

OKTOBER 2014
REGION HOVEDSTADEN

EVALUERING AF ENSTRENGET OG VISITERET AKUTSYSTEM FREM TIL 1. APRIL 2014

ENDELIG RAPPORT



COWI

OKTOBER 2014
REGION HOVEDSTADEN

EVALUERING AF ENSTRENGET OG VISITERET AKUTSYSTEM FREM TIL 1. APRIL 2014

ENDELIG RAPPORT

INDHOLD

Oversigt over forkortelser	7
1 Indledning	8
2 Metode og forudsætninger	10
2.1 Formål	10
2.2 Ledelse af evalueringsprocessen	10
2.3 Overordnet analysedesign	11
2.4 Dataindsamlingsmetoder	13
3 Overblik over processen fra beslutning til idriftsættelse	16
3.1 Beslutningsfasen	16
3.2 Design- og planlægningsfasen	18
3.3 Driftsfasen	21
4 Undersøgelsesresultater	23
4.1 Beslutningsprocessen	23
4.2 Organisering og planlægning af arbejdet	29
4.3 Personale - rekruttering og kompetenceudvikling	35
4.4 IT	40
4.5 Kommunikation	45
4.6 Orientering af regionsrådet	49
4.7 EVA går i luften – resultaterne de første tre måneder	51
5 Konklusion og læring	59
5.1 Hovedkonklusion	59
5.2 Detaljerede konklusioner	60
5.3 Læring	66

BILAG

Bilag A	Kommissorium for evalueringen
Bilag B	Materialeoversigt
Bilag C	Oversigt over interviewpersoner
Bilag D	Spørgeguide
Bilag E	Kommissorium for politisk følgegruppe til evaluering af EVA
Bilag F	Oversigt over forretningsudvalgsmøder
Bilag G	Politisk aftale om integrering af lægevagten med regionens samlede akutsystem

Oversigt over forkortelser

AMAK	Akutmodtagelser og akutklinikker
AMK	Akut Medicinsk Koordinationscenter
CIMT	Center for It, Medico og Telefoni, Region Hovedstaden
DPV	Den Præhospitale Virksomhed
DSI	Dansk Sundhedsinstitut
DSR	Dansk Sygeplejeråd
EHPP	Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning, Region Hovedstaden
EVA	Enstrengt og visiteret akutsystem
FAS	Foreningen af Speciallæger
FMK	Fælles Medicin Kort
KKO	Koncern Kommunikation, Region Hovedstaden
PLO	Praktiserende Lægers Organisation
RLTN	Regionernes Lønnings- og Takstnævn
SFV	Sundhedsfaglig visitator
YL	Yngre Læger

1 Indledning

Den 1. januar 2014 gik Region Hovedstaden i luften med et enstrengt, visiteret akutsystem (EVA). Hovedelementerne i EVA var en integration af lægevagtsfunktionen i regionens akutsystem og visiteret adgang til akutmodtagelser og –klinikker. Visitationen forestås af Akuttelefonen 1813 i Den Præhospitale Virksomhed.

Denne evaluering er udarbejdet af COWI A/S for Region Hovedstaden. Hovedformålet er at *belyse om planlægnings- og implementeringsopgaven med de af regionsrådet givne rammer kunne være udført mere hensigtsmæssigt. Udgangspunktet er at opsamle erfaringer og give læring for en fremadrettet optimering af det nye akutsystem.*

Både før og i særdeleshed efter opstart er EVA blevet debatteret heftigt i pressen og offentligheden i almindelighed og har i den forbindelse været udsat for en del kritik, der særligt var fokuseret omkring ventetiderne på at komme igennem til akuttelefonen. Der har fra politisk side i regionen været en erkendelse af, at EVA i systemets første levetid ikke har levet op til forventningerne.

Det er med det udgangspunkt, at nærværende evaluering er udført. Dermed er situationen den, at den part, der har truffet beslutningen om EVA allerede inden evalueringens start erkender, at resultatet indtil videre ikke har været som forventet. Evalueringen får dermed automatisk et fokus, hvor der peges på udfordringer og de ting der er gået mindre godt i processen op til beslutningen træffes, i design og planlægningsperioden samt i de første tre driftsmåneder.

Det er således også på den baggrund, at nærværende evalueringsrapport skal læses. Det er COWIs vurdering, at der i processen omkring EVAs tilblivelse har været en række positive historier og succeser – men rapportens hovedfokus er på, at identificere udfordringerne i forbindelse med planlægningen og implementeringen af EVA og den følgende læring af disse udfordringer.

Rapporten er opbygget i fem kapitler. Udover nærværende indledningskapitel præsenteres i **kapitel 2 metode og forudsætninger** for evalueringen.

I **kapitel 3** præsenteres et **overblik over processen** omkring EVA fra beslutningen træffes til systemet går i drift.

I **kapitel 4** præsenteres **undersøgelsesresultaterne**. Kapitlet består af syv underafsnit, der hver især analyserer et hovedområde. De syv hovedområder er beslutningsprocessen, organisering og planlægning af arbejdet, personale, IT, kommunikation, orientering af regionsrådet og endeligt et afsnit, der beskriver og analyser resultaterne de første tre måneder af 2014.

Endeligt præsenteres i **kapitel 5** den **samlede konklusion og fremadrettede læring**.

2 Metode og forudsætninger

Evalueringen er gennemført i henhold til *Kommissorium for undersøgelse af planlægningen og implementeringen af enstrengt og visiteret akutsystem frem til 1. april 2014*, som blev godkendt af regionens forretningsudvalg den 4. marts 2014 (Region Hovedstaden, Center for Sundhed, 5. marts, 2014) og COWIs tilbud af 4. april, 2014.

Evalueringen er gennemført af COWI A/S, som efter afgivelse af tilbud er blevet tildelt opgaven.

2.1 Formål

Jf. kommissorium skal evalueringen "*belyse, om planlægnings- og implementeringsopgaven med de af regionsrådet givne rammer kunne være udført mere hensigtsmæssigt. Udgangspunktet er at opsamle erfaringer og give læring for en fremadrettet optimering af det nye akutsystem*".

Der er med andre ord fokus på fremadrettet læring, der kan anvendes i forbindelse med forbedringer af akutsystemet. Kommissorium for evalueringen er vedlagt i bilag A.

2.2 Ledelse af evalueringsprocessen

I forbindelse med evalueringen blev der nedsat en politisk følgegruppe, der har fulgt evalueringen med det formål at sikre, at relevant materiale indgår i evalueringen. Konkret har følgegruppen haft et rådgivende mandat, i relation til at:

- › Følge fremdriften i evalueringen
- › Sikre at COWI har relevant materiale
- › Rådgive om hvilke personer der skal interviewes

COWI har haft fuldt mandat til at beslutte undersøgelsestilgangen inden for tilbudets og kommissoriets rammer.

Følgegruppen har været sammensat af en politiker fra hvert af regionsrådets partier samt formanden for regionsrådet. Regionsrådsformanden var formand for følgegruppen. Sekretariatsfunktionen for følgegruppen blev varetaget af Region Hovedstadens administration.

Der er afholdt to følgegruppemøder i evalueringsprocessen. Forud for hvert følgegruppemøde fremsendte COWI en status over evalueringens fremdrift og gennemførte og udestående evalueringsaktiviteter. Følgegruppen – eller Region Hovedstadens administration - har ikke haft adgang til data og/eller del-konklusioner undervejs i forløbet.

Rapportudkastet har ikke været forelagt for den politiske følgegruppe. Et foreløbigt rapportudkast blev fremsendt til Region Hovedstadens administration med henblik på faktuel høring. Efter korrektion af de faktuelle oplysninger er endelig rapport fremsendt til regionens administrationen, der herefter har videreformidlet til regionsrådets forretningsudvalg.

2.3 Overordnet analysedesign

Evalueringen dækker, jf. kommissoriet, følgende områder:

- › Beslutningsforløbet.
- › Planlægningsforløbet.
- › Forudsætninger og analyser, der er lagt til grund for etableringen af det nye akutsystem, herunder om konstaterede risici og problemer.
- › Udviklingen og implementeringen af IT-systemer.
- › Bemanding og rekruttering af personale.
- › Uddannelse af personale.
- › Kommunikationskampagnen: Hvordan den eksterne og interne kommunikation har været tilrettelagt.
- › Orienteringen af Regionsrådet.

Evalueringen er overordnet struktureret efter det tidsmæssige udviklingsforløb. COWI har identificeret fire faser i processen:



Der har været en flydende overgang mellem de forskellige faser – særligt systemdesign- og planlægningsfasen, hvorfor disse to i praksis behandles under ét i evalueringen. Faserne gennemgås nedenfor.

2.3.1 Beslutningsfasen

Beslutningsfasen varer frem til Regionsrådsmødet den 12. marts 2013, hvor der med tilslutning af alle partier undtagen De Konservative og Dansk Folkeparti træffes beslutning om, at der med virkning fra 1. januar 2014 skal ske en organisatorisk

og fysisk samordning af den overenskomstbestemte lægevagt med regionens øvrige akuttilbud – det enstrengede princip. Samtidig hermed skal regionen indføre en visiteret adgang til akutmodtagelser/-klinikker.

I denne fase fokuserer evalueringen på, hvad der danner baggrund for beslutningen om det enstrengede og visiterede akutsystem, med særlig fokus på forskellige aktørers og interessenters deltagelse og involvering. Hvem har haft ansvaret for at tilvejebringe beslutningsgrundlaget og med hvilket mandat? I hvilken grad er interessenter og aktører blev inddraget? Og hvorledes er internationale og danske erfaringer blevet anvendt? Er der udviklet foranstaltninger til at kompensere for risici og er der udarbejdet en risikostyringsmodel relateret til den konflikt med PLO, som allerede på dette tidspunkt var en realitet?

2.3.2 Design- og planlægningsfasen

Efter den politiske beslutning i marts 2013 iværksætter regionsrådet et egentligt systemdesign af det nye enstrengede og visiterede akutsystem, herunder også af call-centret 1813. Fasen afsluttes den 20. august 2013, hvor et forslag til retningslinjer og principper for det nye system fremlægges for og tages til efterretning af regionsrådet under titlen "Enstrengt og visiteret akutsystem - Retningslinjer og principper, August 2013". Planlægningen indledes efter Regionsrådet godkender disse retningslinjer og principper og løber frem til den 31. december 2013. I praksis har en del af planlægningen kørt parallelt med udarbejdelsen af retningslinjerne.

I denne fase fokuserer evalueringen på blandt andet følgende spørgsmål: Foreligger der it system- og procesbeskrivelser? Er medarbejderne trænet/uddannet i anvendelsen af systemerne, og var alle uddannet, da systemet gik i luften 1. januar 2014? Foreligger der beskrevne mandat(er) og funktionsbeskrivelser for de enkelte sektioner, ydelser og leverancer fra de enkelte sektioner samt relevante bemandingsforhold? Er f.eks. alle funktioner fuldt bemandet da man nærmer sig driftsfasen? Er forventninger og performancekrav fastlagt? Har man udviklet klare instrukser for visitering? Og instrukser for journalføring og epikriser?

2.3.3 Driftsfasen

Driftsfasen er i evalueringen afgrænset til at vare fra idriftsættelse den 1. januar 2014 frem til 1. april 2014.

Evalueringsspørgsmålene omfatter hvilke problemer (karakter og omfang) man har registreret vedrørende systemets funktionalitet? Hvorledes har ledelsen håndteret de opståede problemer? Der var forventet 42 lægeårsværk og 77 sygeplejerskeårsværk i Den Præhospitale Virksomhed (DPV). Hvilken bemanding havde den i realiteten? Hvordan har systembelastningen udviklet sig i perioden? Og stemmer den overens med prognoserne for akutsystemet? Hvordan har samarbejdet med og deltagelse af regionsrådet udviklet sig i denne periode?

2.4 Dataindsamlingsmetoder

Undersøgelsen bygger på kvalitative og kvantitative metoder:

Desk research, dokument- og interessentanalyse

Datagrundlaget for den gennemførte **desk research** har bestået af en række dokumenter udleveret til COWI af Region Hovedstaden. Disse dokumenter inkluderer mødedagsordener og referater, notater, mails, rapporter, korrespondancer og andet materiale af relevans for undersøgelsen.

Da datamængden var forholdsmeæssigt stor, udarbejdede COWI en dokumentssystematik, der har givet mulighed for at få et overblik over temaer, dokumenttyper, hvem der har udarbejdet dokumenterne samt i hvilke faser, de er udarbejdet. Med udgangspunkt i denne systematik er foretaget en **dokumentanalyse**, for at identificere temaer og problematikker med relevans for undersøgelsen. I bilag B forefindes en oversigt over de centrale dokumenter der er blevet analyseret samt en oversigt over udleveret materiale fra regionen.

På baggrund af de udleverede dokumenter og den udarbejdede dokumentssystematik er udarbejdet en **interessentanalyse**, med det formål at skabe overblik over de forskellige interesser der har været på spil blandt forskellige aktører i forhold til etablering og idriftsættelse af EVA. Denne analyse har fungeret som et redskab til forberedelsen af den videre undersøgelse, herunder udarbejdelsen af interviewguides/spørgeguides.

Kvalitative og kvantitative interview

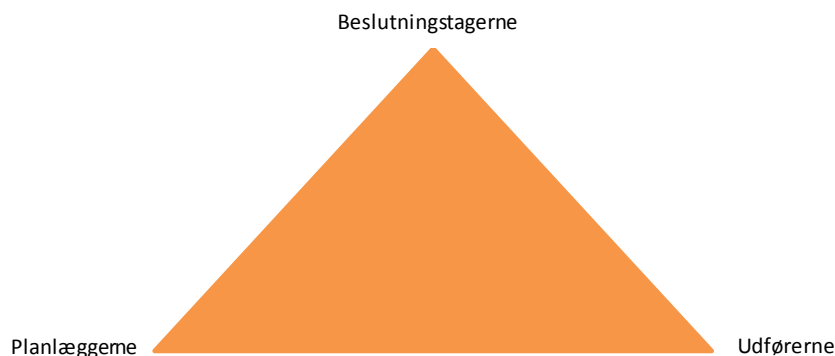
Der er gennemført 51 semi-strukturerede personlige interviews. 19 af disse er gennemført telefonisk. Enkelte interviews er gennemført af flere omgange, hvilket har givet mulighed for at verificere oplysninger. Alle respondenters udsagn er anonymiseret. Der er udarbejdet interview notater fra samtlige interview og langt de fleste interviews er optaget på digital båndoptager for at sikre så korrekte interviewnotater som muligt. Interviewspørgsmål har primært været kvalitative, men har indeholdt et mindre kvantitativt element. I bilag D er den samlede spørgeguide for de gennemførte interviews.

Gruppeinterview

Der er gennemført i alt fire gruppeinterview på baggrund af den samme interviewguide. Gruppeinterview er gennemført med de faglige organisationer (PLO, DSR, FAS og YL).

Kilde triangulering

Ved interview af nøglepersoner vil der forekomme en vis subjektivitet – da interviewudsagn i vid udstrækning bygger på oplevelser og perceptioner hos den enkelte. Det subjektive præg er mindsket ved at triangulere og dermed krydsverificere data fra flere kilder, det vil sige, at de samme spørgsmål er stillet til forskellige interessenter, som er henholdsvis beslutningstager (regionsrådet), planlægger (administrationen i Region Hovedstaden) eller udfører (bl.a. personalet på de udførende enheder i Region Hovedstaden og de faglige selskaber) (se figur nedenfor).



Interviewpersoner

Interviewpersonerne er udvalgt og struktureret i forhold til de faser, de har haft med at gøre. Kort sagt, er politikerne primært interviewet om forhold i beslutningsfasen, mens udførere primært er interviewet omkring driftsfasen, jf. systematikken vist i tabellen nedenfor.

Tabel 2.1 - Oversigt over interviewpersoner

	Beslutningsfase	Systemdesignfase	Driftsplanlægning	Driftsfase
Regionsrådspolitikere	X	X	X	X
Direktion og ledende embedsmænd i Region Hovedstaden	X	X	X	X
Medarbejdere i Region Hovedstadens administration	X	X	X	
Udfører i Region Hovedstaden (læger, sygeplejersker mv.)			X	X
Lægeforeningen (PLO, YL og FAS)	X	X	X	X
Dansk Sygeplejeråd	X	X	X	X
Leverandører af it-systemer			X	X

Der er gennemført interview med nedenstående aktører. Liste over interviewpersoner findes i bilag C.

- › Regionsrådspolitikere
- › Region Hovedstadens direktion og ledende embedsmænd
- › Region Hovedstadens administration (herunder Center for It, Medico og Telefoni, Center for HR, Center for Kommunikation, Center for Økonomi og Center for Sundhed)
- › Den Præhospitale Virksomhed og personale på akutmodtagelser/-klinikker og børneafdelinger
- › Fagpolitiske organisationer (PLO, FAS, YL og DSR)
- › Eksterne IT leverandører

Observationer

Der er foretaget observationer af den praktiske håndtering af opkald til 1813 ved DPV, med henblik på at få indsigt i den daglige drift og funktionaliteten af it- og beslutningsstøtteværkøjer. Der er ligeledes foretaget observationer ved akutmodtagelsen på Bispebjerg Hospital med henblik på at følge koblingen mellem 1813 og patienter visiteret af 1813 til en akutmodtagelse/-klinik.

3 Overblik over processen fra beslutning til idriftsættelse

Processen fra beslutning til idriftsættelse indeholder fire faser:



I afsnittene nedenfor præsenteres et overblik over de forskellige faser. En række af de centrale temaer i de forskellige faser er behandlet mere indgående i kapitel 4.

3.1 Beslutningsfasen

Beslutningsfasen er perioden frem til den 12. marts 2013. Se også afsnit 4.1 for en uddybning af beslutningsprocessen.

Etablering af et enstrengt akutsystem har været på dagsordenen i sundhedsfaglige kredse i Danmark mindst siden 2007. Emnet er behandlet blandt andet af Sundhedsstyrelsen i en række rapporter og følgende i en række andre dokumenter og planer af Danske Regioner mv. Det har siden vedtagelsen af de sundhedspolitiske erklæringer i forbindelse med regionens dannelse og Hospitalsplan 2007 været et mål, at regionens akutsystem skal være enstrengt, og at sammenlægning af akutmodtagelser/-klinikker og lægevagt skal tænkes ind.

I økonomiaftalen mellem regionerne og regeringen for 2013 aftaltes det, at der frem mod foråret 2014 skal ske visiteret adgang til landets fælles akutmodtagelser.

Regionsrådet beslutter den 25. september 2012 – som en del af vedtagelsen af budget 2013-2016, at den visiterede adgang skal foregå via akuttelefonen. Beslutningen er i tråd med den på daværende tidspunkt nyligt indgåede aftale om regionernes økonomi.

I tabellen nedenfor præsenteres en oversigt over regionsrådsmøder afholdt siden august 2012 frem til april 2014. Tabellens højre kolonne indikerer punkter på dagsordenen med relevans for etableringen af et nyt akutsystem.

Tabel 3.1 – Oversigt over regionsrådsmøder i perioden august 2012 – april 2014

Mødetype	Dato	Sager med relevans for EVA
Skemalagt møde	21. august 2012	Høringsudkast til praksisudviklingsplan for almen praksis 2012
Skemalagt møde	25. september 2012	Beslutning om at visiteret adgang til akutmodtagelser/-klinikker skal ske via akuttelefonen (som del af budget 2013-2016)
Skemalagt møde	23. oktober 2012	
Skemalagt møde	20. november 2012	
Skemalagt møde	11. december 2012	
Skemalagt møde	5. februar 2013	
Skemalagt møde	12. marts 2013	Beslutning om hjemtagning af den lægebetjente lægevagt og organisatorisk og fysisk samordning af denne med regionens øvrige akuttilbud
Skemalagt møde	16. april 2013	
Skemalagt møde	14. maj 2013	Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) om etablering af EVA
Skemalagt møde	18. juni 2013	
Skemalagt møde	20. august 2013	Implementering af enstrengt og visiteret akutsystem
Skemalagt møde	24. september 2013	Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redegørelse for EVA
Skemalagt møde	29. oktober 2013	
Skemalagt møde	28. november 2013	
Skemalagt møde	3. december 2013	
Skemalagt møde	17. december 2013	Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) vedrørende EVA
Skemalagt møde	21. januar 2014	Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) vedrørende EVA
Skemalagt møde	4. februar 2014	Evaluerings af EVA
Skemalagt møde	11. marts 2014	Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) om EVA

Kilde: Egen tilvirkning på baggrund af materiale fra Region Hovedstaden

Ud over regionsrådets drøftelser og beslutninger er der løbende debat og opfølgning i rådets forretningsudvalg, og orientering om planlægningen, driften og initiativer i forhold til det enstrengede og visiterede akutsystem. Forretningsudvalget består af 15 medlemmer valgt blandt regionsrådets medlemmer. I bilag F kan findes en oversigt over forretningsudvalgsmøder.

I forbindelse med en konflikt mellem regionen og PLO omkring lægebemanding i sundhedshuset i Helsingør indgår en forligskreds bestående af Socialdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Venstre, Det radikale Venstre og Andreas Røpke (uden for partierne) den 5. marts 2013 en forligsaftale om integration af lægevagten med regionens samlede akutsystem med virkning fra 1. januar 2014. Forligsaftalen kan ses i bilag G.

På regionsrådets møde den 12. marts 2013 bekræftes den politiske aftale og hermed er der truffet beslutning om samordning af lægevagten med de øvrige af regionens akutte funktioner (se tekstboks nedenfor). Samtidig hermed skal regionen indføre visiteret adgang til akutmodtagelser og akutklinikker.

Tekstboks 3.1 – Regionsrådet beslutter at hjemtage den overenskomstbestemte lægevagt og etablere et enstrengt akutberedskab

SAGSFREMSTILLING

Enstrengt akutsystem for regionens borgere

Borgere i Region Hovedstaden, der har behov for hjælp i tilfælde af sygdom eller skade, skal have let adgang til kompetent døgndækkende akutbetjening. Det har siden vedtagelsen af de sundhedspolitiske erklæringer i forbindelse med regionens dannelse og Hospitalsplan 2007 været et mål, at regionens akutsystem skal være enstrengt, og at sammenlægning af akutmodtagelser/-klinikker og lægevagt skal indtænkes. Der er indgået en politisk aftale mellem partierne Socialdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Venstre, Det Radikale Venstre og Andreas Røpke (uden for partierne) om integrering af lægevagten med regionens samlede akutsystem. Den politiske aftale er vedlagt som bilag.

Den akutte behandling af regionens borgere sker i dag via 2 systemer, enten via akuttelefonen 1813/112-funktionen eller via den overenskomstbestemte lægevagt.

For at etablere et enstrengt akutsystem foreslås det, at der med virkning fra 1. januar 2014 sker en organisatorisk og fysisk samordning af den overenskomstbestemte lægevagt med regionens øvrige akutte tilbud. I overensstemmelse med anbefalingen fra regeringens udvalg om det præhospitale akutberedskab etablerer regionen hermed en entydig og visiteret adgang til akutsystemet, hvor lægevagtsordningen samordnes med det øvrige akutsystem. Det er ved vedtagelsen af budget 2013 besluttet, at visitationen til akutmodtagelser/-klinikker, som skal etableres i henhold til økonomiaftalen

2012, fra 2014 skal ske via akuttelefonen 1813.

Kilde: Referat fra Regionsrådsmødet 12. marts, 2013.

Dansk Folkeparti og Konservative stemmer imod beslutningen med den begrundelse, at *".... der ikke foreligger en fyldestgørende beskrivelse af funktionernes drift og bemanning – herunder hvem der skal rekrutteres til at bemande funktionerne..."*

3.2 Design- og planlægningsfasen

15. marts 2013 opsiges Region Hovedstaden overenskomsten vedrørende *Lægebetjening uden for dagtiden* med PLO, med virkning fra 1. januar 2014. Det besluttes at nedsætte en tværstabslig styregruppe og en koordinationsgruppe for etableringen af EVA, såvel som et sekretariat.

Formålet med styregruppen er at følge implementeringsprocessen og den organisatoriske omlægning i DPV og på akutmodtagelserne/-klinikkerne, samt at følge de driftsmæssige opgaver omkring it-understøttelse, uddannelse og rekruttering af personale, tilrettelæggelse af strategier for intern og ekstern kommunikation, herunder udarbejdelse af budgetter og udgiftsberegninger.

I kommissoriet for styregruppen forudsættes, at de driftsmæssige opgaver vedrørende fx ansættelse og rekruttering af personale til akuttelefonen og akutmodtagelser, indkøb af udstyr mv., etableringen af lokaler mv. på hospitalerne og i DPV, Ballerup løses af de respektive virksomheder.

