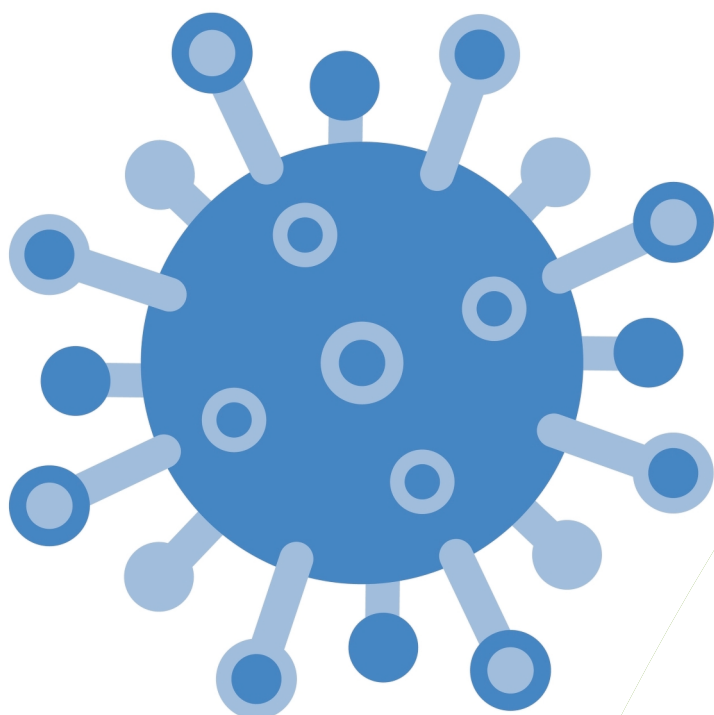


Evaluering af COVID-indsatsen på OUH



Klinisk Udvikling

1 Indhold

2	Indledning	2
3	Sammenfatning af anbefalinger	4
4	Konklusion og anbefalinger	6
5	Kommissorium for evaluering af COVID19-indsatsen	12
6	Metode	15
7	Oversigt over begivenheder i perioden – eksternt og på OUH	20
8	Fakta om COVID-19 på OUH	22
9	Beskrivelse og analyse af direkte COVID-19-relaterede indsatser på OUH.....	30
9.1	OUHs organisering og ledelse af COVID-19	30
9.2	Information og kommunikation til ledere og frontpersonale	37
9.3	Oprettelse og drift af COVID-19-afsnit	44
9.4	Håndtering af OBS-COVID-19 patienter i alle afdelinger	50
9.5	Oprettelse og drift af fremskudte visitationsklinikker.....	53
9.6	Håndtering af hygiejneindsatsen.....	57
9.7	Laboratorie – kapacitet og flow.....	61
9.8	Udstyr og værnemidler – forsyninger.....	65
9.9	Sammenhængende forløb og udskrivning	70
9.10	IT	74
9.11	Lokale instrukser.....	75
9.12	Test af patienter	77
9.13	Test af personale	81
9.14	Ressourceallokering.....	84
9.15	Kompetenceudvikling og træning	93
9.16	Håndtering af OUHs forskningsforpligtigelser.....	102
9.17	OUHs håndtering af uddannelsesforpligtelser under COVID-19	105
10	Håndtering af OUHs ordinære drift	110
10.1	Reduktion og omlægning af aktivitet	110
10.2	Øgning af aktivitet	123
11	Bilag	129
11.1	Interviewguide.....	129
11.2	Emneliste til interview	131
11.3	Skabelon til noter fra interviews	133
11.4	Spørgeskema	137

2 Indledning

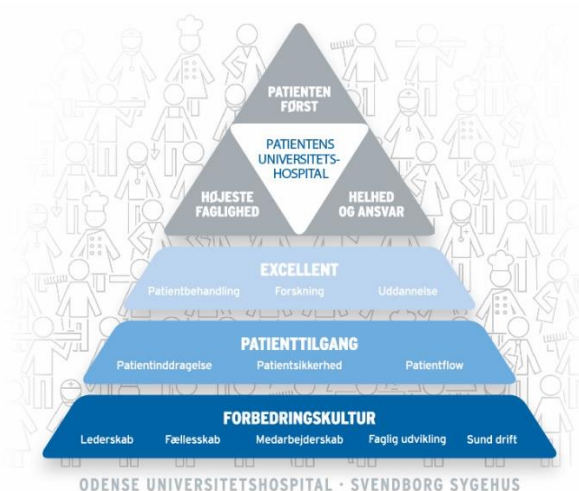
Denne evaluering vurderer indsatser for at håndtere coronavirus på OUH i perioden 24. januar 2020 – 27. april 2020. Det betyder, at evalueringen retter undersøgelseslyset mod tiden fra den første direktionsdrøftelse om coronavirus til dagen, hvor podning af asymptomatiske patienter blev iværksat.

