

Sarah Wadmann og Jakob Kjellberg

## **Evaluering af Enstrenget og Visiteret Akutsystem i Region Hovedstaden**

Sammenfatning

## Forord

Som led i etableringen af et enstrenget og visiteret akutsystem (EVA) overtog Region Hovedstaden pr. 1.1.2014 lægevagtsfunktionen fra PLO-Hovedstaden. Samtidig blev der indført visiteret adgang til regionens akutmodtagelser og akutklinikker via Akuttelefonen 1813.

Regionsrådet godkendte den 4.2.2014 Kommissorium for Evaluering af Enstrenget og Visiteret Akutsystem vedrørende perioden 1. april-1. oktober 2014. Evalueringen skal:

*Belyse, hvor der fremadrettet vil være behov for justeringer og optimeringer og tilpasninger i organiseringen af det enstrengede og visiterede akutsystem, herunder de konsekvenser indførelse af det enstrengede og visiterede akutsystem har haft for samarbejdet omkring de akutte patienter – både mellem Akuttelefonen 1813 og hospitalerne samt med de øvrige dele af sundhedsvæsenet og kommunerne (Region Hovedstaden, 2014c).*

På opdrag fra Region Hovedstaden sammenfatter KORA i denne rapport resultaterne fra en række devalueringer af EVA foretaget i 2014.

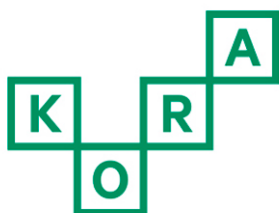
Der har været nedsat en følgegruppe vedrørende evalueringsprocessen. Følgegruppen har bestået af:

- Koncerndirektør Svend Hartling (formand), Region Hovedstaden
- Direktør for Den Præhospitale Virksomhed Freddy Lippert, Region Hovedstaden
- Vicedirektør Lars Juhl Petersen, Gentofte Hospital
- Vicedirektør Leif Panduro, Hillerød Hospital (pr. 1.9.2014 centerdirektør på Rigshospitalet)
- Kredsformand Vibeke Westh i Kreds Region Hovedstaden, Dansk Sygeplejeråd
- Næstformand Claus Perrild i Praktiserende Lægers Organisation, Hovedstaden
- Direktør Kasper Axel Nielsen, Foreningen af Speciallæger
- Direktør Lars Mathiasen, Foreningen af Yngre Læger
- Direktør Katja Kayser, Københavns Kommune
- Sundheds- og Myndighedschef Mona van Gaever Larsen, Rudersdal Kommune
- Professor Peter Vedsted, Forskningsenheden for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- Professor Allan Krasnik, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
- Forskningslektor Thorkil Thorsen, Forskningsenheden for Almen Praksis Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Enhed for Hospitalsplanlægning, Region Hovedstaden, har varetaget sekretariatsfunktionen for følgegruppen. Følgegruppen har kommenteret på analyseresultater fra to devalueringer (organisationsanalyse og patienttilfredshedsanalyse) midtvejs i projektføreløbet. Derudover blev der inden igangsættelse af evalueringen afholdt møde med medlemmer af følgegruppen, hvor evalueringens undersøgelsesdesign blev drøftet.

Sarah Wadmann & Jakob Kjellberg

Januar 2015



## Indhold

Introduktion .....	3
Metode .....	4
Resultater .....	5
Ventetid.....	5
Kvalitet.....	10
Kommunikation i EVA .....	13
Økonomi i EVA.....	14
Opsummering og udviklingspotentialer .....	16
Litteratur .....	18

## INTRODUKTION

Som led i etableringen af et enstrengt og visiteret akutsystem (EVA) overtog Region Hovedstaden pr. 1.1.2014 lægevagtsfunktionen fra PLO-Hovedstaden. Samtidig blev der indført visiteret adgang til regionens akutmodtagelser og akutklinikker via Akuttelefonen 1813 (Region Hovedstaden, 2013).

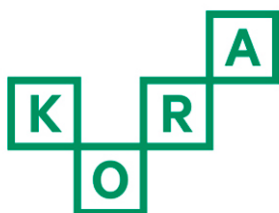
Siden opstarten har EVA været genstand for kritisk, offentlig debat. Debatten har blandt andet fokuseret på ventetid (se eksempelvis Holst, 2014), kvaliteten i akutarbejdet (se eksempelvis Pedersen, 2013; Zhan, 2014), udgifter til akutarbejdet (se eksempelvis Jacobsen, 2014) og kommunikation mellem forskellige dele af det akutte sundhedsvæsen i Region Hovedstaden (se eksempelvis Dilling, 2014).

Den kritiske presseomtale af Akuttelefonen 1813 er blevet fulgt af indskærpelser fra Sundhedsstyrelsen. Den 12. marts 2014 foretog Sundhedsstyrelsen et tilsynsbesøg ved Akuttelefonen 1813. Sundhedsstyrelsen konstaterede efterfølgende i sin tilsynsrapport, at de sundhedsfaglige visitatorers ansvar ved

Akuttelefonen 1813 ikke var tilstrækkeligt præciseret, at der blandt personalet var uklarhed om, hvorvidt og hvornår brug af Akuttelefonen 1813's visitationsguide var obligatorisk, at der var problemer med journalens opbygning, samt at journalføringen var mangelfuld (Sundhedsstyrelsen, 2014a).

Siden har Region Hovedstaden iværksat en række tiltag for at adressere disse problematikker. Pr. 20. november 2014 besluttede Sundhedsstyrelsen at afslutte sit tilsyn med Akuttelefonen 1813, eftersom Den Præhospitale Virksomhed havde opdateret journalsystemet efter styrelsens krav, og oplyst at den iværksatte handleplan, der adresserede styrelsens henstillinger, snart ville blive fuldt realiseret (Sundhedsstyrelsen, 2014b).

På opdrag fra Region Hovedstaden sammenfatter denne rapport resultater fra en række devalueringer, som er foretaget siden iværksættelsen af EVA. Rapporten beskriver driftsmæssige udfordringer og håndteringsforsøg med henblik på at identificere fremtidige muligheder for driftsoptimering.



## METODE

KORA har udarbejdet et evalueringsdesign, der følger princippet fra Medicinsk Teknologi Vurdering (MTV) med delanalyser af henholdsvis brugere, organisation, teknologi og økonomi efterfulgt af en sammenfatning. Delanalyserne er rapporteret i følgende rapporter:

- Patienters oplevelser af Region Hovedstadens akuthjælp – En del af en samlet evaluering af Region Hovedstadens Akuthjælp (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, 2014)
- Enstrenget og Visiteret Akutsystem i Region Hovedstaden – Organisationsanalyse (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015)
- Enstrenget og Visiteret Akutsystem i Region Hovedstaden – Teknisk og Økonomisk Analyse (Fredslund, 2015)
- Rapport om kvalitet i enstrenget og visiteret akutsystem (Region Hovedstaden, Den Præhospital Virksomhed, 2014).

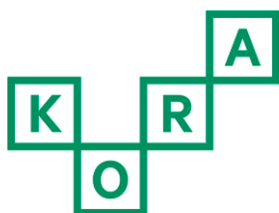
KORA har været ansvarlig for udførelsen af organisationsanalysen samt den tekniske og økonomiske analyse. Til brug for evalueringen har Region Hovedstaden været ansvarlig for udarbejdelse af en patienttilfredshedsanalyse på baggrund af, at KORA har godkendt spørgeskemaet. Region Hovedstaden har endvidere bidraget med en rapport om kvalitet i EVA, som beskriver det iværksatte kvalitetsarbejde og resultater vedrørende utilsigtede hændelser og journal audits. Denne rapport sammenfatter resultaterne fra disse devalueringer og inddrager desuden resultater fra:

- Evaluering af Enstrenget og Visiteret Akutsystem frem til 1. april 2014: Endelig rapport (COWI, 2014)
- Kendskabstracking – Akuttefonen, 3. måling (Insight Group, 2014).

For detaljerede beskrivelser af datagrundlag og metode henvises til de enkelte devalueringer. Generelt skal det anføres, at der er væsentlige metodiske udfordringer forbundet med at vurdere, hvad etableringen af EVA har betydet for leveringen af akutydelser i Region

Hovedstaden. Det skyldes, at der ikke er noget entydigt sammenligningsgrundlag at foretage vurderingen ud fra. Med etableringen af EVA er mange organisatoriske forhold i regionens akutte sundhedsvæsen ændret samtidigt, og datagrundlaget fra det tidligere system er meget begrænset. Det betyder, at det i mange af delanalyserne ikke er muligt at foretage en meningsfuld, direkte sammenligning af EVA med det tidligere akutsystem i Region Hovedstaden. Hvor det har været meningsfuldt og muligt at sammenligne med det tidligere system, er dette gjort.