Styregruppen er sammensat af repræsentanter fra hver af de af regionens enheder, der planmæssigt er involverede i systemdesign-, planlægnings- og/eller driftsfasen af etableringen af EVA, samt repræsentanter fra hver af de somatiske hospitaler. Styregruppens sammensætning er som følger:

- › Repræsentant for Koncerndirektionen
- › Repræsentant for Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler
- › Repræsentant for Bornholm Hospital
- › Repræsentant for Gentofte Hospital
- › Repræsentant for Glostrup Hospital
- › Repræsentant for Hillerød Hospital
- › Repræsentant for Herlev Hospital
- › Repræsentant for Hvidovre Hospital
- › Repræsentant for Rigshospitalet
- › 2 repræsentanter for Den Præhospitale Virksomhed
- › Repræsentant for It, Medico & Telefoni
- › Repræsentant for Koncern Økonomi
- › Repræsentant for Koncern Kommunikation
- › Repræsentant for Enhed for Hospitalsplanlægning

Sekretariatet for styregruppen består af to medarbejdere i regionens Enhed for Hospitalsplanlægning.

Koordinationsgruppen har som primær funktion at nedsætte relevante arbejdsgrupper til udførelse af planlægnings- og implementeringsopgaver, og øvrige oplæg til drøftelse og godkendelse i styregruppen. Koordinationsgruppens sammensætning er som følger:

- › Repræsentant for Budgetenheden
- › Repræsentant for Enhed for Patientsikkerhed
- › 2 repræsentanter for Enhed for Hospitalsplanlægning (projektkoordinator)
- › Repræsentant for Dataenheden
- › Repræsentant for It, Medico & Telefoni
- › Repræsentant for Koncern Praksis
- › Repræsentant for Koncern Organisation og Personale
- › 3 repræsentanter for Den Præhospitale Virksomhed
- › 2 repræsentanter for Præhospital og akutmodtagelse

Sammensætningen af grupperne har ændret sig lidt i løbet af processen, da både styregruppen og koordinationsgruppen løbende er tilpasset efter behov og tema-drøftelser. Der er blandt andet løbende sket en udvidelse i personkredsen i styregruppen.

I forbindelse med nedsættelse af styre- og koordinationsgrupperne, besluttes det ligeledes at udarbejde en rapport, der har til formål at formulere og fastsætte retningslinjer og principper for etablering af EVA. Retningslinjer og principper for EVA færdiggøres ved udgangen af juni 2013 og forelægges på regionsrådsmødet den 20. august 2013.

Tabel 3.2. viser en oversigt over afholdte styregruppemøder, i perioden fra gruppens oprettelse til 1. april 2014, som er skæringsdatoen for denne evaluering. I tabellens højre kolonne er relevante punkter på dagsordenen listet.

Tabel 3.2 - Oversigt over styregruppemøder for etablering af EVA

Mødetype	Dato	Temaer
1. møde	23. april 2013	Organisering Indsats- og ansvarsfordeling Servicemål It-understøttelse
2. møde	14. maj 2013	Forventet patientvolumen Servicemål Kompetenceprofiler for lægeansættelser It-understøttelse Konfliktberedskab
3. møde	18. juni 2013	Udkast til rapport om retningslinjer og principper for EVA Kommunikationsplan Status på aftaler forankret i Koncern Praksis Ansættelsesformer for læger og sygeplejersker i EVA Konfliktberedskab
4. møde	8. august 2013	Jobprofiler for læger Brev til læger i lægevagtsordningen uden egen praksis Dokumentation af ydelser i behandlersporet It-understøttelse Organisering af arbejde med EVA Konfliktberedskab
Ekstraordinært møde	9. september 2013	Forudsætninger vedr. aktivitet og økonomi Orientering fra medlemmer omkr. opgaveløsning i AMAK'er og DPV
5. møde	26. september 2013	Uddannelse af læger Proaktiv patientsikkerhedsanalyse Status for ansøgninger Status for forhandlinger med YL og FAS It-understøttelse Dokumentation af ydelser i behandlersporet Fælles dokumentation i vurderingssporet Status for kommunikation Presseplan
6. møde	8. oktober 2013	Fælles dokumentation i vurderingssporet Status for forhandlinger med FAS og YL Etablering af venteområder og konsultationslokaler Mulighed for konsulentansættelse af sygeplejersker på 1813 Status for presseindsats
7. møde	15. november 2013	Proaktiv patientsikkerhedsanalyse Status for ansættelser Fysiske rammer på AMAK Aktivitet og økonomi It-understøttelse Opgaver i vurderings- og behandlerspor Kommunikation
Ekstraordinært møde	6. december 2013	Proaktiv patientsikkerhedsanalyse Overdragelse af lægevagten Status for ansættelser og forhandlinger med FAS og YL Koordinering af åbningstider, vikarbureau og undervisning It-løsninger Arbejdsgruppe vedr. organisering af uddannelsesopgaver Monitorering af EVA
8. møde	17. december 2013	Demonstration af registrering i OPUS skadesmodul Retningslinjer for ventetidsberegning og 1813s booking af patienter på AMAK Presseberedskab Status på it-funktionaliteter Monitorering af EVA Arbejdsgruppe vedr. organisering af uddannelsesopgaver Orientering om udarbejdelse af behandlingsinstrukser
9. møde	6. januar 2014	Status på overgangen til EVA Monitorering af EVA Status for ansættelser og forhandlinger med FAS, YL og DSR Prioritering af it-funktionalitet
10. møde	22. januar 2014	Orientering om handleplan Status på overgangen til EVA Orientering om deltidsansættelsesaftaler for læger på AMAK Patientregistreringspraksis Status for ansættelser og forhandlinger med FAS, YL og DSR
11. møde	25. februar 2014	Børnespor Evaluerings af EVA Status på overgangen til EVA Status for ansættelser og forhandlinger med FAS, YL og DSR

Færdiggørelsen og regionrådets efterfølgende godkendelse af rapporten omkring *Retningslinjer og principper for etablering af EVA* den 20. august 2013 markerer afslutningen på designfasen, og planlægningsfasen påbegyndes herefter. Med ud-

gangspunkt i rapporten igangsættes implementeringsprocesser i DPV, på akutmodtagelser og –klinikker, samt i regionens øvrige administrative enheder. I praksis var en række planlægnings- og implementerings aktiviteter påbegyndt inden den 20. august 2013, men der var også en række aktiviteter, der først kunne påbegyndes efter godkendelse og vedtagelse af budgettet – herunder bl.a. ansættelser mv.

Retningslinjer og principper for etablering af EVA indfører, at 1813 visiterer til enten behandlerspor og vurderingsspor på akutmodtagelserne/-klinikkerne. Behandlersporet er beregnet til mindre skader og akut almen medicinsk behandling og vurderingssporet er beregnet til patienter, hvor der er behov for en hurtig vurdering af behandlingsbehovet.

Det besluttes primo november 2013, at børn under 12 år med akut almen medicinsk sygdom skal henvises til et børnespor på akuthospitalerne. Akuthospitalerne har alle børneafdelinger med undtagelse af Bispebjerg Hospital, hvor der i stedet er pædiatrisk ekspertise fra Rigshospitalet.

Udviklingen af it-systemer til EVA vurderes fra start at være et kritisk område givet den relativt korte tidshorisont og overdrages således til Center for It, Medico & Telefoni (CIMT) før færdiggørelsen af retningslinjer og principper for EVA. CIMT påbegynder umiddelbart efter overdragelsen arbejdet og den 10. december 2013 er systemet klar til pilottest og herefter til idriftsættelse 1. januar 2014.

Forhandlinger med de fagpolitiske organisationer, her særligt Foreningen af Speciallæger (FAS) og Yngre Læger (YL), med henblik på at indgå aftaler om ansættelsesvilkår i EVA påbegyndes i september 2013. Forhandlinger strækker sig over nogle måneder, og afsluttes i sidste halvdel af november 2013 for lægernes vedkommende og en aftale med Dansk Sygeplejeråd om frivilligt ekstra arbejde indgås i december 2014.

I december 2013 er de nye lokaler i Ballerup klar til at Den Præhospitale Virksomhed kan flytte ind. De flytter den 14. december 2013. Der afholdes den 20. december 2013 rundvisning og orientering for det eksisterende og kommende regionsråd i de nye lokaler.

3.3 Driftsfasen

Evalueringen dækker de første tre måneder af driftsfasen frem til den 1. april 2014. Perioden var kendetegnet ved en række udfordringer samt at EVA var genstand for massiv presseopmærksomhed. De væsentligste udfordringer omhandlede ventetiden på at komme igennem til 1813 samt pres på hospitalernes akutmodtagelser og –klinikker samt ikke mindst de børneafdelinger, der blev visiteret til.

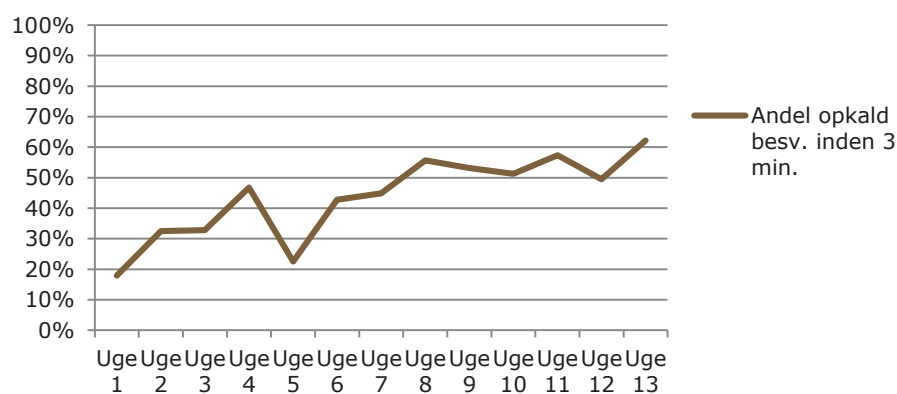
I Den Præhospitale Virksomhed – og her særligt i 1813-enheden – blev det hurtigt klart, at der var store udfordringer særligt omkring ventetider for borgerne. Efter de kaotiske opstartsdage etableredes der en beredskabslignende krisestyring for at imødekomme udfordringerne.

Det bliver hurtigt klart, at servicemålet om, at 90 pct. af opkaldene skal besvares inden for 3 minutter ikke kan nås. På den baggrund godkender regionsrådet den 4. februar 2014 en handleplan med en række fremadrettede initiativer. Handleplanen skal føre til at servicemålet nås senest primo april 2014.

Planen indebærer bl.a. at der ansættes flere læger til varetagelse af opgaver på akuttelefonen; systematisk erfaringsopsamling med henblik på løbende justering af vagtplan samt intensiveret ledelsesfokus; løbende driftsoptimering af it-systemer; og yderligere information på hjemmesiden for 1813.

Der sker i perioden en bedring på ventetiden til 1813, men som det også fremgår af nedenstående figur, kommer man heller ikke i mål med at opfylde servicemålet til 1. april 2014.

Figur 3.1 - Andel opkald besvaret inden for 3 minutter, uge 1 – 13, 2014



Kilde: Den Præhospitale Virksomhed, 2014.

Det fremgår af ovenstående figur, at ved driftsstart var det knap 20 pct. af opkaldene, der blev besvaret inden for tre minutter. Der sker løbende en bedring over tid og således besvares godt 60 pct. af opkaldene med udgangen af marts 2013 inden for tre minutter. Der er dog stadig et stykke vej op til 90 pct. og den dag i dag (oktober 2014) er det stadig en udfordring at opfylde servicemålet.

Den generelle performance af EVA og resultaterne de første tre måneder er genstand for yderligere analyse i afsnit 4.7.

4 Undersøgelsesresultater

I dette kapitel præsenteres evalueringens undersøgelsesresultater. Kapitlet er ind delt i syv underafsnit:

- › Beslutningsprocessen
- › Organisering og planlægning af arbejdet
- › Personale - rekruttering og kompetenceudvikling
- › IT
- › Kommunikation
- › Orientering af Regionsrådet
- › EVA går i luften – resultaterne de første tre måneder

De enkelte afsnit er struktureret i tre dele – (i) en indledende og beskrivende del af området og problemstillingen; (ii) en præsentation af de væsentligste analyseresultater på baggrund af dataindsamlingen; og endelig (iii) COWIs konklusion og vurdering af området.

4.1 Beslutningsprocessen

I nærværende afsnit analyseres beslutningsprocessen. Nedenfor beskrives de overordnede aktiviteter, interessenternes vurdering af indsatsen og COWIs vurdering og konklusion.

4.1.1 Indhold og aktiviteter

Etablering af et enstrengt akutsystem har været på dagsorden i sundhedsfaglige kredse i Danmark mindst siden 2007. Emnet er behandlet blandt andet i følgende dokumenter:

- › Sundhedsstyrelsens rapporter:
 - › Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen' (Sundhedsstyrelsen 2007)
 - › Kvaliteten i den danske lægevagtsordning (Sundhedsstyrelsen 2009)
 - › Vagtlægeordningen i det fremtidige akutsystem (Udvalget om det præhospitale akutberedskab 2010)

- › Ventetider i akutmodtagelser (Udvalget om det præhospitale akutberedskab, 2012)
- › Regionens Hospitalsplan 2007
- › Danske Regioners notat af 17. december, 2009 om '*Et sammenhængende akutsystem*'
- › Regionens Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (vedtaget 2011)
- › Når sygeplejersker visiterer i lægevagten (DSI rapport, 2010)
- › Økonomiaftale mellem regeringen og Danske Regioner 2013.

Dokumenterne og den sundhedsfaglige debat, de repræsenterer, udgør en del af baggrunden for Region Hovedstadens beslutning om at indføre EVA. Derfor præsenteres neden for en kort gennemgang af hovedkonklusionerne i dokumenterne:

I Sundhedsstyrelsens rapport *Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen* (2007), anbefaler styrelsen "...at regionerne etablerer konkret sammenhæng og samarbejde mellem alarmcentral, vagtcentral, præhospitale indsatsordninger, almen praksis, de fælles akutmodtagelser og regionens AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter) om disponering, visitation og fordeling af patientkategorier"¹, med henblik på at højne kvaliteten i sundhedsvæsenet.

I Region Hovedstadens rapport *Præhospital indsats og sundhedsberedskab* (2008), anbefales det, at "...der bør ske en organisatorisk og fysisk samling af de funktioner, der i dag varetager akutte sundhedsfaglige henvendelser fra borgerne"².

I Region Hovedstadens *Plan for almen praksis* (2008), anbefales det "...at regionen arbejder med muligheden for etablering af en enstrengt ordning, der døgnet rundt sikrer borgerne en betjening ved akut sygdom af høj kvalitet under samtidig hensynstagen til en effektiv ressourceudnyttelse". Ydermere anbefales det "...at regionen sikrer, at alment praktiserende læger aktivt inddrages i kortlægning og planlægning af den samlede akutbetjening af regionens borgere"³.

I *Kvaliteten i den danske lægevagtsordning* (2009), konkluderes det, at lægevagtsens samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen bør være i fokus, og at organisatoriske instrukser bør opdateres med henblik på at sikre lægevagten "...enkle visitationsveje til sygehuse og kommuner"⁴.

I Danske Regioners notat af 17. december 2009, med overskriften *Et sammenhængende akutsystem*, foreslås det, at et nyt akutsystem skal sikre sammenhæng mellem akutsystemets funktioner, samt at man i et sådant akutsystem vil erstatte den eksisterende lægevagt som selvstændig struktur, med et integreret system med udgangspunkt i sundhedsfaglig visitation⁵.

¹ *Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen* (2007), side 6

² *Præhospital indsats og sundhedsberedskab* (2008), side 6

³ *Plan for almen praksis* (2008), side 11

⁴ *Kvaliteten i den danske lægevagtsordning* (2009), side 14

⁵ *Et sammenhængende akutsystem* (2009), side 1-2

I rapporten fra Udvalget om det Præhospitale Akutberedskab *Vagtlægeordningen i det fremtidige akutsystem* (2010), opstilles to modeller for fremtidige lægevagtsordninger:

- › Model A omfatter en integration af lægevagten i det regionale akutsystem, og forudsætter, at ledelsen af lægevagten fagligt og organisatorisk forankres i regionen. Dette vil kræve ændringer af overenskomstbestemmelser med praktiserende læger, dog med en fastholdelse af de daværende rammer for praktiserende lægers deltagelse i det regionale akutsystem.
- › Model B (udarbejdet af PLO), omfatter en større grad af koordinering af akutfunktionerne, kvalitetsudvikling af vagtlægeordningen, og udvidelse og formalisering af samarbejdet mellem vagtlægeordningen, hospitalsvæsenets akutfunktion, og det præhospitale beredskab. Herudover anbefales det, at lægevagtschefen skal referere til PLO's praksisudvalg. Vagtlægeordningen skal fortsat forankres i landsoverenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og PLO. Lægevagtschefen vil indgå i en samlet regional koordinering af akutsystemet.

I rapporten *Når sygeplejersker visiterer i lægevagten* (2010), udarbejdet af DSI, undersøges det hvorvidt sygeplejersker og andet ikke-lægefagligt personale kan løfte visitationsopgaver i lægevagtsordningen, med udgangspunkt i erfaringer fra hhv. Sverige, Holland og England. Det er rapportens primære anbefaling, at visitationen i den danske lægevagt i højere grad skal professionaliseres. Det vil sige, der skal i højere grad sørges for en bedre dokumentation, beslutningsstøtte, kvalitetsmonitorering, supervision og uddannelse. Det gælder uanset om det er læger eller sygeplejersker, der står for visitationen. Der er ikke evidens for, at telefonvisitation foretaget af sygeplejersker er mindre sikker og har en ringere kvalitet end lægebase- ret telefonvisitation i lægevagtsordninger. Det skyldes, at den eksisterende lægevagtsordning ikke kan dokumentere sikkerhed og kvalitet i den lægevagtsbase- rede telefonvisitation.

Udvalget om det Præhospitale Akutberedskabs rapport *Ventetider i akutmodtagel- ser* (2012) anbefaler, at alle regioner indfører visiteret indgang til akutsystemet⁶.

I *Aftale om regionernes økonomi for 2013* (2012) fastslås at: ”*Regeringen og Dan- ske Regioner er enige om frem mod foråret 2014 gradvist at indfase visiteret ad- gang til landets fælles akutmodtagelser, idet visiteret adgang er et afgørende tiltag i forhold til at sikre patienten det rette behandlingstilbud og derigennem sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer*”⁷.

En gennemgående anbefaling i rækken af dokumenter fra autoritative kilder, inklu- siv landets øverste sundhedsmyndighed – Sundhedsstyrelsen – er at udvikle sammenhængen mellem de forskellige akutfunktioner, og derved integrere læge- vagten med det øvrige akutsystem, i samarbejde med praktiserende læger.

Regionsrådet beslutter allerede på sit møde den 25. september 2012 – som en del af budgettet for 2013-2016 – at visitation til akutmodtagelser/-klinikker skal ske

⁶ *Ventetider i akutmodtagelser* (2012), side 5

⁷ *Aftale om regionernes økonomi for 2013* (2013), side 8

igennem 1813. Beslutningen er i tråd med den aftale om regionernes økonomi, der er indgået mellem Danske Regioner og regeringen.

Den endelige beslutning om etableringen af EVA kan ikke forstås løsrevet fra konflikten mellem Region Hovedstaden og PLO omhandlende lægebetjeningen i sundhedshuset i Helsingør. En konflikt der udvikler sig henover efteråret 2012, og hvor forhandlingerne bryder sammen i begyndelsen af december 2012. Kernen i konflikten er en følge af beslutningen om at lukke Helsingør Hospital og uenighed om vilkårene for, at PLO vil acceptere en placering af lægevagtskonsultationen i Sundhedshuset Helsingør.

Da parterne således ikke kan opnå enighed omkring bemanningen i sundhedshuset melder partierne bag Hospitals- og Psykiatriplan 2020 ud den 21. december 2012, at de ønsker at gå nye veje for at sikre lægebemanning i sundhedshuset i Helsingør. Administrationen udarbejder et notat, som beskriver muligheden for at skabe en løsning ved at etablere en regional lægevagtsordning. Socialdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Venstre, Det radikale Venstre og Andreas Røpke (uden for partierne) indgår den 5. marts 2013 en aftale om integration af lægevagten med regionens samlede akutsystem.

På Regionsrådets møde den 12. marts 2013 godkendes det at opsige den eksisterende lægevagtsaftale med henblik på samordning af lægevagten med de øvrige af regionens akutte funktioner.

Dansk Folkeparti og Konservative stemmer imod beslutningen med den begrundelse, at *".. der ikke foreligger en fyldestgørende beskrivelse af funktionernes drift og bemanning – herunder hvem der skal rekrutteres til at bemane funktionerne..."*

4.1.2 Interessenternes vurdering af beslutningsfasen

Set med interessenternes øjne – og det gælder både politikere, faglige organisationer, udførere og administration – har beslutningen om EVA været velforberedt, når man kigger på, at planerne om et integreret akutsystem har været genstand for en lang række analyser i regi af både Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Region Hovedstaden selv. Selve det faglige indhold i omlægningerne – og visionen om at skabe større entydighed for borgerne – er der således også enighed om. Både i beslutningsfasen og i dag.

Interessenternes vurdering af beslutningsprocessen er ligeledes enslydende, når det drejer sig om, hvorledes det ideelle beslutningsforløb kunne have set ud. Både de faglige organisationer, politikere, udførere og administration er grundlæggende enige om, *"...at man fra starten skulle have kørt en proces, hvor man havde taget udgangspunkt i visionen og sagt: hvordan kommer vi derhen i fællesskab?"*

Når det ikke lykkes at gennemføre et ideelt beslutningsforløb hænger det ifølge interessenterne i høj grad sammen med den på det tidspunkt verserende konflikt mellem Region Hovedstaden og PLO om bemanningen af sundhedshuset i Helsingør. At beslutningen træffes i en konfliktsituation har væsentlig betydning. Nedenfor følger et udpluk af citater fra politikere og embedsmænd, der viser betydningen set med interessenternes øjne:

- › *"Beslutningen om at hjemtage lægevagtsfunktionen var ikke rettidig. Beslutningen blev taget på baggrund af en frustration over det generelle samarbejde med PLO fra politisk side. Konflikten omkring sundhedshuset i Helsingør blev en udslagsgivende faktor".*
- › *"Det havde været rart ikke at have et politisk møde, der sagde 'nu gør vi det'. Det havde været rart med mere administrativ forberedelsestid. Det havde måske gjort livet nemmere ift. dialogen med PLO".*
- › *"Set fra politikervinkel har der været uoverskuelighed i hele processen. Vi traf hurtigt en beslutning, måske sådan lidt hals over hoved. Da der er en krigslignende situation, hvor der er en part som er meget utilfreds, går vores administration i gang med at forberede alt muligt".*
- › *"Konflikten omhandlende lægehuset i Helsingør påvirkede helt sikkert beslutningen om EVA. Forligskredsen blev indkaldt på baggrund af den konflikt. Der går ca. en uge fra det første møde herom til der er strikket en aftale sammen. Det bliver en historisk mulighed for at beslutte noget, som der ikke ellers kunne skabes flertal for tidligere".*

Endelig er det interessenternes vurdering, at konflikten og det politiske forlig påvirker den efterfølgende design- og planlægningsproces. At konflikten og beslutningen så at sige lægger sporene for planlægningen. Citaterne nedenfor giver et godt indtryk af den generelle interessent holdning:

- › *"Den største udfordring har været tidsforløbet. Det er en kæmpe organisatorisk forandring som er gennemført på meget kort tid. Det er en beslutning som er taget politisk, derfor har man været nødt til at gøre det inden for den givne tidsramme".*
- › *"Der har været udvist manglende respekt for opgavens omfang. Indstillingen har været, at når den politiske beslutning er truffet, så skal det bare køre".*

4.1.3 Vurdering og konklusion

Baseret på interviews og gennemgangen af det skriftlige materiale er det COWIs vurdering, at beslutningen om at etablere EVA blev truffet på et gennearbejdet, solidt sundhedsfagligt grundlag sanktioneret af Sundhedsstyrelsen og akutudvalget med deltagelse af både Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd. Det sker ligeledes som en udmøntning af en landsdækkende aftale mellem regeringen og Danske Regioner.

Visionen om EVA indeholder en lang række sundhedsmæssige fordele set med patient øjne. Den adresserer en række uhensigtsmæssigheder i det eksisterende lægevagtssystem, som er blandt årsagerne til, at man i sundhedsfaglige kredse siden 2007 har ønsket at ændre lægevagtsfunktionen. Eksempelvis kan den tidligere lægevagtsordning ikke i tilstrækkeligt omfang dokumentere patientsikkerhed eller kvalitet. EVA skal blandt andet være med til at ændre dette.

Betydningen af konflikten mellem PLO og Region Hovedstaden om bemanningen af sundhedshuset i Helsingør er helt central for beslutningen om at indføre EVA. Beslutningen træffes på det givne tidspunkt – og meget hurtigt - fordi der opstår en politisk mulighed for det. Det er centralt at skelne mellem visionen om EVA og grundlaget for dette og så den konkrete politiske beslutning, der træffes 12. marts 2013 omkring hjemtagning af lægevagtsordningen og integrationen af denne i regionens akutsystem. Hvor den første er grundigt analyseret var beslutningen, der træffes i marts 2013, og konsekvenserne heraf ikke blevet grundigt analyseret. Det tillod den hurtige beslutningsproces ikke. Det var således baseret på mere overordnede og hastigt udarbejdede vurderinger fra administrationens side.

Det er COWIs vurdering, at omfanget af beslutningen og tidshorisonten for planlægning og implementering af denne blev undervurderet af såvel politikere som administration. Hastigheden hvormed den politiske beslutning træffes og den fortsatte konflikt mellem PLO og regionen påvirker i høj grad rammerne for den efterfølgende design- og planlægningsproces.

