenesten, med hele 98 %, Helse Midt 97 % Helse Sør-Øst 94 % og Helse Vest 96 %.

Det er enighet om at det er god tilgjengelighet til andre grupper av helsepersonell. Ikke overraskende opplever det best tilgjengelighet til personell i AMK, ambulansetjenesten og i LVS.

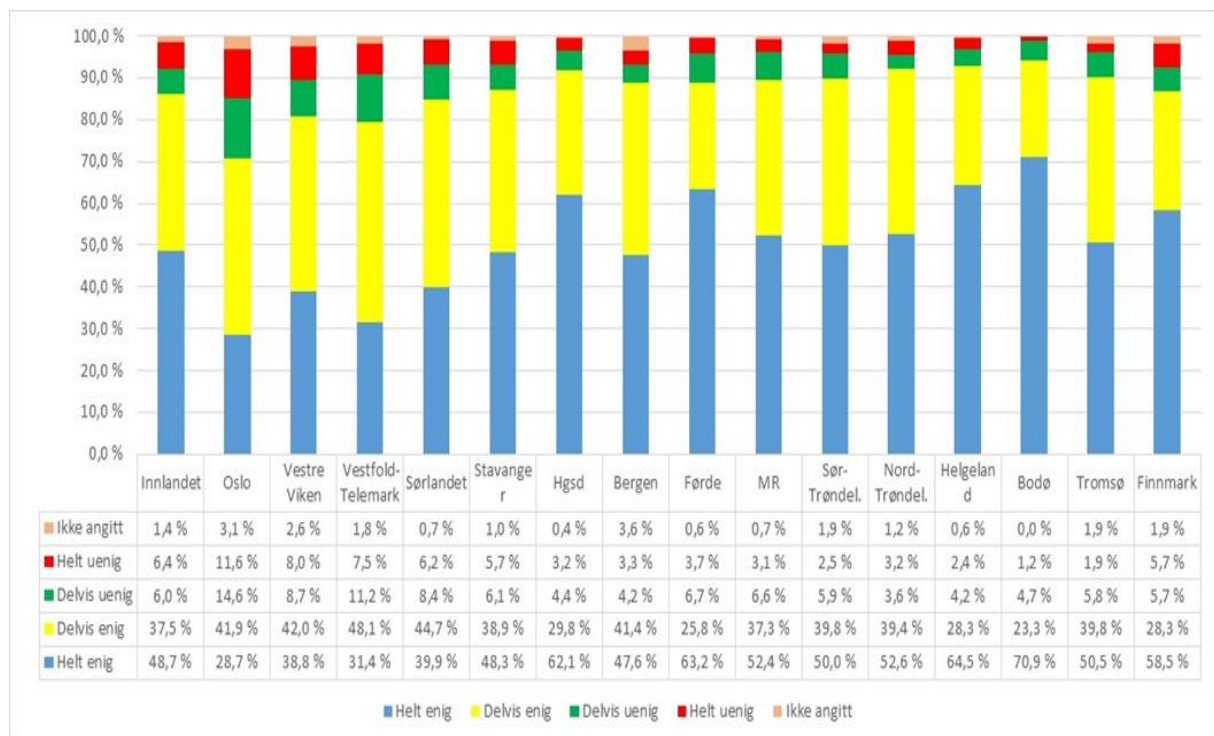
Luft- og båtambulanserespondenter er ikke medregnet her, da de representerte en svært liten andel av svar. For detaljerte opplysninger om denne gruppen henviser vi til de 16 delrapportene.

Figur 3: Spørsmål 5.1. AMK, ambulanse, vaktlege og akuttmottak kommuniserer bedre samtidig med nytt Nødnett.



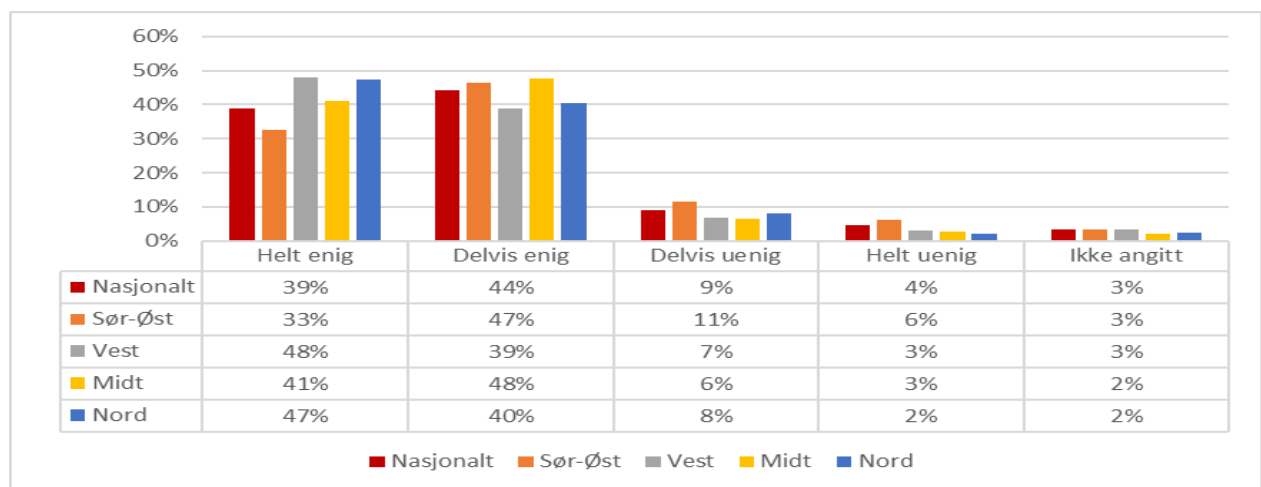
Majoriteten nasjonalt (85 %) svarer at de er helt eller delvis enig i at helsetjenesten kommuniserer bedre med nytt Nødnett. Bare hhv. 8 og 6 % er delvis eller helt uenig. For Helse Sør-Øst svarer 36% at de er helt enig, mens Helse Nord svarer 59% at de er helt enig. Dette er interessant med tanke på de to ytterpunktene hva gjelder demografi og populasjon. Se også til figur 40 med oversikt over tid fra «og live» til mottatt spørreundersøkelse.

Figur 4: Resultater for AMK-områder



For Helse Sør-Øst er det her store forskjeller mellom AMK Oslo og AMK Innlandets områder. I AMK-Innlandet svarer her 48,7 % helt enig og 37,5 delvis enig, mens 6 % er delvis uenig og 6,4 % helt uenig. For Oslo-Akershus viser svarene at 28,7 og 41,9 % hhv. enig og delvis enig, mens 14,6 % er delvis uenig og 11,6 % helt uenig. Svarene fra Vestre Viken, Vestfold-Telemark og Sørlandet legger seg imellom Innlandet og Oslo. Se delrapport fra det enkelte AMK-område for ytterligere detaljer.

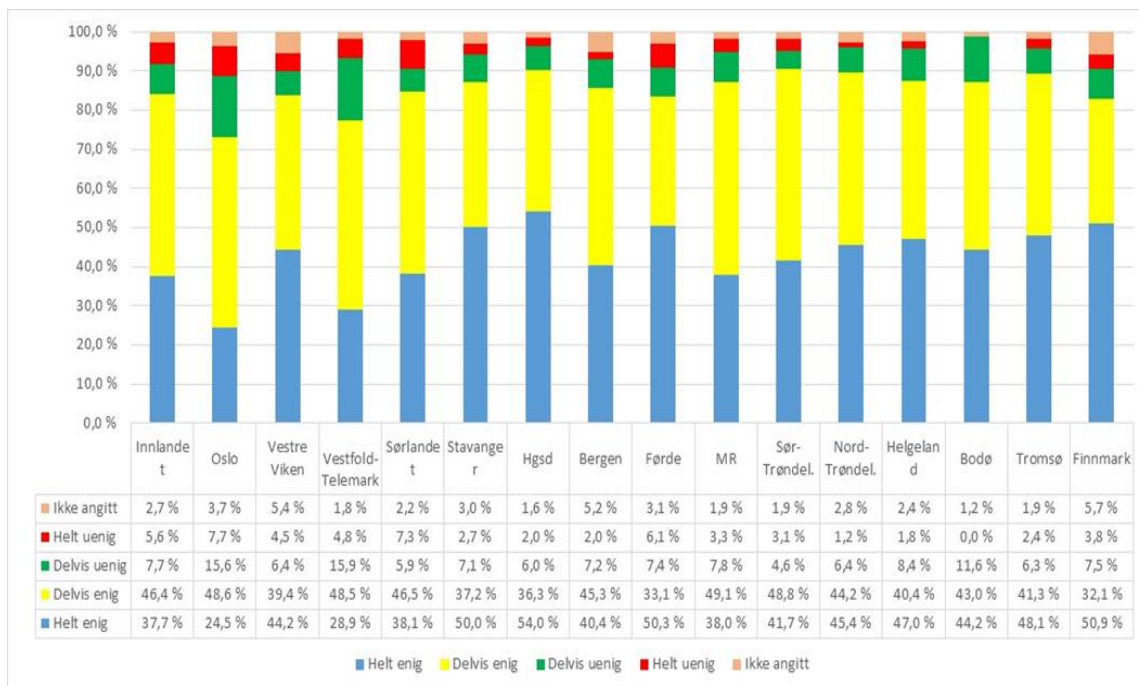
Figur 5: Spørsmål 5.2. Helsetjenestens ressurser utalmeres og disponeres effektivt og faglig korrekt.



Helse Nord og Helse Vest skårer best på spørsmål hvorvidt de opplever at helsetjenestes ressurser utalmeres og disponeres effektivt og faglig korrekt. Helse Sør-Øst og Helse Vest sine respondenter svarer høyest på at de er delvis enige. Nasjonalt svarer 83% at de er helt eller delvis enige at de opplever utalmering og effektiv faglig korrekt bruk av ressurser.

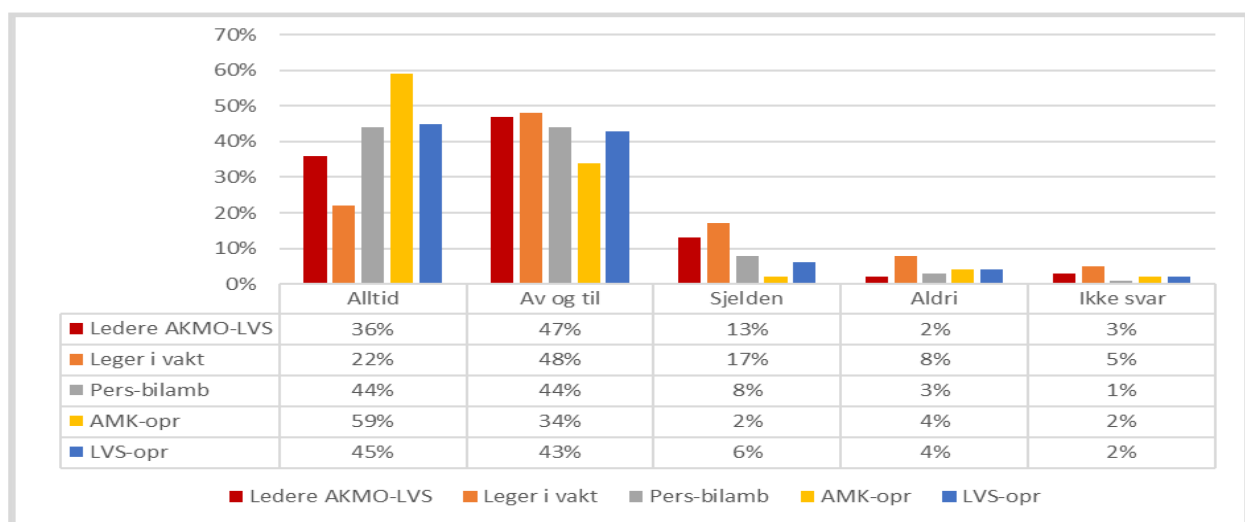
For de ulike helseregioner synes det å være en samlet andel for helt enig eller delvis enig på ca. 88 % - mot Helse Sør-Øst med 80 %. I Helse Sør-Øst har 17 % av respondentene svart at de er delvis uenig eller helt uenig. Disse svar kan forklares med at da nytt Nødnett ble implementert ble det samtidig etablert nasjonale prosedyrer som ga et faglig løft for sentralene som utalmerer og styrer ressursene.

Figur 6: Svar fordelt fra AMK-områder



Fra de ulike AMK-områdene er det forskjeller på hvorvidt de opplever helsetjenestens ressurser utalmeres og disponeres effektivt og faglig korrekt. I AMK Oslo området er det kun 24,5 % som er helt enige, mot 54 % i AMK Haugesund området. Samlet for helt enig og delvis enig, svarer de fra AMK Oslo området at 73,1 % er enig eller delvis enig i utsagnet mot 90,3 % fra AMK Haugesund området. De øvrige AMK-områdene sier seg helt eller delvis enig i utsagnet med over 80%.

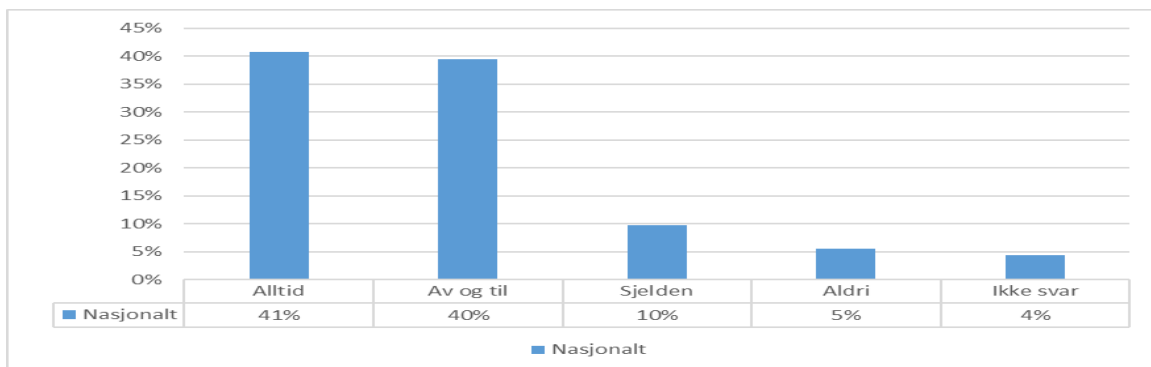
Figur 7: Spørsmål 5.2. Helsetjenestens ressurser utalmeres og disponeres effektivt og faglig korrekt, svar fra ulike yrkesgrupper.