Ved udarbejdelsen af denne sammenfatning er der blevet lagt vægt på resultater i devalueringerne, som kan belyse og være med til at forklare ventetid, kvalitet, kommunikation og ressourceforbrug i EVA. Disse forhold har været omdiskuteret i den offentlige debat og er af væsentlig driftsmæssig betydning for EVA. I sammenfatningen er der desuden lagt vægt på at forstå baggrunden for beskrevne problematikker for fremadrettet at kunne pege på udviklingsmuligheder.



# RESULTATER

## Ventetid

### Ved Akuttelefonen 1813

Ved driftsstarten havde Akuttelefonen 1813 betydelige problemer med at leve op til Region Hovedstadens målsætninger for ventetid (CO-WI, 2014, s. 22). Dette udgjorde fortsat en udfordring efter de første ti måneders drift (Fredslund, 2015, s. 23-27). I perioden 1.4.2014-30.9.2014 oversteg ventetiden for kontakt til Akuttelefonen således Region Hovedstadens målsætning om, at 90 % af alle opkald skal være besvaret inden for tre minutter. I denne periode var ventetiden, inden for hvilken 90 % af opkaldene blev besvaret af en sundhedsfaglig visitator, 15,7 minutter, mens den tilsvarende ventetid for læger var 18,5 minutter (ibid., s. 23). Den gennemsnitlige ventetid til kontakt med sundhedsfaglige og lægelige visitatorer ved Akuttelefonen 1813 var i samme periode henholdsvis 6,4 minutter og 7,7 minutter (ibid., s. 23).

Den gennemsnitlige ventetid ved Akuttelefonen 1813 dækker over stor variation. For en lille andel af opkaldene har der været meget lang ventetid (op til henholdsvis 110 minutter og 145 minutter for kontakt til sundhedsfaglige og lægelige visitatorer). Men den mediane ventetid var henholdsvis 4,3 og 5,6 minutter for kontakt til sundhedsfaglige visitatorer og læger (ibid., s. 23-24). Det tyder på, at det er den forholdsvis lange ventetid for en mindre del af opkaldene, som er med til at trække den samlede ventetid op. Længere ventetider forekommer særligt om formiddagen og først på aftenen samt i ferieperioder og på helligdage.

Målt på 90 %-percentilen var ventetiden ved Akuttelefonen 1813 i undersøgelsesperioden væsentligt længere end i den tidligere lægevagtordning. I 2013 var ventetiden, inden for hvilken 90 % af opkaldene blev besvaret af en vagtlæge, 3-4 minutter (ibid., s. 30).

Det er imidlertid værd at bemærke, at Akuttelefonen 1813 ikke løser præcis den samme opgave som den tidligere lægevagts telefonkonsultation. Ved Akuttelefonen 1813 varetages der fortsat sygeplejefaglig rådgivning (som før d. 1.1.2014) foruden opgaverne med telefonkonsultation samt tidsbestilling og visitation til akutmodtagelser og akutklinikker (akutte modtagesteder) (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 47). Derfor er Akuttelefonen 1813's funktion ikke fuldt sammenlignelig med den tidligere lægevagts telefonfunktion, selvom ventetidsmålene er de samme.

Siden driftsstart er ventetiden til hjemmebesøg i EVA faldet (Region Hovedstaden, 2014b). Den mediane ventetid har i perioden 1.1.2014-31.10.2014 svinget mellem 77 minutter og 109 minutter. Den seneste måling fra oktober 2014 viser en median ventetid på 88 minutter (ibid.). Ventetiden, inden for hvilken 75 % af patienterne har modtaget et hjemmebesøg, har i perioden 1.1.2014-31.10.2014 ligget forholdsvis stabilt omkring 2,5 time med undtagelse af februar og marts måned, hvor ventetiden overskred tre timer. I oktober 2014 var ventetiden målt ved 75 %-percentilen 2 timer og 36 minutter (ibid.). Et fald i ventetid til hjemmebesøg ses særligt for 90 %-percentilen. Ventetiden, inden for hvilken 90 % af patienterne modtog et hjemmebesøg, svingede i 1. kvartal 2014 mellem 4 timer og 18 minutter og 5 timer og 12 minutter. I 3. kvartal 2014 var ventetiden reduceret til mellem 3 timer og 38 minutter og 3 timer og 56 minutter (ibid.).

### På akutte modtagesteder

I kontrast til Akuttelefonen 1813 har de akutte modtagesteder siden iværksættelsen af EVA levet op til Region Hovedstadens egne ventetidsmålsætninger (Region Hovedstaden, 2014b). Ifølge regionens servicemål skal 50 % af stabile patienter med mindre alvorlig sygdom og skader være i gang med behandlingen inden for én time efter ankomst og 95 % inden

for fire timer. Det kan antages, at disse patienter vil svare til patienter henvist til såkaldte behandlerspor, der er beregnet for patienter med almindelig medicinsk sygdom og mindre skader. I Den Præhospitale Virksomheds visitationsretningslinjer er det desuden angivet, at patienter skal henvises til såkaldte vurderingspor, der er beregnet for patienter med de mest akutte tilstande, hvis de vurderes at skulle tilses inden for én time (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 35).

I perioden 1.4.2014-30.9.2014 var ventetiden, inden for hvilken 75 % af de ankomne patienter modtog behandling, 56 minutter (Fredslund, 2015, s. 28). Ventetiden var kortere for patienter henvist til vurderingsporet, end for patienter henvist til behandlersporet. Ventetiden, inden for hvilken 75 % af de ankomne patienter modtog behandling i de to spor, var henholdsvis 42 minutter og 60 minutter (ibid., s. 28-29).

Den gennemsnitlige ventetid fra ankomst til behandling på de akutte modtagesteder var 44 minutter for patienter henvist fra Akuttefonen 1813 (ibid., s. 28-29). Herudover må det antages, at patienter henvist til behandlersporet har afviklet ventetid i hjemmet. Region Hovedstaden har opgjort den typiske ventetid (mediane ventetid) fra henvisning fra Akuttefonen 1813 til behandling på et akut modtagested til 94 minutter i tredje kvartal 2014 (Region Hovedstaden, 2014d). I modsætning til Akuttefonen 1813 har ventetiden på de akutte modtagesteder ikke været præget af væsentlig døgn- eller sæsonvariation.

### Årsager til ventetid

Principielt kan ventetid i sundhedsvæsnets skyldes: a) *Mangelfuld gatekeeping*, det vil sige, at der skal håndteres for mange patienter i (dele af) et sundhedssystem i forhold til dets kapacitet, b) *Manglende personaleressourcer*, det vil sige, at der er for få folk til at løse opgaverne, c) *For lav produktivitet*, det vil sige, at man ikke udnytter de eksisterende ressourcer på den bedst mulige måde. I EVA kan alle tre forhold have betydning.

### Mangelfuld gatekeeping

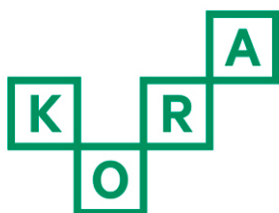
Med indførelse af visiteret adgang til det akutte sundhedsvæsen har man givet sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttefonen 1813 gatekeeping-ansvar. Det betyder, at de skal foretage en indledende sortering af patienthenvendelserne, så kun de relevante patienter sendes videre i akutsystemet.

Et halvt år efter driftsstarten gav de sundhedsfaglige visitatorer udtryk for, at det i praksis var vanskeligt for dem at varetage gatekeeping-funktionen (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 46-53). For det første fordi det var uklart for visitatorerne, hvilke henvendelser de *måtte* afvise. For det andet fordi det var uklart for dem, hvilke henvendelser det var *relevant* at afvise.

Når det var uklart, hvilke henvendelser visitatorerne *måtte* afvise, drejer det sig om, at patienter altid har mulighed for at blive videstillet til en læge ved Akuttefonen 1813 eller selv henvende sig på et akut modtagested, hvis de ikke accepterer de sundhedsfaglige visitatorers rådgivning (ibid., s. 49, 53). Derfor er de sundhedsfaglige visitatorers muligheder for at afvise patienter i praksis begrænset.