4.2 Organisering og planlægning af arbejdet

I nærværende afsnit analyseres organiseringen og planlægningen af implementeringen er EVA. Nedenfor beskrives de overordnede aktiviteter, interessenternes vurdering af indsatsen og COWIs vurdering og konklusion.

4.2.1 Indhold og aktiviteter

Som følge af beslutningen omkring etableringen af EVA, har der været strukturelle og organisatoriske ændringer internt og på tværs af Region Hovedstadens forskellige enheder (DPV og akutmodtagelser/-klinikker). Der blev oprettet en styregruppe, en koordinationsgruppe og et sekretariat, med det formål at styre og koordinere processen omkring etableringen af EVA. Herudover gennemgik DPV omfattende fysiske og organisatoriske ændringer, og akutmodtagelser/-klinikker ligeledes dog i mindre grad.

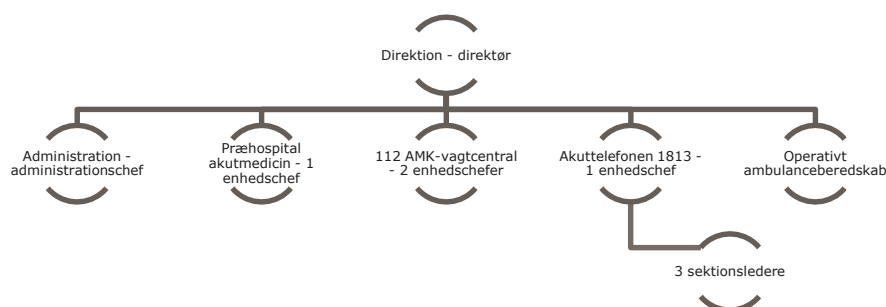
På kort tid skulle der foretages nogle grundlæggende organisatoriske ændringer for at integrere det øgede aktivitetsniveau og den udvidede opgaveportefølje i akutsystemet. I budgettet for 2013-2016 var der afsat investeringsudgifter til at flytte DPV fra Herlev Hospital, herunder vagtcentralen til nye og bedre fysiske rammer i Ballerup. Samlokaliseringen blev således besluttet forud for beslutningen om at opsigte aftalen med PLO om lægevagten og etablering af enstrengt og visiteret akutsystem. Den endelige flytning af Den Præhospitale Virksomhed skete den 14. december 2013 – to uger før idriftsættelsen af EVA.

Styregruppen og koordinationsgruppen var, som beskrevet i afsnit 3.2, tværstabsligt sammensatte grupper, med repræsentanter fra hver af de relevante enheder i koncernen på henholdsvis ledelsesniveau og mellemlider/medarbejderniveau. Styregruppen mødtes månedligt og sager med relevans for EVA blev drøftet. Styregruppen træffer beslutninger og det overdrages herefter til de relevante dele af koncernen at implementere disse beslutninger.

Etableringen af EVA har nødvendiggjort en række organisatoriske ændringer på akutområdet – på akutmodtagelser/-klinikker og i særdeleshed i DPV. Integrationen af vagtlægefunktionen i regionens akutsystem, har betydet, at opgaverne med varetagelse af telefonkonsultation, lægebesøg i hjemmet og konsultationsopgaver i vagttid, der før udførtes af de praktiserende læger, er blevet flyttet til og integreret i DPV. Konsultationsfunktionen er blevet integreret i akutmodtagelserne og – klinikkerne.

I DPV finder en stor organisationsforandring sted i denne periode. DPV var allerede en relativt ny del af organisationen idet den blev etableret den 1. januar 2012. DPV havde før januar 2014 ansvaret for 112-funktionen, ambulancekørsel, sygetransport, samt for rådgivningstelefonen 1813, som blev etableret 30. januar 2012. I takt med organisationsudviklingen skete der også en oprustning på såvel det administrative som ledelsesmæssige område med henblik på varetagelse af det udvidede ansvarsområde og nye opgaver. I nedenstående figur er DPVs organisationsstruktur den 1. januar 2014 illustreret.

Figur 4.1 - Organisationsdiagram for Den Præhospitale Virksomhed ved idriftsættelse af EVA



Kilde: COWI tilvirkning på baggrund af interview med DPV.

På akutmodtagelserne/ –klinikkerne finder ligeledes en omorganisering sted. De skal geares til at kunne håndtere et større flow af patienter med hjemtagelsen af lægevagtsordningen. Akutmodtagelserne/–klinikkerne varetager allerede en stor del af de opgaver, som de også fremadrettet skal i EVA og derfor er omfanget af ændringerne her mindre end i DPV. Det skal også her bemærkes, at omorganiseringen blev tilgået på forskellig vis fra hospital til hospital, hvilket bl.a. hænger sammen med forskelle i de fysiske rammer. Nogle hospitaler valgte en fuldt integreret model med justeringer og mindre ombygning af de eksisterende rammer til at håndtere den gamle lægevagtsdel, mens andre bibeholdt de gamle lægevagtsbygninger og bemandede disse.

4.2.2 Resultater og interessenters vurdering

Det er interessenternes overordnede vurdering, at der har været en konstruktiv ledelsesmæssig tilgang til og opbakning omkring etableringen af EVA. Medarbejderne har i de gennemførte interviews givet udtryk for, at de har oplevet støtte og ledelsesmæssig opbakning i implementeringsprocessen og særligt i driftsfasen. Dette såvel på hospitalerne som i DPV. Det skal her bemærkes, at dette er særlig udtalt i DPV.

Den interne organisation omkring processen, både på tværstabsligt plan og i regionens administrative enheder, er dog fra flere sider blevet problematiseret. Et gennemgående kritikpunkt har været, at styregruppens brede sammensætning har begrænset beslutningskraften i dette forum. Flere respondenter gav udtryk for, at der var sager og områder, der blev debatteret på styregruppemøderne, som det ikke var hensigtsmæssigt, at en styregruppe tog sig af. Dette har taget tid og fokus fra centrale og mere strategiske beslutninger. Nedenfor følger et udpluk af citater i den relation:

- › *"Tænker at det havde været godt at have nogle undergrupper, som behandlede ting og lavede oplæg til styregruppen. Så var man kommet hurtigere frem til nogle skarpere formuleringer og jeg tror, at processen kunne have været accelereret."*
- › *"Repræsentationen var relevant, men måske skulle man hellere have haft målrettede grupper, der håndterede konkrete problemer. Styregruppen skulle*

efterhånden dække både it, kommunikation osv. og kom til at bruge for meget tid på andres fridder.”

- › *”Man måtte fra tid til anden tage sig til hovedet over de ting forskellige personer rejste i styregruppen – det betød også, at man ofte følte man spildte sin tid til møderne.”*

En række interessenter har også peget på, at regionens – og andre store offentlige virksomheders – koncernstyringstilgang med en række større, delvis selvstyrende og autonome enheder på nogle områder har været uhensigtsmæssig ift. planlægningen og implementeringen af EVA. Denne organisering og deraf følgende forvaltningskultur betyder i praksis, at de beslutninger, der træffes overdrages til relevante enheder. Disse forestår herefter implementeringen af beslutningen og har det samlede ansvar herfor – inkl. ansvaret for at melde tilbage omkring fremdrift, forsinkelser mv. Flere respondenter har peget på, at der kan opstå problemer, når de centrale koordinerende funktioner ikke har tilstrækkeligt overblik over leverancer, og/eller når de løbende tilbagemeldinger udebliver eller er utilstrækkelige. I en tidspreset proces med mange afhængigheder kan dette manglende overblik skabe flaskehalse og forsinkelser, der kan sprede sig som ringe i vandet. Dette er bl.a. italesat gennem *”...vi forventede de vendte tilbage, hvis de havde problemer..”*.

Den koordinerende funktion som sekretariatet havde, har ikke som sådan indeholdt monitorering og løbende opfølgning på leverancer hele vejen rundt i koncernen. Det har ligeledes ikke været sekretariatets opgave at forestå forventningsafstemning omkring tid, ressourcer og resultater med alle involverede parter. Ifølge nogle interessenter skete en stor del af dette i styregruppe regi, hvilket flere stiller spørgsmålstegn ved hensigtsmæssigheden af. Denne omtalte mangel på gennemgående monitorering med delopgaver i processen og deraf manglende konsistente overblik over helheden kan bl.a. illustreres ved følgende citat: *”Man skal have en overordnet systematik. Det er den professionalisme jeg savnede, at koncernen havde lagt ned over projektet. Det kunne man have gjort med en mindre styregruppe og en projektledelse, der fulgte leverancerne tættere – og var såvel koordinator som projektleder”*.

En gennemgang af regionens planlægningsmateriale har vist, at der ikke har været en overordnet tilgængelig ”masterplan” for, hvad der skulle nås og af hvem for samlet set at komme i mål. Eller en plan, der tydeligt viste de forskellige afhængigheder, der var i processen mellem centrale aktører særligt på regionsgården, i DPV og på hospitalerne. Der er ingen tvivl om, at centrale aktører i processen har kendt disse, men tilstedeværelsen af en sådan ”plan”, der også kunne deles med andre aktører således, at de kunne se sig selv i det større billede, har ikke været der.

Analysen peger ikke på, at ovenstående ”mangler” har været bevidste eller forsætlige. De involverede har arbejdet seriøst og grundigt med planlægningen og implementeringen ud fra den organisatoriske tilgang til arbejdet, der var valgt. Alle led har været underlagt det overordnede tidspres og det faktum, at EVA skulle gå i luften 1. januar 2014. Analysen af såvel materiale som interviews peger på, at organisatoriske svagheder i det valgte setup – med en stor og bred styregruppe og et sekretariat uden mandat til mere stringent opfølgning på leverancer og central monitorering – har ført til uhensigtsmæssighederne. Nedenfor er summeret nogle af de væsentligste uhensigtsmæssigheder, som analysen har afdækket:

- › *Principper og retningslinjer for EVA* færdiggøres relativt sent i den samlede ni-måneders periode der var fra til det samlede planlægnings- og implementeringsforløb og forelægges først regionsrådet på et møde den 20. august. Selvom en række centrale elementer af planlægningsarbejdet påbegyndes parallelt med udarbejdelsen af principper og retningslinjer, er der områder der afventer denne. Dette er bl.a. budgetprocessen, der skal være på plads før rekrutteringen kan påbegyndes.
- › *Den proaktive patientsikkerhedsanalyse* kommer sent i processen (primo december 2013) og efterlader ingen tid til, at DPV kan føre anbefalingerne ud i livet inden 1. januar 2014. Det er her bemærkelsesværdigt, at analysen forudser en række af de udfordringer, der opstår efter 1. januar 2014 relateret til bl.a. ventetid og angiver, at der bør udarbejdes handlingsplaner for at imødekomme denne udfordring. Disse var ikke udarbejdet ved driftsstart 1. januar 2014 som analysen anbefaler.
- › Udarbejdelse af *udkast til aftaler til forhandling med de fagpolitiske organisationer* var problematiske grundet mangel på afstemning omkring deadlines. Man har både fra ledelsens og medarbejdernes side udtrykt, at der har manglet konsensus omkring, hvad forventningerne omkring opgaven har været ved dennes overdragelse fra styregruppen til Enhed for Løn og Forhandling.
- › Information omkring *status på opgaver* fra enheder til styregruppen har været mangelfuld i flere tilfælde. Eksempelvis blev det oplevet, at der ikke fra DPV var fokus nok på information vedrørende forsinkelser i implementeringen, primært på rekrutteringsområdet.

DPV har i processen stået overfor store organisatoriske forandringer og en væsentlig udvidelse af organisationen. De har ligeledes stået med et stort driftsansvar med udvidelsen af 1813 med en visitationsfunktion samt hjemtagelsen af lægevagtsordningen.

Analysen peger på, at håndteringen af denne opgave i DPV er sket med stort engagement og en overordnet indstilling til, at det kunne lade sig gøre at få virksomheden gjort klar til EVA inden 1. januar 2014. Flere respondenter fra DPV nævner, at der var en korps- op pionerånd samt et gennemgående ønske om at lykkes med den vanskelige opgave. Flere respondenter peger på, at der har været en stor opbakning fra ledelsen ift. at motivere medarbejderne og være til stede i processen – særligt i driftsfasen, da ventetiderne på telefon fik det til at brænde på.

Flere interessenter peger på, at DPV ikke har været klædt på til at varetage så stor en opgave og forandring underlagt det aktuelle tidspres, med den ledelse og det administrative støttepersonale, der var på daværende tidspunkt. En række af lederne blev først rekrutteret relativt sent i forløbet ligesom de administrative funktioner i DPV også først sent er blevet væsentligt styrket.

Det er kendetegnende for hospitalerne, at håndteringen af planlægningen og implementering af EVA er grebet forskelligt an fra sted til sted. Gennemgående er der blandt respondenterne tilfredshed med, hvorledes den lokale afdelingsledelse har

håndteret dette. Det er også gennemgående, at der var stor uklarhed blandt personalet omkring, hvad der egentlig ville ske efter 1. januar. Der gives bl.a. udtryk for at *"..Vi skulle jo på en lang række områder fortsætte med business as usual – og så måtte vi håndtere de nye udfordringer henad vejen"*. Det nævnes herudover, at processen omkring EVA har været meget fokuseret på 1813-delen og at hospitalsdelen ikke har været tilstrækkeligt gennemtænkt samt fået den fornødne fokus.

På børneafdelingerne har medarbejderne generelt været mere kritiske. De nævner selv, at dette bl.a. skyldes at de først sent blev inddraget i EVA og derefter på mindre end to måneder skulle opbygge en funktion, herunder rekruttering til denne.

Det er gennemgående i interviews med medarbejdere på såvel hospitalerne som i 1813-enheden, at der har været meget lidt fokus på forståelsen for hinandens situationer og arbejdsvilkår i såvel planlægnings- og implementeringsperioden som i den efterfølgende driftsperiode.

4.2.3 Vurdering og konklusion

Baseret på ovenstående analyse er det COWIs vurdering, at styregruppens størrelse, med repræsentation fra alle regionens hospitaler samt størstedelen af regionens administrative enheder, gjorde den mindre effektiv som beslutningsorgan. En styregruppe der er så bredt sammensat som denne, sikrer muligvis at alle repræsenterede parter får indsigt i forskellige aspekter af processen, men en sådan organisering har også den konsekvens, at der bruges (for) meget tid på, at opnå enighed i en bredt repræsenteret forsamling, i sager, som kun har relevans for en mindre del af styregruppen. Dette forsinker beslutninger og forsinker dermed processen ligesom det tager fokus fra væsentlige, strategiske beslutninger. En smallere repræsenteret styregruppe ville sandsynligvis have sikret en hurtigere beslutningsproces, og derved skabe en større fleksibilitet i den administrative struktur omkring etableringen af EVA. En række undergrupper kunne sikre alles repræsentation og mulighed for indsigt i processen.

Det er ligeledes COWIs vurdering, at DPV som organisation har været for svag administrativt og ledelsesmæssigt i design- og planlægningsfasen til at håndtere omfanget af de organisatoriske ændringer. Virksomheden har stået overfor massive organisatoriske forandringer, og har ikke haft den fornødne administrative tyngde til at have det fulde overblik over processen, og har derved ikke formået at være på forkant med de udfordringer, der er opstået. Dette kunne muligvis have været afhjulpet med en øget udstationering af personale fra andre centrale dele af koncernen til at assistere DPV med opgaven. Helt konkret har CIMT bistået DPV ift. it ligesom øvrige dele af regionens administration har bistået, hvor DPV har udtrykt behov for hjælp – eksempelvis i forbindelse med behandling af klager og i patient-sikkerhedsspørgsmål samt assistance ifm. rekruttering.

Et eksempel på en effektivt organiseret og velegnet delproces i etableringen af EVA er udviklingen af it-understøttelse. Denne del af processen har i høj grad været præget af en projektorienteret tilgang med en systematiseret struktur, løbende monitoreringer, og udarbejdelse af foranalyser, risikoanalyser, handlingsplaner og arbejdsfordelinger for processen. Dette har været med til at skabe det fornødne overblik over processen og it-systemet levede da også op til de målsætninger man

internt i CIMT havde sat for opgaven. Det er COWIs vurdering, at der processuelt er meget læring at hente fra den måde udviklingen af it-understøttelse har været organiseret på.

4.3 Personale - rekruttering og kompetenceudvikling

Design- og planlægningsopgaverne relateret til personale, rekruttering og kompetenceudvikling er i vid udstrækning tilrettelagt og udført af DPV selv samt de enkelte hospitaler. Nedenfor beskrives de overordnede aktiviteter, interessenternes vurdering af indsatsen og COWIs vurdering og konklusion.

4.3.1 Indhold og aktiviteter

Regionen etablerede en arbejdsgruppe under EVA styregruppen til at varetage de personalemæssige udfordringer. Opgaverne for arbejdsgruppen havde to hovedtemaer: (i) Bemanding og rekruttering, herunder aftaleforhandlinger med faglige organisationer, og (ii) uddannelse og kompetenceudvikling.

Bemanding og rekruttering

Bemanding og rekruttering af personale til EVA har været påvirket af flere faktorer⁸. For det først betød beslutningen om at hjemtage lægevagten – og opsigelsen af overenskomsten med de praktiserende læger, at selve planlægningen af bemanding og rekruttering i praksis ikke kunne gennemføres i dialog med de praktiserende læger og PLO. Og da PLO i forløbet fraråder sine medlemmer at søge ansættelse ved 1813 begrænser dette de facto mulighederne for at rekruttere PLO's medlemmer til 1813.

Selve opgaven krævede ellers al den eksisterende viden og erfaring man kan forestille sig. Den organisatoriske omlægning af akutsystemet, samt integrationen af lægevagten i en, for regionen, ny akutfunktion, indebar nødvendige ændringer i bemandingsbehov og nye opgavetyper. Dette krævede udarbejdelse af omfattende analyser af bemandingsbehov, samt arbejdsgangsanalyser, hvor det netop havde været godt, at være i dialog med de læger, som havde erfaring med lægevagtsarbejdet i forvejen.

Region Hovedstaden udarbejdede i planlægningsfasen de nødvendige analyser af bemandingsbehov, etc. på baggrund af de data, der var til rådighed fra den tidligere lægevagt, samt fra egne akutfunktioner omkring bemanding, antal opkald, ventetider, etc. På baggrund af disse analyser udarbejdede man det forventede bemandingsbehov, som kommer til at danne grundlag for den efterfølgende rekrutteringsproces.

I rapporten omkring retningslinjer og principper for EVA, anslås det, at antallet af sygeplejearsværk på 1813 vil stige fra 25 til 77, med henblik på varetagelse af den nye visitationsfunktion. Herudover var det planen at ansætte 18 lægeårsværk til telefonkonsultationer, samt 24 lægeårsværk til hjemmebesøg. På akutmodtagelser og –klinikker planlægges det at ansætte ca. 26 lægeårsværk og ca. 17 sygeplejerske/lægesekretærårsværk til varetagelse af de nye opgaver.

⁸ Processer og aktiviteter omkring bemanding og rekruttering er blevet udført af Enhed for Løn og Forhandling i Center for HR. Opslag af stillinger er blevet foretaget af Enhed for Hospitalsplanlægning.

Ud over de rent bemandingsmæssige konsekvenser, med de forestående ændringer var der ligeledes et behov for at indgå nye aftaler med de faglige organisationer, der repræsenterer de læger og visitatorer, som skulle ansættes ved 1813.

I planlægningsfasen påbegyndtes udarbejdelsen af udkast til aftaler, til forhandling med de faglige organisationer. Rapporten omkring retningslinjer og principper blev forelagt for regionsrådet den 20. august 2013, hvorefter der påbegyndes de nødvendige aftaleforhandlinger. Argumentet set med Region Hovedstadens øjne var, at det først er på dette tidspunkt, man reelt kender og har et godkendt budget for EVA at forhandle på baggrund af. Med udgangspunkt i de fastsatte bemandingsbehov, påbegynder *Enhed for Løn og Forhandling* i regionen aftaleforhandlinger med FAS, YL og DSR efter den 20. august 2013.

Forhandlingsprocessen er intensiv og foregår i løbet af september, oktober og november. Forhandlinger med FAS afsluttes endeligt d. 5. november 2013 efter 11 møder mellem parterne. Aftalen med YL falder på plads 29. november 2013. Der indledes ikke forhandlinger med PLO. Aftaler med DSR er ikke presserende på samme måde idet behovene i stort omfang forventes at kunne dækkes af den eksisterende aftale.

I løbet af forhandlingsprocessen har regionen allerede haft stillingsannoncer for læger til 1813 opslået 26. august 2013. Men en række planlagte ansættelsessamtaler på akutmodtagelser og –klinikker med ansøgerne må den 9. oktober 2013 udsættes, da forhandlingerne ikke er afsluttet.

Boks 4.1 – Oversigt over forløb for aftaleforhandlingerne

FAS

- Forhandlinger påbegyndt 12. september 2013 /23. august 2013
- Forhandler aftale for speciallæger. Den 5. november 2013 indgås aftale mellem Region Hovedstaden og FAS omkring Frivilligt Ekstra Arbejde (FEA) og ekstraordinære deltidsansættelser i en overgangsperiode i EVA. En 2-årig aftale mellem FAS og Den Præhospital Virksomhed indgås 13. november 2013, med virkning fra 1. januar 2014.

YL

- Forhandlinger påbegyndt 26. september 2013/ 30. juli 2013
- Forhandler aftale for underordnede læger. Den 13. november 2013 indgås, sammen med FAS, den ovenfor nævnte 2-årige aftale mellem FAS og DPV. Den 29. november indgås en aftale mellem Region hovedstaden og YL om vacanceaftale i en overgangsperiode i EVA.

DSR

- Forhandlinger med Region Hovedstadens påbegyndes efteråret 2013.
- Forhandler aftale for sygeplejersker. Den 20. december 2013, indgås en aftale mellem Region Hovedstaden og DSR om frivilligt ekstra arbejde (FEA) for sygeplejersker ved akutmodtagelser og –klinikker. Den 28. marts 2014, indgås aftale mellem Region Hovedstaden og DSR om FEA for sygeplejersker på DPV.

Note: De to angivne datoer for opstart af forhandlinger med FAS og YL angiver de to parter opfattelse af, hvornår forhandlingerne blev indledt.

Kilde: COWI

En ny runde opslag og ansættelsessamtaler planlægges efter indgåelse af aftalerne. Tidsrummet mellem aftaleforhandlingernes færdiggørelse og den 1. januar efterlader meget kort tid til hele rekrutteringsforløbet. Som eksempel på dette, indgås

der først den 20. december en aftale om frivilligt ekstra arbejde for sygeplejersker ved akutmodtagelser og –klinikker i Region Hovedstaden.

Som også behandlet i afsnit 4.7 lykkes det ikke at have alle ledige stillinger besat ved opstart. Det var særligt i DPV, der var disse udfordringer. Således udgjorde antallet af faktiske årsværk i januar 2014 for henholdsvis læger og sundhedsfaglige visitatorer henholdsvis 89 pct. og 85 pct. af normeringen. Ligeledes var en række af lederne (enhedschefer og sektionsledere) heller ikke rekrutteret eller først rekrutteret tæt op til driftsstart 1. januar.

Dette påvirker også mulighederne for at sikre tilstrækkelig kompetenceudvikling af personalet.

Uddannelse og kompetenceudvikling

Region Hovedstaden skulle med etableringen af EVA varetage en ny akutfunktion, der indebar oprettelsen af en helt ny opgave, nemlig den sundhedsfaglige visitatorfunktion. Der udarbejdes i planlægningsfasen kompetenceprofiler og stillingsbeskrivelser for alle stillinger i DPV og på akutmodtagelser og –klinikker, herunder for sundhedsfaglige visitatorer.

Alle der ansættes modtager et kompetencekort, som udfyldes af mere erfarne kollegaer og udgør en vurdering af, hvilke kompetencer den ansatte har- og løbende opnår.

Visitatorernes kompetenceudvikling efter ansættelse ved DPV består i undervisning og sidemandsoplæring. DPV koordinerer og forestår selv undervisningen.

På 1813 modtager visitatorerne for eksempel et 3-ugers introduktionsforløb. Dette forløb omfatter kommunikation og samtaleteknik, cases, workshops, samt introduktion til it-systemet, herunder journalføring og brugen af beslutningsstøtteværktøjet, som er udviklet som en hjælp til visitatorernes varetagelse af visitations- og rådgivningsopgaver. Herudover modtager de ansatte sidemandsoplæring fra kollegaer med erfaring med telefonvisitation/-rådgivning.

4.3.2 Resultater og interessenternes vurdering

Overordnet vurderer interessenterne generelt, at regionens design- og planlægningsindsats har været tilfredsstillende. Analyser af bemandingsbehov, job-, funktions- og kompetencebeskrivelser for stillinger på både 1813 og akutmodtagelser og –klinikker og planerne for uddannelses- og kompetenceudviklingsindsatser – herunder planerne for brugen af kompetencekort - har generelt set været gode.