Figuren viser hvorvidt det oppleves at de ulike helsegruppene anser at ressurser utalmeres og disponeres faglig korrekt. AMK-operatører (medisinske operatører og koordinatører) svarer ikke overraskende med 59 % at dette er deres opplevelse. 34 % sier av og til mens 4 % svarer at de aldri utalmeres og disponeres effektivt og faglig korrekt. 22 % av leger i vakt sier at det ikke utalmeres og disponeres effektivt og faglig korrekt men at dette skjer av og til mener 48 %. Hele 8 % hevder at dette aldri skjer. Under dette spørsmålet har 2.289 personer fra bilambulansetjenesten besvart.

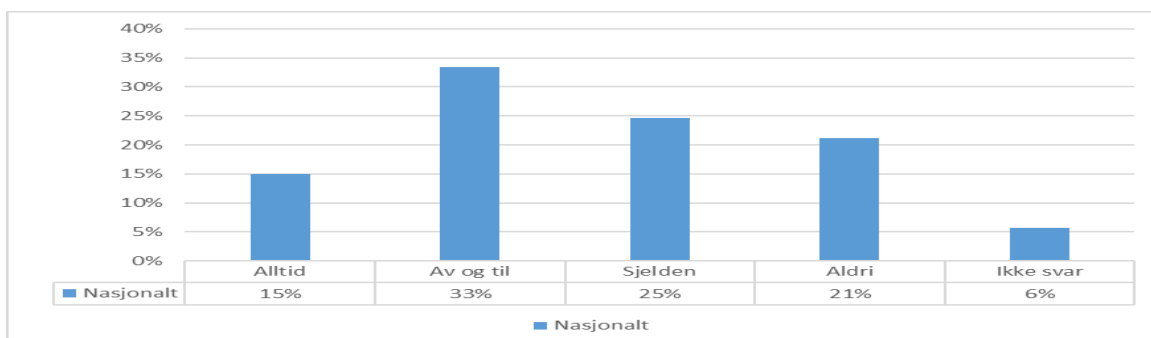
Fra Luftambulansen er det 95 personer som har besvart. 35,8 % er helt enig i påstanden, 53,7 % delvis enig, delvis uenig 6,3 og helt uenig 2,1 %. 21 personer har ikke besvart spørsmålet.

Figur 8: Spørsmål 6. Spesialistkompetanse på sykehus er tilgjengelig for AMK, lege i vakt og ambulanspersonell (svar for den gruppen du representerer).



Det er her uklart om respondentene har svart generelt at spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig eller spesielt tilgjengelig via Nødnett. Forholdet er at Nødnett på tiden da spørreundersøkelsen ble utført ikke var tilgjengelig innad i sykehusene. Nasjonalt svarer 41 % av respondentene at de opplever tilgjengelighet mot 5 % som svarer «aldri» tilgjengelig.

Figur 9: Spørsmål 7. Psykiske helsetjenester er tilgjengelig for AMK, lege i vakt og ambulanspersonell (svar for den gruppen du tilhører).



Tilsvarende som spørsmål 6 var Nødnett ikke utbredt i psykisk helsevern på undersøkelses tidspunktet.

Tilgjengelighet til psykiske helsetjenester oppleves som relativt lav, nasjonalt svarer 15 % alltid tilgjengelig, 33 % av og til og hele 21 % sier det aldri er tilgjengelig psykiske helsetjenester.

Nødnett er bare forsøksvis tatt i bruk i enkelte områder, med angivelig positive signaler fra første fase. Omfanget på Nødnett-kontrakten for levering av utstyr til kommunikasjonsentraler ble inngått mellom staten ved Justisdepartementet og leverandøren i desember 2006. For helsetjenesten innebar det utstyr for betjening av telefoni- og radiotrafikk til AMK-sentraler, akuttmottak (somatikk/psykiatri) og LV-sentraler. Betjeningsutstyret til akuttmottak var tilpasset fast plasserte mottak og passet godt for somatiske akuttmottak. Utviklingen i psykiatrien hadde gått fra statiske akuttmottak til mottak i avdeling – mobile akuttmottak. Det ble gjennomført et kort pilotprosjekt ved Sykehuset Østfold HF, Veum psykiatriske sykehus som konkluderte med at den kontraktsfestede leveransen til psykiatriske akuttmottak ikke var egnet, slik disse akuttmottakene ble organisert. Leveransen til psykiatriske akuttmottak ble derfor ikke realisert.

Imidlertid har noen helseforetak og kommuner gjennomført prosjekter for å finne fram til en god løsning for kommunikasjon over Nødnett for psykiske helsetjenester. Det er ikke konkludert med hvordan psykiske helsetjenester på best mulig måte kan integreres som Nødnett-brukere (Ref. Brukerundersøkelse av Nødnett i helsetjenesten – erfaringer fra 11 AMK-områder Rapport IS-2603 Helsedirektoratet).

Sammendrag Gevinstområde 1: Helsepersonell i vakt er tilgjengelig i Nødnett

Nasjonalt svarer 83% at de er helt eller delvis enige at de opplever utalarmering og effektiv faglig korrekt bruk av ressurser. Majoriteten nasjonalt (85 %) svarer at de er helt eller delvis enig i at helsetjenesten kommuniserer bedre med nytt Nødnett. Bare hhv. 8 og 6 % er delvis eller helt uenig.

Undersøkelsen sett nasjonalt viser at samlet mener 63 % av respondentene at lege i vakt alltid er tilgjengelig i Nødnett og 28 % opplever «av og til tilgang» til lege i vakt. Dette indikerer en bedre tilgang til lege i vakt enn undersøkelsen fra 2010 viste.

Respondentene har lagt inn svært mange kommentarer. Utfordringene som går igjen er for dårlig talekvalitet, manglende tilgjengelighet og kompetanse og at det oppleves som enklere å bruke mobiltelefon i noen situasjoner. Det hevdes at det er flere funksjoner i mobilen som benyttes, t eks. felleskatalog, NEL og legevakthåndboken.

7.2 Gevinstområde 2: Samhandling internt i helsetjenesten

I følge «*Nasjonal veileder for Nødnett i Helsetjenesten*» versjon 2014 som var gjeldene under innføring av Nødnett, skal Nødnett være et verktøy for økt samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene. Dette ved at de skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune-, region- og helseforetaksgrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett. Veilederen skal legge grunnlag for bruk av et landsdekkende organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp, kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten og kommunikasjon med andre etater. Det er utgitt ny revidert utgave av denne; *Nasjonal veileder for Nødnett i helsetjenesten - nivå 2-prosedyre*, sist oppdatert oktober 2018. Veilederen er helsetjenestens nivå 2-prosedyre og bygger på «*Felles sambandsreglement for Nødnett*» (Nivå 1-prosedyre) og skal danne grunnlag for utvikling av lokale prosedyrer (Nivå 3).

I prosjektet er det utarbeidet prosedyrer for bruk av Nødnett:

- Nivå 1-prosedyre *Felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere*. Denne er revidert i 2018 og heter nå *Felles sambandsreglement for Nødnett*.
- Nivå 2-prosedyre *Nasjonal veileder for Nødnett i helsetjenesten* Revidert utgave kom i 2018.
- Nivå 3 prosedyre *Regionale/lokale prosedyrer innen Regionale Helseforetak (RHF), kommune*.

Spørsmål 8. Felles prosedyrer for samhandling internt i helsetjenesten ved hjelp av Nødnett er innført.

Det oppleves at innføring av felles prosedyrer internt i helsetjenesten er på god vei ved at 75 % svarer positivt på spørsmålet. Det gjenstår fortsatt en del før alle følger nasjonale felles samhandlingsprosedyrer. 11 % svarer at det ikke oppleves at felles prosedyrer er innført, 5 % opplever at dette er delvis innført. Målet er imidlertid at alle skal bruke Nødnettet i henhold til de nasjonale prosedyrene, så her har AMK-områdene et forbedringspotensial.

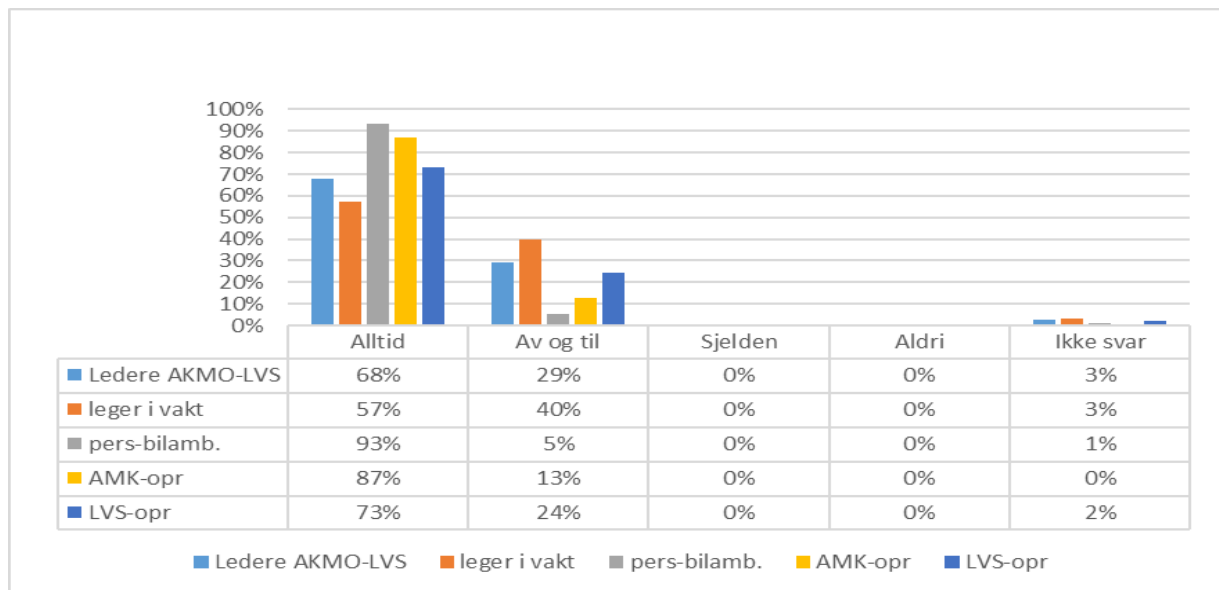
Spørsmål 9. Helsepersonell i vakt, som definerte Nødnettbrukere utveksler nødvendig informasjon i felles talegrupper i henhold til prosedyrer.

Nasjonalt opplever 77 % av respondentene at helsepersonell utveksler nødvendig informasjon iht. prosedyrer. Imidlertid sier 5 % prosent at dette ikke er tilfelle.

Spørsmål 10. Helsepersonell i vakt, som er definerte Nødnettbrukere, utveksler informasjon i en-til-en samtaler i henhold til prosedyrer.

Her vises det nasjonalt at 77 % prosent opplever at informasjon utveksles i en-til-en samtaler, mens 5 % prosent hevder at dette ikke er tilfelle.

Figur 10: Spørsmål 11. Helsepersonell i vakt, som er definerte Nødnettbrukere, bruker Nødnettet som sitt primære talesamband.

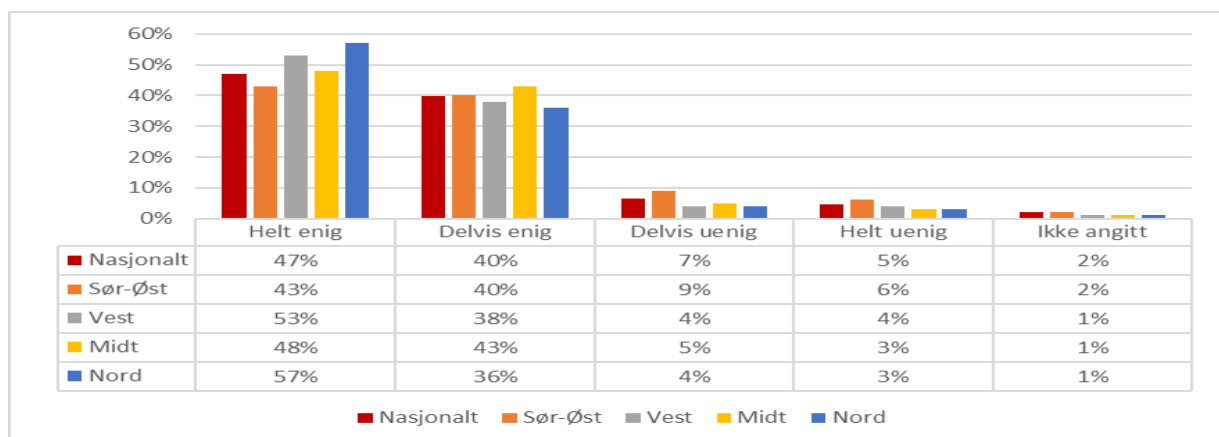


Denne figuren viser hvilke helsegrupper som opplever at Nødnett nyttes som primært talesamband.

Her skårer personell ved bilambulanse høyest med 93 %, mens leger i vakt lavest med 57 %. Nesten 80 % svarer at helsepersonell bruker Nødnett som sitt primære talesamband. Det er i tråd med intensjonene, men viktigere å se på hvorfor ca. 18 % svarer at dette ikke er tilfelle. Svar på dette kan leses ut av kommentarer som viser til at det er stedvis dårlig talekvalitet og dårlig kvalitet på oppkall via Nødnettradio. Det er lettere å få tak i lege i vakt over mobiltelefon. Videre kommenteres det at Nødnettet er tungvint å bruke sammenlignet med mobiltelefon. Det hevdes at ikke alle har trening og kompetanse med bruk av Nødnettradioen.

Spørsmål 13) Hvor enig er du i følgende påstander?

Figur 11: Spørsmål 13.1. Akuttmedisinsk samhandling innenfor ditt AMK-område er styrket.