Når det for visitatorerne var uklart, hvilke henvendelser der var *relevante* at afvise, afspejler det usikkerhed om Akuttefonen 1813's funktion. De sundhedsfaglige visitatorer gav udtryk for tvivl om, hvordan de skal vægte opgaven med sygeplejefaglig rådgivning i forhold til Akuttefonens øvrige opgaver, når ventetiden overstiger de angivne ventetidsmål (ibid., s. 47-48). Hertil kommer, at Region Hovedstadens borgerrettede kampagne meget effektivt øgede kendskabet til Akuttefonen 1813 (Insight Group, 2014), men uden at begrænsninger i Akuttefonen 1813's funktion blev klart formidlet.

Uklarhederne omkring gatekeeping har ikke nødvendigvis ført til for høj aktivitet ved Akuttefonen 1813. Faktisk var antallet af opkald lavere end estimeret af Region Hovedstaden ved driftsstarten (COWI, 2014, s. 51-53). Men uklarhederne har bidraget til at skabe forhandlingssituationer mellem 1813-visitatorer og borgere om, hvilke henvendelser til Akuttefonen 1813, der er akutte *nok* (Wadmann,



Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 47-48). Det har bidraget til at gøre visitationsopgaven tidskrævende.

Ifølge Den Præhospitale Virksomhed arbejdes der løbende på at gøre budskaber om Akuttefonen 1813's funktion enkle og tydelige på den borgerrettede hjemmeside [www.1813.dk](http://www.1813.dk). På hjemmesiden henvises der ligeledes til Patienthåndbogen på den offentlige sundhedsportal Sundhed.dk for information om symptomer, egenomsorg og behandling.

Effektiv kommunikation forudsætter imidlertid, at Akuttefonen 1813's funktion tydeliggøres – både over for det visiterende personale og for borgerne i Region Hovedstaden. Populært sagt, kræver det en afklaring af, hvilke opgaver der er *akutte nok* til at varetages via en *akuttefon*.

#### Manglende personaleressourcer

Kombinationen af tidspres og rekrutteringsudfordringer betød, at det ikke var lykkedes at få besat alle ledige stillinger ved iværksættelsen af EVA d. 1.1.2014 (COWI, 2014, s. 56-57). Efter ti måneders drift var der trods en aktiv rekrutteringsindsats fortsat en vis underbemanning af både sundhedsfaglige visitatorer og læger ved Akuttefonen 1813 set i forhold til Den Præhospitale Virksomheds normering (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 66, 69). En medvirkende årsag kan være, at det har været vanskeligt for Den Præhospitale Virksomhed at rekruttere læger med almenmedicinsk specialuddannelse på grund af en konflikt mellem Region Hovedstaden og PLO Hovedstaden (COWI, 2014, s. 58). Samtidig har der siden driftsstart været en betydelig personaleomsætning ved Akuttefonen 1813. Region Hovedstaden oplyser, at henholdsvis 44 læger og 35 fastansatte, sundhedsfaglige visitatorer fratrådte deres stilling i perioden 1.1.2014-30.9.2014 (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 66, 69). Taget i betragtning, at antallet af ansatte læger og fastansatte, sundhedsfaglige visitatorer pr. 30.9.2014 var henholdsvis 163 og 57<sup>1</sup> (ibid., 66, 69), har denne personaleomsætning øget rekrutterings- og oplæringsbehovet betydeligt.

Endelig har den organisatoriske samordning, som netop skulle gøre det enklere at styre det akutte sundhedsvæsen, i nogle tilfælde efterladt ledelsen ved Akuttefonen 1813 med *færre* styringsmuligheder. Den organisatoriske samordning har betydet, at det sundhedsfaglige personale i EVA er blevet underlagt de samme regionale aftalevilkår. I princippet er ledelsesvilkårene ved Akuttefonen 1813 og regionens hospitaler sammenlignelige. Men eftersom arbejdet ved Akuttefonen 1813 for de fleste læger er et arbejde, de påtager sig ud over deres primære beskæftigelse, kan der være behov for andre ledelsesredskaber for at sikre vagtdækning. Aftalevilkårene betyder, at ledelsen ved Akuttefonen 1813 hverken har mulighed for at arbejde med sanktioner eller økonomiske incitamenter i forhold til at sikre vagtdækning. Honoraret for en vagt er det samme, uanset om det er juleaften eller en almindelig mandag eftermiddag. Det har ifølge ledelsen bidraget til at skabe udfordringer med at sikre vagtdækning via det eksisterende personale (ibid., s. 67).

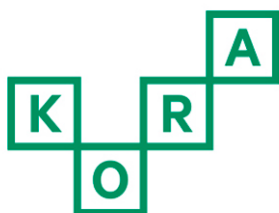
Den Præhospitale Virksomhed oplyser, at der siden driftsstart har været iværksat tiltag for at styrke rekruttering og fastholdelse af 1813-personale. Samtidig er ressourcer til vagtplanlægning styrket via ansættelse af mere administrativt personale, og der er iværksat systematisk erfaringsopsamling af opkaldsintensitet ved Akuttefonen 1813 med henblik på løbende justering af vagtplaner. Imidlertid er der fortsat udviklingsopgaver i forhold til at sikre tilstrækkelig bemanning i spidsbelastningssituationer, så store variationer i ventetid ved Akuttefonen 1813 kan undgås fremover.

#### For lav produktivitet

Flere forhold kan bidrage til, at de eksisterende ressourcer i EVA ikke udnyttes bedst muligt. Herunder fremhæves fire forhold.

##### *Samtaletid og efterbehandling af opkald ved Akuttefonen 1813*

Region Hovedstadens opgørelser fra de første tre måneder af driften i EVA viser, at tiden anvendt pr. patientkontakt var længere end estimeret. Den anvendte tid oversteg i denne periode regionens estimater med 33-40 % for



sundhedsfaglige visitatorer og 74-80 % for læger (COWI, 2014, s. 55). Det skyldtes hovedsageligt, at tiden til at dokumentere og efterbehandle opkald var underestimeret, mens den telefoniske kontakt med patienterne kun var lidt længere end estimeret af Region Hovedstaden. De sundhedsfaglige visitatorer brugte således mere end dobbelt så lang tid og lægerne mere end fem gange så lang tid på efterbehandling af opkald i forhold til det estimerede (ibid., s. 55).

Det kan skyldes flere forhold. En relativt sen personalerekruttering og færdiggørelse af it-redskaber i Den Præhospitale Virksomhed betød, at 1813-personalets oplæring i it-systemet blev forsinket (ibid., s. 40, 56). Medarbejdere ved Akuttefonen gav udtryk for, at de ved driftsstart ikke var tilstrækkeligt oplært i brugen af det it-system, som udgør deres primære arbejdsredskab (COWI, 2014, s. 38). Grundet tidspress blev der ikke foretaget nogen direkte inddragelse af 1813-personalet i designet af it-systemet (ibid., s. 42). Som de primære brugere gav sundhedsfaglige visitatorer og læger ved Akuttefonen 1813 udtryk for, at it-redskaberne er tidskrævende at arbejde med (COWI, 2014, s. 43; Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 60-61). Dertil kommer, at en gradvis udbygning af skrivefelter i visitationsmodulet og usikkerhed om brugen af felterne blandt visitatorerne har bidraget til tidskrævende dobbeltdokumentation (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 60-61). Endelig skyldes en del dobbeltdokumentation, ifølge Region Hovedstaden, at medicinordinationer skal registreres to steder: Dels i Det Fælles Medicinkort (FMK) og dels i Akuttefonens journalsystem.

Den Præhospitale Virksomhed oplyser, at den løbende har udbedret it-tekniske fejl og iværksat tiltag for at kommunikere principper for dokumentation til 1813-personalet. Tilbage står stadig en overvejelse om, hvordan it-systemet kan gøres mere brugervenligt.

#### *Dobbelthåndtering af kontakter til Akuttefonen 1813*

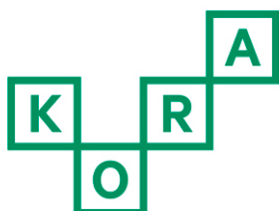
I perioden 1.4.2014-30.9.2014 blev ca. 22 % af de opkald, som blev besvaret af en sundhedsfaglig visitator, viderestillet til en læge

(Fredslund, 2015, s. 10). Ifølge de sundhedsfaglige visitatorer viderestiller de ikke blot opkald, når de er i tvivl om faglige forhold, men også når patienters manglende accept af en given visitation skaber vanskelige situationer. I de tilfælde er det ikke lægens faglige ekspertise, men lægens *autoritet*, der betinger dobbelthåndteringen (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 49, 53).