Det er formålet med evalueringen at indhente de første erfaringer med at håndtere coronavirus på OUH med henblik på:

- At forbedre parathed med konkrete initiativer til de næste faser af pandemien
- At drage nytte af erfaringerne til den almindelige drift og se frem mod aktiviteter og opgaver, som bør fortsætte i de kommende år.

Gennem interviews og spørgeskemaer undersøges erfaringer på tværs af OUH, særligt fra kliniske afdelinger, men også fra serviceafdelinger. Der foretages på baggrund af udsagn og svar her en vurdering af indsatserne under COVID-19 på OUH.

Undersøgelsesdesignet i evalueringen er bygget op om OUHs patientpyramide, som opsummerer OUHs centrale værdisæt som organisation. På et praktisk plan har det bl.a. betydet, at ledere i interviews er blevet spurgt til indsatsernes effekt i forhold til betydningen for patienten.



Det er væsentligt at understrege, at svar i interviews og spørgeskema er fra ledende overlæger og oversygeplejerskere i afdelinger på OUH. Derfor er vurderingen af indsatserne under COVID-19 i denne evaluering særligt præget af lederens oplevelse af situationen og de meldinger, de måtte have fået, fra medarbejdere og patienter i afdelingerne. Med evalueringen kan der derfor ikke udledes specifikke konklusioner om medarbejdernes eller patienternes egne vurderinger af indsatserne under COVID-19. Der pågår sideløbende med denne evaluering andre undersøgelser, både på OUH og på landsplan, som afdækker disse perspektiver. Bl.a. søger Center for Patientkommunikation at afdække medarbejderens oplevelser under COVID-19 i undersøgelsen "Sikker information i en usikker tid". Her har ca. 350 medarbejdere på OUH svaret på spørgsmål særligt i forhold til kommunikation og værnemidler under COVID-19. Center for Patientkommunikation har givet OUH adgang til disse data. Svarene fra OUH-responderne er inddraget i nærværende evaluering i nogle afsnit og kan i disse sammenhænge supplere evalueringens undersøgelsesdesign.

Analysens resultater opsamles som anbefalinger. Det er håbet, at anbefalingerne fra OUHs afdelingsledelser kan føre til løbende justeringer, der forbedrer OUHs muligheder for at gå en eventuel ny

bølge med coronavirus i møde og generelt styrke OUH som en organisation, der i enhver situation er stand til at sætte patienten først.

Evalueringen giver bud på anbefalinger, som kan have interesse for forskellige fagpersoner på både medarbejder- og lederniveau på OUH. Endvidere er det håbet, at andre, uden for OUH, kan drage nytte af resultaterne og beskrivelserne af OUHs måde at gribe udfordringerne under COVID-19 an.

3 Sammenfatning af anbefalinger

Evalueringen viser, at OUH er lykkedes med at håndtere COVID-opgaven. Organisationen har hurtigt tilpasset sine aktiviteter til situationen og på trods af stort tidspres har formået at fastholde kernen i sit værdisæt på samme tid. COVID-patienterne har klaret sig markant godt. Dette understreges af Region Syddanmarks resultater ift. Case Fatality Ratio, som angiver sammenhængen mellem konstateret dødelighed og antallet af konstaterede COVID-sager. Region Syddanmark ligger her på 3.4, hvilket er det laveste tal for en region i Danmark.

Evalueringen viser også, at de komplekse og mangeartede opgaver i relation til COVID-19 blev løst til tiden, og evalueringen giver et klart grundlag for at anerkende medarbejdere fra alle afdelinger og ledere på alle niveauer for den store indsats og det enorme engagement, som har sikret, at OUH samlet var klar til de scenarier, som kunne frygtes i værste fald. Der har været en udpræget holdånd, især i de første faser af processen, hvor alle trods ind i mellem uklare rammer af flere forskellige årsager, som rapporten belyser, arbejdede sammen for at sætte patienten først.