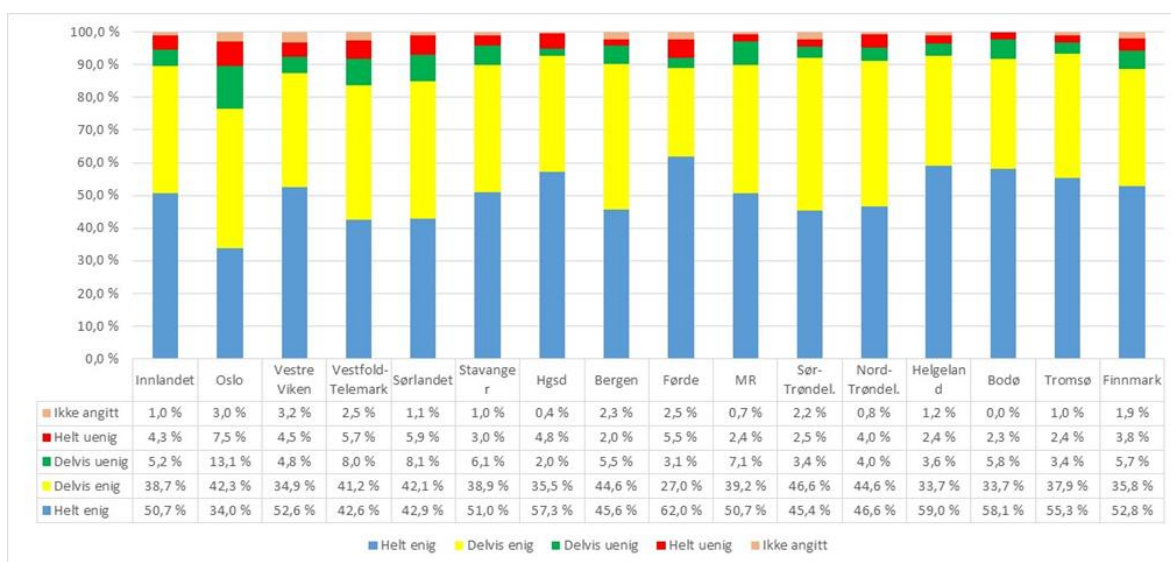


Er respondentene like fornøyde i alle helseregionene? Bildet er fortsatt at de fleste opplever at samhandlingen internt i helsetjenesten er bedret med bruk av Nødnett. Det er regionale forskjeller i kategorien «helt enig», fra 57 % i Helse Nord til 43 % i Helse Sør-Øst.

Ved dette spørsmålet ser vi at det er Helse Sør-Øst som er minst enig. Dette gjaldt også ved spørsmål 5.1 AMK, ambulanse, vaktlege og akuttmottak kommuniserer bedre samtidig med nytt Nødnett.

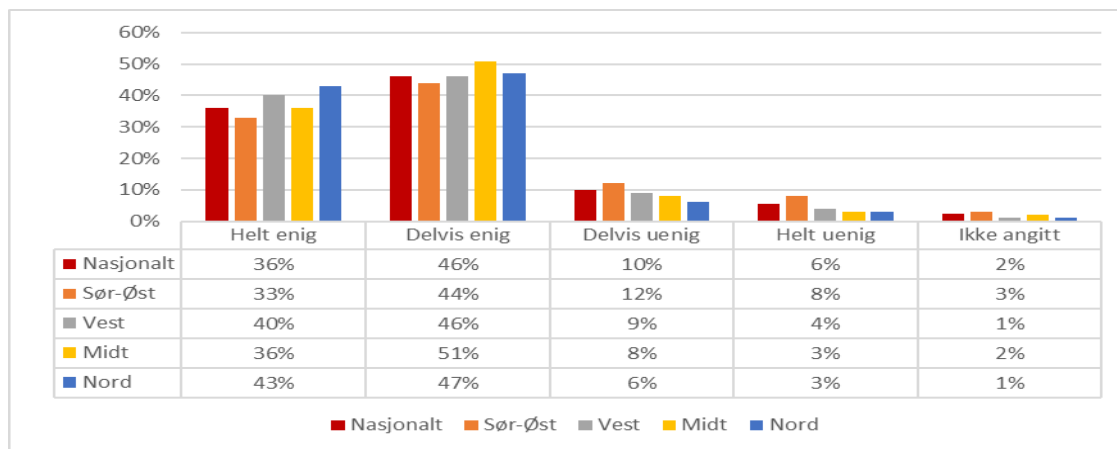
Nasjonalt er det 47 % av respondentene som mener den akuttmedisinske samhandlingen er styrket. Dette er lavere enn forventet, og kan være et tegn på at det ikke er nok med å innføre nytt digitalt kommunikasjonsverktøy alene for bedret kommunikasjon. Det er av stor verdi at det følges opp med god opplæring og innarbeidelse av prosedyrer tett før «go live» periode.

Figur 12: Svar fordelt på AMK-områder



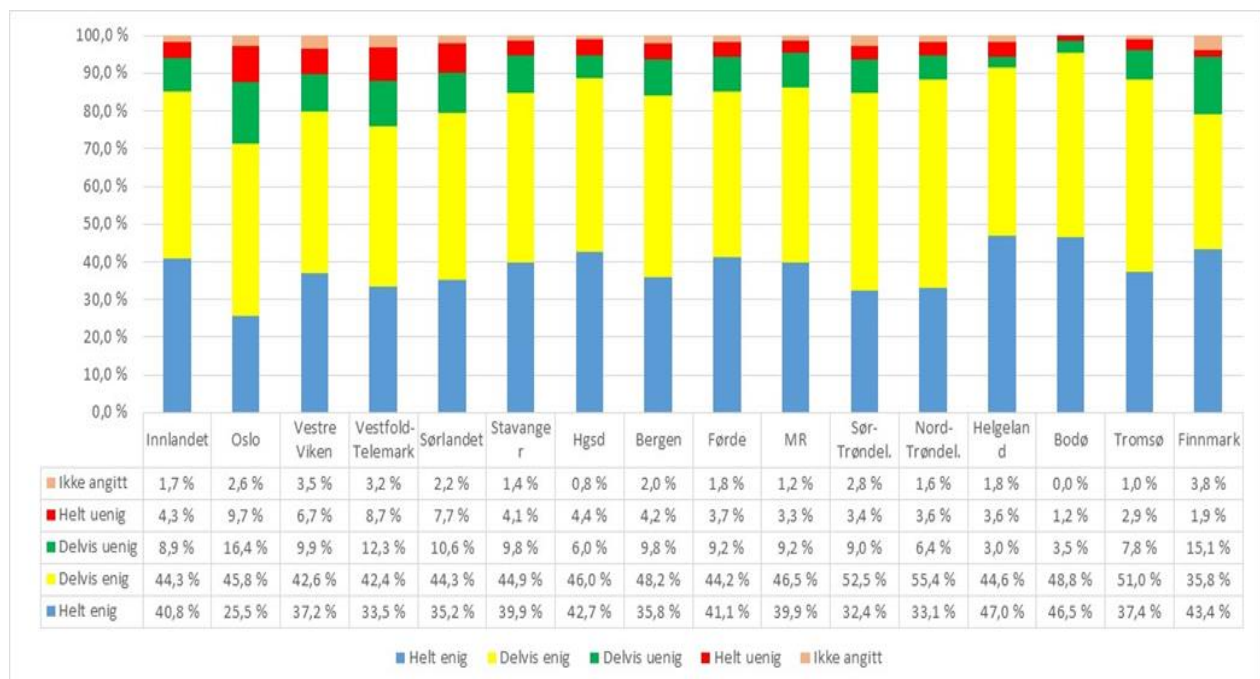
Når vi ser på fordeling av AMK-områdene i Helse Sør-Øst er fordelingen at AMK Oslo området har færrest som støtter seg til utsagnet, og desto flere som er uenig i påstanden. Det er interessant at Innlandet under dette spørsmålet heller mer i retning av opplevelser tilsvarende AMK Oslo, mens de tre andre AMK-områdene i Helse Sør Øst er mer positive. Ser vi på tid fra utrulling av Nødnett til besvarelsen på undersøkelsen ble gitt, (se figur 40 side 45) er det AMK Oslo området som har lengst erfaring med bruk av Nødnett.

Figur 13: Spørsmål 13.2 Helsepersonell har styrket sin kompetanse på samhandling gjennom bruk av Nødnett.



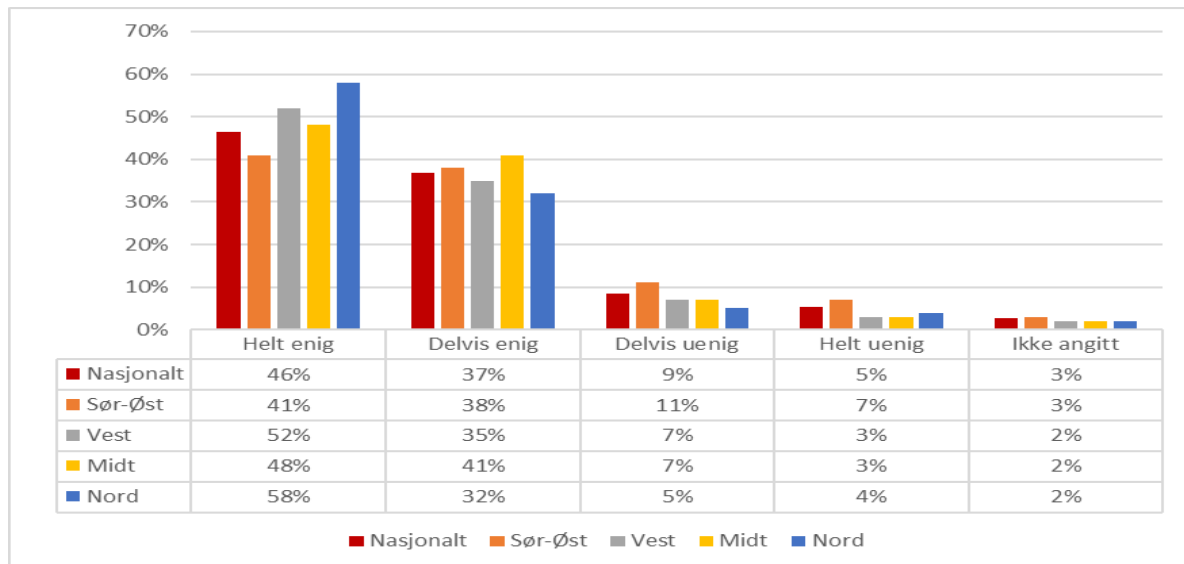
På spørsmål om Nødnett har styrket kompetanse i å samhandle i helsetjenesten, rapporteres det nasjonalt at 88 % av respondentene at de er «helt enig» eller «delvis enig» i dette. Nasjonalt svarer 6 % at de er helt uenig. I Helse Sør-Øst svarer 8 % at de er helt uenige i denne påstanden.

Figur 14: Svar fordelt fra AMK-områder



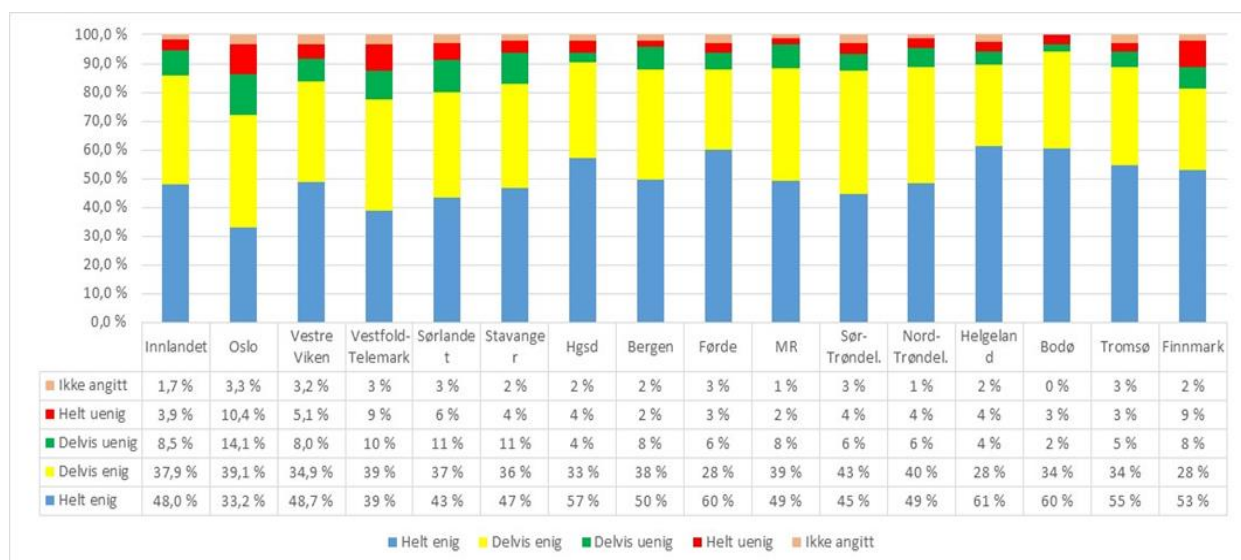
Ser vi til de ulike AMK-områdene i Helse Sør-Øst, ser vi at hele 12 % i AMK Oslo området er helt uenig. For ytterligere kommentarer viser vi til de fem delrapporter fra Helse Sør-Øst området.

Figur 15: Spørsmål 13.3. Kommunikasjon i den akuttmedisinske behandlingsskjeden oppleves som kvalitativt bedre og mer effektiv etter innføring av Nødnett.



Nasjonalt er brukere av Nødnett stort sett enige i at de opplever en bedre og mer effektiv kommunikasjon. Kun 14 % av er delvis eller helt uenig i denne påstanden nasjonalt. I Helse Sør-Øst er det 18 % som er delvis eller helt uenig. Igjen kan det synes som om Helse Nord er de mest fornøyde, med hhv. 90 % som er helt eller delvis enig mot 9 % delvis eller helt uenig.

Figur 16: Svar fordelt på AMK-områder.



Fordelt på de ulike AMK-områdene ser vi at i AMK Oslo-området anser 72,3 % seg helt eller delvis enige i påstanden i spørsmål 13.3 *Kommunikasjon i den akuttmedisinske behandlingsskjeden oppleves som kvalitativt bedre og mer effektiv etter innføring av Nødnett.*

Fra AMK Bodø området er det hele 94 %. Hva kan denne til dels stor ulikheten forklares med? De tre andre AMK-områdene i Helse Nord sier seg helt eller delvis enig med hhv. 89 % (Helgeland og Tromsø) og Bodø med 81 %. Ser vi på de andre sentralene i Helse Sør-Øst svarer de hhv. 78, 80, 83,6 og 85,9 % som vist i figuren.