Imidlertid er der også, pr. design, skabt problemer med dobbelthåndtering af patientkontakter ved Akuttefonen 1813, når sundhedsfaglige visitatorer er sat i front uden at være tildelt formel kompetence til at afslutte alle typer kontakter. Det er tilfældet med henvendelser, der vedrører recepter. Håndtering af recepter er defineret som en lægefaglig opgave, mens opkald typisk først går til de sundhedsfaglige visitatorer. Derfor kræver henvendelser om recepter konsekvent dobbelthåndtering (ibid., s. 49-51).

Det peger på en udviklingsopgave i forhold til at afstemme opgavefordeling og kompetencetildeling ved Akuttefonen 1813.

Ifølge Region Hovedstaden er der etableret teknisk mulighed for at fordele patientopkald til Akuttefonen 1813. Det kan ske ved at patienter udfører en form for indledende selvvisitation, idet de med tastetryk angiver, hvilken type problemstilling de henvender sig med. Siden efteråret 2014 har det været muligt for patienter at angive, hvis de henvender sig med en akut skade, at blive viderestillet direkte til en sundhedsfaglig visitator med særlig erfaring inden for området. Mellem 20 og 30 % af opkaldene til Akuttefonen 1813 håndteres via dette skadespor. Derudover er en callback-funktion under afprøvning (efteråret 2014), hvor patienter med tastetryk kan angive, at de gerne vil ringes op på et senere tidspunkt. Endelig er en teknisk mulighed for kanalisering af opkald, der vedrører børn (sortering via CPR-nummer), til personale med særlige kompetencer på dette område under udvikling (efteråret 2014) (Region Hovedstaden, 2014b). Tilbage står at se, hvordan disse løsninger påvirker ventetid og dobbelthåndtering ved Akuttefonen 1813.





### Dobbeltvisitation i EVA

Selvom det ikke har været hensigten, er der i praksis opstået systematisk dobbeltvisitation af patienter i EVA: Først ved Akuttefonen 1813; dernæst på det akutte modtagested. Ved ankomsten til akutmodtagelser og akutklinikker er der indført en ny visitationsfunktion, idet en sygeplejerske *på ny* visiterer patienterne til behandlingsspor (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 76).

Genvisitation skyldes ifølge hospitalspersonalet, at de modtager, hvad de ser som, *fejlvisitationer* fra Akuttefonen 1813. Fejlvisitationer dækker ifølge hospitalspersonalet over flere situationer: Patienter visiteres med sygdom, som hospitalspersonalet ikke finder *akut* behandlingskrævende; patienter visiteres til hospitaler, som ikke huser det relevante speciale; patienter visiteres til hospitaler uden for det optageområde, de formelt tilhører; patienter visiteres til behandlingsspor uden for sporenes åbningstid; eller patienter undertriages, så de ikke modtager tilstrækkelig behandling (ibid., s. 71-74).

Hospitalspersonalet henførte fejlvisitationer til manglende sundhedsfaglig kunnen blandt 1813-personalet. Det skal bemærkes, at hospitalspersonalet har et andet og bedre informationsgrundlag end visitatorerne ved Akuttefonen 1813, fordi de kan foretage kliniske undersøgelser af patienterne. Desuden har hospitalspersonalet ikke kendskab til, hvad patienterne har fortalt om deres tilstand til 1813-personalet, og dermed hvad 1813-personalet har reageret på. Endelig kan der peges på, at *organisatoriske* problemer ved Akuttefonen 1813 medvirker til at begrænse 1813-personalets mulighed for at foretage, hvad de ser som *sundhedsfagligt* relevante visitationer (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015). Det drejer sig blandt andet om, at:

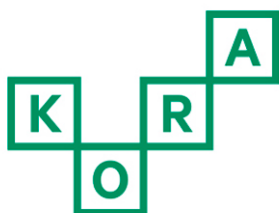
- visitatorer ikke kan afvise patienter, så i nogle tilfælde sender såkaldte *visiterede selvhenvendere* til de akutte modtagesteder (ibid., s. 52-53)
- lægemangel bevirker, at visitatorer har begrænset mulighed for at rekvirere hjemmebesøg, og derfor er de nødt til at visitere til andre ydelser i stedet. Det kan i nogle tilfælde resultere i indlæggelse uden forudgående klinisk vurdering (ibid., s. 65-69)
- visitatorernes oplæring i kørselsformer har været begrænset med deraf følgende fejl-disponeringer mellem kørselsformer (ibid., s. 62-63)
- visitatorer i perioder kun har mulighed for at henvise til vurderingsspor; formentlig fordi kapaciteten i behandlersporene er fyldt op (ibid., s. 57-58)
- visitatorer har været i tvivl om gældende visitationsretningslinjer (ibid., s. 59-60)
- visitatorer har været i tvivl om visitationsprincipper, når aktuel ventetid overstiger den resterende åbningstid i behandlersporene (ibid., s. 57)
- visitatorer har savnet støtte i forhold til at holde overblik over administrative grænsedragninger, såsom optageområder, kommune-grænser og specialefordelinger (ibid., s. 8)
- der har været tvivl blandt personalet i EVA om procedurer ved henvisning af børn (ibid., s. 56-58).

Disse forhold har ikke blot bidraget til at skabe tidskrævende arbejdsprocesser ved Akuttefonen 1813. Det har også skabt afledt pres på de akutte modtagesteder, som altså er søgt håndteret ved at introducere endnu en visitationsfunktion.

Ifølge Region Hovedstaden er den interne kommunikation ved Akuttefonen 1813 om retningslinjer og visitationsprocedurer styrket, og der er iværksat yderligere tiltag til oplæring og uddannelse af 1813-personalet. Det efterlader udviklingsopgaver i forhold til at:

- afklare 1813-personalets kompetence til at afvise patientforespørgsler
- overveje, hvorvidt omfanget af hjemmebesøg i EVA er hensigtsmæssigt
- afklare om de nuværende kapacitetsforudsætninger på de akutte modtagesteder er passende i forhold til faktisk aktivitet
- sikre bedre beslutningsstøtte til 1813-personalet i forhold til administrative grænsedragninger.

I efteråret 2014 gennemførte Den Præ-hospitaler Virksomhed en audit i samarbejde med Region Hovedstadens Sundhedsfaglige



Råd for Præhospitalet og Akutmodtagelse samt Pædiatri. Denne audit viste ifølge Den Præhospitale Virksomhed, at 87 % af de børn ( $\leq 12$  år) og 92 % af de voksne ( $> 12$  år), som blev henvist fra Akuttelefonen 1813 til et akut modtagested, var korrekt henvist (Region Hovedstaden, Den Præhospitale Virksomhed, 2014). Der er tale om en enkeltstående audit med et begrænset datagrundlag. Derfor må resultaterne tolkes med forsigtighed.

Selvom henvisninger fra Akuttelefonen 1813 skulle stemme overens med de gældende retningslinjer i regionen, kan hospitalspersonalets frustrationer over fejlvisitationer afspejle, at de har en anden opfattelse af, hvad hensigtsmæssige visitationer vil sige. Det peger på, at der fortsat er en udviklingsopgave i forhold til at afstemme forventninger til opgavefordeling blandt personalet ved regionens forskellige akutfunktioner.

#### *Varierende mulighed for fleksibel personaleudnyttelse på akutte modtagesteder*

En del af visionen med EVA var, at organisatorisk og fysisk samordning af akutfunktioner på hospitalerne skulle understøtte en mere fleksibel udnyttelse af personaleressourcer. I praksis er der forskel på, hvorvidt dette er udnyttet (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 28-29). På de modtagesteder, hvor behandlingssporene er fysisk integreret, bidrager det ifølge hospitalspersonalet til at skabe bedre mulighed for samarbejde på tværs af funktioner og specialer. På samme måde bidrager fysisk integration mellem børnemodtagelser og børneafdelinger ifølge personalet også til en fleksibel udnyttelse af personaleressourcer. Omvendt er dette ikke tilfældet, når der er fysisk afstand.

Det peger på en udviklingsopgave i forhold til at sikre fysisk integration af akutfunktioner på regionens hospitaler.