Når de fleste interessenter alligevel udtrykker en vis form for utilfredshed over den samlede indsats hænger det sammen med resultatet, da man når driftsfasen: De normerede stillinger er ikke besat, da EVA går i luften den 1. januar 2014 og personalet har ikke alle tilstrækkelig systematisk gennemgået den nødvendige kompetenceudvikling.

Der er særligt syv kritiske forhold fremhævet af forskellige interessenter:

For det første blev aftalerne indgået sent og dermed er rekrutteringerne også gennemført for sent. Kritikerne hævder, at man ikke fra regionens side havde gjort sig klart, hvor lang tid det ville tage at gennemføre forhandlingerne. Der manglede således en overordnet tidsplan, så alle vidste, hvornår aftaleforslag kunne forventes klar, samt hvornår forhandlingerne begyndte og var forventet afsluttet.

Et andet forhold der spiller en væsentlig rolle her er, at både DSR, YL og FAS gerne ville have været involveret før de egentlige aftaleforhandlinger finder sted. Flere respondenter peger på, at havde de været inddraget i udarbejdelsen af grundlaget for EVA (*Retningslinjer og principper for etablering af EVA*), ville man formodentlig hurtigere kunne have gennemført aftaleforhandlingerne efterfølgende – dette kommer bl.a. til udtryk gennem dette citat: *"Havde man startet dialogen tidlige, så kunne man have forhandlinger på plads før, og være kommet hurtigere i gang med rekruttering"*.

Et tredje kritikpunkt vedrører det forhold, at EVA har behov for læger med speciale inden for almen medicin. Konflikten med PLO-Hovedstaden, hvor langt de fleste læger med dette speciale er organiseret, gør det i udgangspunktet vanskeligt at rekruttere lige netop den type læger. Denne problematik mener flere, at regionen har undervurderet – bl.a. illustreret ved dette citat: *"Der forelå en fejlsvurdering af, hvor vanskeligt det var at få besat stillinger, når PLO bakkede ud"*.

Et fjerde forhold er, at det også var vanskeligt at nå det normerede bemandingsbehov for sundhedsfaglige visitatorer. Også her foreligger der en planlægningsproblestilling, som flere mener, man burde have forudset. Akutmodtagelser og – klinikker forudsætter nemlig, at EVA ikke må føre til en *kannibalisering* af sygeplejersker med akut erfaring således at disse siger op til fordel for en stilling ved EVA. Dette kommer bl.a. til udtryk i dette citat: *"De (DPV) ville i rekrutteringen sørge for at der ikke kom for mange ansøgninger fra folk fra akutmodtagelserne. Man var bange for, at EVA kunne tilbyde nogle forhold hospitalerne ikke kunne matche"*. Resultatet bliver, at kannibaliseringen undgås, men til gengæld får man ikke nok ansøgere med akut-faglig erfaring – og dermed kan normeringerne ikke fyldes ud.

Det femte punkt omhandler det forhold, at kompetenceudviklingen af visitatorerne begrænses af, at de grundlæggende it-funktionaliteter først var klar til ibrugtagning den 10. december 2013. Enkelte delelementer fulgte op til idriftsættelsen af EVA. Og optimeringen af it-systemet er en løbende proces – også efter man er gået i drift. Oplæring i it-systemet opleves af mange som havende været en løbende proces, som er sket i takt med delementernes færdiggørelse, og som overordnet set ikke har været fyldestgørende. Dette er ligeledes behandlet i afsnit 4.4 om it.

For det sjette har respondenterne ikke oplevet, at gennemførelsen i praksis af uddannelse og kompetenceudvikling var tilfredsstillende. Flere ansatte havde ikke gennemført, eller havde kun delvist gennemført, de obligatoriske undervisningsforløb, da man går i luften den 1. januar 2014. Herudover har enkelte ansatte oplevet at skulle foretage sidemandsoplæring af medarbejdere i it-systemet, uden selv at have modtaget tilstrækkelig indførelse i det. En medarbejder udtrykker det således: *"Vi var ansat til at bestride en stilling, som vi ikke havde værktøjerne til at varetag"*. Det er først efter idriftsættelsen af EVA, at undervisning af personale på 1813 er blevet systematisk struktureret.

Endelig har **det syvende punkt** at gøre med det forhold, at regionen slår stillinger op før aftalerne er på plads. Dette møder skarp kritik fra de faglige organisationer – bl.a. eksemplificeret via dette citat: *"At slå stillinger op inden man har arbejdsvilkårene på plads, det er en dårlig idé. Aftalen med os skulle have været indgået inden sommerferien"*.

4.3.3 Vurdering og konklusion

Det er COWIs overordnede vurdering, at selve design- og plangrundlaget på personaleområdet på et overordnet plan har været tilfredsstillende. Der er udarbejdet kompetenceprofiler, samt instrukser og guides til faglig vejledning af de ansatte.

Regionen er gået for sent i gang med aftaleforhandlinger med de fagpolitiske organisationer. Dette forsinkede rekrutteringen af personale. Det er COWIs vurdering, at ikke alle elementer i forhandlingerne nødvendigvis behøvede afvente den endelige behandling i regionsrådet af *Retningslinjer og principper* den 20. august 2013.

De fagpolitiske organisationer har ikke været involveret i tilstrækkelig grad i design- og planlægningsprocessen omkring etablering af EVA til trods for, at flere af disse har rettet henvendelse til regionen med forslag til og ønske om at deltage i arbejdet. Det er COWIs vurdering, at ved at have inddraget de fagpolitiske organisationer i planlægningsprocesserne i foråret 2013 kunne man have opnået både indsigt – og givetvis kunnet fremskynde afviklingen af de efterfølgende aftaleforhandlinger.

Gennemførelsen af kompetenceudviklingsaktiviteterne op til driftsstart den 1. januar 2014 har ikke været tilstrækkelig og er – grundet den sene rekruttering og it-redskabernes sene færdiggørelse – igangsat for sent.

Endelig er det COWIs vurdering, at regionen – givet den verserende konflikt med PLO-Hovedstaden og det forcerede design- og planlægningsforløb – ikke har taget tilstrækkelig højde for, at det kan blive vanskeligt at rekruttere læger med den rette kompetenceprofil. Ligeledes har der manglet en overordnet, samlet rekrutteringsplan, der kunne bidrage til at sikre, at der ikke er akutmodtagelser/-klinikker, der tømmes for medarbejdere og samtidig sikrer, at der kan rekrutteres visitatorer med den rette faglige profil til at varetage den nye visitationsopgave i 1813-enheden.

4.4 IT

I nærværende afsnit analyseres organiseringen og planlægningen af implementeringen af it-understøttelse til EVA. Nedenfor beskrives de overordnede aktiviteter, interessenternes vurdering af indsatsen og COWIs vurdering og konklusion.

4.4.1 Indhold og aktiviteter

Udviklingen af it-understøttelse til EVA har i høj grad været præget af den stramme tidsramme for etableringen af EVA.

CIMT har benyttet sig af ydelser leveret af eksterne leverandører. Der blev lavet aftaler med tre eksterne leverandører med henblik på systemudvikling; CSC, der står for ændringer i GS!åben/Opus, Logis, som står for udbygning af LogisCAD og NetDesign, som har stået for integrationer til LogisCAD, samt for telefonfunktionen på 1813. En forudsætning for at nå de fastsatte mål for projektet har derfor under hele processen været, at eksterne leverandører har overholdt de indgåede aftaler og leveret de aftalte ydelser til tiden.

Med henblik på at udarbejde en it-løsning, der understøtter de organisatoriske og systemmæssige ændringer i akutsystemet, har CIMT udarbejdet rapporten *It-understøttelse af enstrengt og visiteret akutsystem – løsningsforslag, risikovurdering og projektfremgangsmåde*. Denne rapport blev godkendt af styregruppen i juni 2013, og indeholder konkrete og detaljerede beskrivelser af processen omkring udarbejdelse af en it-løsning og dertilhørende risikovurdering.

It-løsningen til EVA tager udgangspunkt i en videreudvikling af to eksisterende systemer. Der er tale om GS!åben/Opus på hospitalerne og LogisCAD i AMK-vagtcentralen. Der foretages nødvendige ændringer og udbygninger af disse systemer, med henblik på tilpasning til de nye funktioner og strukturer, lige som der udføres en række integrationer for at skabe sammenhæng mellem de to systemer.

LogisCAD er oprindeligt udviklet som et system til disponering af sygetransporter. Det udvides således, at det understøtter de nye visitations- og dokumentationsfunktioner for læger og sundhedsfaglige visitatorer på 1813, og funktioner for lægebesøg og kørende læger ligeledes. Systemintegrationerne er udviklet således, at visitatorer i LogisCAD kan fremsende dokumentation (navn, adresse, diagnosekode, anamnese og lokationsnummer) for visiterede borgere til OPUS på hospitalerne. Informationer om ventetider overføres fra akutmodtagelser/-klinikker til 1813, således at visitationen kan ske hensigtsmæssigt og borgerne kan oplyses om den forventede ventetid.

Udover ovenstående ændringer, har systemudviklingen også indebåret en integration af funktioner for AMK-vagtcentralens akuttelefonfunktioner, 1813 og 112. I den tidligere vagtlægeordning foregik viderehenvislninger mellem vagtlægen og 112 via telefonisk omstilling, mens det nye system kan flytte borgere direkte fra den ene linje til den anden.

It-systemet har også muliggjort fælles adgang til patientjournaler og journalføring, således at patientens forløb bliver sammenhængende, uanset hvilken indgang til akutsystemet den pågældende patient har benyttet. Det betyder også, at skulle

patienten overgå fra en akutfunktion til en anden, vil dennes journal stadig være fuldt tilgængelig for personalet. Denne funktion har erstattet en fælles tværregional journal, som man benyttede sig af i den tidligere vagtlægeordning. I denne ordning kunne vagtlæger på landsplan få adgang til og benytte sig af en fælles patientjournal, dog var dette system ikke integreret med journalerne på hospitalerne. Således er det nye system integreret i hospitalernes systemer, mens det tidligere læge-vagtssystem var integreret på tværs af landet og for nogle praktiserende lægers vedkommende også til deres systemer. Så på den ene side har man oplevet en stærkere integration til hospitalernes systemer, men omvendt er systemet ikke længere integreret med andre regioners vagtlægesystem. Således er de praktiserende læger i dag afhængige af rettidig fremsendelse af epikriser fra hospitalerne således, at de kan følge, hvad der sker for deres borgere/patienter. Dog kan journalnotater for patienter, der er tilset på hospitalet tilgås på sundhed.dk.

Der var fra start en erkendelse af, at tiden til at få udviklet it-understøttelse var knap. Der blev således opstillet to scenarier for færdiggørelse og etablering af it-systemerne. Version 1 tager udgangspunkt i en midlertidig løsning, som man vurderede kunne være klar til 1. januar 2014, og som var tilstrækkeligt udviklet til at varetage en midlertidig systemfunktion. Version 2 er den it-løsning, som Center for It, Medico & Telefoni anbefalede som færdig løsning. CIMT forventede at denne løsning kan være klar i løbet af først halvår af 2014.

Den 10. december 2013 var de grundlæggende it-funktionaliteter, hvad der ovenfor beskrives som version 2, klar til ibrugtagning på 1813 og på akutmodtagelserne og –klinikkerne. Dette til trods for, at det først var forventningen, at denne version ville kunne tages i brug i løbet af 2014.

4.4.2 Resultater og interessenters vurdering

Interviews med interessenterne og foreliggende materiale peger grundlæggende på, at udviklingen af it-understøttelse for EVA har været veltilrettelagt. Der er lavet en konkret plan for, hvad man ifølge den overordnede plan for etablering af EVA skulle nå, hvad der realistisk set kunne nås, og hvad der var af handlemuligheder inden for disse rammer. Udviklingen af it-systemet har på mange måder kørt som et separat, men sideløbende projekt i forhold til den overordnede etableringsproces. I april 2013 udarbejdede CIMT en foranalyse med henblik på at opnå klarhed om organisering af it-udviklingsarbejdet og opgavens omfang. Denne efterfulgtes af rapporten omkring it-understøttelse af EVA, som udgør en omfattende og grundig implementeringsplan. En projektafslutningsrapport er udarbejdet i august 2014, som markering af processens færdiggørelse.

En af de gennemgående udfordringer omkring etableringen af EVA har været tidsrammen. Dette har også været tilfældet i forbindelse med udvikling af it-understøttelse. Således blev færdiggørelse af it-systemet vurderet som værende et af det samlede projekts største risikoområder. Dette kan illustreres ved følgende citat:

- › *"Normalt ville sådan et projekt have taget minimum et år mere. Således skulle der på otte måneder leveres, hvad der tager 1,5-2 år i et normalt forløb"*

Det blev indledningsvist overvejet, hvorvidt der skulle udvikles et helt nyt system eller eksisterende systemer skulle videreudvikles. Flere forhold gjorde, at man valgte at videreudvikle på eksisterende systemer:

For det første ville man ikke skulle ud i en længere udbudsrunde som grundet tids-horisonten ville være vanskelig at nå. I stedet kunne udviklingen ske gennem eksisterende servicekontrakter med de givne leverandører.

For det andet er regionen i samarbejde med Region Sjælland i gang med at udvikle sundhedsplatformen, der om nogle år vil afløse OPUS på alle regionens hospitaler. På hospitalssiden ville det således ikke give meget mening at udvikle et tredje og helt nyt system.

For det tredje ville en videreudvikling af LogisCAD give en meningsfuld integration i DPV og medvirke til at skabe synergier mellem 1-1-2 og 1813 idet medarbejderne arbejdede i det samme grundlæggende system. Dette betyder bl.a. at der er en række medarbejdere, der kan varetage telefonbetjening af såvel 1-1-2 som 1813.

Som en del af processen omkring udviklingen af it-understøttelse blev der, som oven for beskrevet, defineret en version 1 og en version 2 af systemet. Der er blandt interessenterne bred enighed om, at selve design- og planlægningsforløbet for udviklingen af it-systemet har været en meget struktureret og projektorienteret proces. Man har i rapporten omkring it-understøttelse af EVA, taget højde for langt de fleste af de ting, der kunne vise sig at problematisere processen, herunder primært tidsperspektivet, og man har lavet en plan for den gradvise projektudvikling i henhold til de forskellige elementer, der skulle udvikles. Ligeledes har aftaler med eksterne leverandører været veldefinerede og velafgrænsede.

De tre it-leverandører har overholdt aftaler og leveret til tiden. Regionen tog tidligt i processen fat i ledelserne hos de tre leverandører med henblik på at sikre prioritering af de leverancer, der skulle nås. Samarbejdet beskrives som velfungerende med alle tre leverandører. Det skal dog bemærkes, at der var enkelte udfordringer omkring kvalitetssikringen af arbejdet udført af Logis. Udfordringerne blev imidlertid håndteret ved, at CIMT afsatte personale til at hjælpe Logis med dette.

Der har dog også været aspekter af it-udviklingsprocessen, der ikke er blevet oplevet tilfredsstillende af interessenterne. Flere medarbejdere i Den Præhospital Virksomhed har udtrykt et ønske om at være blevet hørt mere i forbindelse med udviklingen af it-systemet, særligt omkring udvikling af beslutningsstøtteværktøjet. Som visitatorer er de en af systemets målgrupper. Systemets succes afhænger af i hvilken grad de som brugere forstår og formår at anvende dette værktøj. Det har været muligt for medarbejderne at levere input til ledelsen, men de er ikke blevet direkte inddraget eller på anden vis anvendt som ressource i den henseende. De gennemførte interviews peger på, at tidsaspektet har spillet en væsentlig rolle her. Der var simpelthen ikke tid til en større medarbejder inddragelse og grundige arbejdsgangsbeskrivelser, der kunne føde ind i en kravspecifikation til it-systemet. Det har således i praksis været en meget lille gruppe af centrale medarbejdere, der har stået for designet af it-systemerne.

Det generelle tidspres bl.a. i forhold til ansættelser og en færdiggørelse af systemerne i december har betydet meget lidt tid til oplæring i de nye systemer. Perso-

nalet på 1813 har modtaget undervisning i en ikke-interaktiv udgave af systemet, dvs. via screenshots, der ligeledes ikke var gengivelser af den endelige udgave af systemet. De har kun haft begrænset hands-on træning og meget begrænset mulighed for at lære beslutningsstøtteværktøjet at kende.

Ligeledes betød tidspresset og færdiggørelsen i december 2013 også, at der udestod visse fejlrettelser ved driftsstart. Størstedelen af EVA-funktionaliteterne var færdigtestet og klarmeldt, om end der blev konstateret fejl efter 1. januar. De fejl, brugerne i AMK-Vagtcentralen oplevede efter nytår, var primært relateret til den større opgradering af Logis CAD, som leverandøren gennemførte samtidig med udviklingen af EVA-funktionaliteten. De fleste it-relaterede fejl blev rettet i løbet af de første tre måneder i drift.

Blandt brugerne er der bred enighed om, at dele af it-systemerne var problematiske og enkelte dele decideret uhensigtsmæssige ved opstarten. En række af disse udfordringer er blevet håndteret med tiden. I forbindelse med idriftsættelsen af EVA og en periode derefter var der fast udstationeret it-medarbejdere i DPV til løbende at håndtere de udfordringer, der opstod. De væsentligste problemer omkring systemet som medarbejderne har rapporteret ved opstart fremgår af nedenstående:

- › Beslutningsstøtteværktøjet / indekset var ikke færdigudviklet, hvilket skabte problemer. Det skal bemærkes, at det i henhold til planen ikke var meningen, at denne funktionalitet skulle være færdigudviklet ved driftsstart.
- › Medicinmodulet var ikke integreret i systemet. Således var der ingen integration mellem Logis CAD og det Fælles Medicin Kort (FMK). I stedet havde 1813-personalet adgang til FMK online. Det var ikke planen, at der skulle være en sådan integration og den er der stadig ikke den dag i dag. Personalet har givet udtryk for, at det er uhensigtsmæssigt og tidskrævende at skulle skifte mellem forskellige systemer.
- › Afsendte oplysninger til hospitalerne fra 1813 var ikke brugbare i starten. Der er her dog ikke tale om en systemfejl, men snarere en uhensigtsmæssig måde systemet var indrettet på ift. hvilket indhold fra forskellige datafelter, der blev overført til hospitalerne. Det skal bemærkes, at dette siden er blevet rettet således, at det i dag virker væsentligt bedre end ved opstarten.
- › Ventetidssystemet var ikke retvisende. Denne problematik var særlig ift. børnespor. Dette skyldes den sene beslutning om etablering af et børnespor. Således var ventetidsberegningen fra start ikke programmeret til at skelne mellem børn og voksne. Det blev først efter idriftsættelsen besluttet, at der skulle skelnes mellem børnespor og voksenspor, og at it-systemet derfor skulle kodes om. En anden væsentlig årsag til misvisende ventetidsberegning var, at brugerne i AMAK ikke i tilstrækkelig grad var opmærksomme på med det samme at registrere tidspunkt for behandlingsstart.
- › Systemet på hospitalerne rapporteres af de hospitalsansatte som værende langsomt og tungt at arbejde i. Det "hænger" ofte og der er ofte ventetid ved skærmen forbundet hermed. En del af denne problematik er imidlertid ikke EVA relateret, men nærmere relateret til systemets generelle funktionalitet.

Dette system vil inden for en kortere årrække blive erstattet af Sundhedsplatformen.

Som det fremgår af ovenstående er rækken af udfordringer håndteret løbende og funktionaliteten er ifølge respondenterne væsentlig bedre den dag i dag end ved både opstart samt udgangen af nærværende evalueringsperiode (marts 2014).

4.4.3 Vurdering og konklusion

Baseret på interviews og gennemgang af det skriftlige materiale er det COWIs vurdering, at udvikling og implementering af it-systemet overordnet set er velgennemført. Processen har været struktureret, godt planlagt og gennemført med det fornødne fokus på såvel risikoanalyse som -håndtering.

Den samlede it-leverance leverede mere end oprindeligt planlagt og nåede således i mål med mere end lovet. Målt ud fra denne betragtning har it-leverancen været en succes.

Medarbejderne har kun i begrænset omfang været inddraget i udviklingen af it-systemet. En yderligere inddragelse af disse kunne have resulteret i bedre funktionalitet af systemet ved driftsstart, men det bemærkes samtidig også, at det er usikkert hvor meget tid, der reelt har været til rådighed ift. at dette kunne lade sig gøre. Ligeledes er det COWIs vurdering, at særligt personalet på 1813 ikke var tilstrækkeligt uddannet i it-systemet ved idriftsættelsen af EVA. Dette forhold relaterer sig igen til den korte tidshorisont for udvikling og implementering af systemet.

Det er således COWIs samlede vurdering, at planlægning og implementering af it-understøttelsen er lykkedes godt givet de vanskelige rammer den har været underlagt. En højere grad af medarbejderinddragelse i udviklingsprocessen samt bedre uddannelse og forberedelse af personalet frem mod drift start kunne sandsynligvis have mindsket de problemer der opstod.

4.5 Kommunikation

Kommunikationsindsatsen har været både internt og eksternt rettet. Nedenfor beskriver vi de overordnede elementer i indsatsen.

4.5.1 Kommunikationsplanens indhold og aktiviteter

Den overordnede kommunikationsindsats er tilrettelagt af Koncern Kommunikation i Region Hovedstaden. Kommunikationsplanen blev færdiggjort 20. juni 2013. Planen beskriver interne og eksterne kommunikationsmål, målgrupper, kernebudskaber, strategi, valg af kanal og produkt, planlagte baggrundsanalyser, økonomi/ressourcer, en aktions- og tidsplan samt planerne for at evaluere indsatsen.

Boks 4.2 – Kommunikationsindsatsens mål

Kommunikationsmål i den eksterne kommunikation

1. Borgerne har kendskab til akuttelefonen og kan huske telefonnummeret
2. Borgerne ved, de skal ringe 1813, når de ønsker hjælp uden for egen læges åbningstid
3. Borgerne ved, at de skal ringe 1813, når de vil på en akutmodtagelse / akutklinik
4. Kommunikation om akuttelefonen 1813 skal foretages, så det er tydeligt, hvornår borgerne skal ringe 1813 – så der ikke opstår tvivl om, hvornår man skal ringe 112. Delmål:
 - Borgerne kender fordelene ved det nye system: Det bliver lettere at få den rette hjælp
 - Kommuner og praksissektorer har kendskab til ændringerne i akutberedskabet

Kommunikationsmål i den interne kommunikation

1. Ansatte på akutområdet kender de nye arbejdsgange, som EVA medfører
2. De ansatte kender organiseringen, hvor lægevagtordningen integreres i akutmodtagelser/akutklinikker, og at opgaverne varetages af kompetent personale
3. Regions ansatte ved, at borgerne skal ringe 1813, hvis de vil på en akutmodtagelse/akutklinik eller ønsker hjælp uden for egen læges åbningstid

Kilde: Kommunikationsplan for etablering af et enstrengt og visiteret akutsystem, Reg H, 20.6.13.

Den eksterne kampagne rettet mod borgere/patienter, herunder med særligt fokus på ældre og børneforældre, afvikles i perioden november 2013 - februar 2014. Kampagnen kører i film- og fotoform via plakater, samt gennem informationspjecer. Koncern Kommunikation (KKO) har ansvaret for denne del af kommunikationsindsatsen. Succeskriterierne er, at 65 pct. af borgerne skal kende akuttelefonen, at 25 pct. kan nummeret udenad og at 40 pct. af borgerne ved, at de skal ringe 1813 dels for at komme på en akutmodtagelse/akutklinik og dels for at få hjælp uden for egen læges åbningstid.

Boks 4.3 – Strategi for den eksterne kampagne

I planlægningen af kampagnen tages der højde for følgende kommunikative udfordringer:

- a. Lægevagten udgår som begreb
- b. Budskabsfokus på fordele frem for påbud
- c. Budskab til selvhenvendende: Fokus på fordelene ved at ringe på forhånd
- d. Usikkerhed i ventetidsoplysning
- e. Akuttelefonens konfliktpotentialer
- f. Selvstændig indsats for akut tandlægehjælp

Kilde: Kommunikationsplan for etablering af et enstrengt og visiteret akutsystem, RegH, 20.6.13.

Den interne kommunikationsindsats omfatter bl.a. informationsmøder på alle involverede akutmodtagelser og -klinikker og blandt faglige selskaber, hvor det nye

akutsystem samt de konkrete ændringer det fører med sig forklares og diskuteres med personalet. Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning (EHPP) planlagde informationsmøderne. Center for Kommunikation udarbejdede en pjece til runddeling blandt personalet på DPV og på akutmodtagelser/-klinikker ("*Nyt akutsystem 1. januar. Ved skade eller pludselig sygdom – Ring 1813 – din genvej til den rette behandling*"). Pjecen er udformet som en slags Q&A med en systematisk gennemgang af almindeligt forekommende spørgsmål – og tilhørende svar, eksempelvis *Hvad betyder det nye akutsystem for personalet? Hvad sker der med lægevagten? Hvilke opgaver får akuttelefonen 1813 og Hvad betyder indførelsen af visitation?*

Informationen i pjecen *Nyt akutsystem 1. januar* blev samtidig anvendt på intranettet, hvor der blev oprettet en særlig sektion om indførelsen af EVA. Regionens ansatte kunne her finde oplysninger om de centrale ændringer i akutsystemet, herunder baggrunden og visionen for forandringsprocessen, og sektionen havde en række videoer, i hvilke hensigten med EVA blev forklaret.