Sammendrag av gevinstområde 2: Samhandling internt i helsetjenesten

Det er variasjon fra de som er helt enig i at samhandlingen er blitt styrket, fra 57 % i Helse Nord til 43 % Helse Sør-Øst.

Det er mange kommentarer i fritekst feltet, og oppsummert svares det at de hovedsakelig bruker Nødnett i forbindelse med utalarmering ved rød respons og at det fungerer godt. Når det gjelder kommunikasjonen og konferering mellom leger i vakt og annet helsepersonell skjer det på mobil.

Mange leger i vakt gir tilbakemelding på at de opplever dårlig talekvalitet og dårlig dekning. Det oppgis som hovedgrunn til at de velger å kommunisere via mobilnettet istedenfor Nødnettet. Dette gjelder en-til-en-samtaler. Det er en større andel som opplever dette i AMK-områdene Oslo og Innlandet i forhold til de andre AMK-områdene.

Legene i vakt er ikke alene om å melde tilbake om dårlig talekvalitet. Alle de andre målgruppene kommenterer også at talekvaliteten er dårlig, spesielt en-til-en-samtaler og at de opplever at dette er en av årsakene til at disse samtaler skjer via mobil.

I ett AMK-område har man kompensert for dårlig talekvalitet ved at legene i vakt bruker øreplugg til Nødnettradioen under utrykning. Da mister man ikke viktig informasjon under støyende transport og arbeid underveis. Det anbefales at bruk av øreplugg gjennomføres for alle leger i landet. I utgangspunktet inkluderte Nødnett radioterminal-leveransen ikke talegarnityr som ørepropp, monofon mv. Det måtte Nødnettbrukerne selv bekoste. I fase 1 var det ikke strukturert tilgang til talegarnityr, men fra fase 2 hadde leverandørene av radioterminaler opprettet nettbutikk og HDO etablerte lenker til disse på sine hjemmesider.

Flere i ambulansetjenesten kommenterer at samhandlingen med legevakt og legevaktslegene ofte må skje via mobil fordi disse ikke er tilgjengelige i Nødnett. Konferanse med sykehuset og innmelding av pasient til sykehuset foregår oftest per mobil av samme grunn. I ett av områdene varsles akuttmottaket av AMK i Nødnett slik at akuttmottaket kan kommunisere med ambulansetjenesten. Kommentarene fra personell i akuttmottak bekrefter at akuttmottaket både varsles over mobil og Nødnett. Imidlertid når vi ser på bruken av mobiltelefon istedenfor å bruke et avlyttingssikret Nødnett, kan det i praksis gi lavere måloppnåelse for pasientsikkerheten.

En annen utfordring som mange kommenterer er ulik erfaring med bruk av Nødnett radioterminal i helsetjenesten. Personell i bilambulanse er den av målgruppene som bruker Nødnettradio mest og flere kommenterer at det er stor forskjell på kunnskap og ferdighet i bruk av Nødnett hos brukerne, og mener at det er behov for opplæring og øving. Noen AMK-operatører mener at det er behov for gjentakende opplæring i bruk og prosedyrer fordi de opplever brukerfeil hos de som bruker Nødnett lite.

AMK-områdene er organisert ulikt og rutineene for samhandling er derfor ulike. Så lenge rutineene oppfyller krav til tjenesten, er ulike tilpasninger positivt. I kommentarene fremkommer det også at det er ulik praksis i legevaktsdistriktene for utalarmering av lege i vakt. I noen distrikt skjer det direkte til lege i vakt, mens hos andre går utalarmering til legevaktsentralen som alarmerer lege i vakt.

Gevinstområde 3: Samvirke mellom helse, politi, brann og redningsetaten

En felles kommunikasjonsplattform for de tre nødetatene vil kunne bedre etatenes mulighet til effektiv organisering, ledelse og gjennomføring av aksjoner hvor nødetatene samvirker. HelseDirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Politidirektoratet har utarbeidet et felles sambandsreglement for nødetatene og andre Nødnettbrukere. Reglementet er grunnpilaren for samvirke, men effekten er avhengig av at det blir implementert i alle nødetatene og at et strukturert samarbeid mellom etatene videreføres både på nasjonalt og lokalt nivå. Av totale hendelser på AMK-sentralene er det bare i ca. 4 % av hendelsene det er behov for samvirke med politi eller brannetat.

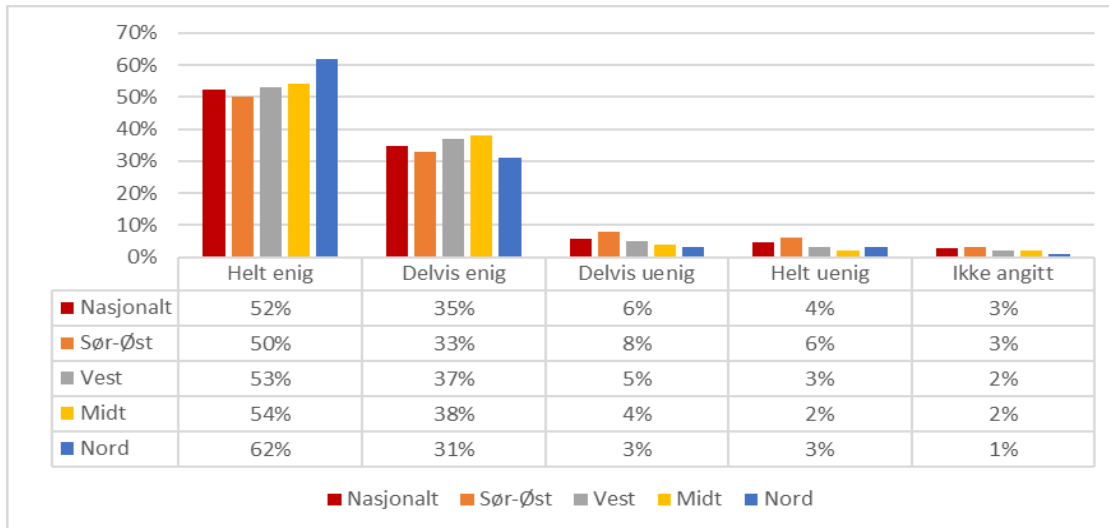
Som vist under er det i stor grad tatt i bruk nasjonale prosedyrer og felles talegrupper er benyttet under samvirke mellom etatene.

Figur 17:

Spørsmål 15. Nasjonale prosedyrer for samvirke mellom nødetatene er tatt i bruk			Spørsmål 16. Felles talegrupper benyttes i samvirke		
Ja	Nei	Delvis	Ja	Nei	Delvis
82 %	4,2 %	3,2 %	81,5 %	5,5 %	3,1 %

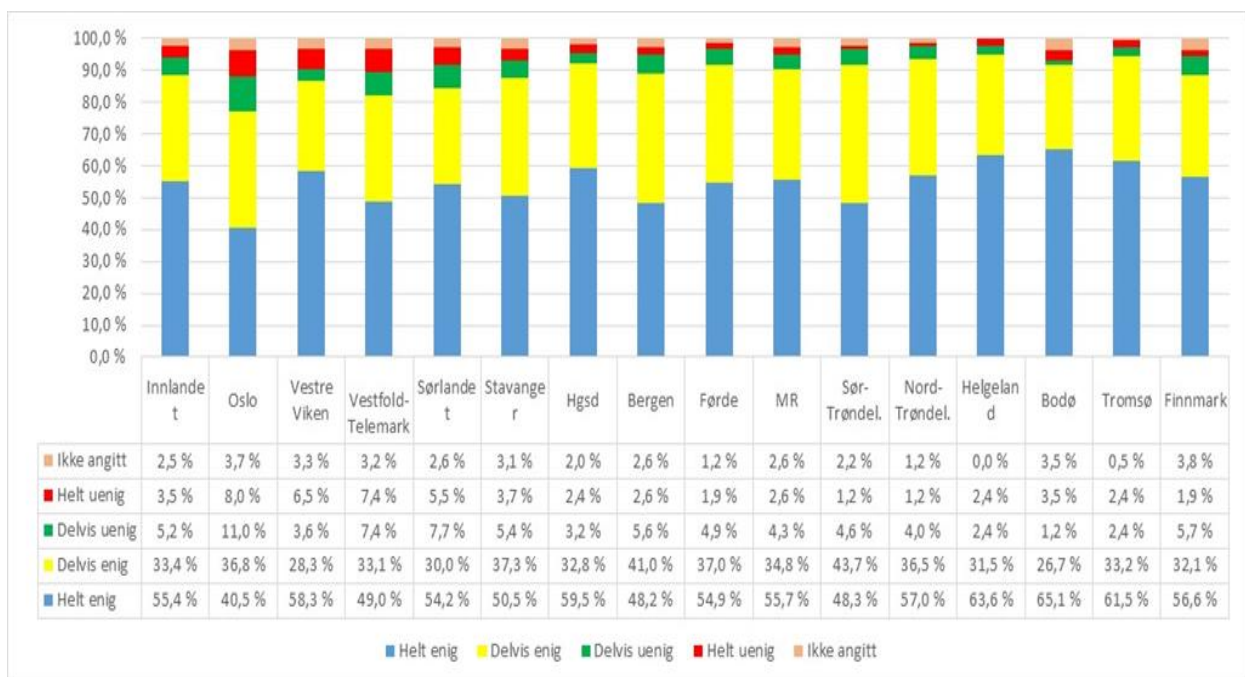
Spørsmål 17. Hvor enig er du i følgende påstander:

Figur 18: Spørsmål 17.1. Jeg opplever at samvirke mellom etatene er styrket.



Nasjonalt hevder 87 % de er helt eller delvis enig i at samvirke mellom etatene er styrket. Regionalt har Helse Nord høyest prosentandel med 93 %, mot lavest fra Helse Sør-Øst med 83 %. Også på dette spørsmålet viser det seg at det er Helse Sør-Øst som er minst enig eller delvis enig i påstanden.

Figur 19: Svar fordelt på AMK-områder



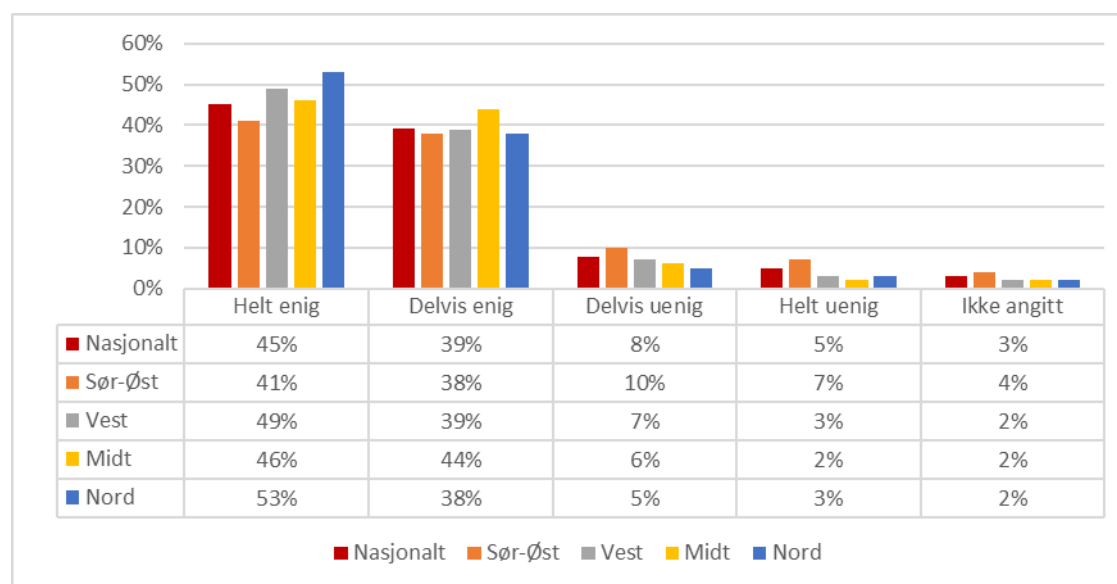
For de ulike AMK-områdene i Helse Sør-Øst er det AMK-Vestfold-Telemark og AMK Sørlandet med hhv. 82,1% og 82,2 % som sier seg minst enig eller delvis enig i påstanden. AMK Oslo og AMK Innlandet svarer hhv. 87,3% og 88,8 % av yrkesgruppene seg helt eller delvis enig i at *Jeg opplever at samvirke mellom etatene er styrket.*

Regionalt ser vi at Helse Nord har høyest prosentandel helt eller delvis enig med 93 %.

Fordelt på de ulike AMK-områdene svarer AMK Helgeland 95,1 %, AMK Tromsø 94,7 %, AMK Bodø 91,8 % og AMK Finnmark 78,7 %.

Årsak til AMK Finnmarks noe lavere helt eller delvis enig svarprosent som støtter påstanden, kan ligge i at det var siste AMK område som «ble rullet ut», nye prosedyrer med manglende trening og samarbeid var ikke skikkelig innarbeidet. For de øvrige AMK-områdene er det ikke store forskjeller.