## Kvalitet

### Organisatorisk kvalitet

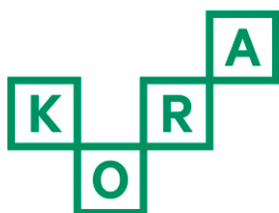
I Den Præhospitale Virksomhed er der opbygget en administrativ enhed med personale,

som har særskilt ansvar for at sikre systematisk kvalitetsmonitorering og opfølgning. Foruden at føre statistik over kontaktmønstre og responser involverer dette arbejde løbende, systematisk journalaudit samt opfølgning på utilsigtede hændelser (UTH). Kvalitetsarbejdet er ledelsesmæssigt forankret på direktions- og enhedsledelsesniveau (Region Hovedstaden, Den Præhospitale Virksomhed, 2014).

Der er ifølge Den Præhospitale Virksomhed etableret procedurer, som sikrer, at UTH gennemgås og vurderes dagligt med henblik på at bestemme graden af alvor og læringspotentialer i hændelsen. På baggrund af UTH-analyser har Den Præhospitale Virksomhed identificeret en række udviklingsområder, som der er iværksat initiativer og sikret løbende opfølgning på via interne audits. Udviklingsområderne involverer: Revision og re-implementering af vejledninger ved Akuttelefonen 1813; styrkelse af 1813-personalets kompetencer inden for systematisk spørgeteknik; øget anvendelse af beslutningsstøtteværktøjer ved Akuttelefonen 1813 samt forbedring af patientkommunikation og dokumentationspraksisser ved Akuttelefonen 1813 (ibid.).

En risikomanager gennemgår UTH, der er relevante for en given afdeling, med sektionslederne, som siden skal bringe informationen videre til medarbejderne (ibid.). I forsommeren 2014 gav sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttelefonen 1813 imidlertid udtryk for, at de savnede tilbagemeldinger fra ledelsen på blandt andet UTH (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 59). Siden har Den Præhospitale Virksomhed oplyst, at der er påbegyndt afholdelse af statusamtaler mellem ledere og medarbejdere ved Akuttelefonen 1813, hvor eventuelle klagesager samt UTH gennemgås, og hvor forhold, såsom spørgeteknik og brug af beslutningsstøtteværktøjer, drøftes (Region Hovedstaden, Den Præhospitale Virksomhed, 2014).

Foruden arbejdet med UTH foretages der ifølge Den Præhospitale Virksomhed interne audits af 240 journaler på månedsbasis. Herudover er der fra september 2014 igangsat et samarbejde med regionens Sundhedsfaglige Råd for Præhospitalet og Akutmodtagelse samt det



Sundhedsfaglige Råd for Pædiatri om udførelse af audits, der fokuserer på overgange mellem Akuttefonen 1813 og de akutte modtagesteder (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 45). Herudover søger Den Præhospitale Virksomhed at sikre faglig kvalitet via retningslinjer og mulighed for kollegial sparring (ibid., s. 42, 45).

Samlet peger det på, at der i Den Præhospitale Virksomhed er etableret en organisation og arbejdsprocedurer, som kan understøtte arbejdet med kvalitetsudvikling og reagere på identificerede problemstillinger. På baggrund af de tidlige erfaringer i EVA, synes det særligt vigtigt fremadrettet at fastholde fokus på, at læring fra kvalitetsarbejdet skal nå ud til de enkelte medarbejdere ved Akuttefonen 1813.

## Klinisk kvalitet

### Potentiel undertriagering fra Akuttefonen 1813

Blandt praktiserende læger og hospitalspersonale er der udtrykt bekymring for den kliniske kvalitet af arbejdet i EVA. Særligt er der fremhævet en risiko for undertriagering fra Akuttefonen 1813 (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 73, 81). Det vil sige, at 1813-personalet ved visitationen skulle undervurdere, hvor syge patienterne er. Det er alvorligt, fordi det kan udgøre et problem for patienternes sikkerhed. Konkret kan det ske, hvis patienter eksempelvis er blevet rådgivet om egenomsorg og/eller er blevet rådgivet til at opsøge egen læge i dennes åbningstid, når de har haft et mere akut behandlingsbehov.

Fredslund (2015) viser, at af de voksne (>12 år), der blev henvist fra Akuttefonen 1813 til egenomsorg i perioden 1.4.2014-30.9.2014, blev 1,8 % indlagt inden for et døgn efter den telefoniske kontakt (s. 13-14). Det samme gjorde sig gældende for 2,9 % af de voksne, som blev rådgivet til at opsøge egen læge (ibid., s. 13-14). Af de børn (≤12 år), der blev henvist fra Akuttefonen 1813 til egenomsorg, blev 1 % indlagt inden for et døgn efter den telefoniske kontakt, mens det var tilfældet for 2 % af de børn, som blev rådgivet til at opsøge egen læge (ibid., s. 13-14).

Det skal bemærkes, at det på baggrund af de foreliggende data ikke kan afgøres, hvorvidt indlæggelsen vedrører samme problem, som patienten henvendte sig med til Akuttefonen 1813. Disse data kan derfor blot ses som en indikation på forekomsten af undertriagering ved Akuttefonen 1813. Eftersom der ikke er tilgængelige henvisningsdata fra det tidligere lægevagtsystem, kan det ikke entydigt afgøres, hvorvidt omfanget er særligt højt, lavt eller forventeligt. Men umiddelbart tyder disse data ikke på, at omfanget af undertriagering fra Akuttefonen 1813 har været stort i perioden 1.4.2014-30.9.2014.

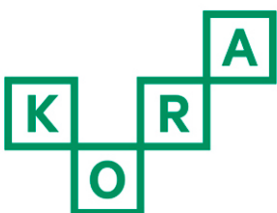
### Utilsigtede hændelser ved Akuttefonen 1813

En anden indikation på potentielle kvalitetsproblemer i et sundhedssystem kan fås ved analyse af utilsigtede hændelser (UTH). Den Præhospitale Virksomhed oplyser, at der på baggrund af de 491.417 borgerhenvendelser<sup>2</sup> til Akuttefonen 1813 i perioden 1.4.2014-30.9.2014 blev rapporteret 321 UTH (Region Hovedstaden, Den Præhospitale Virksomhed, 2014). Af disse blev ca. 24,9 % klassificeret som værende uden skade; ca. 25,5 % som en mild skade; ca. 24,9 % som en moderat skade; ca. 22,8 % som en alvorlig skade og ca. 1,8 % som en potentielt dødelig skade (ibid.).

Eftersom KORA ikke har haft adgang til sammenlignelige data fra det tidligere akutsystem i Region Hovedstaden, er det ikke muligt at afgøre, hvorvidt etableringen af EVA har medført en stigning i antallet af UTH. Endvidere må det bemærkes, at forekomsten af UTH ikke i sig selv udgør et entydigt målt for kvaliteten i et sundhedssystem, eftersom antallet af UTH-rapporteringer kan afspejle andre forhold end faktiske hændelser. Det kan eksempelvis tænkes, at omfanget af rapporterede hændelser også kan afspejle arbejdspress (og dermed tid til at rapportere UTH) og ledelsesmæssig opmærksomhed på UTH-rapportering (og dermed fokus på at rapportere UTH).

### Efterlevelse af retningslinjer ved Akuttefonen 1813

På baggrund af Sundhedsstyrelsens tilsyn med Akuttefonen 1813 oplyser Den Præhospitale



Virksomhed, at der er arbejdet målrettet med at øge brugen af visitationsretningslinjer og sikre efterlevelse af krav til journalføring ved Akuttelefonen 1813. Den Præhospitale Virksomhed oplyser på baggrund af interne audits, at sundhedsfaglige visitatorer i september måned anvendte den elektroniske visitationsguide som foreskrevet<sup>3</sup> i 87,5 % af de opkald, som blev besvaret af en sundhedsfaglig visitator (Region Hovedstaden, Den Præhospitale Virksomhed, 2014). Den Præhospitale Virksomhed har ligeledes på baggrund af interne audits fundet, at visitatorerne ved Akuttelefonen 1813 i tilstrækkeligt omfang har foretaget en "grundig og systematisk" afdækning af symptomer i perioden juni-september 2014 (ibid.). En audit fra september viste en målopfyldelse på 100 %. For subgrupperne børn, patienter med formodet hjerneblødning (stroke) og patienter med akutte mavesmerter (akut abdomen) viste interne audits en målopfyldelse på henholdsvis 99, 98 og 94 % (ibid.).