Herudover er der gennemført en quiz blandt personalet, som havde omkring 1000 deltagere. Derudover har DPV samt de enkelte akutmodtagelser/-klinikker afholdt informationsmøder og temadage for medarbejderne.

KKO's presseenhed udarbejder ligeledes en plan for pressearbejdet, herunder Q&A mm⁹.

4.5.2 Resultater og interessenternes vurdering af kommunikationsindsatsen

Overordnet har den eksterne kommunikationsindsats indfriet forventningerne og opnået sine resultatmålsætninger. Kendskabsevalueringer viser, at op mod 80 pct. af borgerne kendte til 1813 nummeret da man går i luften 1. januar 2014. Effektiviteten i den eksterne kommunikationsindsats anerkendes også bredt blandt de interviewede interessenter.

Det bemærkes også fra flere sider, at den massive presseopmærksomhed og de historier, der kørte særligt efter 1. januar formentlig har medvirket til at højne kendskabet til 1813.

Den eksterne kommunikation kunne - set med interessenternes øjne – have været endnu bedre på nogle områder:

- › Kampagnen har fokuseret på at skabe kendskab. Aftalen med regeringen – og selve visionen om det én-strengede system har derimod ikke fyldt i kampagnen. Dette nævnes blandt flere interessenter, bl.a. "*Det vi gør er langt mere omfattende end at erstatte lægevagten! Hovedidéen omkring EVA og forståelsen omkring det nye system skulle have være stærkere kommunikeret*".
- › Enkelte interviewede finder, at det ikke tilstrækkeligt er kommunikeret til borgerne, at de ved alvorlig sygdom eller skade fortsat skal ringe til 112¹⁰.

⁹ Presseberedskabet og –håndteringen er ikke en del af evalueringen.

- › Kampagnen lovede mere end den kunne holde. I sin tilgang med "simple" budskaber påpeges det af flere, at borgerne opfordres til at ringe mere end hvad hensigten egentlig er, bl.a. *"...kampagnen gav indtryk af man bare skulle ringe og så blev alle ens problemer løst"* og *"...med de ventetider vi havde i starten var det meget svært at komme hjem fra arbejde og se spots med 'for hurtig hjælp ring 1813'"*¹¹.

Mens den eksterne kommunikation generelt set får gode skudsmål med sig af interessenterne, er det samme ikke tilfældet for den interne kommunikation. Følgende liste udgør en bearbejdet sammenskrivning af kritiske udsagn om den interne kommunikation fra en lang række interessenter:

- › Mangel på kommunikation til fagpersonalet på klinikker og hos DPV om visio- nen for EVA
- › Manglende inddragelse af de faglige organisationer i at få budskaberne ud til personalet på klinikkerne
- › Manglende kommunikation til medarbejdere om status for den overordnede implementeringsproces
- › Det er en generel udfordring at få information fra toppen og hele vejen ned igennem systemet. Det har helt klart manglet at få det bredt væsentligt længe- re ud
- › Der har manglet en overordnet kommunikationsplan, der tager højde for hvor- dan politikere og ansatte i regionen håndterer pressen
- › Utilstrækkelig indsats for informering af pressen i modsvar til den negative omtale 1813 har fået i medierne. Flere interviewede oplever, at kritikken i me- dierne har været fejlagtig og medarbejderne har følt, at regionen ikke tilstræk- keligt er kommet dem til forsvar.

Interessenter blandt både ledelse og medarbejdere på regionsgården og ansatte i DPV og på akutmodtagelser/-klinikker vurderer samlet set, at den interne kommu- nikationsindsats kunne have været håndteret bedre.

4.5.3 Vurdering og konklusion

Baseret på interview og gennemgangen af det skriftlige materiale er det COWIs vurdering, at

¹⁰ Vi refererer her interessant oplevelser. De facto forholder det sig sådan at regionen, mens kampagnen kørte, løbende målte på borgernes kendskab til, hvor man skal ringe til ved akut livstruende skade/sygdom: Næsten 90 pct. ville ringe til 112, mens kun 4 pct. ville ringe 1813. Disse tal var stabile før og under kampagnen.

¹¹ 1813 har bibeholdt sin funktion som rådgivningstelefon og varetager derfor nu to funktio- ner: både visitation af akutte henvendelser og rådgivning. SFV'erne ved DPV oplever, at de modtager en stor mængde irrelevante rådgivningsopkald, som forlænger ventetiden for de borgere som henvender sig med akutte spørgsmål. Problemstillingen der opstår, skyldes den dobbelte funktion. Det har snævert set ikke noget med kommunikationsindsatsen at gøre, men nævnes her alligevel.

- › Den eksterne kommunikation er godt gennemført
- › Visionen om EVA ikke i tilstrækkelig grad indgår i kommunikationen
- › Den interne kommunikation er ikke gennemført tilstrækkeligt

Den eksterne kommunikationskampagne er blevet planlagt og udført med et godt resultat til følge. 1813 er blevet et nummer som borgerne kender og anvender. Det er COWIs vurdering, at der må forventes et vist antal opkald, der ikke opleves som relevante. Kommunikationskampagnen kan ikke forventes at have bidraget til at sådanne opkald helt undgåes. Også den gamle lægevagtstelefon modtog opkald, der var irrelevante. En del af de opkald, der af personalet opleves som irrelevante, skal også ses i sammenhæng med, at man fra politisk hold har ønsket at udvide servicen til borgerne ved også at tilbyde en rådgivningsfunktion. Noget den gamle lægevagtsfunktion ikke havde.

Selve visionen bag EVA er et længe næret ønske blandt politikere, embedsværket og sundhedsprofessionelle i Danmark. Ændringerne finder i høj grad sted ud fra hensynet til at gøre mødet med sundhedsvæsenet mere entydigt set med borgernes øjne. Og ændringerne er også motiveret af, at man ville gøre op med uensigtsmæssigheder ved det eksisterende lægevagtssystem. Og disse ændringer har Akutudvalget, regeringen og Danske Regioner været enige om. Det er COWIs vurdering, at disse ændringer og forbedringer ikke i tilstrækkelig grad bliver en central del af kommunikationsindsatsen¹².

Det er ligeledes COWIs vurdering, at en del af den kritik, der blev rejst i januar-marts 2014 kunne have været modgået, hvis der allerede fra starten af kampagnen havde været refereret til den forudgående konsensus om visionen. Da kritikken af den manglende performance vokser er det for sent at forklare offentligheden, hvor store ændringer og potentielle forbedringer, der egentlig er tale om. Det skal dog i den forbindelse bemærkes, at dette er et komplekst budskab at kommunikere.

Det er COWIs vurdering, at der ikke har været tilstrækkelig fokus på den interne kommunikation. Kommunikationsplanen indeholder succeskriterier og strategi for den eksterne kommunikation. For den interne kommunikation er der formuleret klare målsætninger, men ikke succeskriterier. Fra centralt hold på regionsgården igangsættes der en lang række internt rettede kommunikationsaktiviteter. Ifølge koncernstrukturens indre logik er det derefter hospitalernes ansvar at sikre, at personalet får tilstrækkeligt kendskab til ændringernes konsekvens for personalets arbejdsgange mm. Der sættes naturligvis ikke spørgsmålstejn ved, at dette er en legitim forventning i en koncernstruktur. Derimod konstaterer vi blot, at det ikke i praksis har fungeret sådan. Den samlede interne kommunikation set fra regionsgården og ud til de berørte afdelinger og enheder – koblet med karakteren og kompleksiteten af omlægningerne og tidsrummet til at forberede dem – har ikke været tilstrækkelig til at sikre, at det berørte personale set over en bred kam, var tilstrækkeligt forberedt, da 1813 gik i luften.

¹² Hvilket igen hænger sammen med at etableringen foregår i en konfliktsituation.

4.6 Orientering af regionsrådet

Efter regionsrådets beslutning om at etablere EVA og hjemtage lægevagten den 12. marts 2013, etableres en styregruppe til at styre den samlede design- og planlægningsproces. Nedenfor beskrives de overordnede aktiviteter, interessenternes vurdering af indsatsen og COWIs vurdering og konklusion relateret til styregruppens løbende orientering af regionsrådet.

4.6.1 Indhold og aktiviteter

Efter beslutningen er truffet i marts 2013 går designarbejdet i gang. Som det også fremgår af oversigten over EVA-relaterede emner til behandling i regionsrådet var der relativt stille i den indledende periode (se afsnit 3.1).

Den løbende orientering af politikerne sker i praksis gennem forretningsudvalget. Der stilles løbende i processen en række spørgsmål til administrationen fra politisk side. Det er primært C og DF, der stiller spørgsmålene, hvilket helt naturligt hænger sammen med, at de netop stemte nej den 12. marts 2013.

På regionsrådsmødet den 20. august 2013 forelægges *Principper og retningslinjer for etablering af EVA* og denne tages til efterretning af politikerne. Herefter går planlægningen og implementeringen for alvor i gang med en intensivering af aktiviteterne i DPV og på akutmodtagelser/klinikker samt i andre af regionens administrative enheder. I denne fase orienteres regionsrådet hyppigere, og de modtager løbende status på udviklingen af centrale områder.

Det er generelt kendetegnende for orienteringen, at der fra administrationens side påpeges, at der er områder, hvor der er udfordringer, men at disse kan løses og løbende bliver håndteret. Dette var eksempelvis tilfældet hen mod slutningen af 2013 i relation til rekrutteringssituationen.

Da EVA går i drift den 1. januar 2014 intensiveres orienteringen af regionsrådet i takt med, at problemerne omkring særligt ventetider på at komme igennem til 1813 bliver åbenbare. I denne periode er politikerne i meget tæt kontakt med embedsværket og modtager en fast, skriftlig ugentlig status på situationen på akuttelefonen.

4.6.2 Interessenternes vurdering af orientering af regionsrådet

Politikerne peger grundlæggende på, at orienteringen af regionsrådet har været tilfredsstillende. Enkelte påpeger manglende tilfredshed på udvalgte områder:

- › Der var nogle områder, hvor der var for lidt information. Dette førte til, at der løbende blev stillet spørgsmål til administrationen i processen.
- › Ventetiderne på at modtage skriftlige svar på stillede spørgsmål blev af enkelte oplevet som for lang.

- › For meget orientering/information er foregået mundtligt og gennem forretningsudvalget og dermed har alle politikere i regionsrådet ikke fået den samme information.
- › Om end orienteringen grundlæggende opleves som tilfredsstillende, er der bred enighed blandt politikerne om, at den har været for optimistisk (og urealistisk) i planlægnings- og implementeringsfasen.

Der er enighed om blandt politikerne, at embedsværkets optimisme ikke skyldes tilbageholdelse af information eller lignende, men at det nærmere var udtryk for den virkelighed, embedsværket så på daværende tidspunkt.

Denne optimisme blev også oplevet, da det afgående og nyvalgte regionsråd den 20. december 2013 blev inviteret til rundvisning og informationsmøde i DPV. Flere medlemmer af Regionsrådet udtrykker, at de efter dette besøg havde fået en fornemmelse af, at alt var klart og tilrettelagt til idriftsættelsen 1. januar 2014. Dette svarer godt overens med det billede af situationen, de havde på DPV. Her har en ansat bl.a. sagt: *"Vi gik på juleferie med en rigtig god fornemmelse i maven. Vi følte vi var kommet godt i mål og var klar til den 1. januar"*.

Nedenstående politikercitat giver et billede af, hvordan den grundlæggende opfattelse af den løbende orientering i etableringsprocessen har været:

- › *"Meldingen har grundlæggende været at det gik fremad selv om man havde travlt. Så var der pause ift. valget, og så inviterede man det gamle og det nye råd ud op til jul i Ballerup for at se, hvordan det så ud. Det er der, at orienteringen nok er præget af for lidt bekymring for, at det her kunne gå rigtig galt"*.

4.6.3 Vurdering og konklusion

Det er COWIs vurdering, at den løbende orientering af regionsrådet i design- og planlægningsfasen har været tilfredsstillende. Selvom der fra enkelte sider udtrykkes ønske om at være blevet bedre og mere orienteret, er det vurderingen, at der orienteres ud fra det som administrationen på daværende tidspunkt oplever. Det er her værd at bemærke, at særligt overoptimismen – som også identificeret omkring beslutningsprocessen – har spillet en særlig rolle her. Ligeledes er det COWIs vurdering, at den hurtige beslutningsproces og dertilhørende beslutningsgrundlag i relation til hjemtagelsen af lægevagtsordningen har betydet, at administrationen ikke kunne besvare en række af de stillede spørgsmål fra politisk side på den tid det normalt må forventes at sådanne spørgsmål kan besvares på. Her har den svage administrative kapacitet i DPV – som omtalt i afsnit 4.2 – ganske givet også spillet en rolle i forsinkelsen af svarene.

Da EVA er gået i luften og problemerne omkring særligt telefonventetiderne til 1813 bliver tydelige intensiveres orienteringen af regionsrådet. Det er COWIs vurdering, at orienteringen af regionsrådet i denne fase har været tilfredsstillende.

4.7 EVA går i luften – resultaterne de første tre måneder

EVA går i luften 1. januar 2014. De første ugers performance var præget af lange ventetider for borgerne og udfordringer med kommunikationen mellem 1813-enheden og akutmodtagelser og -klinikker.

I forbindelse med EVA er der defineret et overordnet servicemål for 1813, hvor 90 procent af alle opkald skal besvares indenfor 3 minutter. Derudover må ingen vente længere end 10 minutter. Som også belyst i kapitel 3 kunne disse målsætninger ikke overholdes i begyndelsen og der er stadig den dag i dag store udfordringer ift. at leve op til dette servicemål.

Flere forhold kan spille ind på den dårlige performance i begyndelsen. I nærværende kapitel er der fokus på at belyse nedenstående spørgsmål, der kan medvirke til at forklare den manglende performance af systemet:

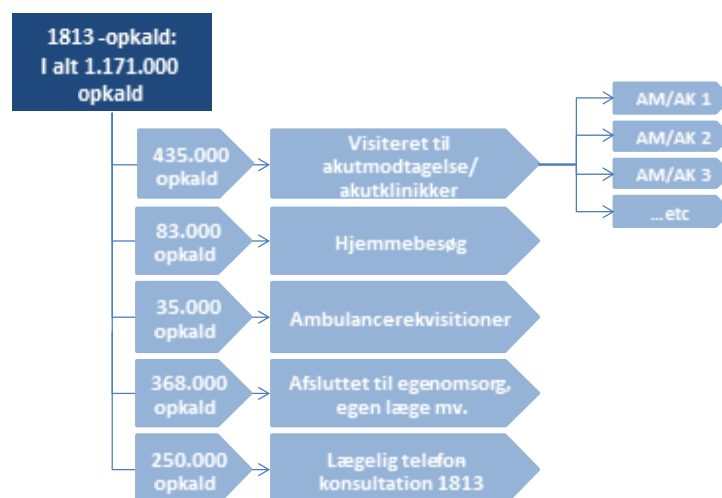
- › Er opgavens omfang undervurderet – flere opkald end forventet?
- › Er samtalernes varighed undervurderet af forskellige årsager?
- › Er 1813 underbemandet?
- › Er vagtplanlægningen utilstrækkelig?

Dette belyses i nedenstående afsnit.

4.7.1 Antal opkald og lægekørsler

Analyserne regionen har udarbejdet i forbindelse med udarbejdelsen af retningslinjer og principper for EVA (august 2013), tager udgangspunkt i data fra den tidligere lægevagts, tal fra den eksisterende rådgivningstelefonen 1813, samt fra akutmodtagelser og -klinikker. Ud fra disse data har DPV estimeret det samlede antal henvendelser til 1813 og hvorledes de forventes at fordele sig.

Figur 4.2 - Antal forventede opkald og fordeling af disse på opgavetype



Kilde: Enstrengt og visiteret akutsystem. Retningslinjer og principper. Region hovedstaden, august 2013.

I ovenstående figur 4.2 er det samlede antal forventede opkald samt type af opkald præsenteret. Det fremgår af figuren, at det i planlægningsgrundlaget var forventet, at der årligt ville være 1.171.000 opkald, hvilket i snit svarer til knap 100.000 opkald om måneden.

Opgørelsen over faktisk modtagne opkald til 1813 de første tre måneder af 2014 viser, at der er modtaget knap 228.000 opkald, jf. tabellen nedenfor. Hvis perioden de første tre måneder ellers er repræsentativ vil det svare til omkring 900.000 opkald på årsbasis¹³. Det faktiske antal opkald er altså vel inden for det oprindeligt estimerede antal opkald – vel at mærke i den travle periode på året¹⁴.

Tabel 4.1 – Forventede og faktiske antal opkald til 1813 januar – marts 2014

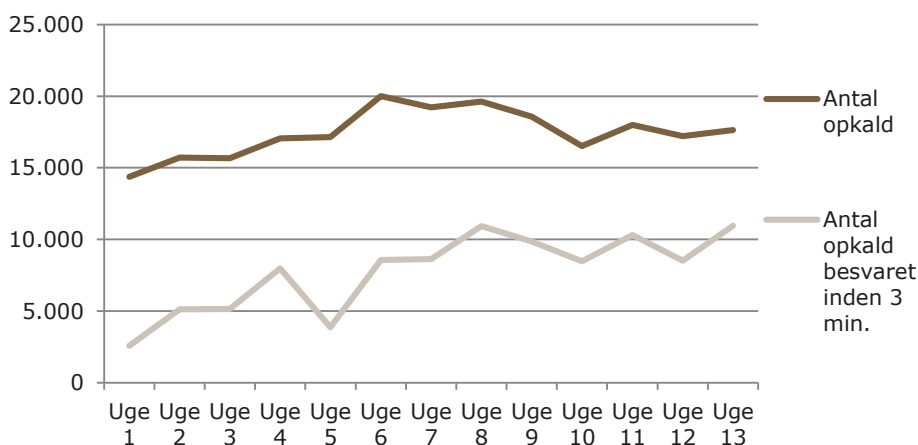
Estimeret antal opkald pr. måned	Januar		Februar		Marts	
antal	antal	%	antal	%	antal	%
97.500	72.042	75	76.086	78	79.529	82

Note: Det estimerede antal opkald pr. måned er beregnet som et månedligt gennemsnit ud fra det forventede antal årlige opkald på 1.171.000.

Kilde: Den Præhospitale Virksomhed, 2014.

I de tre første måneder af 2014 har 1813 modtaget mellem 75 og 82 pct. af de oprindeligt forventede antal månedlige opkald. Opgaven har altså ikke samlet set været undervurderet målt på antallet af opkald og det er ikke her forklaringen på de lange ventetider i de første uger skal findes. Tværtimod må det alt andet lige konkluderes, at ventetiderne havde set værre ud, hvis antallet af faktiske opkald havde svaret til det, der blev planlagt efter.

Figur 4.3 – Antal opkald, uge 1 – 13, 2014.



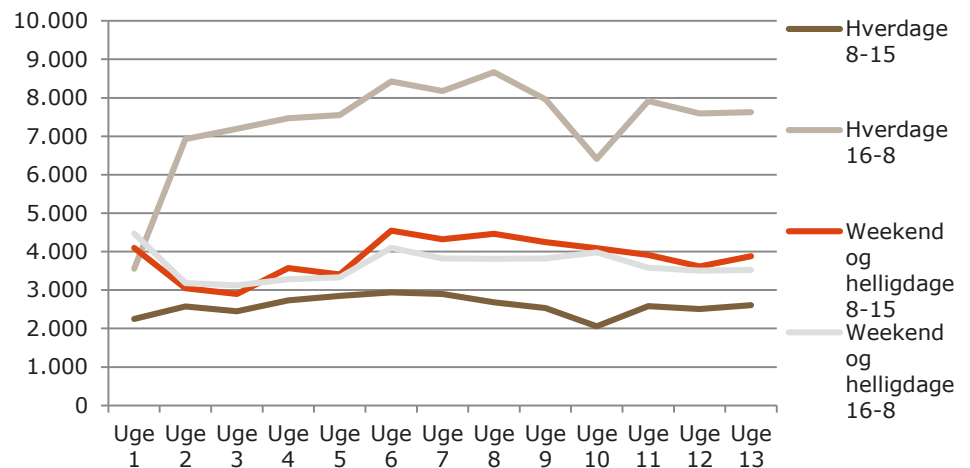
Kilde: Den Præhospitale Virksomhed, 2014.

¹³ I perioden januar – august 2014 har der været godt 605.000 opkald svarende til et gennemsnit på knap 76.000 opkald om måneden. Dette svarer godt til omkring 900.000 på årsbasis.

¹⁴ Det må dog også forventes kendskabet til den nye ordning over tid øges og dermed at flere ringer. Det ses da også, at det faktiske antal opkald stiger måned for måned i de tre første måneder. Dette vurderes dog ikke til at have en betydning, der samlet set vil betyde mængden af faktiske opkald vil overstige de forudsatte knap 1,2 mio. opkald om året.

I figur 4.3 ovenfor og 4.4 nedenfor er antallet af opkald opgjort på ugebasis i de tre første måneder af 2014 præsenteret dels totalt set i (figur 4.3) og dels opdelt på forskellige tidsrum i henholdsvis hverdage og weekend/helligdage (figur 4.4).

Figur 4.4 – Antal opkald fordelt på hverdag og weekender/helligdage, uge 1 – 13, 2014.



Kilde: Den Præhospital Virksomhed, 2014.

Som det fremgår af figurene, er antallet af opkald lettere stigende over tid og top- per i ugerne 6-8. Ses der på, hvornår på døgnet opkaldene ligger, er det tydeligt at se, at der er færrest opkald i dagtid på hverdagene, hvilket naturligvis hænger sammen med, at det er der alment praktiserende læger har åbent. Det største mængde af opkald er i hverdagene efter kl. 16 og frem til næste morgen. Herud- over er der også relativt mange opkald i weekender og på helligdage både i dag-tid og aften/nat-tid.

Antallet af hjemmekørsler i de tre første måneder af 2014 fremgår af tabel 4.2 ne- den for. Det kan af tabellen ses, at såvel antallet af disponerede, som faktisk antal udførte kørsler i hele perioden er væsentligt lavere end normen fastsat af regionen i planlægningsperioden.

Tabel 4.2 – Antal hjemmekørsler, januar - marts, 2014.

	Norm	Disponerede kørsler	Antal kørsler
Januar	6.917	3.290 (48 pct.)	2.452 (35 pct.)
Februar	6.917	2.532 (37 pct.)	2.089 (30 pct.)
Marts	6.917	2.473 (36 pct.)	2.061 (30 pct.)

Note: Det estimerede antal hjemmekørsler pr. måned er beregnet som et månedligt gen- snemsnit ud fra det forventede antal årlige hjemmebesøg på 83.000.

Kilde: Den Præhospital Virksomhed, 2014.

Antallet af gennemførte hjemmekørsler i de tre første måneder er således blot på 30 – 35 pct. af det forudsatte i planlægningsgrundlaget. At det faktiske antal viste sig at være lavere, har bl.a. betydet, at DPV har haft mulighed for at allokere en række af de kørende læger til at besvare telefoner.

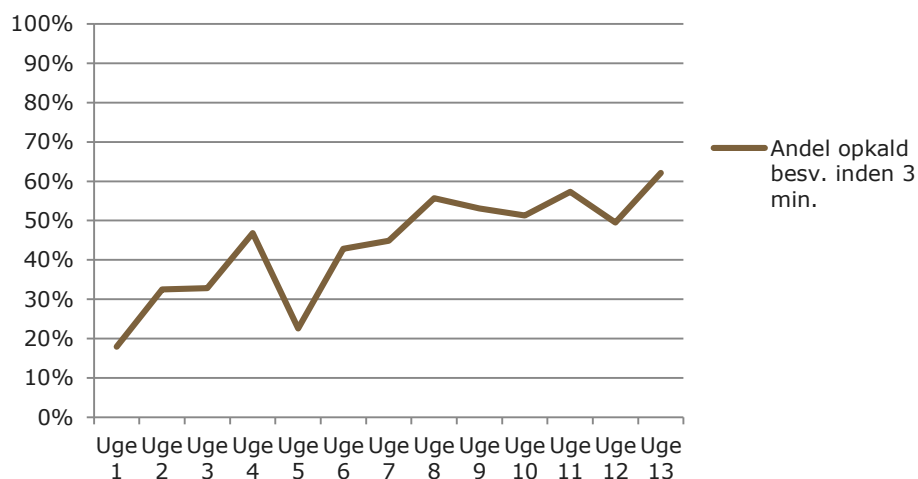
Samlet set har den faktiske volumen målt på antallet af opkald og hjemmekørsler således været lavere end forventet i planlægningsfasen.

Der har til evalueringen ikke foreligget oplysninger om aktiviteten fordelt på hospitalernes akutmodtagelser/-klinikker og børneafdelinger. Interviews på hospitalerne har afsløret, at aktivitetsstigningerne som følge af EVA generelt har været højere end forventet. Imidlertid må det lavere antal opkald end forventet alt andet lige også betyde lavere aktivitet end forventet på hospitalerne.