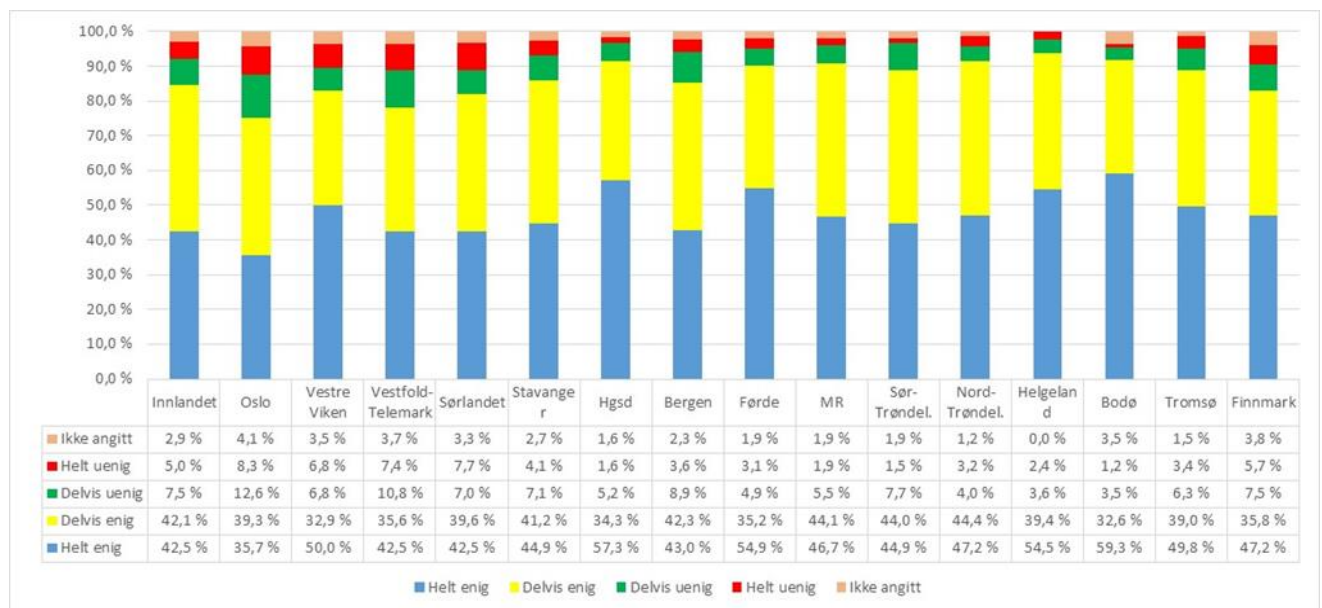
Figur 20: Spørsmål 17.2 Bruk av Nødnett har gitt bedre beredskap og evne til krisehåndtering i min organisasjon.



Brukere nasjonalt er helt eller delvis enige med 84 % at bruk av Nødnett gir bedre beredskap og evne til krisehåndtering.

Når det gjelder regionale svar er det liten forskjell på Helse Vest (88 %), Helse Midt (90 %) og Helse Nord (91 %), men i Helse Sør-Øst svarer 79 % at de er helt enig eller delvis enig i denne påstanden.

Figur 21: Svar fordelt på AMK-områder.



Helse Nord hvor det var 91 % helt eller delvis enig, viser de fire AMK-områdene hhv. til 93,9 %, 91,9 %, 88,8 % og AMK Finnmark 83 % helt eller delvis enig.

For de fem AMK-områdene i Helse Sør-Øst hvor bare 79 % er helt eller delvis enig i påstanden *Bruk av Nødnett har gitt bedre beredskap og evne til krisehåndtering i min organisasjon* er det ulikheter i besvarelsene. Fra AMK Innlandet område er det 84,6 % mens det fra AMK Oslo området er 75 % som er helt eller delvis enig. Se til delrapporter fra det enkelte AMK-området som ligger som vedlegg.

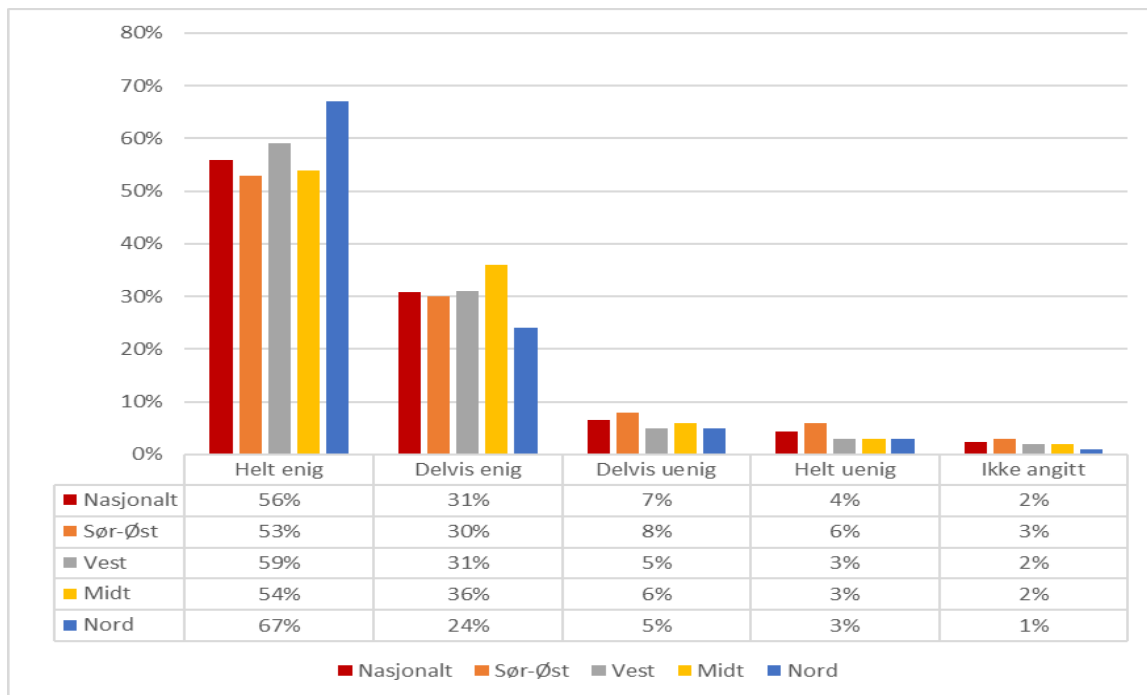
Sammendrag Gevinstområde 3: Samvirke mellom helse, politi, brann og redningsetaten.

Det kan tyde på at de fleste brukere opplever at nasjonale prosedyrer er tatt i bruk og det benyttes felles talegrupper. Tverretattlig samvirke oppleves som bedret. Likevel er det noen brukere som ikke opplever den store nytten av Nødnett. Årsak til dette kan ligge i manglende trening, spesielt samtrening og vedlikehold av kompetanse. På dette område ligger det også forbedringspotensial.

7.3 Gevinstområde 4: Informasjons- og personell-sikkerhet.

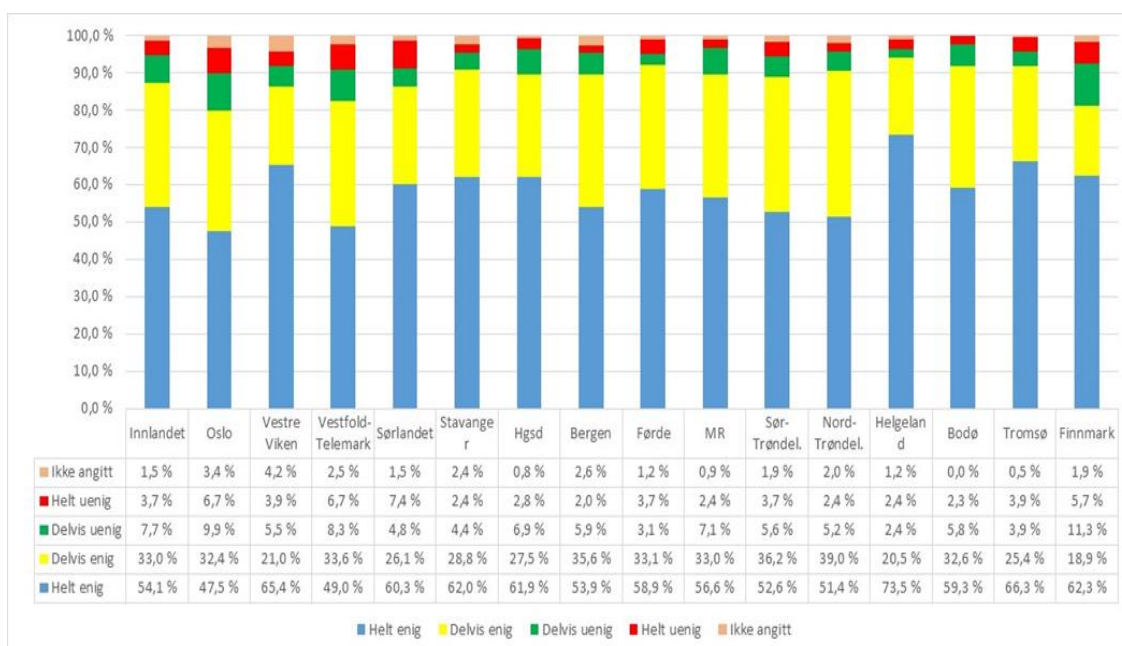
Strategiplanen sier «Nødnett er avlyttingssikret og skal gi helsetjenesten et samband med bedre talekvalitet og dekning. Målsettingen var at Nødnett skal gi helsetjenesten en funksjonalitet som legger til rette for bedre kommunikasjonssikkerhet, bedre pasientsikkerhet og bedre sikkerhet for helsepersonellet. Nødnett skal også være robust og pålitelig i det daglige og ved store hendelser og kriser». Hvordan opplever brukere dette?

Figur 22: Spørsmål 19.1. Med Nødnett har jeg bedre sambandsdekning enn med det gamle helse-radionettet.



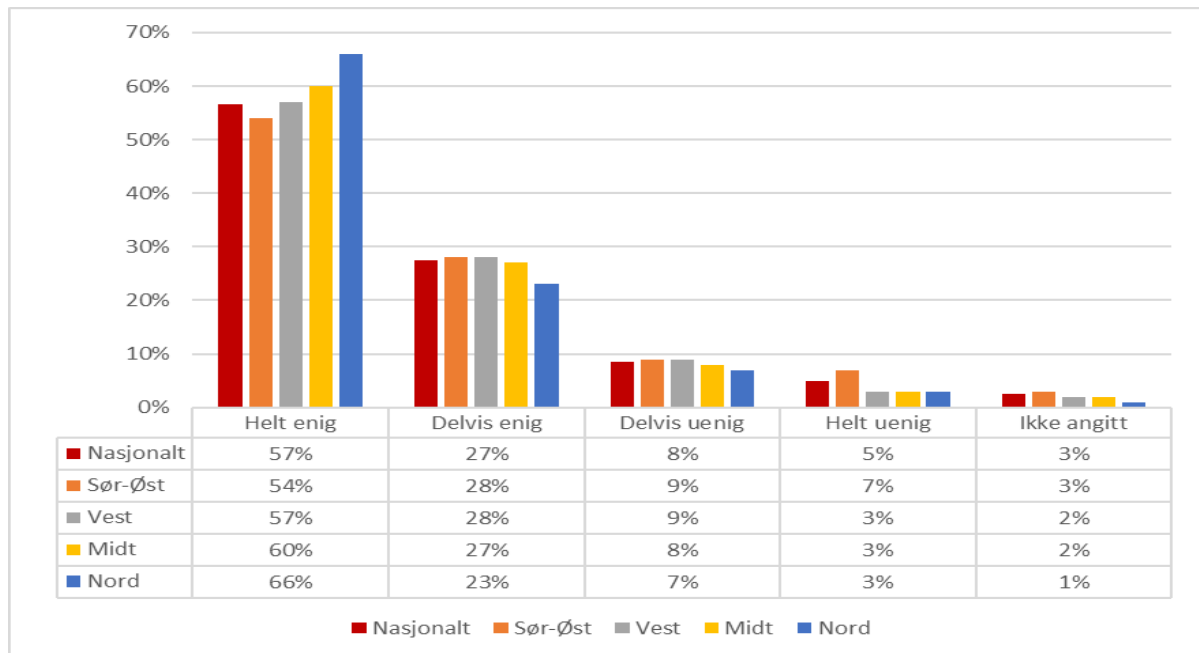
Nasjonalt er 87 % helt eller delvis enige at Nødnett har gitt bedre sambandsdekning. Regionalt ser vi her samme tendens som tidligere, Helse Sør-Øst er minst helt eller delvis enig i denne påstanden (83 %). I de tre øvrige regioner er det ca. 90 % som er helt eller delvis enig.

Figur 23: Svar fordelt på AMK-områder.



I de fem AMK-områdene i Helse Sør-Øst er det AMK Oslo området hvor de har lavest andel helt eller delvis enige med 79,9 %. I AMK Innlandet området er det 87,1 % som sier seg enig eller delvis enig i påstanden *Med Nødnett har jeg bedre sambandsdekning enn med det gamle helseradionettet*.

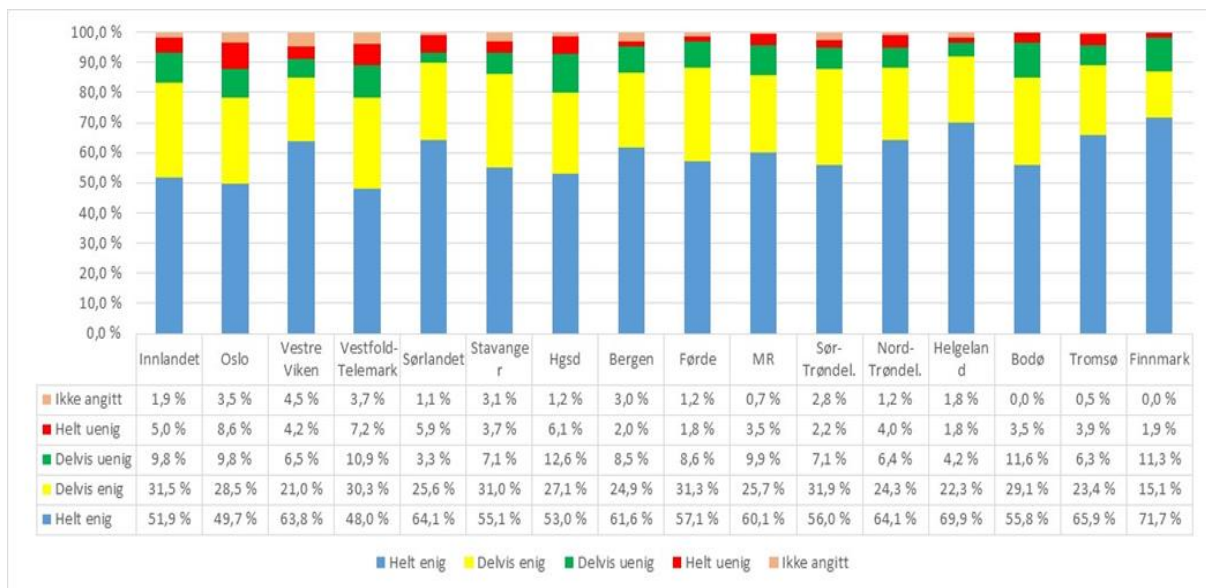
Figur 24: Spørsmål 19.2. Med Nødnett er det bedre talekvalitet på sambandet enn med det gamle helseradionettet.