I forhold til journalføring oplyser Den Præhospitale Virksomhed, at interne audits i efteråret 2014 har vist, at den skriftlige dokumentation i journalnotater var fyldestgørende ved 97 % af opkaldene til Akuttelefonen 1813 (ibid.), og at der ved 80 % af de opkald, hvor der blev ordineret medicin, var foretaget korrekt registrering af medicinordinationen i journalen (ibid.). Det oplyses ikke, hvad der har ligget til grund for vurderingen af journalnotaterne, og hvorvidt ordinationerne var i overensstemmelse med Den Præhospitale Virksomheds retningslinjer for medicinordination.

## Patientoplevet kvalitet

### Generel tilfredshed

Region Hovedstadens Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse foretog i forsommeren 2014 en undersøgelse af patienttilfredshed i EVA (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, 2014). På baggrund af en spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt tilfældigt udtrukne patienter (n=778), som henvendte sig til Akuttelefonen 1813 i uge 18 i 2014, konkluderede enheden, at regionens borgere generelt er tilfredse med EVA. I undersøgelsen konkluderes det, at langt størstedelen

af respondenterne (hhv. 94 % og 91 %) fandt kommunikationen med de sundhedsfaglige visitatorer og læger ved Akuttelefonen 1813 god eller virkelig god, og at størstedelen af dem, som modtog rådgivning (86 %), fandt den brugbar eller meget brugbar (ibid., s. 20-22). Tilsvarende angav størstedelen af de respondenter, der modtog et hjemmebesøg (86 %) eller blev tilset på et akut modtagested (85 %), at de havde et godt eller et meget godt indtryk af den behandling, de modtog (ibid., s. 27, 30).

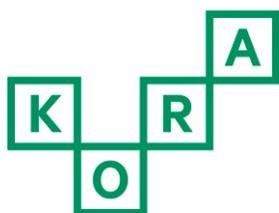
### Tilfredshed med ventetid og information

Størst forbehold udtrykte borgerne i forhold til ventetid i EVA. En femtedel (20 %) af respondenterne fandt ventetiden til kontakt med Akuttelefonen 1813 for lang (ibid., s. 17). En fjerdedel (25 %) af de respondenter, som modtog hjemmebesøg, fandt ventetiden fra telefonkontakten til lægens ankomst for lang (ibid., s. 30), mens lidt under halvdelen (45 %) af de respondenter, som blev tilset på et akut modtagested, fandt ventetiden fra ankomst til behandling for lang (ibid., s. 26). Endvidere angav 71 % at de savnede information om ventetiden på modtagestedet (ibid., s. 26).

Endelig angav ca. 2/3 (67 %) af de respondenter, som blev tilset på et akut modtagested, at de ikke havde modtaget information om, hvor de skulle henvende sig med eventuelle symptomer efter hjemkomst fra modtagestedet (ibid., s. 28).

Eftersom der ikke er noget sammenligningsgrundlag at vurdere graden af tilfredshed ud fra, kan det ikke afgøres, hvorvidt resultaterne afspejler en højere, lavere eller uændret tilfredshedsgrad blandt patienter, der modtager akut sundhedsfaglig hjælp. Endvidere må det bemærkes, at undersøgelsens svarprocent er forholdsvis lav (36 %), hvorfor der må tages forbehold for repræsentativiteten af resultaterne.

Region Hovedstaden oplyser, at der i efteråret 2014 er igangsat tiltag for at sikre bedre information til patienter om ventetid; blandt andet via plakater og en film om ventetid, der vises i ventetidsarealer samt mundtlig information fra 1813-personalet og hospitalspersona-



let om forventet ventetid (Region Hovedstaden, 2014b).

Samlet peger patienttilfredshedsundersøgelsen i overensstemmelse med andre devalueringer på udviklingsopgaver i forhold til at få nedbragt ventetiden i EVA. Herudover peger den på et behov for at sikre bedre information om symptomopfølgning efter endt behandling.

### Kvalitet er ikke blot et spørgsmål om læger versus sygeplejersker

Den offentlige debat om kvalitet ved Akuttelefonen 1813 reduceres ofte til et spørgsmål om, hvorvidt sygeplejersker er lige så dygtige til at visitere som læger. På baggrund af den foreliggende litteratur forekommer denne fremstilling forsimplet (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 87-88). Der eksisterer meget få studier, som sammenligner lægers og sygeplejerskers telefonvisitation. På baggrund af de studier, som KORA har identificeret, kan det *ikke* bekræftes, at lægefaglig eller sygeplejefaglig uddannelsesbaggrund i *sig selv* er afgørende for kvaliteten ved telefonvisitation (ibid., s. 11-12, 87-88). Derimod fremgår det, at det dels er vigtigt at sikre oplæring, uddannelse og støtte i *telefonvisitation*, dels at gøre det klart for visitatorerne, hvad der ligger i *visitationsopgaven* (ibid., s. 11-12, 87-88).

Principielt er der to forskellige tilgange til visitation: Én tilgang bygger på en diagnostisk logik; en anden bygger på en triageringslogik. Forskellen er vigtig, fordi det refererer til to forskellige tilgange til vurdering af patienter. Mens diagnostik afdækker symptomer med henblik på at stille en tentativ *diagnose* for at finde en relevant *behandling*, er hovedformålet ved triage at vurdere *alvor* og *akuthed* for at bestemme en relevant *respons*. Mens læger er oplært i diagnostisk tænkning, er sygeplejersker typisk trænet i triage. Ved Akuttelefonen 1813 er visitatorernes primære arbejdsredskab struktureret ud fra *begge* logikker på én gang. Visse dele understøtter en diagnostisk logik; andre en triageringslogik. Det kan for personalet bidrage til usikkerhed om, hvad visitationsopgaven ved Akuttelefonen 1813 indebærer, og hvordan de forskellige opgaver skal vægtes (ibid., s. 52).

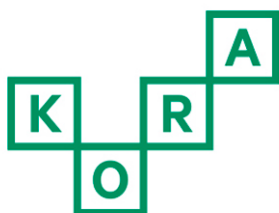
Det peger på en udviklingsopgave i forhold til at afklare, hvorvidt diagnostiske eller triageprincipper skal være styrende for visitationen ved Akuttelefonen 1813 – eller hvordan de skal samtænkes. Hvis man ikke gør det klart, hvad opgaven, telefonvisitation, går ud på, er det vanskeligt at tilrettelægge hensigtsmæssige uddannelsesforløb og designe adækvate redskaber til beslutningsstøtte. Uanset hvilke medarbejdere man har, er det vanskeligt for dem at løfte visitationsopgaven, når de er usikre på, hvad den går ud på.

## Kommunikation i EVA

### Oplæring og feedback fra ledelser til personale i EVA

Planlægning og implementering af EVA er sket inden for en stram tidsramme (COWI, 2014). Beslutningen om at hjemtage lægevagten blev truffet pludseligt og uden et forudgående forhandlings-, hørings- og dialogforløb, som normalt er standarden, når beslutninger af så omfattende forandringer træffes (ibid., s. 61-62). Det efterlod Region Hovedstadens administration med kort tid til at planlægge og designe det faktiske og praktiske indhold i beslutningen (ibid., s. 61-62), og har givet anledning til driftsmæssige udfordringer, som fortsat prægede EVA et halvt år efter driftsstarten (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 59).

Kombinationen af tidspres og høj kompleksitet i de organisatoriske forandringer har stillet store krav til den interne kommunikation i EVA. Set fra et medarbejderperspektiv var perioden med planlægning og implementering af EVA imidlertid præget af for sparsom information til det berørte personale, så de ikke følte sig tilstrækkelig forberedt ved opstarten af EVA (COWI, 2014, s. 48). Efter driftsstarten har der fortsat påhvilet ledelserne på de akutte modtagsteder og særligt ved Akuttelefonen 1813 en betydelig udviklingsopgave samtidig med, at de har skullet sikre den daglige drift. Det har ligeledes givet udfordringer i forhold til at sikre tilstrækkelig feedback og løbende kommunikation mellem ledelse og medarbej-



dere (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 59-60).

Den Præhospitale Virksomhed oplyser, at de har iværksat initiativer for at sikre bedre information fra ledelses- til medarbejderniveau. Blandt andet afholdes der ved Akuttelefonen 1813 nu systematisk statusamtaler mellem medarbejdere og nærmeste leder. På baggrund af de indledende erfaringer ved driftsstarten synes intern kommunikation at være et område, der fortjener fortsat ledelsesfokus i den videre drift af EVA.