4.7.2 Ventetid til 1813

Ventetiden på at komme igennem til 1813 og udviklingen i denne i de tre første måneder af 2014 er præsenteret i figur 4.5 nedenfor.

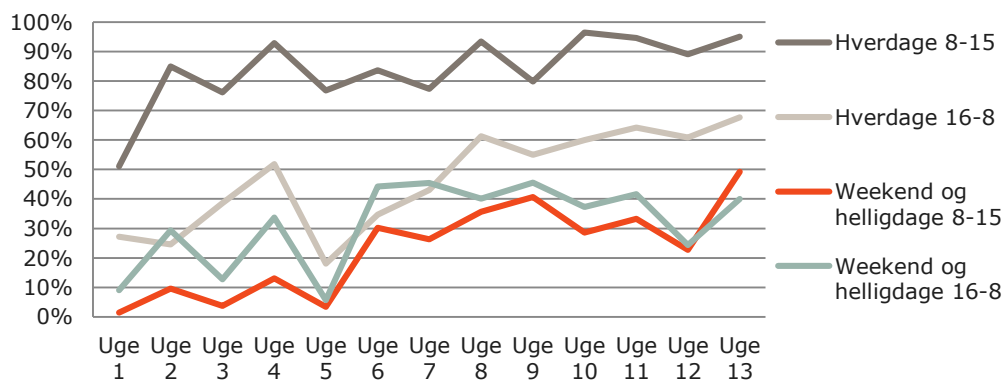
Figur 4.5 – Andel opkald besvaret inden for 3 minutter, uge 1 – 13, 2014



Kilde: Den Præhospitale Virksomhed, 2014.

Det fremgår af figuren, at andelen af opkald, der besvares inden for tre minutter er stigende i perioden fra omkring 20 pct. den første uge til godt 60 pct. ved udgangen af marts 2014. Der er altså i perioden sket en væsentlig forbedring, men der er stadig et stykke vej op til servicemålet.

Figur 4.6 – Andel opkald besvaret inden for 3 minutter fordelt på hverdage og weekend/helligdage, uge 1 – 13, 2014



Kilde: Den Præhospitale Virksomhed, 2014.

Hvorledes opfyldelsen af servicemålet fordeler sig på henholdsvis hverdage og weekend/helligdage samt dag-tid og aften/nat-tid fremgår af figur 4.6 oven for.

Det fremgår tydeligt af figuren, at de største udfordringer er i weekender og på helligdage samt hverdage uden for dagtiden. I hverdagene i dag-tiden skete der hurtigt en stabilisering på 80-90 pct. besvaret inden for tre minutter. Der er ligeledes løbende sket en forbedring for de andre tidspunkter.

4.7.3 Opkaldsvarighed og efterbehandlingstid

I nedenstående tabel 4.3 præsenteres de planlagte forudsætningerne for varighed og efterbehandlingstid af de enkelte opkald sammenholdt med de faktiske tider de første tre måneder.

Det fremgår af tabellen, at den samlede tid anvendt til at ekspedere de enkelte opkald ikke svarer til den norm, der blev forudsat i planlægningsperioden. Således var de sundhedsfaglige visitatorer (SFVere) 33 – 40 pct. længere tid om at ekspedere de enkelte opkald end forventet i perioden januar til marts 2014. Det tilsvarende tal for lægerne er 74 – 87 pct.

Som det fremgår af tabellen, er det især efterbehandlingstiden, der har været underestimeret i forhold til den tid, det reelt har taget at dokumentere og efterbehandle de enkelte opkald. Det bemærkes her, at SFVerne bruger mere end dobbelt så lang tid og lægerne mere end fem gange så lang tid på efterbehandling i forhold til det estimerede. Selve samtalerne varer også lidt længere end man i regionen og i DPV havde forudsat i planlægningsgrundlaget.

Tabel 4.3 – Forventet og erfaret opkaldsvarighed og efterbehandlingstid, januar - marts, 2014.

	Oprindelige forudsætninger			Faktiske tal			Difference	
	Samtale	Efterbehandling	Total	Samtale	Efterbehandling	Total	Difference total	Difference total pct.
SFVer								
Januar	03:30	01:00	04:30	03:47	02:18	06:05	01:35	35 %
Februar	03:30	01:00	04:30	03:42	02:17	05:59	01:29	33 %
Marts	03:30	01:00	04:30	03:48	02:30	06:18	01:48	40 %
Læger								
Januar	03:30	00:30	04:00	04:21	03:07	07:28	03:28	87 %
Februar	03:30	00:30	04:00	04:16	02:41	06:57	02:57	74 %
Marts	03:30	00:30	04:00	04:21	03:02	07:23	03:23	85 %

Kilde: Den Præhospitale Virksomhed, 2014

Dette kan således være en del af forklaringen på de lange ventetider borgerne oplever i løbet af de første måneder.

Hvad end forklaringen er den væsentligste observation, at den samlede tid er markant længere end oprindeligt forudsat i planlægningsgrundlaget og det kan tyde på, at dette er en af årsagerne til den manglende performance i opstartsperioden.

4.7.4 Bemanding og vagtplanlægning

I tabellen nedenfor præsenteres det normerede antal årsværk for henholdsvis læger og visitatorer – sammenlignet med de faktisk ansatte årsværk de første tre måneder i 2014.

Det fremgår af tabellen, at der i januar måned 2014 var ansat læger svarende til 33,7 årsværk sammenlignet med de normerede 37,7 årsværk – eller ca. 10 pct. for lidt. På visitatorsiden mangler der mere end 15 pct. af det normerede antal årsværk i januar måned, nemlig forskellen mellem normeringen på 85,6 årsværk og det faktisk antal på 72,6.

Ansættelserne fortsætter i starten af 2014 og således mindskes gabet til normeringen over de næste måneder. Det fremgår ligeledes af tabellen, at antallet af visiterende læger er højere end normeringen på bekostning af antallet af kørende læger. Dette hænger sammen med aktiviteten på opkald og kørsler, som beskrevet ovenfor. Der er således flyttet læger fra kørslerne til at dække huller på telefonsiden.

Tabel 4.4 – Årsværk – normering og faktisk antal på 1813 i januar – marts 2014 (ekskl. vagtledere)

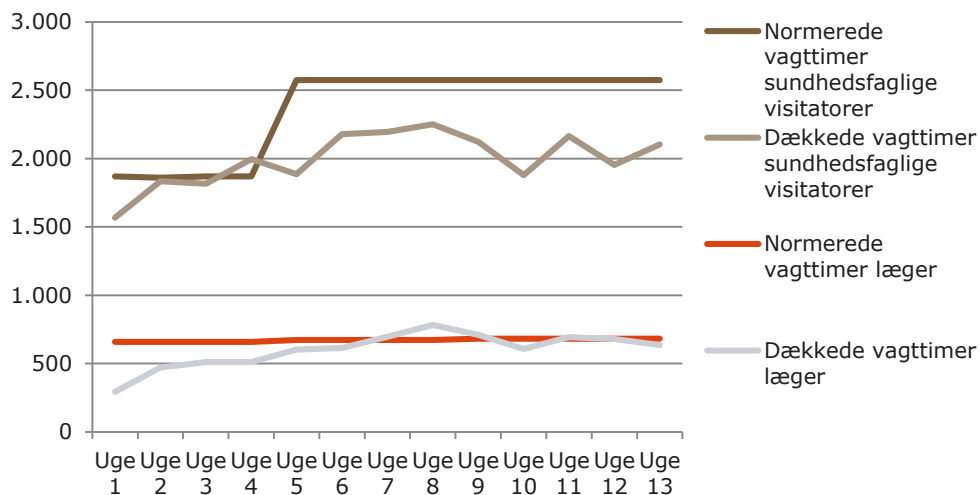
	Læger			Sundhedsfaglige visitatorer
	Hjemmebe- søg	Visitation	I alt	
Normering, årsværk				
- Januar	21,9	15,8	37,7	85,6
- Februar	21,9	15,8	37,7	85,6
- Marts	21,9	15,8	37,7	85,6
Faktiske årsværk				
- Januar	14,9	18,8	33,7	72,6
- Februar	13,4	22,1	35,4	79,3
- Marts	15,6	20,6	36,2	79,6
Difference				
- Januar	-7,0	3,0	-4,0	-13,1
- Februar	-8,5	6,3	-2,3	-6,3
- Marts	-6,3	4,8	-1,5	-6,1

Kilde: Den Præhospital Virksomhed, 2014.

Dermed kan manglende personale ligeledes medvirke til at forklare hvorfor performance i starten ikke levede op til de fastsatte mål.

I figur 4.7 nedenfor er de normerede og faktisk dækkede vagttimer på 1813 i de første tre måneder af 2014 præsenteret.

Figur 4.7 – Normerede og dækkede vagttimer, uge 1 - 13, 2014



Kilde: Den Præhospitale Virksomhed, 2014.

Det fremgår af figuren, at der var udfordringer med at besætte de normerede vagter. Dette hænger helt naturligt sammen med, at der ikke var ansat det personale, der var forudsat. Det skal ligeledes bemærkes, at der i perioden sker en justering af vagttenormen særligt for de sundhedsfaglige visitatorer. Denne justering sker i starten af februar, da det bliver klart, at servicemålene ikke kan nås og man samtidig erfarer, at tiden til at behandle de enkelte opkald er væsentlig længere end først antaget.

Det er i stort omfang lykkedes at besætte vagttimerne på lægeområdet, hvilket bl.a. skyldes, at der kunne omallokeres kørende læger til telefonvisitationen. For de sundhedsfaglige visitatorer er der i hele perioden et efterslæb¹⁵.

4.7.5 Vurdering og konklusion

De forskellige interviewpersoners vurdering af driftsfasen varierer alt efter om det er politikere, fagpolitiske organisationer (PLO, DSR, etc.), udførere eller administrationen. Dog er der grundlæggende enighed om, at det at man på 1813 ikke har kunnet leve op til det overordnede performance krav, ikke er tilfredsstillende.

Som analysen i de foregående afsnit har vist, var der en række ting der ikke blev nået til driftsstart og som løbende er blevet forbedret og udviklet. Da Sundhedsstyrelsen er på tilsynsbesøg den 12. marts 2014 kommer dette bl.a. til udtryk ved at styrelsen finder journalopbygning og journalføring mangelfuld, og at journalens anvendelighed ikke er hensigtsmæssig til formålet. Ud fra denne betragtning, anbefaler de følgende: "Ledelsen skal sikre, at journalsystemet indrettes, så det giver mu-

¹⁵ At figuren viser dækningen for SFVerne i den første måned i det store og hele var opfyldt skal tages med det forbehold, at vagtnormeringen har været for lav – og derfor følgende blev justeret i starten af februar.

lighed for at opfylde lovgivningens krav til kontinuitet og overskuelighed for de sundhedspersoner, som anvender journalen”¹⁶.

Rekrutteringsvanskeligheder samt fejlskøn ift. telefonbehandlingstiden kombineret med uddannelse og oplæring, der ikke har været tilstrækkelig og nye it-systemer som medarbejdere oplever som tunge at arbejde med, synes at være de primære årsager til den manglende performance de første tre måneder.

Det er COWIs vurdering, at rekrutteringsproblemer henover efteråret 2013 – fortsættende ind i 2014 – har betydet, at EVA ved idriftsættelse ikke har ansat tilstrækkeligt personale til at kunne løfte opgaven. Det ses blandt andet ved, at de normerede vagttimer ikke har kunnet dækkes. Dette er en del af årsagen til, at DPV ikke er i stand til at leve op til servicemålene. Det forstærkes yderligere af det faktum, at den forudsatte tid til behandling af telefonopkald ikke kunne overholdes. De faktiske tider er væsentligt længere, hvilket har resulteret i justeringer af normen for antal vagttimer.

Der er COWIs vurdering, at både DPV og regionens administration seriøst har søgt at adressere de udfordringer, der opstår i løbet af de tre første måneder. Der har således efter vores opfattelse været ledelsesmæssig opfølgning på problemerne og de er forsøgt løst løbende. Den nødvendige og forventelige ledelsesmæssige opfølgning i forhold til at løse problemerne har ikke løftet den betydelig stressfaktor, det har udgjort for personalet i Den Præhospitale Virksomhed og på akutmodtagelser og –klinikker samt børneafdelinger, der har arbejdet med at få tingene til at fungere i praksis. Implikationerne af den manglende tid til design, planlægning og testning samt følgerne af konflikten med PLO forfølger også 1813 på dette punkt – og det kan ikke udelukkes, at den ganske høje udskiftningsgrad blandt visitatorerne er påvirket af dette.

¹⁶ Rapport vedr. Sundhedsstyrelsens tilsyn med 1813 og tilsynsbesøg den 12. marts 2014 på 1813, side 5

5 Konklusion og læring

Det overordnede fokus for evalueringen har været at pege på den læring som regionen, herunder politikere, administration og andre aktører kan drage af erfaringerne fra processen omkring etableringen af EVA. Evalueringen har haft et særligt fokus på nedenstående seks områder:

- › Beslutningsprocessen
- › Organisering og gennemførelse af planlægnings- og implementeringsopgaven
- › Bemanding, rekruttering og uddannelse af personale
- › Udvikling og implementering af IT-systemer
- › Kommunikation
- › Orientering af regionsrådet

Nedenfor præsenteres hovedkonklusion, detaljerede del-konklusioner og den fremadrettede læring.

5.1 Hovedkonklusion

Med beslutningen af 25. september 2012 om, at visiteret adgang til regionens akutsystem skal ske gennem akuttelefonen samt anbefalingerne i Hospitalsplanen fra 2007 om samordning af lægevagten med det øvrige akutsystem har Region Hovedstadens politikere taget et yderligere skridt i en retning, som allerede igennem en årrække har været udstukket af landets centrale sundhedsmyndighed – nemlig Sundhedsstyrelsen. En beslutning som er i tråd med, hvad de sundhedsfagpolitiske selskaber selv anbefaler, som er i tråd med indgåede aftaler mellem regeringen og Danske Regioner – og i tråd med regionens egne tidligere trufne beslutninger. Beslutningen er sundhedsfagligt visionær – og indeholder potentielt store fordele for borgerne og patienterne i regionen.

Det er en hovedkonklusion, at beslutningen om EVA er logisk og rigtig. Det er også en del af hovedkonklusionen, at design og planlægning af beslutningens udførelse inden for de givne rammer grundlæggende er gennemført solidt og professionelt. Der er ikke et eller flere elementer i forløbet fra den 12. marts 2013 og frem til EVA sættes i drift 1. januar 2014, som i sig selv påkalder sig så afgørende kritik, at man på den baggrund kan sige, at her findes årsagen til den ikke-tilfredsstillende per-

formance, som EVA har leveret de første tre måneder fra 1. januar – 31. marts 2014.

At performance ikke var tilfredsstillende – især den første måned, men også i resten af perioden dækket af evalueringen, dvs. frem til 31. marts i år - er endnu en del af hovedkonklusionen.

Når en overordnet fornuftig beslutning, der hviler på et solidt grundlag og som langt hen ad vejen er planlagt professionelt, alligevel kan føre til et ikke-tilfredsstillende resultat, hænger det sammen med en kæde af begivenheder, der er uløseligt forbundet med en verserende konflikt i perioden omkring årsskiftet 2012-13 mellem regionen og PLO-hovedstaden omhandlende bemandingen af sundhedshuset i Helsingør.

En konflikt hvis to parter må påtage sig en lige stor del af ansvaret for løb af sporet. Og en konflikt som førte til, at der i marts 2013 opstod en mulighed for en politisk alliance mellem partier i regionsrådet, som ellers var uenige. Det førte igen til regionsrådets beslutning den 12. marts 2013 om at gennemføre en organisatorisk og fysisk samordning af den overenskomstbestemte lægevagt med regionens øvrige akuttilbud. Beslutningen betyder, at regionen hjemtager lægevagten og opsiger overenskomsten med PLO-Hovedstaden. Dermed kommer det fornuftige sundhedsfaglige indhold i visionen og beslutningen om EVA til at stå i skyggen af konflikten og beslutningen den 12. marts 2013. Den konkrete beslutning om hjemtagelse af lægevagtsfunktionen var en politisk beslutning truffet på et ikke tilstrækkeligt gennemanalyseret grundlag.

Det er en del af hovedkonklusionen, at konflikten og den raske beslutning i marts 2013, skabte forudsætninger og tidsmæssige rammer for den praktiske idriftsættelse af EVA, der har været meget vanskelige at arbejde indenfor. Det har ført til det ikke-tilfredsstillende resultat af en ellers fornuftig vision og beslutning. Konflikten og dens fremadrettede håndtering er dermed også afgørende for, at EVA på sigt bliver bedre, end det var tilfældet frem til den 31. marts i år.

5.2 Detaljerede konklusioner

Hovedkonklusionen bør ses i sammenhæng med 12 mere detaljerede konklusioner, der relaterer sig til de seks hovedområder for evalueringen. Disse fremgår af nedenstående tabel i oversigtsform og er beskrevet nærmere i de følgende afsnit.

Område	Detaljerede konklusioner
Beslutningsprocessen	› Visionen om EVA er rigtig › Beslutningen træffes i en konfliktsituation
Organisering og gennemførelse af planlægnings- og implementeringsopgaven	› Utilstrækkelig tid til planlægning og implementering › Dårligt valgt tidspunkt at gå i luften på og optimistiske servicemål › Grundlæggende plan- og design grundlag tilfredsstillende, men organiseringen uhensigtsmæssig på centrale områder › Inddragelse af nøgleaktører – for lidt og for sent › Den Præhospital Virksomhed er ny og administrativt umoden

Bemanding, rekruttering og uddannelse af personale	› Rekruttering vanskeliggøres af konfliktsituationen, sen afslutning af forhandlingsforløb og ikke tilstrækkelig helhedsforståelse for løsning af opgaven › Medarbejdere var ikke tilstrækkeligt forberedt og uddannede ved opstart og manglede forståelse for hinandens arbejdsopgaver
Udvikling og implementering af IT-systemer	› Målsætninger for it-systemet nås – men sent hvilket hæmmer oplæring i systemet – og systemet opleves som tungt og på nogle områder uhensigtsmæssigt af medarbejderne
Kommunikation	› Den eksterne kommunikation har opnået at 1813 er blevet kendt blandt borgerne. Visionen om EVA kommunikeres ikke tilstrækkeligt
Orientering af regionsrådet	› Orientering af regionsrådet tilfredsstillende, men præget af overoptimisme

5.2.1 Visionen om EVA er rigtig

Region Hovedstadens beslutning om at indføre et énstrengt, visiteret akutsystem udtrykker realiseringen af en længe tilstræbt vision blandt fagfolk og sundhedsmyndigheder i Danmark. Allerede i 2007 vedtager Regionsrådet med hospitalsplan 2007 en sundhedspolitisk hensigtserklæring om, at det akutte beredskab skal være énstrengt – og at skadestuer og lægevagt på sigt skal sammenlægges. En hensigt der ligger i tråd med anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Denne hensigtserklæring støttes i årene siden da blandt andet i rapporter fra akutudvalget ligesom det som en del af økonomiaftalen for 2013 mellem regeringen og regionerne blev aftalt, at der frem mod foråret 2014 skulle indføres visiteret adgang til landets fælles akutmodtagelser. Visionen er udtryk for, at det set med borgernes øjne bliver mere entydigt, hvor man skal henvende sig ved, at der er "én indgang" – og at viderehenvisninger fra denne "indgang" sker koordineret og planlagt, til gavn for patienten. Også i dag støtter de centrale sundhedsfaglige kræfter fra både læge- og sygepleje side, samt myndighederne op om denne vision. Der skal derfor ikke herske tvivl om, at visionen om et énstrengt, visiteret akutsystem er den rigtige. Der ligger væsentlige kvalitetsforbedringspotentialer i EVA sammenlignet med det tidligere system – bl.a. omkring borgernes reducerede ventetid på akutmodtagelserne og tilgængelig dokumentation omkring såvel borgerne som de sundhedsfaglige indsatser. Det er også en vurdering, at disse potentialer ikke er blevet indfriet i evalueringsperioden.

5.2.2 Beslutningen træffes i en konfliktsituation

Da beslutningen om at indføre EVA og hjemtage lægevagtsordningen pr. 1. januar 2014 træffes i regionsrådet den 12. marts 2013 er det som led i en proces, der har været flere år undervejs. Når beslutningen i praksis kommer til at fremstå som uforberedt og truffet endog meget pludseligt, hænger det uløseligt sammen med, at den træffes på baggrund af en på det tidspunkt igangværende konflikt mellem regionen og PLO Hovedstaden om sundhedshuset i Helsingør. Det medfører, at regionen beslutter at opsiges lægevagtsordningen og at hjemtage denne. Flere interessenter fra både politisk og administrativt hold beskriver beslutningen som truffet "hals over hoved" og "i affekt".

Konflikten lægger grunden for, at de politiske partier i regionsrådet (på nær C og DF), som ellers ikke før har kunnet finde fælles fodslag, pludselig ser muligheden for at indgå forlig om indførelsen af et enstrengt, visiteret akutsystem og i den forbindelse hjemtage lægevagtsordningen. Beslutningens pludselighed – og det tilhørende planlægningsstidsrum og tidspunkt for idriftsættelse – kommer til at forfølge EVA i hele perioden dækket af denne evaluering, dvs. frem til og med 31. marts 2014.

5.2.3 Utilstrækkelig tid til planlægning og implementering

Beslutningen træffes meget pludseligt – og uden et længere, forudgående forhandlings-, hørings- og dialog-forløb, som ellers normalt er standarden, når så store og omkalfatrende beslutninger træffes. Den optimisme som regionens administration og politikerne bag beslutningen udviser i forhold til, hvor meget der kan nås på hvor kort tid, er ude af trit med den faktiske virkelighed. Beslutningen efterlader administrationen med utilstrækkelig tid til at planlægge og designe det faktiske og praktiske indhold i beslutningen. Mængden af nye it systemer, der skal udvikles, institutioner (kommuner, hospitalsledelser og -personale, praktiserende læger og borgere) der skal involveres, nyt personale der skal rekrutteres og oplæres, aftaler der skal forhandles med de fagpolitiske selskaber og relationer mellem aktører, der skal etableres, er meget omfattende. Og med opsigelsen af overenskomsten med de praktiserende læger – og den igangværende konflikt – begrænses mulighederne for i tilstrækkelig grad at lave videndeling fra driften af det eksisterende system samt følgende rekruttering af læger med den rette faglige baggrund.

5.2.4 Dårligt valgt tidspunkt at gå i luften på og optimistiske servicemål

Ud over det overordnede vilkår med utilstrækkelig tid til planlægning og implementering, er det valgte tidspunkt at gå i luften på langt fra optimalt. Vinteren er den travleste tid, helligdage blandt de travleste dage og den 1. januar en af lægevagts travleste dage overhovedet. Med en mindre hastig beslutningsproces – og en længere planlægningshorisont ville man helt sikkert kunne have fundet bedre tidspunkter for lanceringen af EVA. Nu 'tog den ene beslutning den anden' – og da først overenskomsten med PLO var opsagt, lå tidspunktet fast.

De opstillede servicemål (90 procent af opkaldene skal besvares inden for tre minutter og ingen må vente mere end 10 minutter) er meget optimistiske og unuancerede. De indeholder ikke en indfasningsperiode, hvor man tillader EVA at have længere responstid i f.eks. de første tre måneder. De er overoptimistiske, blandt andet sammenlignet med andre regioners og med performance i den eksisterende lægevagt. Flere fagpersoner har givet udtryk for, at det centrale ikke er om folk venter 3, 5 eller 10 minutter, men at den betjening og visitation de får er af høj kvalitet. Det énsidige fokus på telefonventetid som eneste servicemål har helt naturligt ført til, at dette er i fokus efter idriftsættelse.

5.2.5 Grundlæggende plan- og design grundlag tilfredsstillende, men organiseringen uhensigtsmæssig på centrale områder

Isoleret set er plan- og design grundlaget af god og forventelig kvalitet. Gode retningslinjer og principper, god risikoafdækning og gode planer. Der udvises stor vedholdenhed og determination fra administrationens side – og opbakning fra regionsrådets side. Det er vores konklusion, der arbejdes målrettet og systematisk med opgaven.

Der er imidlertid en række uhensigtsmæssigheder i den valgte måde arbejdet blev organiseret på. Projektorganisationen er således en spejling af linjeorganisationen. Dermed har projektorganisationen ikke den agilitet og en selvstændig beslutningsstruktur, der gør at den kan træffe beslutninger og sikre fremdrift uafhængigt af linjens formaliserede struktur og mødestrukturer. Størrelsen af styregruppen flytter fokus fra overordnet strategisk fremdrift til i praksis at behandle en række problemstillinger der opstår forskellige steder i organisationen. Dette sikrer ikke i tilstrækkelig grad den nødvendige fremdrift. Et eksempel på dette er, at der anvendes mere end fem måneder på at formulere retningslinjer og principper for EVA, hvilket efterlader kun godt fire måneder til reel planlægning og implementering af EVA.