På spørsmålet hvorvidt det er bedret taleopplevelse med nytt Nødnett er det nasjonalt 84% som sier seg helt eller delvis enige. På dette spørsmålet viser det seg igjen at Helse Sør-Øst sier seg minst helt eller delvis enige (82%) og Helse Nord mest enig (89%).

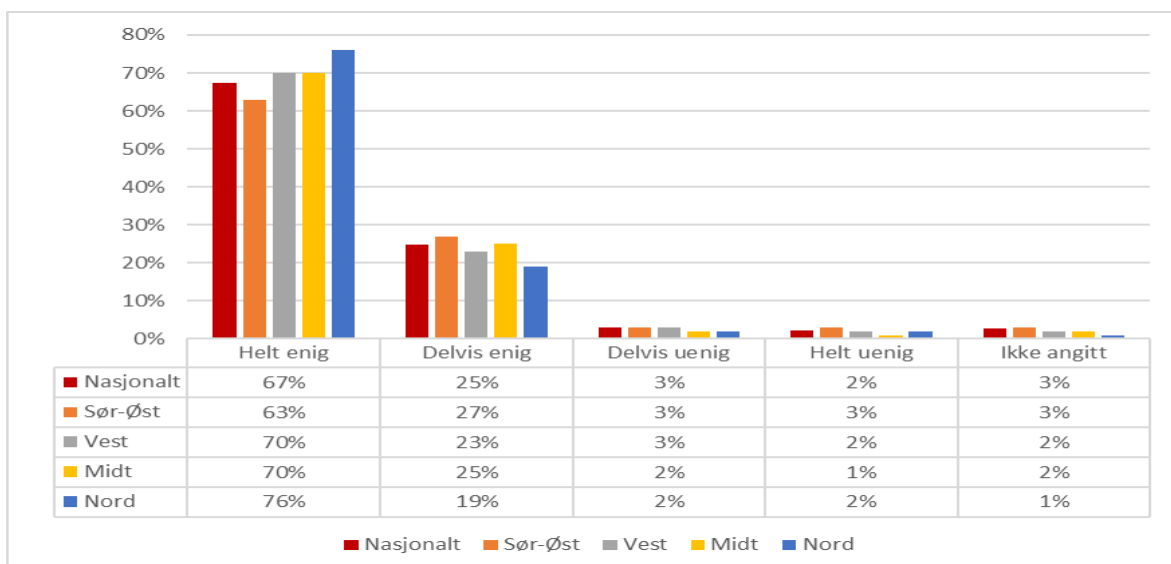
På dette spørsmålet er det relativt mange som er delvis eller helt uenig. Nasjonalt sier 13 % seg delvis eller helt uenig i påstanden. Regionalt er det Helse Sør-Øst som er mest delvis eller helt uenig med 16 %. Som flere av respondentene har påpekt i fritekst er det dårlig talekvalitet når en benytter en-til-en funksjonen i Nødnett.

Figur 25: Svar fordelt fra AMK-områder.



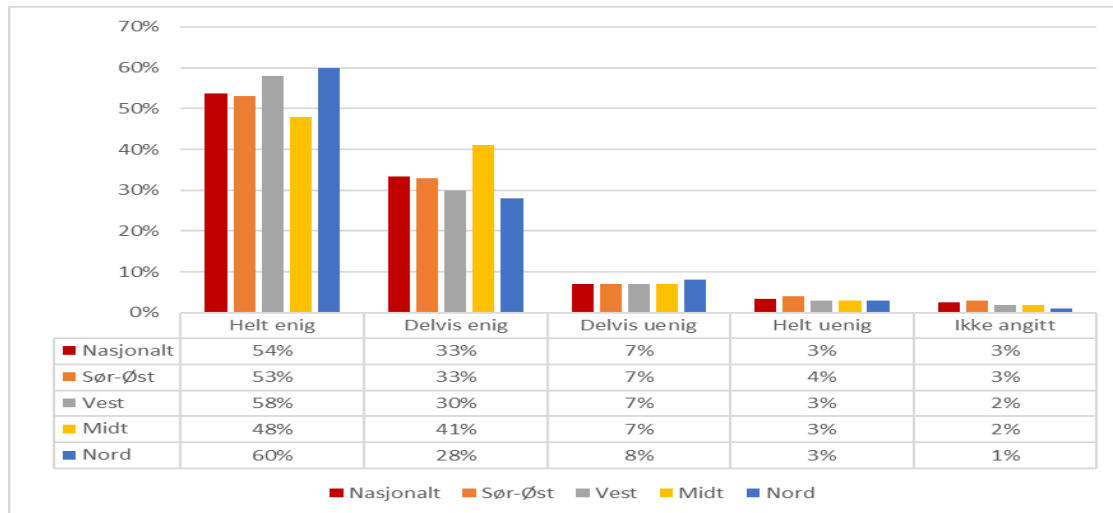
Fordelt på AMK-områder ser vi at i AMK Sørlandet området sier 89,7 % seg helt eller delvis enig, mens i AMK Oslo området er 78,2 % helt eller delvis enig i påstanden *Med Nødnett er det bedre talekvalitet på sambandet enn med det gamle helseradionettet.*

Figur 26: Spørsmål 19.3. Jeg opplever at jeg med Nødnett har et avlyttingssikkert samband.



De fleste opplever at med Nødnett har de et avlyttingssikkert samband. Det er ingen store regionale forskjeller når vi ser samlet på helt eller delvis enig.

Figur 27: Spørsmål 19.4. Jeg opplever at jeg med Nødnett har et sikrere alarmeringssystem ved truende situasjoner.



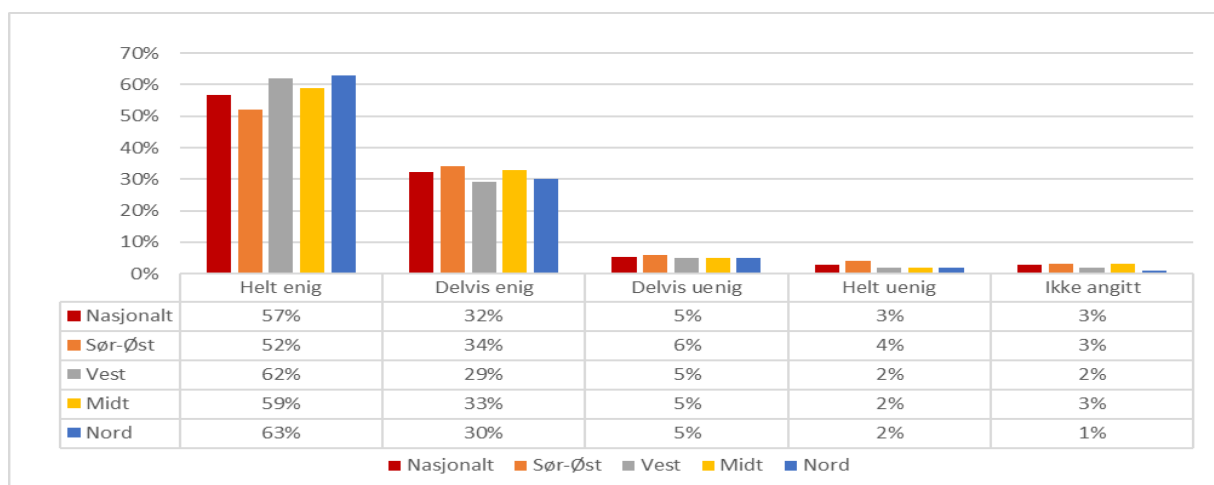
Nasjonalt svarer 87 % av respondentene at de er helt eller delvis enige i at de opplever de har et sikrere alarmeringssystem ved truende situasjoner. Nasjonalt sier 10 % av respondentene seg delvis eller helt uenig i påstanden.

Spørsmål 19.5. Det er betryggende for meg at AMK kan se GPS-posisjon på meg når det er nødvendig.

Nasjonalt opplever 93 % av respondentene at de er helt eller delvis enig i at det er betryggende at AMK kan se GPS posisjonen deres når det er nødvendig. 4 % sier seg delvis eller helt uenig.

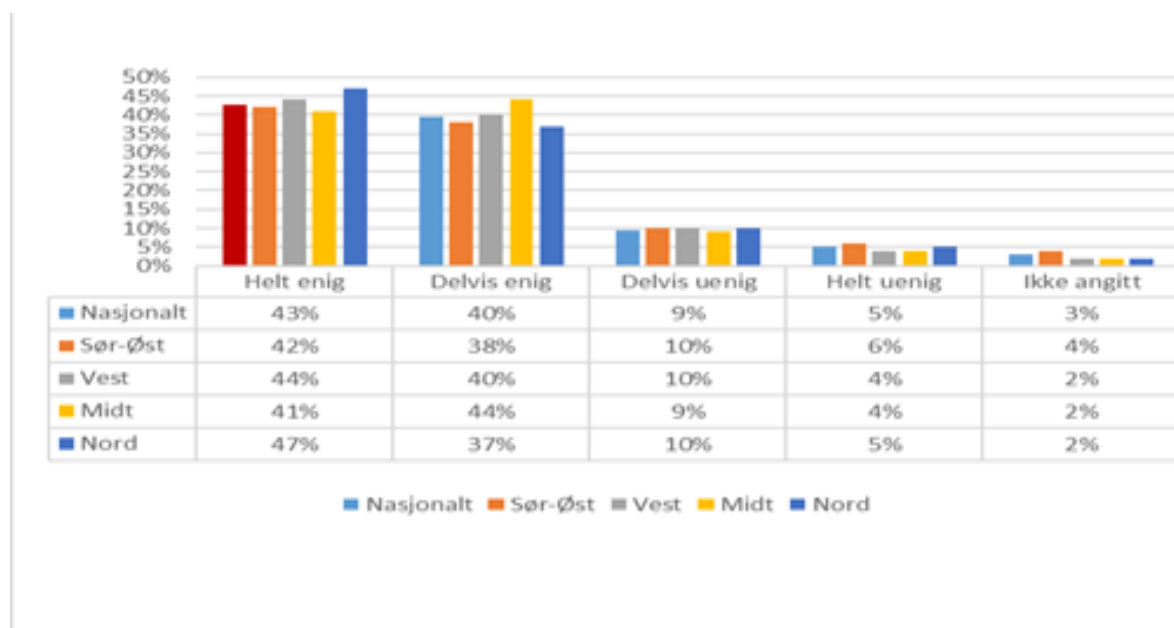
Fordeling regionalt er sammenfallende med det nasjonale svaret.

Figur 28: Spørsmål 19.6. Bruken av Nødnett øker pasientsikkerheten.



På landsbasis er 89 % helt eller delvis enige i at bruk av Nødnett øker pasientsikkerheten. Det kan undres hva de bygger svaret på. Et oppfølgingsspørsmål kunne vært interessant her. Dette sett i lys av at forbedring innen helsetjenesten handler ikke alene om ny teknologi, men også om behov for forbedring av organisasjon og kompetanseløft for helsepersonell.

Figur 29: Spørsmål 19.7. Jeg opplever at sikkerheten min mens jeg er på jobb er økt ved bruk av Nødnett.



De fleste opplever at sikkerheten er økt etter Nødnett ble innført. Likevel sier 14 % seg delvis eller helt uenig.

Sammendrag Gevinstområde 4: Informasjons- og personell-sikkerhet.

Brukere opplever at tilgjengelige funksjoner er tryggende, men opplever at det ikke alltid fungerer grunnet manglende dekning eller manglende kunnskaper i bruk hos operatører.

7.4 Gevinstområde 5: Tilgang på styringsinformasjon.

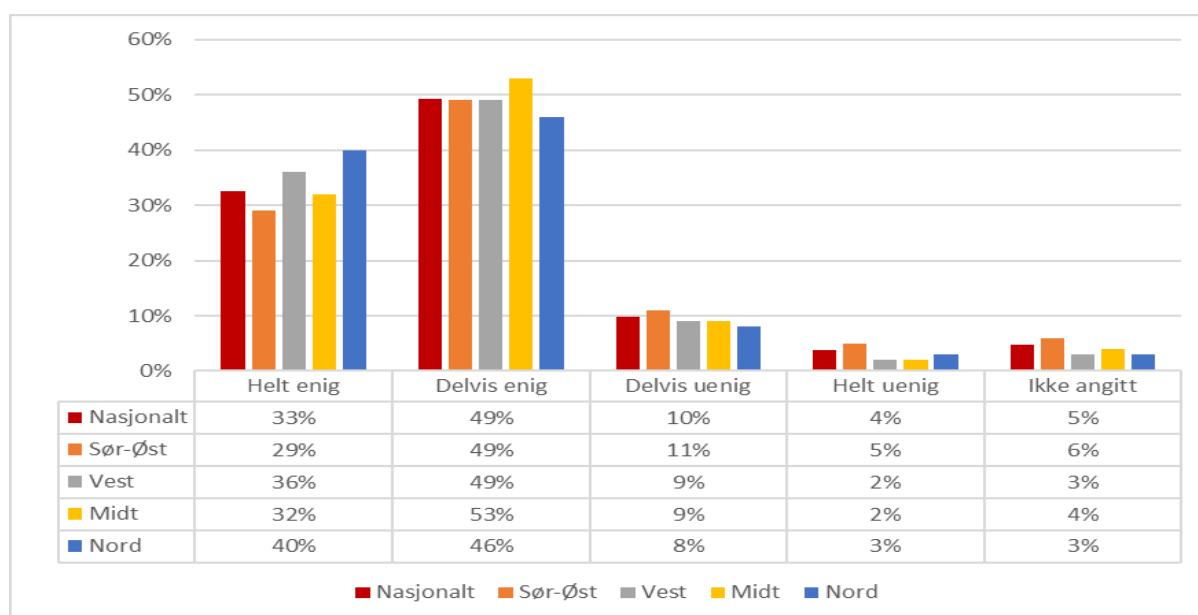
Strategiplanen sier «Nødnett generer data som kan gi verdifull lokal og nasjonal informasjon om bruk og trafikk i Nødnettet. Denne informasjonen kan benyttes til å dimensjonere og styre helsetjenestens ressurser ved at informasjon om trafikkveier, kommunikasjonsmønstre, volum og trafikkvariasjoner gir økt innsikt om den akuttmedisinske kjede. Informasjonen vil kunne brukes til styring av virksomheten og måling av effekter og gevinster som på mange områder i dag er vanskelig».