### Kommunikation på tværs af enheder i EVA

Et sammenhængende akutsystem er afhængigt af velfungerende kommunikationsveje mellem de forskellige akutfunktioner. Imidlertid har kommunikationsproblemer netop været et af de forhold, som har været kilde til frustration blandt hospitalspersonalet i EVA samt alment praktiserende læger (COWI, 2014, s. 65; Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 75, 79-80). Ved driftsstarten og frem til forsommeren 2014 har de peget på problemer i forhold til manglende eller mangelfuld information fra Akuttelefonen 1813 om henviste patienter (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 75, 79-80). Det har gjort det vanskeligt for hospitalspersonalet og de alment praktiserende læger at følge op på patientforløb, og bidraget til at skabe tvivl blandt dem om 1813-personalets sundhedsfaglige kunnen (ibid., s. 74-75, 81).

Kommunikationsproblemerne kan skyldes flere forhold. Foruden it-tekniske problemer i de første måneder efter driftsstarten er det væsentligt, at visitatorerne ved Akuttelefonen 1813 har savnet oplæring i brugen af it-systemet. Sammen med den løbende udbygning af it-systemet har dette bidraget til at skabe usikkerhed hos 1813-personalet om, hvilken information fra forskellige skrivefelter i it-systemet, der sendes videre til forskellige modtagere (ibid., s. 60-61).

Siden driftsstarten har Den Præhospitale Virksomhed løbende iværksat tiltag for at udbede kommunikationsproblemerne. It-tekniske pro-

blemer er løbende blevet løst og i efteråret 2014 er der blandt andet udarbejdet retningslinjer for journalføring og fokuseret på journalføring i statusamtaler mellem medarbejdere og ledere ved Akuttelefonen 1813.

I august 2014 blev der af Den Præhospitale Virksomhed foretaget en stikprøvekontrol af, hvorvidt afsendte epikriser blev modtaget i almen praksis. Stikprøven bestod af 105 patienthenvendelser, som alle var registreret som afsendt fra Akuttelefonen 1813's it-system. Ved efterfølgende opkald til de givne lægepraksis bekræftede de alment praktiserende læger i 94 % af tilfældene, at de havde modtaget epikrisen, mens de i 4 % af tilfældene afviste at have modtaget epikrisen. I 2 % af tilfældene var det ikke muligt at opnå kontakt til praksis (Region Hovedstaden, 2014a).

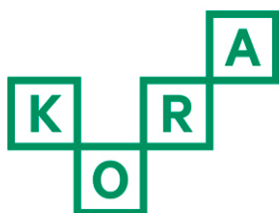
På baggrund af en audit udført i samarbejde mellem Den Præhospitale Virksomhed og Region Hovedstadens Sundhedsfaglige Råd for Præhospital og Akutmodtagelse i september 2014, oplyser Den Præhospitale Virksomhed, at der var angivet en henvendelsesårsag i journalnotatet, i 90 % af de tilfælde, hvor en voksen patient (>12 år) blev henvist til et akut modtagested (Region Hovedstaden, Den Præhospitale Virksomhed, 2014).

Trods de initiativer, som Region Hovedstaden har iværksat for at styrke den interne kommunikation, synes der fortsat at være en udviklingsopgave i forhold til at sikre højere grad af gennemsigtighed om arbejdsvilkår og aktuelle udfordringer på tværs af akutfunktioner i EVA. Når personalet ikke har gensidig indsigt i hinandens arbejdsvilkår, kan det skabe mistillid og gensidige beskyldninger frem for en oplevelse af at være en del af et integreret akutsystem (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015, s. 76).

## Økonomi i EVA

### Driftsudgifter

Der blev i budgettet for 2014 i Region Hovedstaden afsat 155,5 mio. kr. til EVA svarende til de for 2013 budgetterede udgifter til den af



PLO drevne lægevagt. På baggrund af reviderede budgettal for 3. kvartal 2014 ser Region Hovedstadens faktiske driftsomkostninger for EVA ud til at ligge på niveau med driftsomkostningerne til den tidligere lægevagtordning. Samlet set ser EVA ud til at koste 160,2 mio. kr. i 2014 (Fredslund, 2015, s. 37).

### Afledte økonomiske konsekvenser

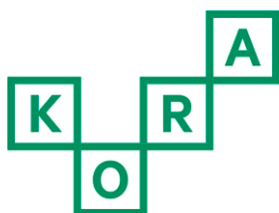
Eftersom der med etableringen af EVA er sket betydelige organisatoriske forandringer, kan det have medført afledte økonomiske konsekvenser som følge af, at patienternes veje gennem akutsystemet kan være påvirket. På baggrund af de foreliggende data har det imidlertid ikke været muligt for KORA at estimere de totale økonomiske effekter af indførelsen af EVA (ibid., s. 34).

For at undersøge eventuelle forskelle mellem EVA og den tidligere vagtlægeordning i udgifter til afledt behandling, er efterfølgende kontakter i hospitalsregi blevet værdisat med DRG- og DAGS-takster, mens kontakter i praksissektoren er værdisat med de gældende praksistakster. Det skal understreges, at DRG- og DAGS-taksterne er udtryk for *produktionsværdien* af behandlingerne og ikke den faktiske pris. Sammenligningen viser, at produktionsværdien ved behandling på akutte modtagesteder er signifikant højere for børn og voksne, som har haft kontakt til Akuttelefonen 1813. Omvendt ses det, at produktionsværdien af videre ambulans behandling er signifikant lavere for voksne. Produktionsværdien af stationær behandling og prisen for behandling i almen praksis er ikke signifikant forskellig fra den tidligere vagtlægeordning til EVA. Udgifter til behandling i lægevagten er bortfaldet i 2014. Samlet kan det konkluderes, at der ikke er en systematisk tendens til, at produktionsværdien af afledt behandling i det omkringliggende sundhedsvæsen er højere i EVA end i den tidligere vagtlægeordning (ibid., s. 33).

<sup>1</sup> Hertil kommer 22 sygeplejersker som er ansat med delt funktion mellem Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen.

<sup>2</sup> Gentagne henvendelser fra borgere inden for det samme døgn er kun talt med én gang.

<sup>3</sup> Det vil sige, at visitatorerne ved klik i visitationsguiden 1813 tildelte et såkaldt visitationskriterium til patientkontakten, hvorved et anbefalet respons er blevet foreslået. Det er ikke påkrævet visitatorerne at følge responset, men de skal i journalen argumentere for eventuelle afvigelser.



## OPSUMMERING OG UDVIKLINGSPOTENTIALER

Med etableringen af EVA har Region Hovedstaden introduceret et nyt organiseringsprincip for dets akutte sundhedsvæsen. Hvad der i den tidligere lægevagtordning blev set som særlige *lægevagtsopgaver*, der lå i naturlig forlængelse af det lægelige arbejde i almen praksis, er integreret i EVA som funktioner i et samlet, regionalt akutsystem. Forandringen handler altså ikke blot om en ændret opgavevaretagelse eller indførelse af nye procedurer, men om opbygningen af en regional *akutorganisation*.

Idéen om at samordne akutfunktioner og etablere visiteret adgang til akutsystemet i Region Hovedstaden har været i overensstemmelse med anbefalinger fra sundhedsmyndigheder og regionens egen plan for udvikling af dets akutte sundhedsvæsen (Danske Regioner, 2009; Region Hovedstaden, 2007; Sundhedsstyrelsen, 2007).

Beslutningen om at hjemtage lægevagtsfunktionen blev imidlertid truffet i en konfliktsituation, som på afgørende vis kom til at præge den praktiske udmøntning af visionen om et mere sammenhængende akutsystem. Det medførte meget kort tid til planlægning og implementering af de meget omfattende organisationsændringer; et forhold som fortsat gav anledning til driftsmæssige udfordringer ti måneder efter driftsstarten.

Siden driftsstarten har Region Hovedstaden løbende iværksat initiativer for at rette op på identificerede problemer og styrke driften af EVA.

Den administrative og ledelsesmæssige kapacitet i Den Præhospitale Virksomhed er blevet styrket, og der er taget initiativer for at øge rekruttering og sikre fastholdelse af medarbejdere. For at reducere den betydelige variation i ventetid til kontakt med Akuttelefonen 1813 er det imidlertid **vigtigt fortsat at arbejde for at sikre tilstrækkelig bemanding i spidsbelastningssituationer**.

Muligheder i den forbindelse kan være at:

- arbejde for et tættere samarbejde mellem Den Præhospitale Virksomhed og medarbejderrepræsentanter (eventuelt via Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd, DSR) om arbejdstilrettelæggelsen ved Akuttelefonen 1813

- tage nye ledelsesredskaber i brug, såsom økonomiske incitamenter eller etablering af faste vagtteam som det praktiseres på nogle sygehusafdelinger
- introducere nye vagtformer, såsom tilkaldevagter
- skabe bedre mulighed for, at personalet internt kan bytte vagter; eksempelvis via en vagtbørs.