Samtidig betyder den klassiske koncern struktur, at man på regionsgården i Hillerød nærer tillid til, at vedtagne beslutninger føres ud i livet på koncernens hospitaler, på akutmodtagelser og –klinikker og i Den Præhospitale Virksomhed. Der er ikke i hverken koncernstrukturen eller projektorganiseringen en central tovholder, der følger op på, at centrale beslutninger rent faktisk implementeres i tide og sikrer, at led i det samlede system er lige langt fremme, da man går i luften den 1. januar 2014. Det er COWIs vurdering, at dette er en medvirkende årsag til at der ikke er tilstrækkelig samordning og forståelse mellem Den Præhospitale Virksomhed og flere akutmodtagelser/-klinikker. Det er ligeledes COWIs vurdering, at det er en medvirkende årsag til, at den centrale risikoanalyse kommer på et tidspunkt, hvor det ikke er realistisk at handle på anbefalingerne.

5.2.6 Inddragelse af nøgleaktører – for lidt og for sent

Beslutningens pludselighed og den for korte planlægningshorisont forfølger EVA fra starten. Centrale eksterne parter inddrages for sent. Aftalen med de læger man forventer skal indgå i bemanningen på Den Præhospitale Virksomhed og på hospitalerne indgås først sidst i november, mindre end halvanden måned før man skal gå i luften.

De centrale faglige kræfter, der skal løfte EVA er det sundhedsfaglige personale. Trods ønsker fra de fagpolitiske selskaber på både læge- og sygeplejerskesiden inddrages de ikke tilstrækkeligt i designfasen i forbindelse med udformningen af retningslinjer og principper for EVA. Det generelle tidspres og konfliktsituationen har givet vis spillet en rolle her. Denne utilstrækkelige inddragelse af de fagpersoner, der skal løfte opgaven i Den Præhospitale Virksomhed og på hospitalerne hæmmer fagpersonernes ejerskab til og engagement i EVA.

5.2.7 Den Præhospitale Virksomhed er ny og administrativt umoden

Den Præhospitale Virksomhed er en relativt ny organisation, der både på ledelsesområdet og administrativt ikke var tilstrækkeligt gearet til en så omfattende organisationsændring og udvikling som implementeringen af EVA var.

Engagementet, korpsånden og de kræfter såvel medarbejdere som ledere i DPV har lagt i at få EVA implementeret fortjener ros. Den massive tilstedeværelse af ledelsen og medarbejders villighed til at påtage sig ekstra arbejde ligger udover, hvad der kan forventes.

Dette til trods var det generelle tidspres, omfanget af organisationsudviklingen med nye opgaver, rutiner og retningslinjer for arbejdet samt det antal medarbejdere, der skulle rekrutteres massivt. Hertil kommer en forberedelse af flytning til nye lokaler, selve flytningen og etablering af it-infrastruktur inklusiv udvikling af it-systemet.

Det nødvendige antal ledere og det administrative personale, der skulle forestå koordineringen af alt dette var ikke rekrutteret før driftsstart og er først blevet det i løbet af 2014. Dette har sammen med det generelle tidspres betydet, at der var en lang række udeståender ved driftsstart 1. januar 2014.

5.2.8 Rekruttering vanskeliggøres af konfliktsituationen, sen afslutning af forhandlingsforløb og ikke tilstrækkelig helhedsforståelse for løsning af opgaven

Rammevilkårene omkring særligt konflikten mellem regionen og PLO samt de sent afsluttede forhandlingsforløb og det faktum, at PLO har frarådet deres medlemmer at søge ansættelse i ordningen har udfordret rekrutteringen på lægesiden.

Det er her helt centralt, at den verserende konflikt med PLO ikke løses, men tværtimod forværres som følge af manglende inddragelse og at de ikke bliver en del af de aftaler, der bliver indgået i november 2013. Situationen er yderst kompleks og det er meget vanskeligt at vurdere, hvad der kunne have medvirket til at formilde eller løse konflikten og dermed dæmmede op for de rekrutteringsmæssige udfordringer på lægesiden.

De sundhedsfaglige visitatorer, der skulle rekrutteres ville langt hen ad vejen skulle rekrutteres fra egne rækker på hospitalerne. Der har i processen ikke været en tilstrækkelig helhedsforståelse for denne opgave. Der har været fokus på, at den nye 1813-funktion ikke måtte "stjæle" medarbejdere fra hospitalernes akutfunktioner. Der har derimod ikke været tilstrækkeligt fokus på, at opgaven omkring indgang og visitation til regionens akutfunktioner var noget alle måtte bidrage til og havde en interesse i kom til at fungere i det nye setup.

5.2.9 Medarbejdere var ikke tilstrækkeligt forberedt og uddannede ved opstart og manglende forståelse for hinandens arbejdsopgaver

Da EVA gik i luften i januar 2014 var medarbejderne i Den Præhospitale Virksomhed uforberedte og ikke tilstrækkeligt uddannede i systemet ligesom centrale instrukser og retningslinjer ikke var færdigudviklede.

Forklaringen på dette skal findes i det generelle tidspres og rammevilkår samt det faktum, at den version af it-systemet man gik i luften med 1. januar først var færdigudviklet medio december, hvilket ikke gav meget tid til reel oplæring i systemet. Det betød de-facto, at der i opstartsperioden var en høj grad af learning-by-doing.

Det har ligeledes været kendetegnende, at der var – og stadig den dag i dag er – en manglende forståelse for hinandens arbejdsopgaver og vilkår på hospitalernes akutfunktioner og i den visiterende 1813-enhed. Dette har særligt i den hektiske opstart ført til frustrationer og irritation hos medarbejderne begge steder, der ikke har gavnet koordinationen og samarbejdet.

5.2.10 Målsætninger for it-systemet nås – men sent hvilket hæmmer oplæring i systemet – og systemet opleves som tungt og på nogle områder uhensigtsmæssigt af medarbejderne

Udviklingen og implementeringen af it-systemet er grundlæggende set velgennemført. Processen har været struktureret, godt planlagt og gennemført med det fornødne fokus på såvel risikoanalyse som -håndtering. Den samlede it-leverance leverede mere end oprindeligt planlagt og nåede således i mål med mere end lovet. Målt ud fra denne betragtning har it-leverancen været en succes.

At systemet færdiggøres umiddelbart inden idriftsættelse betyder at oplæring i systemet var begrænset og personalet på 1813 var dermed ikke tilstrækkeligt uddannet i systemet den 1. januar 2014.

Medarbejderne har kun i begrænset omfang været inddraget i udviklingen af it-systemet. En yderligere inddragelse af disse kunne have resulteret i bedre funktionalitet af systemet ved driftsstart.

Samlet set er it-understøttelsen lykkedes godt givet de vanskelige rammer den har været underlagt. En højere grad af medarbejderinddragelse i udviklingsprocessen samt bedre uddannelse og forberedelse af personalet frem mod drift start kunne sandsynligvis have mindsket de problemer, der opstod. En række af de uhensigtsmæssigheder ved systemet, der blev observeret er løbende blevet udbedret.

5.2.11 Den eksterne kommunikation har opnået at 1813 er blevet kendt blandt borgerne. Visionen om EVA kommunikerer ikke tilstrækkeligt

Konklusionen vedrørende kommunikation er blandet. Den eksterne kommunikationskampagne er blevet planlagt og udført med et godkendt resultat til følge. 1813 er blevet et nummer som borgerne kender og anvender. Selve visionen bag EVA

er et længe næret ønske blandt politikere, embedsværket og sundhedsprofessionelle i Danmark. Ændringerne finder i høj grad sted ud fra hensynet til at gøre mødet med sundhedsvæsenet mere entydigt set med borgernes øjne. Og ændringerne er også motiveret af, at man ville gøre op med uhensigtsmæssigheder ved det eksisterende lægevagtsystem. Det er vores vurdering, at disse ændringer og forbedringer ikke i tilstrækkelig grad bliver en central del af kommunikationsindsatsen. Endelig er det vores vurdering, at der ikke har været tilstrækkelig fokus på den interne kommunikation. Den samlede interne kommunikation set fra regionsgården og ud til de berørte afdelinger og enheder – koblet med karakteren og kompleksiteten af omlægningerne og tidsrummet til at forberede dem – har ikke været tilstrækkelig til at sikre, at det berørte personale set over en bred kam, var tilstrækkeligt forberedt, da 1813 gik i luften.

5.2.12 Orientering af regionsrådet tilfredsstillende, men præget af overoptimisme

Der er generelt tilfredshed fra politisk side med den løbende orientering af regionsrådet i design- og planlægningsfasen. Fra enkelte sider udtrykkes ønske om at være blevet bedre orienteret, hvilket også giver sig udslag i rækken af spørgsmål fra nogle politiske partiers side. Der er retrospektivt bred enighed blandt politikerne om, at orienteringen til regionsrådet har været præget af overoptimisme.

Da EVA er gået i luften og problemerne omkring særligt telefonventetiderne til 1813 bliver tydelige intensiveres orienteringen af regionsrådet. I denne fase har alle politiske partier følt sig godt orienteret og underrettet.

Det er COWIs vurdering, at orienteringen af regionsrådet har været tilfredsstillende i den givne kontekst. Generelt har der hersket en overoptimisme, der viste sig ikke at stå mål med virkeligheden og dette har også været gennemgående i de orienteringer der løbende gives til politikerne – men dette var opfattelsen på de givne tidspunkter.

5.3 Læring

Evalueringen skal *give læring for en fremadrettet optimering af det nye akutsystem*. Nedenfor præsenterer vi fem specifikke læringspunkter, der kan bidrage til at optimere EVA, samt tre mere overordnede læringspunkter.

5.3.1 Specifik læring i relation til EVA

Der er fem specifikke læringspunkter:

- › Det politiske og ledelsesmæssige fokus – og den ledelsesmæssige vilje og opbakning skal fortsætte. Mange forhold er rettet op siden EVA blev lanceret. Fortsat ledelsesfokus er forudsætningen for den fortsatte kvalitetsudvikling.

- › Konflikten mellem regionen og PLO må bilægges. Alle parter: politikere, højt placerede embedsmænd og PLO har et ansvar for at genskabe dialog og samarbejde – eventuelt kan regionen benytte sig af en neutral facilitator.
- › Også dialogen med DSR skal forbedres. Involvering af DSR i den fortsatte udvikling af 1813s visitorfunktion og i videreudviklingen af visitationsredskaber er central for den fortsatte kvalitetsudvikling.
- › Kommunikationen til koncernens medarbejdere skal forbedres. Herunder skal det sikres, at centralt fastsatte kommunikationsbudskaber rent faktisk også når ud til de ansatte i koncernens forskellige enheder. En forøget forståelse blandt personalet for hinandens arbejdsbetingelser på tværs af enheder, f.eks. mellem DPV på den ene side og akutmodtagelser/-klinikker på den anden, skal være et centralt fokus for dette. Det anbefales ligeledes, at relancere visionen om EVA og formidle denne til personalet. Det skal være med til at skabe den faglige stolthed, som medarbejderne har behov for, når de står overfor at løse de daglige udfordringer.
- › Servicemålet om at 90 pct. af opkaldene skal besvares inden for tre minutter, bør udbygges med mere kvalitative servicemål, der handler om oplevet kvalitet og patientsikkerhed. Det eksisterende servicemål vil fortsat skabe kritik i offentligheden, når det ikke nås. Og hvad vigtigere er i den sammenhæng: det er utilfredsstillende for personalet ved 1813 ikke at kunne opfylde servicemålet. Det bidrager derfor til stress og givetvis i nogen udstrækning til en relativ høj udskiftningsrate blandt personalet. Borgerne får i dag en helt anden betjening end det tidligere var tilfældet. Dette var en del af visionen bag EVA – og denne vision skal reflekteres i kvalitative servicemål, som både borgere og personale kan se værdien i.

5.3.2 Overordnet læring

Der er tre overordnede, tværgående læringspunkter:

Inddragelse af nøgleaktører er central

Den danske politiske- og forvaltningskultur er blandt andet kendetegnet ved tre karakteristika: inddragelse, princippet om at benytte høringsprocedurer og idealet om at arbejde hen imod brede konsensusbeslutninger. Beslutningen om at hjemtage lægevagten og opsige overenskomsten bærer ingen af de tre dyder. I det konkrete tilfælde var der allerede en igangværende konflikt, der blev eskaleret med beslutningen den 12. marts 2013.

Da beslutningen er truffet inddrages de fagpolitiske selskaber (Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd) sent i processen og primært med henblik på at indgå aftaler om ansættelsesforhold for deres medlemmer i EVA. Vurderingen om ikke at inddrage disse i selve designet af EVA medvirker til at øge distancen mellem beslutningstagerne og dem der i sidste ende skal løfte opgaven. En højere grad af inddragelse af disse interessenter kunne have skabt større ejerskab til EVA og fået det efterfølgende forløb omkring indgåelse af aftaler til at glide nemmere.

Fronterne mellem de centrale parter – her i særdeleshed mellem PLO og regionen – var trukket kraftigt op. Situationen blev af begge parter omtalt som værende gået i hårknode og det var meget svært at se en udvej. Dette forhold har gennem hele forløbet omkring implementeringen af EVA spillet en væsentlig rolle. Ansvar for denne situation ligger hos begge parter og det er meget vanskeligt at pege på, hvad der kunne have løst op for denne konflikt. Der er fra begge lejre peget på, at en mulig løsning kunne have været en neutral facilitator, der kunne medvirke til at få den vigtige og nødvendige dialog parterne imellem tilbage på sporet.

Læringen er grundlæggende, at politiske beslutninger i regionen og deres administrative udmøntning fremadrettet i højere grad bør basere sig på inddragelse af de berørte parter og høring blandt de involverede aktører. Denne læring gælder ikke kun det politisk-administrative apparat, men stiller også krav til de organisationer og private aktører regionen samarbejder med.

Bedre beslutningsgrundlag giver større succes

Region Hovedstadens politiske beslutning er i tråd med, hvad de sundhedsfagpolitiske selskaber selv anbefaler, i tråd med indgåede aftaler mellem regeringen og Danske Regioner og i tråd med regionens egne tidligere truffne beslutninger. Beslutningsgrundlaget herfor er særdeles godt. Beslutningen om at hjemtage lægevagten og opsige overenskomsten med PLO-Hovedstaden er derimod pludselig. Beslutningsgrundlaget for denne sidste del er ikke tilstrækkeligt analyseret og er set i bakspejlet baseret på for optimistiske vurderinger fra embedsværket. Beslutningen efterlader dermed administrationen med utilstrækkelig tid til at planlægge og designe det faktiske og praktiske indhold i beslutningen.

Det er en læring fra EVA-forløbet, at store organisationsforandringer fremadrettet bør baseres på et bedre og mere detaljeret beslutningsgrundlag end tilfældet var, når det gælder beslutningen om at hjemtage lægevagten og opsige overenskomsten.

Det er dog også væsentligt i den henseende at erkende, at politiske beslutningsprocesser og mulighederne for at opnå aftaler kan skygge for det ideelle og gennemanalyserede forløb. Det er et vilkår i det danske demokrati, der ikke kan og næppe skal rykkes ved. I den virkelighed er det vigtigt, at embedsværket kan manøvrere og rådgive politikerne bedst muligt. Læringen for forløbet omkring EVA er her, at organisationsforandringer som EVA er mere omfattende og krævende – specielt givet de aktuelle rammevilkår særligt relateret til konflikten – end de blev vurderet til i marts 2013.

Stærkere og mere klar central forankring og opfølgning ved implementering af større organisationsforandringer

Den interne logik i en koncernstruktur – at ledelser for de enkelte dele af koncernen er ansvarlig for den praktiske, lokale udmøntning af centralt truffne koncernbeslutninger – er udtryk for en organisering, som under normale forhold udgør et meget stærkt grundlag for implementering og handling i både offentlige og private virksomheder. Det er også det grundlag, der var gennemgående i den måde regionen organiserede processen omkring planlægning og implementering af EVA.

Læringen fra EVA forløbet er, at når en koncern skal gennemføre beslutninger, der involverer meget store dele af koncernen og dens personale, samt et antal eksterne aktører, er det nødvendigt med centralt fastsatte mekanismer, der følger op på og registrerer om de enkelte dele af koncernen rent faktisk gennemfører de handlinger, der er besluttet. Dette er særligt relevant i de givne omstændigheder, hvor dette skulle ske inden for en kort tidshorisont og i kølvandet på en konflikt.

Det er her vigtigt, at der fra centralt hold formuleres konkrete delmål og succeskriterier for de enkelte dele af koncernen. Dette er for enkelte områder sket (it og kommunikation), men der har ikke været en overordnet central forankring af disse. Det er ligeledes essentielt, at der fra centralt hold monitoreres på om delmålene opfyldes og at der udarbejdes planer for opfølgning og korrektion, hvis delmålene i de decentrale dele af koncernen ikke opfyldes.

Det er COWIs vurdering, at der for det konkrete EVA projekt er væsentlig læring at hente i den projektilgang, der decentralt blev valgt på it-området og styret af CIMT.

Bilag A Kommissorium for evalueringen



Center for Sundhed

Hospitalsplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

NOTAT

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Mail planogudvikling@regionh.dk

Ref.: Thomas Pihl

Dato: 5. marts 2014

Kommissorium for undersøgelse af planlægningen og implementeringen af enstrengt og visiteret akutsystem frem til 1. april 2014

1. Kommissorium

Der udarbejdes en evaluering af planlægningen og implementeringen af det enstrengede og visiterede akutsystem frem til 1. april 2014.

Evalueringen skal belyse, om planlægnings- og implementeringsopgaven med de af regionsrådet givne rammer kunne være udført mere hensigtsmæssigt. Udgangspunktet er at opsamle erfaringer og give læring for en fremadrettet optimering af det nye akutsystem.

Evalueringen skal bl.a. undersøge:

- Planlægningsforløbet op til og siden regionsrådets beslutning den 12. marts 2013.
- Forudsætninger og analyser, der er lagt til grund for etableringen af det nye akutsystem, herunder om konstaterede risici og problemer.
- Udviklingen og implementeringen af IT-systemer.
- Bemanding og rekrutteringen af personale.
- Uddannelse af personale.
- Kommunikationskampagne og hvordan kommunikation til samarbejdspartnere, medarbejdere i regionen og beslutningstagere i øvrigt, har været tilrettelagt.
- Orienteringen af regionsrådet.

Der fokuseres på planlægningsperioden frem til 31. december 2013 og implementeringsfasen fra 1. januar 2014 til 1. april 2014.

Der indgås aftale med en uvildig ekstern partner om varetagelse af opgaven som evaluator. Der afsættes op til 500.000 kr. til evalueringen.

Forretningsudvalget bemyndiges til at godkende aftale med en ekstern partner.

Forretningsudvalget forelægges på møde (lukket) den 6. maj 2014 tre tilbud med henblik på valg af partner efter indstilling fra administrationen. Tilbudsgiverne skal i tilbuddet oplyse, hvordan de personer, der interviewes, udvælges.
Evalueringen skal foreligge i september 2014.

Bilag B Materialeoversigt

- Danske Regioner: *Aftale om regionernes økonomi for 2013* (2013)
- Danske Regioner: *Et sammenhængende akutsystem* (2009)
- DSI: *Effektiv organisering af almen praksis – erfaringer fra udlandet* (2010)
- Region Hovedstaden: *Budget 2013-2016* (2012)
- Region Hovedstaden: *Enstrenget og visiteret akutsystem – retningslinjer og principper* (2013)
- Region Hovedstaden: *Hospitals- og Psykiatriplan 2020* (2011)
- Region Hovedstaden: *Hospitalsplan 2007* (2007)
- Region Hovedstaden: *It-understøttelse af enstrenget og visiteret akutsystem - løsningsforslag, risikovurdering og projektfremgangsmåde* (2013)
- Region Hovedstaden: *Kommunikationsplan for etablering af et enstrenget og visiteret akutsystem* (2013)
- Region Hovedstaden: *Nyt akutsystem 1. januar* (2013)
- Region Hovedstaden: *Plan for almen praksis* (2008)
- Region Hovedstaden: *Præhospitals indsats og sundhedsberedskab* (2008)
- Region Hovedstaden: *Risikoanalyse af enstrenget og visiteret akutsystem* (2013)
- Regionsrådet: *Referat fra Regionsrådsmødet 12. marts, 2013*
- Sundhedsstyrelsen: *Kvaliteten i den danske lægevagtsordning* (2009)
- Sundhedsstyrelsen: *Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen* (2007)
- Udvalget om det Præhospitale Akutberedskab: *Vagtlægeordningen i det fremtidige akutsystem* (2010)
- Udvalget om det Præhospitale Akutberedskab: *Ventetider i akutmodtagelser* (2012)
- Oversigt over dokumenter udleveret til COWI af Region Hovedstaden*

Enhed/område	Type af dokument	Antal dokumenter
Dataenheden	› Korrespondance og notater vedr. om-lægning af vagtlægeordningen	4
Enhed for Hospitalsplanlægning	› Statusnotater på akuttelefon (aktivitet, ventetider osv.) › Dagsordener, referater, notater og mødemateriale for møder i styregruppen vedr. etablering af enstrenget og visiteret akutsystem. › Notater og redegørelser vedr. etablering og organisering af EVA	213

Presseenheden – Center for Kommunikation	› Pressemeddelelser › Kommunikations- og presseplaner › Kampagnemateriale	35
Politisk Sekretariat	› Korrespondancer og notater ml. PLO og Regionsrådet vedr. lægevagt	4
Enhed for praksis-overenskomster	› Opmandssager og kendelser vedr. EVA	33
Enhed for Kommunikationsrådgivning	› Kommunikationsplan › Kampagnemateriale	8
Enhed for Budget og Byggestyring	› Notater vedrørende økonomi og aktivitet	10
Den Tværsektorielle Enhed	› Dagsordener for møder i den administrative styregruppe	3
Den Præhospital Virksomhed	› Dagsordener, referater, notater og mødemateriale for møder i driftsgruppen EVA › Kompetencekort og funktionsbeskrivelser for personale på akuttelefonen › Retningslinjer og vejledninger til personale på akuttelefonen	33
Center for It, Medico og Telefoni	› Notater og redegørelser vedr. it understøttelse af EVA (herunder udvikling og implementering af it-system)	7
Center for HR	› Aftaler og overenskomster for læger og sygeplejersker ansat i EVA	10

Bilag C Oversigt over interviewpersoner

Region Hovedstaden	
Direktion	Svend Hartling, Direktør, Koncerndirektionen
Administrative enheder	Enhedschef Anne Skriver, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning
	2 medarbejdere fra Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning
	Søren Helsted, Enhedschef, Center for Økonomi
	Bettina Skovgaard, Enhedschef, Enhed for Praksisoversenskomster
	Susanne Mourier, Enhedschef, Løn og Forhandling
	Medarbejder, Enhed for Kommunikation
	Medarbejder, Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed
	Medarbejder, Center for økonomi
	Torben Dalgaard, Vicedirektør, Center for It, Medico og Telefoni
	Medarbejder, Center for It, Medico og Telefoni
	Else Hjortsø, Vicedirektør, Center for Sundhed
Hvidovre Hospital	Torben, Mogensen, Vicedirektør
Den Præhospitale Virksomhed	Freddy Lippert, Direktør
	Hans Anton Nygaard, Økonomichef
	Sille Arildsen, Administrationschef
	Peter Gjersøe, Enhedschef, Akuttefonen 1813
	Jan Nørtved, Enhedschef, AMK-Vagtcentralen
	Torben Jensen, Sektionsleder
	Janne Toftdal Dynesen, Sektionsleder
	Søren Jensen, Sektionsleder
	2 Læger på 1813
	5 sundhedsfaglige visitatorer på 1813
Akutmodtagelser og – klinikker	Sygeplejerske, børneafdeling, Hvidovre Hospital
	Sygeplejerske, akutklinik, Amager Hospital
	Sygeplejerske, akutmodtagelse, Bispebjerg Hospital
	Læge, børneafdeling, Herlev Hospital
	Læge, akutklinik, Gentofte Hospital
	Læge, akutmodtagelse, Hillerød Hospital
Regionsrådet	
Socialdemokraterne	Flemming Pless
	Vibeke Storm Rasmussen
Venstre	Anne Ehrenreich
	Bent Larsen
Dansk Folkeparti	Henrik Thorup
Enhedslisten	Susanne Langer
Det Radikale Venstre	Charlotte Fischer
Socialistisk Folkeparti	Arly Eskildsen

Det Konservative Folkeparti	Per Tærsebøl
Liberal Alliance	Niels Høiby
Uden for partier	Andreas Røpke
Fagpolitiske Organisationer	
PLO	5 repræsentanter
FAS	2 repræsentanter
YL	3 repræsentanter
DSR	2 repræsentanter
It-leverandører	
Logis A/S	1 repræsentant

Bilag D Spørgeguide

Introduktionsspørgsmål	Politiker	RegH Dir	RegH adm	Præhosp og klinik	Faglige org	Øvrige
Hvad har været de (tre) største udfordringer i processen med etablering af EVA?	x	x	x	x	x	x
Hvad har været den største succes i processen?	x	x	x	x	x	x
Hvad burde/kunne have været gjort anderledes for at være kommet bedre i mål?	x	x	x	x	x	x