Gennem evalueringen kan der samtidig peges på følgende områder til videre udvikling, således at OUH lykkedes med at være patientens universitetshospital:

Styrk fokus på innovation, både teknisk og ikke-teknisk: Der er store potentialer at høste ved at holde fokus på innovation, både ift. arbejdsgange og ift. teknisk. Evalueringen peger særligt på brug af det virtuelle, herunder virtuelle konsultationer, virtuel dialog med pårørende, samarbejdsparter, møder m.v. OUH anbefales at fokusere på at implementere brug af virtuelle redskaber i bund. Der er også gode erfaringer med brugen af CADD pumper til infusion af kemoterapi, antibiotika mv. i eget hjem. Pumperne har potentiale til at kunne flytte behandling af mange flere patienter til patienternes eget hjem og derved øge kvaliteten. Dertil kommer, at større omlægning af driftsområder, særligt ift. udlevering af vederlagsfri medicin, er lykkedes ved entydig placering af ansvar sammen med beslutningskompetence til løsning af udfordringen, stramme deadlines i komprimerede forløb med klare mål og ledelsesmæssig opfølgning af resultatet.

Organisation: OUH anbefales, at OUHs normalorganisation, særligt ift. råd og udvalg, optimeres for at sikre, at den bidrager til at understøtte den virkelighed, vi som organisation, belært af COVID-19, skal kunne håndtere ved større og længerevarende kriser. Det anbefales at have få, kvalificerede og beslutningskraftige medlemmer repræsenteret i råd og udvalg m.v., og at der arbejdes med hastighed og klart definerede opgaver og mandater. Fsva. de under COVID-situationen oprettede klyngesamarbejder mellem afdelingerne viser evalueringen, at klyngerne bestod sin prøve i at arbejde på tværs. Såfremt der skal arbejdes på lignende vis, er det dog centralt at definere rolle og mandat for klyngerne og klyngeformændene, idet der bl.a. ikke har været tilstrækkelig tydelighed i relationen til direktionen og mandat til klyngerne og deres formænd. Det bør for god ordens skyld fremhæves, at begrebet *klynger* ikke er en del af ledelse og organisering på Nyt OUH; begreberne i høringsmaterialet er "sengeslanger" og "værtsskab". Der er grundlag for at have erfaringerne fra klyngerne in mente i den videre proces med at definere klare roller og give mandater ifm. brugen af værtskaber på Nyt OUH.

Kommunikation: Evalueringen viser, at OUH er lykkedes med kommunikation og information på ledelsesniveauet, således at strategien, om at lederne videreformidler til egne afdelinger, har kunne indfries. Resultaterne peger samtidig på, at der ift. kommunikation til medarbejdere er grundlag for at arbejde med mere endnu direkte kommunikation, formentlig på særlige områder som eksempelvis værnemidler, som supplement til ledelseskommunikationen og øvrig kommunikation. Herudover kan der være grundlag for at styrke brugen af MED-systemet som kommunikationskanal for at nå så bredt som muligt ud til alle.

Allokering af personaleressourcer: OUH anbefales at arbejde med ressourceallokering på tværs på længere sigt og dygtiggøre sig heri, idet det kan være relevant og have værdi for ordinær drift og ekstraordinære

krisesituationer. Det gælder særligt ift. selve allokeringen (rette personaler med rette kvalifikationer til rette sted samtidig med at der tages højde for drift på tværs) og trivsel under udlån (ad relationsdannelse, motivation, ledelse og fysiske rammer ved udlån). Det kan overvejes, om det er relevant at få erfaringer med længerevarende aftaler for medarbejdere, der evt. i fremtiden skal udlånes, ligesom selve udlånsprocesserne kan systemunderstøttes, så det kan ske på lettere vis.

Kompetenceudvikling: Der har været positive tilkendegivelser vedr. brug af uddannelsesmateriale, og knapt 5.600 medarbejdere har gennemgået det e-læringsmateriale i hygiejne, som blev udarbejdet. Det anbefales, at der fremadrettet tænkes i løbende vedligeholdelse af både klinisk personale og personale uden for klinikkens kompetencer med hygiejne, især håndhygiejne, evt. som en del af "intropakken" til medarbejdere. OUH kan også overveje, om den måde, man har understøttet organisationen med materiale som slides, e-learning, video og "læringspakker", i endnu større grad kan benyttes fremover ved implementering af indsatser og retningslinjer, herunder bl.a. på kvalitetsområdet og i forhold til patientsikkerhed.

Oprettelse af COVID-afsnit: OUH anbefales at sikre endnu større gennemsigtighed i processer og resultater vedr. eskaleringsplanen.

Forsyninger: OUH har ikke i forløbet stået i en reel mangelsituation på værnemidler, og værnemidlerne har været af rette kvalitet. Ikke desto mindre er det et område, som har fyldt meget på baggrund af ændringer i retningslinjer bl.a. Det bør afklares, om det er relevant og muligt at oparbejde og vedligeholde større lagre af hensyn til forsyningssikkerheden.