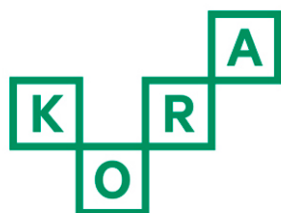
Der er løbende arbejdet på at rette tekniske fejl, optimere funktionen og sikre bedre oplæring af personalet i Den Præhospitale Virksomheds it-systemer. For at reducere sagsbehandlingstiden pr. patient kan der arbejdes på at **gøre it-systemet mere brugervenligt**.

Muligheder i den forbindelse kan være at:

- reducere antallet af steder, hvor 1813-personalet skal registrere information i forbindelse med afslutning af patientopkald
- overveje, hvorvidt antallet af skærm-klik for 1813-personalet kan reduceres på en måde, så der kan bibeholdes en tilstrækkelig detaljeringsgrad i opkaldsstatistikken for Akuttelefonen 1813.

Der er etableret teknisk mulighed for at kanalisere patientstrømme til forskellige personalegrupper ved Akuttelefonen 1813 på baggrund af en indledende selvvisitation foretaget af patienterne. Det må afventes, hvordan denne løsning i praksis vil påvirke ventetid og dobbelthåndtering af kontakter ved Akuttelefonen 1813. For at styrke særligt de sundhedsfaglige visitorers opgavevaretagelse er det ligeledes relevant at **tydeliggøre de politisk-administrative forventninger til visitorernes opgaveløsning**.

En del af overvejelserne kan i denne sammenhæng gå på at:





- overvej, hvilke servicemål der er relevante og passende, set i lyset af, at opgaveporteføljen ved Akuttefonen 1813 er forandret i forhold til tidligere lægevagtordning. Dels kan det overvejes om ventetidsmål kan differentieres. Dels kan det overvejes at supplere fokus på ventetid med andre typer servicemål.
- overvej, hvorvidt sundhedsfaglige visitatorer ved Akuttefonen 1813 skal have mulighed for at afvise visse patientforespørgsler (hvilke henvendelser er akutte nok?).

Kvalitetsorganisationen i Den Præhospitale Virksomhed er blevet styrket, og der er sikret ledelsesmæssig forankring. Audits foretaget ved Akuttefonen 1813 tyder på, at organisationen gennem målrettet arbejde kan nå de udviklingsmål, de sætter sig i kvalitetsarbejdet. Fremadrettet er det vigtigt at **fastholde fokus på, at læring fra kvalitetsarbejdet når ud til de enkelte medarbejdere** i Den Præhospitale Virksomhed.

Der er arbejdet på at sikre bedre drift i børnesporene på de akutte modtagesteder; blandt andet via afklaring af dokumentationskrav. Fremadrettet kan der med fordel ske en **systematisk erfaringsopsamling af den fysiske organiserings betydning for børnesporenes funktion**.

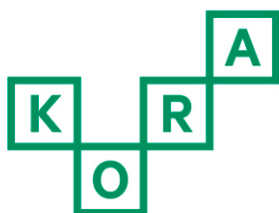
I forhold til det tidligere akutsystem ser det ud til, at hjemmebesøg i EVA er substitueret med andre akutydelser. Det er et åbent spørgsmål, hvorvidt omfanget af hjemmebesøg i EVA er hensigtsmæssigt. I den forbindelse vil det fremadrettet være relevant at:

- overvej, hvad det kan betyde for behandlingskvalitet, når hjemmebesøg substitueres med andre akutydelser
- overvej, hvad det kan betyde for ressourcetræk på akutte modtagesteder, når hjemmebesøg substitueres med akutydelser
- afstemme forventninger til opgavefordeling blandt personalet ved regionens forskellige akutfunktioner.

Endelig er der siden driftsstarten i EVA etableret samarbejder på tværs af forskellige dele af akutsystemet. Mens samarbejderne synes vel-etablerede på ledelsesniveau, kan der fremadrettet arbejdes på at **sikre gensidig forståelse blandt medarbejderne af procedurer og arbejdsvilkår i forskellige dele af EVA**.

I den forbindelse kan muligheder være at:

- fortsat styrke informationsoverførsel fra ledelses- til medarbejderniveau
- sikre gensidig forventningsafstemning om kommunikationsformer og indhold blandt EVA-personalet
- etablere muligheder for udveksling mellem Akuttefonen 1813 og akutte modtagesteder af sygeplejefagligt personale i kortere perioder.



## LITTERATUR

COWI (2014). *Evaluering af enstregenget og visiteret akutsystem frem til 1. april 2014. Endelig rapport*. København: COWI & Region Hovedstaden.

Danske Regioner (2009). *Fremtidens sammenhængende akutsystem*. København: Danske Regioner.

Dilling, S. (2014). Lægeformand: Vi mangler stadig vigtige oplysninger om vores patienter fra 1813. *Politikens Netavis*, 17.1. 2014.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden (2014). *Patienters oplevelse af Region Hovedstadens akuthjælp - en del af en samlet evaluering af Region Hovedstadens akuthjælp*. Region Hovedstaden.

Fredslund, E. K. (2015). *Enstregenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden – teknisk og økonomisk analyse*. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Holst, N. (2014). Stadig lange ventetider på akuttelefonen. *Politikens Netavis*, 15.1. 2014.

Insight Group (2014). *Kendskabstracking – Akuttelefonen, 3. måling* Region Hovedstaden.

Jacobsen, R. (2014). Læserbrev: *Menneskelige og økonomiske konsekvenser ved akuttelefonen*. Jyllandsposten d. 24.4. 2014: <http://jyllandsposten.dk/opinion/breve/ECE6664692/menneskelige-og-oekonomiske-udgifter-ved-akuttelefonen/>

Pedersen, P. (2013). Debatindlæg: Kære patienter i Region Hovedstaden. *Ugeskrift for Læger*, 75(42): 2509-2510.

Region Hovedstaden (2007). *Hospitalsplan 2007*. Region Hovedstaden: <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/261CDC3F-FDF5-4B12-93EA-D78AB9E6725B/0/Hospitalsplan2007.pdf>

Region Hovedstaden (2013). *Mødesag: Regionsrådsmøde d. 12.3. 2013*. Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden (2014a). *Epikriseafsendelse fra akuttelefonen 1813. Notat af 25. august 2014*. Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden (2014b). *Mødesag: Forretningsudvalgsmøde d. 11.11. 2014*. Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden (2014c). *Mødesag: Regionsrådsmøde d. 4. februar 2014*. Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden (2014d). *Notat af 1. december 2014: Status for aktivitet og ventetid i enstregenget og visiteret akutsystem januar til oktober 2014. Bilag til Forretningsudvalgsmøde d. 9.12. 2014*. Region Hovedstaden: <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/88171F16-360D-4453-A83A-397BA7D0F5AE/0/FU09122014Bilagtilslag13NY.pdf>.

Region Hovedstaden, Den Præhospitale Virksomhed (2014). *Rapport om kvalitet i enstregenget og visiteret akutsystem*. Region Hovedstaden.

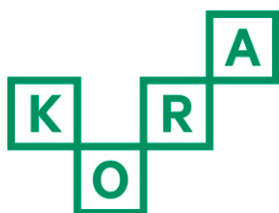
Sundhedsstyrelsen (2007). *Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2014a). *Rapport vedr. Sundhedsstyrelsens tilsyn med 1813 og tilsynsbesøg d. 12. marts 2014 på 1813*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2014b). *Sundhedsstyrelsen afslutter tilsynet med akuttelefonen 1813. Brev af 20.10. 2014*. København: Sundhedsstyrelsen.

Wadmann, S., & Kjellberg, J. & Kjellberg, P.K. (2015). *Enstregenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden – Organisationsanalyse*. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Zhan, C. (2014). Åbent brev til regionsrådsformand Sofie Hæstrup Andersen: For mange børn kommer på hospitalet. *Berlingske Tidendes Netavis*, 21.1. 2014.



KORA  
Det Nationale Institut for  
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning  
Købmagergade 22  
1150 København K

Tlf. 444 555 00  
[www.kora.dk](http://www.kora.dk)

ISBN: 978-87-7509-794-4

Projekt: 10779  
Januar 2015

© KORA

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.