Figur 30: Spørsmål 21.

AMK, legevakt og ambulansetjeneste har bedre tilgang på styringsinformasjon gjennom Nødnett-teknologien		
Ja	Nei	Delvis
48,4 %	3,8 %	44,2 %

Av de 109 lederne av legevaktsentraler og akuttmottak som har svart viser det 47,7 % ja, 6,4 % nei og 39,4 % vet ikke. 6,4 % har ikke svart. Det viser at selv blant ledere råder det usikkerhet rundt dette spørsmålet. Dette kan indikere at denne funksjonen har vært lite i bruk under innfasingen av Nødnett eller generelt underkommunisert i prosjektet. Det skal igjen bemerkes at ledere i AMK ikke inngikk som egen gruppe respondenter i spørreundersøkelsen.

Under halvparten mener at tilgangen til styringsinformasjon er bedre, mens 39,4 % ikke vet. At så mange ikke vet kan knyttes til at styring og oppfølging ved hjelp av statistikk oftest er en lederoppgave. Imidlertid ser mange potensial fordi 87,5 % er helt eller delvis enig i at Nødnett gir grunnlag for bedre oppfølging av AMK, legevakt og ambulansetjeneste. Imidlertid gir ikke svarene her noe informasjon om hvilken og hvordan styringsinformasjon brukes i tjenesten. For å kunne utnytte potensial i styringsinformasjonen gjennom Nødnett-teknologien, anbefales det at dette følges opp videre.

Figur 31: Spørsmål 22.1. Utvikling av AMK, legevakt og ambulansetjeneste er styrket med grunnlag i styringsdata fra Nødnett.


Her mener majoriteten at de bare er delvis enige i påstanden om at utvikling av AMK, legevakt og ambulansetjeneste er styrket med grunnlag i styringsdata fra Nødnett. Det kan skyldes at de fleste av respondentene trolig ikke har et leder- og utviklingsperspektiv i sitt daglige virke.

Ledere fra legevakt og akuttmottak svarer:

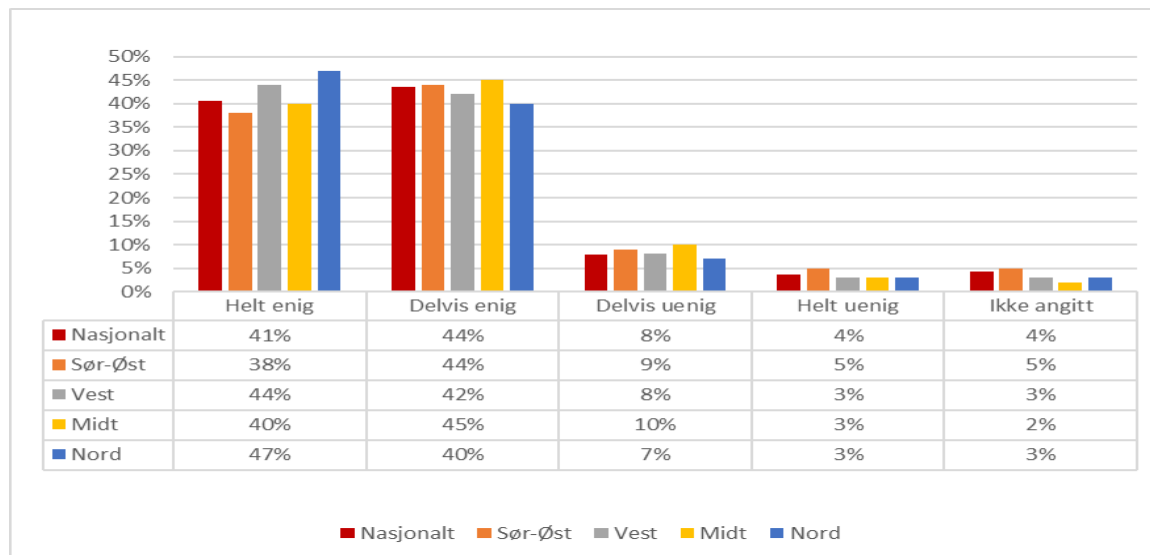
Figur 32.

Ledere fra	legevakt	akuttmottak
Helt enig	45 %	41 %
Delvis enig	47 %	43 %
Delvis uenig	9 %	8 %
Helt uenig	4 %	4 %
Ikke svar	4 %	4 %

Likevel ser mange potensialet fordi 86 % er helt eller delvis enig i at utvikling av AMK, legevakt og ambulansetjeneste er styrket med grunnlag i styringsdata fra Nødnett.

Imidlertid gir ikke svarene her informasjon om hvilken og hvordan styringsinformasjon brukes i tjenesten. For å kunne utnytte potensial med styringsinformasjon, anbefales det at dette også følges opp videre.

Figur 33: Spørsmål 22.2. Nødnett gir grunnlag for bedre oppfølging av AMK, legevakt og ambulansetjeneste.



Her spørres det hvorvidt Nødnett gir grunnlag for bedre oppfølging av AMK, legevakt og ambulansetjeneste. Nasjonalt er 44 % delvis enig i dette, mens 41 % sier seg helt enig.

Ledere i akuttmottak og legevakt svarer:

Figur 34.

	Antall	prosent
Helt enig	39	36 %
Delvis enig	51	47 %
Delvis uenig	14	13 %
Helt uenig	2	2 %
Ikke svar	3	3 %

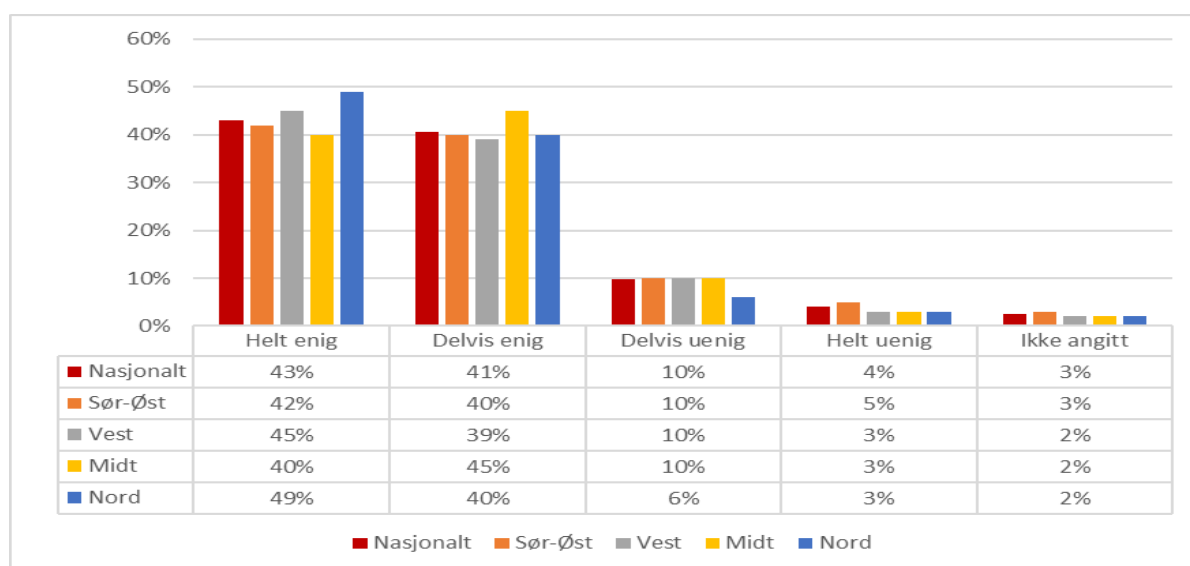
Oppsummering Gevinstområde 5: Tilgang på styringsinformasjon.

Til de tre spørsmålene om gevinster innen tilgang på styringsinformasjon har de fleste respondenter sagt de opplever at de er delvis enige i påstandene. De fleste kommenterer her at dette var noe de kunne tidligere, nytt digitalt Nødnett er ikke helt integrert i alle områder slik at det er optimal utnytting. Dette skyldes ikke helt innarbeidet nye prosedyrer og kunnskap om bruk av Nødnetts funksjonaliteter. De fleste av respondentene har trolig ikke et leder- og utviklingsperspektiv i sitt daglige virke.

7.5 Gevinstområde 6: Ivaretagelse av pasientene ved pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå (BEON).

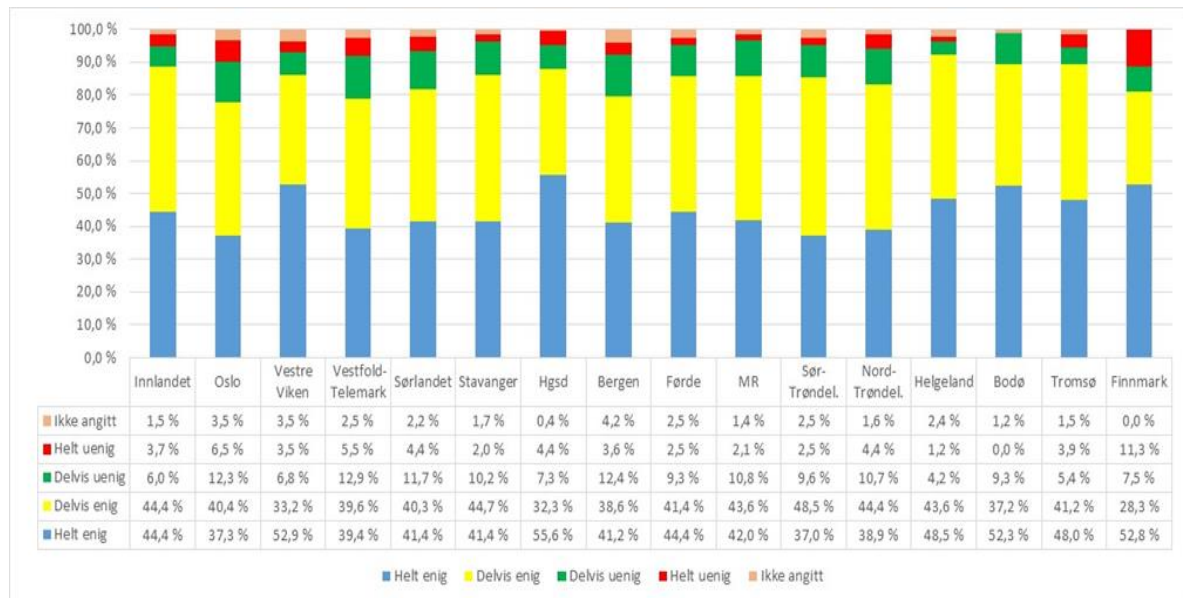
Samhandlingsreformen legger vekt på at behandling av pasienter skal skje etter BEON-prinsippet. Det ble stilt spørsmål til brukere av Nødnett hvorvidt bruk av Nødnett gir raskere hjelp og om utveksling av informasjon gir bedret ivaretagelse av pasienten mellom de ulike ledd i den akuttmedisinske handlingskjede.

Figur 35: Spørsmål 23.1. Helsepersonell i Nødnett mobiliseres mer effektivt gjennom Nødnett slik at pasientene raskere får hjelp.



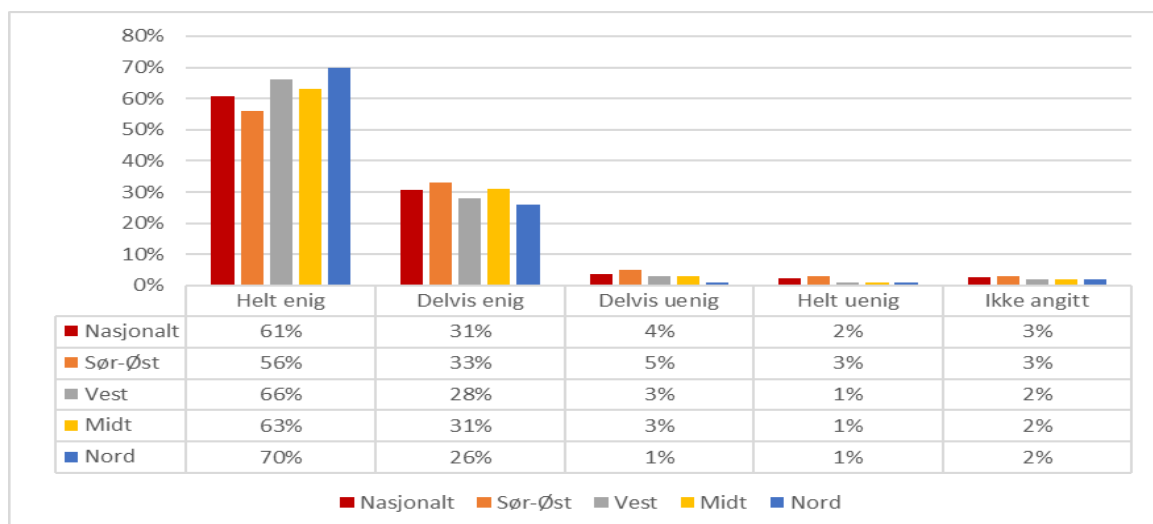
Det oppleves av de fleste at helsepersonell i Nødnett mobiliseres mer effektivt slik at hjelp når raskere fram til pasienten. Nasjonalt har 84 % svart at de er helt eller delvis enige i dette. Det er likevel verdt å merke seg at 14 % er delvis eller helt uenig i denne påstanden.

Figur 36: Svar fordelt fra AMK-områder.



De ulike AMK-områdene svarer relativt jevnt på påstanden *helsepersonell i Nødnett mobiliseres mer effektivt slik at hjelp når raskere fram til pasienten*. Fra AMK Oslo området er 18,9 % delvis eller helt uenig i dette, mens fra AMK Helgeland området sier 5,4 % seg delvis eller helt uenig.