Beslutningsfasen	Politiker	RegH Dir	RegH adm	Præhosp og klinik	Faglige org	Øvrige
Erfaringer og beslutninger inddraget i beslutningsfasen						
Hvilke tidligere erfaringer og beslutninger har ligget til grund for beslutningsfasen?	x	x				
Hvilke uhensigtsmæssigheder ved det da eksisterende system, forsøgte man at løse?	x	x			x	
Følte du at den politiske beslutning der blev truffet 12. marts skete på et tilstrækkeligt grundlag?	x	x				
Proces						
Kunne man efter omstændighederne have forventet en mere fyldestgørende indstilling til Regionsrådet end den, der blev præsenteret?	x	x				
Risikoanalyse						
Er risici afdækket i beslutningsfasen?	x	x				
Var du som politiker bekendt med hvilke risici der var ved gennemførelse af EVA og følte dig tilstrækkeligt orienteret om dette inden beslutningen blev truffet?	x					
Problemanalyse						
Er der udarbejdet en problemanalyse af akutsystemet?	x	x				
Var opsigelsen af aftalen med de praktiserende læger - set i bakspejlet - rettidig?	x	x			x	
Påvirkede konflikten omhandlende lægehuset i Helsingør selve timingen af beslutningen om EVA?	x	x			x	
Hvilken betydning har det haft for beslutningen, at planlægningen er foregået i et valgår?	x	x				

Aktører og interessenter						
Hvad var kommissoriet for design og driftsplanlægning - og hvem udformede dette?	x	x				
Har alle relevante aktører været involveret i beslutningen?	x	x				
Betydningen af konflikten						
Hvilken betydning har lægekonflikten haft for beslutningsfasen?	x	x			x	
Var opsigelsen af aftalen med de praktiserende læger - set i bakspejlet - rettidig?	x	x			x	
Påvirkede konflikten omhandlende lægehuset i Helsingør selve timingen af beslutningen om EVA?	x	x			x	

Systemdesignfasen	Politiker	RegH Dir	RegH adm	Præhosp og klinik	Faglige org	Øvrige
Ledelse af implementeringsprocessen						
Var alle relevante aktører repræsenteret i den nedsatte styregruppe og koordinationsgruppe? Var der kompetencer, der med fordel kunne have været flere af i styregruppen og/eller koordinationsgruppen?		x	x			
Var der afsat tilstrækkelige ressourcer til ledelsen af design og planprocessen?	x	x	x			
Var der afsat de nødvendige/tilstrækkelige midler til planlægnings, kommunikations- og implementeringsarbejdet af EVA?		x	x			
Hvordan er samarbejdet mellem ledelsen/styregruppen for design og plan og Regionsrådet tænkt? Hvordan er orienteringen til Regionsrådet tænkt? Har orienteringen af Regionsrådet været rettidig i forhold til opståede problemer? Opleves den som bydefuld?	x	x				
I hvilken grad har ledelsen af design og planprocessen fungeret efter hensigten? I høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke.	x	x				
Hvad er grundlaget for de opstillede servicemål? Var de for ambitiøse - eller afspejler de nationale standarder (set i retrospekt)?	x	x		x	x	
Har du/I følt jer tilstrækkeligt løbende orienteret i planlægningsperioden af embedsværket? Orienteres regionsrådet om fremdriften og risici ifm. planlægningen og implementeringen af EVA?	x					
Proces						
Er der udarbejdet tids- og aktivitetsplaner? Er de lø-	x	x	x			

bende revideret? Hvornår?						
Beskriv hvilke flaskehalse, der opstod i projektet. Hvad blev der gjort for at løse problemerne? I hvilken grad blev dette kommunikeret til centrale aktører? Er dette beskrevet?	x	x	x			
Hvad har den manglende konsensus i regionsrådet betydet for administrationens arbejde med at planlægge og implementere beslutningen?	x					
Har I som politikere givet administrationen tilstrækkeligt med "arbejdsro" til at fokusere på opgaven?	x					
Regionsrådet blev orienteret om retningslinjer og principper i august 2013. Kan du huske hvorledes I tacklede denne information?	x					
Blev du/I løbende orienteret om udviklingen i projektet, herunder risici og håndtering af disse? Føler du orienteringen har været tilstrækkelig?	x					
Risici						
Er risici tilstrækkeligt afdækket i systemdesignsfasen? Er der risici, der ikke blev afdækket her, der rimeligvis kunne have været afdækket i denne fase?	x	x	x		x	
Har risikoanalysen indeholdt tilstrækkelige beskrivelser af processer, der kan kompensere for fejl, mangler, overbelastning og systemforsinkelser?		x	x			
Blev der etableret et monitoreringssystem til risici? I givet fald - hvem havde ansvaret for monitorering og handling herpå?		x	x			
It						
It systemet, der ligger til grund for beslutningsstøtteværktøjet, er en videreudvikling af et system (LogisCAD), der oprindeligt er bygget til at håndtere syge-transport og ambulancer. Har der været foretaget analyse af fordele og ulemper ved at anvende dette system, herunder muligheden for at udvikle et nyt system tilpasset de nye arbejdsgange?		x	x			x
Hvad er baggrunden for det valg, der er blevet taget, om at videreudvikle et eksisterende it-system frem for at udarbejde et nyt?		x	x			
I hvilken grad er der udarbejdet en arbejdsgangsanalyse for de nye arbejdsgange i det enstrengede akutsystem (til brug for it-understøttelsen)?		x	x			
I hvilken grad har mulighederne for integration med relevante systemer været analyseret? I hvilken grad har servicemålene påvirket valget af den tekniske løsning?		x	x			
Det beskrives i rapporten "It-understøttelse af Enstrengt og Visiteret Akutsystem" at man i projektet for udviklingen at it-understøttelse til EVA på visse punkter vil afvige fra den sædvanlige beslutningsprocedure. På hvilke måder har man afvejet fra denne, og hvad har man gjort for at forberede og håndtere		x	x			

eventuelle ændringer i proceduren?						
Hvilken kvalitet har kravspecifikationen? Er kravspecifikationen for videreudviklingen udarbejdet af professionelle ressourcer eksternt eller internt?		x	x			x
I hvilket omfang er it-systemet kvalitetssikret?		x	x			x
Hvilke risici identificeredes i forbindelse med systemudviklingen? Hvordan blev disse håndteret?		x	x			x
Hvilke konkrete udfordringer opstod i forbindelse med systemudviklingen? Hvordan blev disse håndteret?		x	x			x
Rekruttering						
Har der været tydelige rolle- og ansvarsbeskrivelser af de forskellige jobfunktioner på akutmodtagelser og -klinikker og på Den Præhospitale Virksomhed?		x		x	x	
Har dimensionering af personalebehovet været realistisk?		x		x	x	
I hvilken grad er der udarbejdet analyser af ansættelsesbehov?		x	x	x		
Er rekrutteringsprocessen klart beskrevet? Er denne eventuelle beskrivelse fulgt?		x		x	x	
Er der taget højde for lægekonfliktens påvirkning af rekruttering?		x	x			
Hvordan har man taget højde for selvhenvendere i dimensioneringen af personalebehov?				x		
Kompetenceudvikling						
I hvilken grad er der planlagt uddannelse i beslutningsstøtteværktøjet, i instrukserne og i bemyndigelsen? I hvilken grad er uddannelsen beskrevet?			x	x		
På hvilket grundlag (erfaringsmæssigt, analytisk) er procedurer og instrukser til personalet udarbejdet?			x	x		
Er der afsat den fornødne tid/ressourcer til kompetenceudvikling af personalet?		x		x		
Er der planlagt supervision af personalet i forbindelse med driften?		x		x		
Organisation						
I det enstrengede system er samvirket mellem de forskellige enheder (visitering, akutklinikker og -modtagelser, transport) og faggrupper helt central. Er dette samvirke beskrevet fyldestgørende, herunder snitfladerne mellem parterne?		x		x		
Er der beskrevet mandat for de enkelte enheder?		x		x		
Er de enkelte enheders ydelser og leverancer beskrevet?		x		x		
Er der beskrevet instrukser for centrale procedurer: visitering, journalføring, epikriser?		x		x		

Ledelse af EVA						
Er ledelsen af det enkeltstrengede akutsystem beskrevet, både det overordnede og den daglige ledelse? Herunder mandat og forventning til performancekrav.		x		x		
Kommunikation						
Er alle relevante parter blevet inkluderet i kommunikationsstrategien?		x	x	x		
Har de eksterne leverandører overholdt de indgåede aftaler mhp. levering af ydelser og overholdelse af tidsfrister?		x	x			x
Kommunikation til borgerne er nævnt i Administrationens indstilling til etablering af et enstrengt akutberedskab. Hvad har kommunikationen til borgerne betydet for implementeringen af EVA?	x	x	x	x	x	
Der har været voldsom opmærksomhed omkring implementeringen af EVA i pressen. Hvordan mener du, at Regionens håndtering af pressen i design og planfasen er lykkedes?	x	x	x	x	x	
Kommunikation til borgerne er nævnt i Administrationens indstilling til etablering af et enstrengt akutberedskab - er kommunikationsopgaven løst som du forventede?	x					

Driftsplanlægningsfasen	Politiker	RegH Dir	RegH adm	Præhosp og klinik	Faglige org	Øvrige
Proces						
Hvad betydning har det, at akuttelefonen og 112 flyttes rent fysisk?		x		x		
Hvordan blev den relativt korte tidshorisont tacklet i planlægningsfasen?		x	x	x		
Hvilke informationer var til rådighed ift. at belyse den fremtidige aktivitet på 1813 – og var disse tilstrækkelige? Hvilke oplysninger var der om opkald til den gamle vagtlægeordning?		x	x	x		
Risici						
Er risici tilstrækkelig afdækket i driftsplanlægningsfasen?		x		x		x
Hvorledes er implementeringen af anbefalingerne i risikoplanen fra december 2013 blevet fulgt op, implementeret og løbende monitoreret?		x	x	x		
It						
Beskriv udviklingsprocessen for it-systemet for telefo-		x		x		x

ni og beslutningsstøtte.						
Hvornår blev 1. version (med de funktioner, der var aftalt til at skulle benyttes fra 1. januar) færdig?		x		x		x
Blev systemet grundigt testet før ibrugtagningen?		x		x		x
Har de eksterne leverandører overholdt de indgåede aftaler mhp. levering af ydelser og overholdelse af tidsfrister?		x	x			x
Hvordan har den faktiske proces udspillet sig i forhold til den plan der var lagt for driftplanlægningsforløbet? Ift. Tid? Ressourcer?		x	x			
Hvornår blev 1. version (med de funktioner, der var aftalt til at skulle benyttes fra 1. januar) færdig? / Hvad var status på it-systemet d. 1. januar 2014 i forhold til den version der planmæssigt skulle være klar ved idriftsættelsen?		x	x	x		
Rekruttering						
Var alle positioner til den nye organisering besat ved opstarten d. 1. januar?		x		x		x
Var det muligt at rekruttere personale med den ønskede uddannelsesmæssige baggrund til stillingerne?		x		x		x
Hvilke udfordringer identificeredes i forbindelse med rekruttering af personale? Hvordan er disse blevet håndteret?		x	x	x		
Hvorledes var Den Præhospitale Virksomhed klædt på til at foretage den nødvendige rekruttering og hvorledes har regionens øvrige enheder bidraget til støtte af dette?		x	x	x		
Kompetenceudvikling						
Hvad bestod kompetenceudviklingen til det nye system af (indhold? teoretisk eller praksisnær træning?).		x	x	x		x
Modsvarede uddannelsen de reelle krav?		x		x		x
Blev personalet grundigt indført i det færdige system?		x		x		x
Hvilke konsekvenser har forsinkelser i it-systemet haft for de ansattes indføring i systemet?		x		x		
Blev roller og ansvar grundigt beskrevet og formidlet til personalet?		x		x		x
Var alt personale uddannet i brugen af systemet pr. 1. januar 2014?		x		x		
Ledelse af EVA						
Var den planlagte ledelse på plads ved opstarten af systemet?		x		x		
Var det muligt at rekruttere ledelse med den ønskede uddannelsesmæssige baggrund til stillingerne?		x		x		

Var ledelsen trænet og kompetent inden for change management? Og personalepleje? Og samarbejde med eksterne? Og konflikthåndtering og mediering?		x		x		
Intern kommunikation						
Hvordan er kommunikation internt tilrettelagt?		x		x		
Er der en strategi for intern kommunikation?		x		x		
Er der retningslinjer for, hvem der kommunikerer med hvem hvornår?		x		x		
I hvilken grad har interne informationsflows med henblik på oplysning omkring EVA samt opdatering om implementeringsprocessen været tilstrækkelige? Hvilke initiativer er blevet iværksat for at imødekomme informationsbehov?		x	x	x		
Ekstern kommunikation						
Vurderes det, at oplysningskampagnen for 1813/kommunikationen til borgerne har virket efter hensigten/været fyldestgørende?		x	x	x	x	
Presseplanen for EVA har bl.a. til formål at "Understøtte etableringen af EVA ved at skabe tryghed, indblik og forståelse for overgangen til det enstrengede og visiterede akutsystem". Hvordan vurderer du, at dette er lykkedes?		x	x	x	x	
Hvilke risici er blevet identificeret i forbindelse med kommunikationsstrategien? Hvilke tiltag er taget for at håndtere disse, i tilfælde af at de er blevet reelle (presseberedskab, alternative strategier)? Eksempler derpå?		x	x			
Hvordan har man forberedt sig på kommunikationsindsatsen ved idriftsættelsen af akutsystemet (med henblik på pressen)?		x	x			

Driftsfasen	Politiker	RegH Dir	RegH adm	Præhosp og klinik	Faglige org	Øvrige
It						
Hvilke problemer (karakter og omfang) har man registreret vedrørende it-systemets funktionalitet.		x	x	x	x	
I hvilken grad lever it-systemet op til kravet om understøttelse af et udstrakt samarbejde på tværs af de forskellige behandlerspor i akutfunktionerne?			x	x		
Styrker/svagheder ved de aktuelle it-system? Er der planlagt ændringer på systemets nuværende form?			x	x		
Har der været nogen uforudsete udfordringer i forbindelse med drift og idriftsættelse af it-systemet?			x	x		

Hvad var status på it-systemudviklingen 31. marts 2014? (Ift. 1. version? Ift. en færdig version?)			x	x		
Rekruttering						
Har de forud for idriftsættelsen udarbejdede ansættelsesvilkår og –forhold været i overensstemmelse med de aktuelle vilkår og forhold for de ansatte?			x	x		
Har det forventede behov for mandskab været i overensstemmelse med det reelle behov for mandskab?			x	x		
Har det været muligt at opnå optimal/tilfredsstillende vagtdækning i forhold til de reelle behov?			x	x		
Har der været nogen uforudsete udfordringer med rekruttering i forbindelse med drift og idriftsættelse af akutsystemet?			x	x		
Kompetenceudvikling						
Lever uddannelsen op til de reelle kompetencekrav?			x	x		
Organisation						
Hvad var din rolle i perioden 1. januar – 31. marts og hvad bestod den af mere konkret?				x		
Beskriv proceduren fra I modtager en visiteret tid i systemet til den visiterede patient er tilset (på akutmodtagelser og –klinikker).				x		
Beskriv de mest signifikante ændringer i organisering og procedurer som akutmodtagelserne og -klinikkerne har gennemgået i forbindelse med etableringen af EVA (herunder børnespor)				x		
Hvilke berøringsflader og samarbejdspunkter har I på akutmodtagelser og – klinikker med akuttelefonen?				x		
Beskriv eventuelle udfordringer i kontakten til akutvisitationen.				x		
Intern kommunikation						
Har der været udfordringer i den interne kommunikation efter idriftsættelsen af akuttelefonen? Hvis ja, hvilke?			x	x		
I hvilken grad vurderes det, at de fastsatte mål for den interne kommunikationsindsats er nået?			x	x		
Ekstern kommunikation						
Føler du, som kommunikationsmedarbejder, at presseberedskabet har rustet dig til håndteringen af de pressesituationer der er opstået efter idriftsættelsen af akutsystemet i et tilstrækkeligt omfang?			x			
Har niveauet af presse/mediedækning af 1813 været som forventet? Hvis nej, hvad har været anderledes?		x	x	x		
I hvilken grad vurderes det, at de fastsatte mål for den		x	x	x		

eksterne kommunikationsindsats er nået?						
Hvorledes har regionen klaret pressehåndteringen i perioden fra 1. januar til 1. april	x					
Ledelse af EVA						
Hvorledes har ledelsen håndteret de forskellige problemer? Hvad er sat i værk for at løse problemerne?		x		x		
Hvordan har systembelastningen udviklet sig i perioden? Hvordan er belastningen i sammenligning med den prognosticerede belastning?		x		x		
Hvordan har samarbejdet med og deltagelse af Regionsrådet udviklet sig i driftsfasen?	x	x		x		
Hvordan har problemerne med performance påvirket kommunikationen med interessenter og partnere.	x	x		x	x	
Orientering af Regionsrådet						
Hvordan orienteres regionsrådet i perioden 1. januar – 1. april om udviklingen? Og har denne orientering været tilstrækkelig?	x					

Kvantitativ del

Svarkategorier til samtlige spørgsmål er: I høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke.	Politiker	RegH Dir	RegH adm	Præhosp og klinik	Faglige org	Øvrige
Ledelse						
I hvilken grad har ledelsen af design og planprocessen fungeret efter hensigten?		x	x	x		
I hvilken grad har tids- og aktivitetsplanen været realistisk?		x	x	x		
I hvilket omfang har ledelsen af EVA været klædt på til at varetage idriftsættelsen af systemet?		x	x	x		
Risikostyring						
I hvilken grad er relevante risici blevet identificeret i planlægningsfasen?		x	x	x		
Personale						
I hvilken grad blev udfordringerne med rekruttering af personale håndteret på bedst mulig vis?		x	x	x		
Var alt personalet uddannet i brugen af systemet pr. 1. januar 2014?		x	x	x		
I hvilken grad levede de rekrutterede medarbejdere d. 1. januar 2014 op til de planlagte kompetencekrav?		x	x	x		
Kommunikation						
I hvilken grad vurderer du, at kommunikationskam-		x	x	x		

pagnen rettet mod borgerne har virket efter hensigten?						
I hvilken grad mener du, at kommunikationen omkring EVA internt i regionen til medarbejderne har været tilstrækkelig?		x	x	x		
It						
I hvilken grad virkede it-systemerne efter hensigten 1. januar 2014?		x	x	x		
I hvilken grad virkede it-systemerne efter hensigten 31. marts 2014?		x	x	x		
I hvilken grad har it-systemerne medvirket til lange ventetider for borgerne i opstartsperioden (januar – marts)?		x	x	x		

Bilag E Kommissorium for politisk følgegruppe til evaluering af EVA

KOMMISSORIUM FOR POLITISK FØLGEGRUPPE TIL EVALUERING AF ENSTRENGET OG VISITERET AKUTSYSTEM FREM TIL 1. APRIL 2014

Baggrund

Region Hovedstaden har besluttet, at der skal udarbejdes en evaluering af planlægningen og implementeringen af det enstrengede og visiterede akutsystem frem til 1. april 2014. Evalueringen er ekstern og foretages af COWI A/S.

Evalueringen skal belyse om planlægnings- og implementeringsopgaven med de af regionsrådet givne rammer kunne være udført mere hensigtsmæssigt. Udgangspunktet for evalueringen er at opsamle erfaringer og give læring til en fremadrettet optimering af det nye akutsystem.

Formål med følgegruppen

I forbindelse med evalueringen nedsættes en politisk følgegruppe, der skal følge evalueringen med det formål at sikre at relevant materiale indgår i evalueringen og at de relevante personer interviewes. Følgegruppen kan rådgive herom, men COWI beslutter undersøgelsesmetoden indenfor tilbuddets rammer.

Konkret skal følgegruppen:

- Følge fremdriften i evalueringen
- Sikre at COWI har relevant materiale
- Sikre at de rigtige personer interviewes. Der gennemføres interview med op til 45 personer

Forud for følgegruppemøderne fremsender COWI en status (1-2 sider) over evalueringens fremdrift: aktiviteter gennemført og udestående aktiviteter. Rapportudkast forelægges ikke for følgegruppen, men forelægges for administrationen med henblik på faktuel høring. Selve evalueringens resultat forelægges for regionsrådet.

Følgegruppens sammensætning

Følgegruppen består af 1 politiker fra hvert parti. Regionsrådsformanden er formand for følgegruppen.

Fra COWI deltager projektlederen og to nøglekonsulenter: Chefkonsulent Kim Gustavsen, Chefkonsulent Claus Correll Rebien og Seniorkonsulent Kamilla Bolt.

Sekretariatsfunktionen for følgegruppen varetages af Region Hovedstadens administration, hvorfra deltager: Koncerndirektør Svend Hartling, direktør Christian Worm (Center for Sundhed) og chefkonsulent Thomas Pihl (Enhed for Hospitalsplanlægning).

Mødedatoer i følgegruppen

Der afholdes i udgangspunktet to møder i følgegruppen: ét i juni måned og et i september. Bilaget til kommissoriet indeholder datoer og forventede emner til de enkelte møder samt samlet tidsplan for evalueringen.

Bilag F Oversigt over forretningsudvalgsmøder

Tabel - Oversigt over Forretningsudvalgsmøder i Region Hovedstaden i perioden august 2012 - april 2014

Dato	Sager med relevans for EVA
14. 8.12	Høringsudkast til praksisudviklingsplan for almen praksis 2012. Drøftelser om etablering af sundhedshus i Helsingør.
21.8.12	
30.8.12	
18.9.12	
25.9.12	
9.10.12	Status på etablering af Den Præhospitale Virksomhed.
23.10.12	
13.11.12	Udtalelse til ministeriet for sundhed og forebyggelse i forbindelse med statsrevisorernes beretning 17/2011 om aktiviteter og udgifter i praksissektoren, herunder brud i overenskomstaf-tale mellem RLTN og PLO.
4.12.12	Drøftelser af sundhedsplan 2013, herunder den præhospitale indsats og akutstruktur. Meddelelse omkring PLO's beslutning om at sætte projekt <i>Model for tværfagligt samarbejde</i> mellem PLO og Region Hovedstaden i Helsingør Kommune, i bero.
29.1.13	Igangsættelse af kampagne for 1813 Orientering om status for overenskomstforhandlinger med PLO omkring sundhedshus i Helsingør Udsættelse af sagen om endelig godkendelse af praksisudviklingsplanen i lyset af igangværende overenskomstforhandlinger med PLO.
5. 3. 13	Drøftelser af årsrapport 2012 for Den Præhospitale Virksomhed
12.3.13	Drøftelser omkring beslutning om etablering af EVA
14.3.13	
9.4.13	Foreløbig vurdering af rammer for budget 2014, herunder orientering omkring budgetdrøftelser for etablering af EVA.
7.5.13	Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) om etablering af EVA
17.5.13	
11.6.13	
13.8.13	Implementering af EVA, herunder godkendelse af budget og servicemål
17.9.13	Anmodning fra regionsrådsmedlem Nina Berrig (C) om redøgørelse for EVA
22.10.13	
10.12.13	Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) vedr. EVA
21.1.14	Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) vedr. EVA
28.1.14	Drøftelser omkring evaluering af EVA
4.3.14	Præsentation af kommissorium for evaluering af EVA Henvendelse fra regionsrådsmedlem Lene Kaspersen (C) vedr. EVA

Bilag G Politisk aftale om integrering af lægevagten med regionens samlede akutsystem

Aftale mellem partierne Socialdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Venstre, Det Radikale Venstre og Andreas Røpke (uden for partierne) om integrering af lægevagten med regionens samlede akutsystem

Partierne er enige om, at der skal skabes et enstrengt akutsystem i hele Region Hovedstaden pr. 1. januar 2014.

Alt akutarbejde fra 112, akuthelikoptere, akutlægebiler, paramedicinerbiler, ambulancer og liggende sygetransport samt rådgivning og visitationshjælp via akuttelefonen 1813 og lægevagten integreres i den Præhospitale Virksomhed. Der sikres tæt opkobling til akutmodtagelser, akutklinikker og sundhedshuse.

Det vil i praksis betyde en sammenlægning af akutmodtagelser, akutklinikker og sundhedshuse med lægevagten i regionens regi.

Borgerne vil med et sådant system blot skulle huske to telefonnumre, nemlig 112 ved akut livstruende sygdom eller tilskadekomst, og 1813 ved behov for rådgivning og visitation til relevante akuttilbud.

Akuttelefonen 1813 vil blive udvidet med flere sygeplejersker og læger. Akuttelefonen 1813 vil fremover også kunne tilbyde vagtlægebesøg. Det vil herefter være muligt at indrette nye og forskellige sundhedstilbud til borgerne i Region Hovedstaden.

Partierne er derfor enige om, at lægevagtordningen hjemtages med virkning fra 1. januar 2014.

Sundhedshuset i Helsingør får egen lægevagt

Der etableres en lægevagt i Sundhedshuset i Helsingør. PLOs lægevagt kan flytte ind samtidig med, at regionen bevarer akutlægedækning i huset, som ønsket af PLO, frem til 1. januar 2014. Derefter fortsætter regionens egen lægevagt.

For partierne 5. marts 2013:

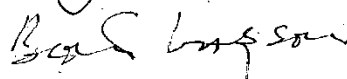
Vibeke Storm Rasmussen (A)



Arly Eskildsen (F)



Bent Larsen (V)



Kirsten Lee (B)



Andreas Røpke