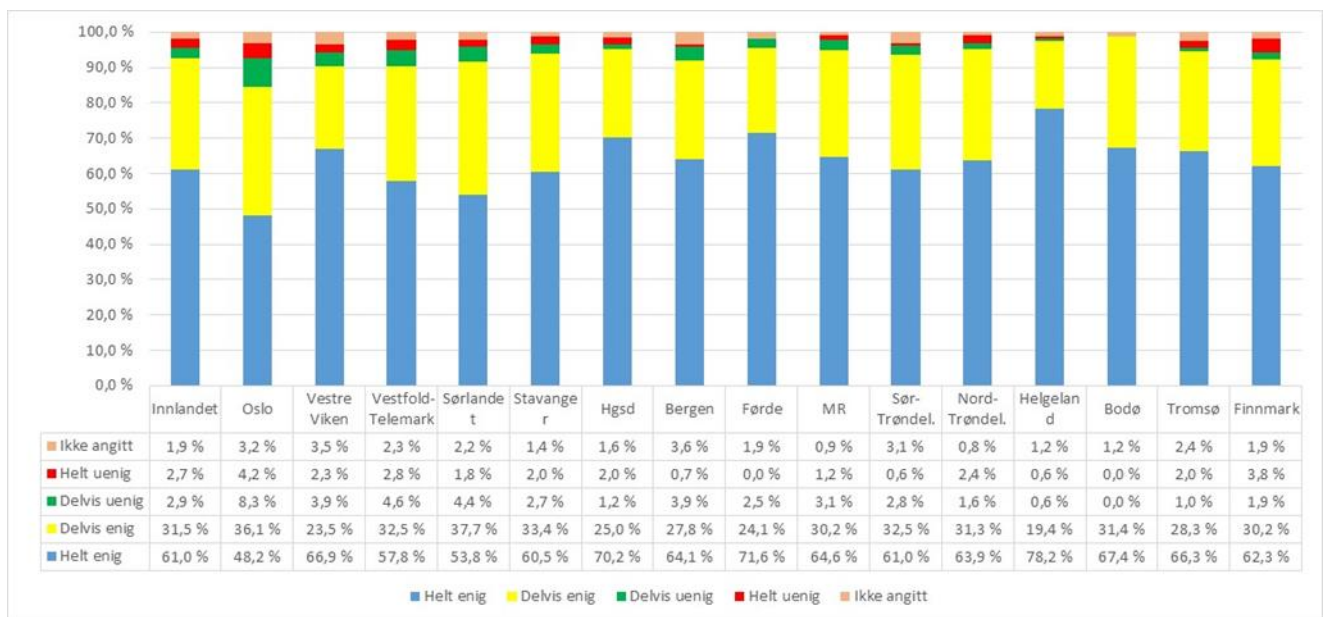
Figur 37: Spørsmål 23.2. Helsepersonellet kan under oppdraget utveksle opplysninger og være forberedt på å ivareta pasienter.



Nasjonalt sier 92 % seg helt eller delvis enig i denne påstanden. Fra Helse Sør Øst er 89 % helt eller delvis enige, Helse Vest 94%, Helse Midt 94 % og fra Helse Nord er 96% helt eller delvis enige.

Fra AMK-områdene svares det også ganske jevnt, AMK Bodø området hele 98,8 % mot 84,3 % fra AMK Oslo.

Figur 38: Svar fordelt fra AMK-områder.



Figur 39: Spørsmål 25. Nødnett bidrar til å knytte helsepersonell sammen slik at pasienten håndteres på en faglig riktig måte.

	Helt eller delvis enig	Delvis eller helt uenig	Ikke angitt
Nasjonalt	92 %	6 %	3 %
Sør-Øst	89 %	8 %	4 %
Vest	94 %	4 %	3 %
Midt	94 %	4 %	3 %
Nord	96%	2 %	1 %

Det er stor enighet i påstanden *Nødnett bidrar til å knytte helsepersonell sammen slik at pasienten håndteres på en faglig riktig måtes.*

Største variasjon mellom de 16 AMK-områdene ligger mellom AMK Oslo-området som sier seg helt eller delvis enige med 72,2% mens fra AMK Helgeland området er hele 93,3 %. Internt for Helse Sør-Øst er det AMK Innlandet-området som sier seg mest helt eller delvis enig, 88,8%.

Oppsummering Gevinstområde 6: Ivaretagelse av pasientene ved pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Flere respondenter kommenterer at påstanden om *Nødnett bidrar til å knytte helsepersonell sammen slik at pasienten håndteres på en faglig riktig måtes* ikke skyldes nytt Nødnett alene.

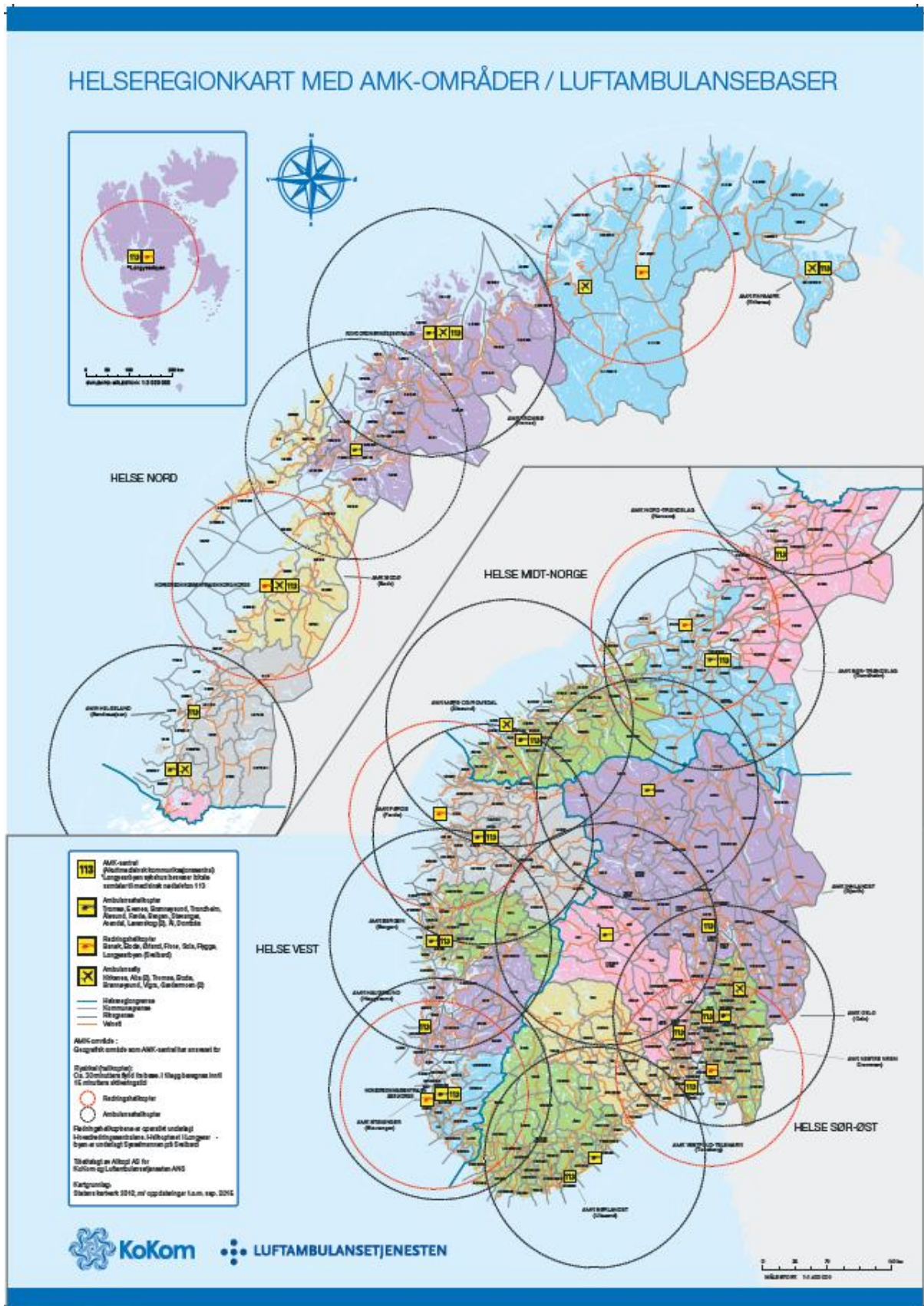
Flere antyder at Nødnett har forbedringspotensial med å få flere spesialister på Nødnett for konferanse. Kommunehelsetjenesten savnes for full utnytting, da ikke alle ressurser er tilgjengelige til enhver tid. Flere kommenterer også at Nødnett ikke alene er løsning for å knytte helsepersonell sammen, men behov for samarbeidsmøter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det oppleves at ambulansetjenesten er blitt flinkere til å rapportere direkte til akuttmottakene/LVS etter Nødnett ble innført. Dette anses som nyttig for å kunne planlegge hvor pasienten skal ved innkøst.

8 Figur 40 Oversikt over AMK-områder, tidsskjema og respondenter mm.

Region	AMK-område	Gikk «live»	Questback sendt ut fra Helsedir	Ca. tid fra «go live» til tilsendt sp.us.	Antall ut-sendte skjema	Antall svar	Svar prosent pr AMK område	Svar prosent for region	Delrapport levert Helsedir
Sør Øst	Innlandet	27. nov. 2013	8. jan 2016	25 mnd.	1.191	483	40,6 %	29 %	4. mars 2016
	Vestre Viken	1. april 2014	15. jan 2016	21 mnd.	1.076	312	29,0 %		11. mars 2016
	Oslo og Akershus*	10. mai 2011	29. jan 2016	55 mnd.	3.536	732	20,7 %		18. mars 2016
	Sørlandet	2. mars 2016	12. jan 2017	10 mnd.	790	273	34,6 %		17. feb 2017
	Vestfold-Telemark	10. sept 2015	12. aug 2016	9 mnd.	1.131	439	38,8 %		21. okt 2016
Midt	Møre og Romsdal	9. april 2015	12. aug 2016	16 mnd.	1.076	424	39,4 %	41 %	23. sept 2016
	Sør-Trøndelag	20. mai 2015	12. aug 2016	14 mnd.	839	324	38,6 %		4. nov 2016
	Nord-Trøndelag	28. mai 2015	17. aug 2016	14 mnd.	522	252	48,3 %		18. nov 2016
Vest	Stavanger	14. april 2015	15. jan 2016	9 mnd.	751	296	39,4 %	36,4 %	11. mars 2016
	Haugesund	21. april 2015	12. aug 2016	16 mnd.	591	248	42,0 %		7. okt 2016
	Bergen	20. okt 2015	10. feb 2017	16 mnd.	966	307	31,8 %		24. mars 2017
	Førde	27. okt 2015	9. mars 2017	17 mnd.	480	163	34,0 %		28. april 2017
Nord	Helgeland	14. okt 2015	9. sept 2016	11 mnd.	424	166	39,2 %	32 %	25. nov 2016
	Bodø	3. mai 2016	9. juni 2017	13 mnd.	302	86	28,5 %		18. aug 2017
	Tromsø	23. feb 2016	3. mai 2017	14 mnd.	610	206	33,8 %		9. juni 2017
	Kirkenes	4. okt 2017	1. mars 2018	4 mnd.	261	53	20,3 %		20. april 2018
Ikke angitt tilhørighet						316			
Nasjonalt					14.546	5.080		34,9 %	

*Inkludert AMK Østfold som ble slått sammen med AMK Oslo og Akershus i juni 2015

9 Helseregionkart med AMK-områder



10 Referanser

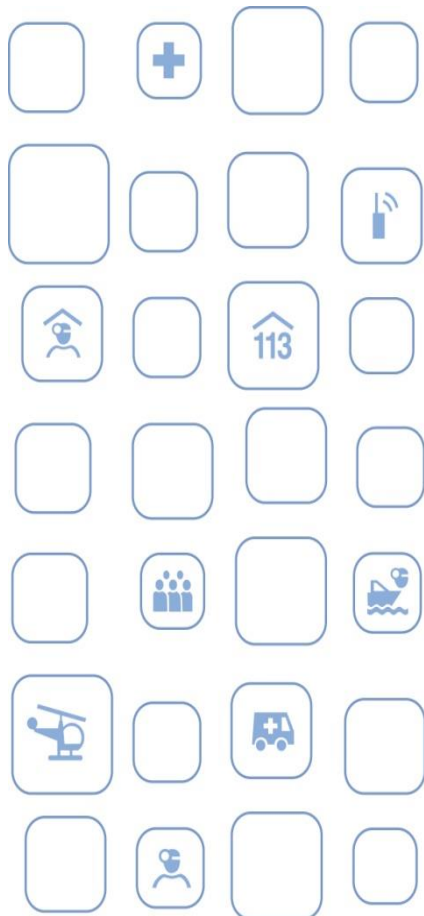
- Helsedirektoratet Brukerundersøkelse av Nødnett i helsetjenesten – erfaringer fra 11 AMK- områder Rapport IS-2603 2017
- KoKom 16 delrapporter for *gevinstmåling i Nødnett Statusrapport AMK område 2016 - 2018*
- Helsedirektoratet *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten 2017*
- FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.
- Helsedirektoratet 2015 *Spørreskjema Måling av effekter ved bruk av Nødnett i helsetjenesten.*
- Direktoratet for nødkommunikasjon, 2015 *Brukerundersøkelse Nødnett. Nødetatenes tilbakemelding fra de første utbyggingsområdene.*
- Helsedirektoratet *Nasjonal veileder for Nødnett i helsetjenesten* (Nivå 2 prosedyre), 10/2015, IS-2370
- Helsedirektoratet 2014 *Gevinstrealiseringsplan for Nødnett i helsetjenesten*
- Politidirektoratet *Felles sambandsreglement for nødetatene og andre beredskapsbrukere*, POD 2013/03, ISBN 9778-82-8256-036-8
- Helsedirektoratet 2012 *Prosjekt Nødnett Helse -Strategi for gevinstrealisering i helsetjenesten*
- Deloitte 2011 *Gevinstrealiseringsstrategi for Nødnett*
- Prop. 100 S (2010–2011) *om fullføring av utbygging og drift av Nødnett i hele Fastlands-Norge*
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

11 Vedlegg

Spørreskjema

16 delrapporter

KoKom
Jonas Lies vei 72 Portnerboligen
www.kokom.no
post@kokom.no



Nasjonalt kompetansesenter for
helsetjenestens
kommunikasjonsberedskap
(KoKom)
skal bidra til å utvikle og sikre høy
kompetanse og likeverdig kvalitet
i den medisinske
nødmeldetjenesten i hele landet,
uavhengig av geografi og rolle i
helsetjenestene.