Afslutningsvist skal det for en god ordens skyld bemærkes, at evalueringen skal læses med de metodiske forbehold, som fremgår af kapitel 5, herunder at evalueringen er udført af personale ansat på OUH. Arbejdsgruppen og styregruppen bag rapporten har været meget opmærksomme på det forhold, ligesom arbejdsgruppen i skrivningen har været meget bevidst om metodevalget og dets begrænsninger og haft fokus på en etisk tilgang.

4 Konklusion og anbefalinger

Evalueringen viser, at OUH er lykkedes med at håndtere COVID-opgaven. Organisationen har hurtigt tilpasset sine aktiviteter til situationen og på trods af stort tidspres har formået at fastholde kernen i sit værdisæt på samme tid. COVID-patienterne har klaret sig markant godt. Dette understreges af Region Syddanmarks resultater ift. Case Fatality Ratio, som angiver sammenhængen mellem konstateret dødelighed og antallet af konstaterede COVID-sager. Region Syddanmark ligger her på 3.4, hvilket er det laveste tal for en region i Danmark.

Evalueringen viser også, at de komplekse og mangeartede opgaver i relation til COVID-19 blev løst til tiden, og evalueringen giver et klart grundlag for at anerkende medarbejdere fra alle afdelinger og ledere på alle niveauer for den store indsats og det enorme engagement, som har sikret, at OUH samlet var klar til de scenarier, som kunne frygtes i værste fald. Der har været en udpræget holdånd, især i de første faser af processen, hvor alle trods ind i mellem uklare rammer af flere forskellige årsager, som rapporten belyser, arbejdede sammen for at sætte patienten først.

Gennem evalueringen udpeges områder, hvor der er et potentiale for at udvikle organisationen – enten i forhold til organisationens videre drift eller i forhold til organisationens parathed ved kommende faser med coronavirus eller i en anden længerevarende krisesituation.

Evalueringens anbefalinger er baseret på udsagn i interviews, data fra spørgeskema samt arbejdsgruppens og styregruppens refleksioner. Anbefalingerne opsummeres i det følgende:

Organisering og ledelse

Anbefalinger til videre håndtering af COVID19

1. Hav få, kvalificerede og beslutningskraftige medlemmer i arbejdsgrupperne og tydeliggør gruppernes og medlemmernes rolle og formål i et kort kommissorie. For at sikre den brede organisations interesser bredt, bør arbejdsgruppen til gengæld inddrage relevante interessenter ved behov.
2. Definér rolle og mandat for (klynge)formænd.
3. Understøt klyngerne, når afdelingerne skal tilbage til normal drift og ift. fordeling af ressourcer.
4. Arbejdsgrupper kan med fordel sammensættes tværfagligt og på tværs af specialer og med inddragelse af service- og stabsafdelinger.
5. Hav en hyppig mødekadence. En hyppig mødekadence har understøttet fremdriften i gruppernes opgaver, idet hyppigheden har ført til hurtig afklaring af spørgsmål, hurtigere beslutninger, kortere implementeringsproces, fastholdelse af momentum og skabt let tilgængelighed foruden styrket netværket blandt deltagerne.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

6. Vær opmærksom på, hvilke erfaringer der kan tages med videre – afdelinger kan arbejde mere eller mindre godt sammen i en krisesituation sammenlignet med ved normal drift.
 - Hav et tydeligt fokus på, at begrebet *klynger* ikke er en del af ledelse og organisering på Nyt OUH; begreberne i høringsmaterialet er ”sengeslanger” og ”værtsskab”.
7. Definér klare roller og mandater ifm. sengeslangernes værtskaber på Nyt OUH.
8. Se nærmere på organiseringen frem mod NYT OUH i forhold til at få alle kompetencer i organisationen i spil samt udnytte tværfaglige potentialer.
9. Overvej allerede nu at sætte en opgave i gang med at planlægge, hvordan OUH ved en evt. anden bølge af COVID-19 eller andre virusudbrud er bedst organiseret – herunder evt. at supplere beredskabsplanen med en organisering for håndtering af længerevarende virusudbrud og med længerevarende bemandingsplaner.

Det kan overvejes, om der er læring at drage om agilitet og beslutningskraft i OUHs normalorganisation.

Information og kommunikation

Anbefalinger til videre håndtering af COVID19

10. Fortsæt brug af strategiske ledelsesbreve, men overvej timing af udsendelse.
11. Vær tydelig omkring, hvornår retningslinjer forventes implementeret.
12. Overvej, i hvor høj grad OUH skal fortolke retningslinjer, før de sendes ud til afdelingerne.
 - a. Overvej, om der skal gives mere operationelle fortolkninger, evt. direkte påbud.
13. Hav opmærksomhed på, at informationsniveauet kan opfattes forskelligt afhængigt af, om man er med i en klynge og/eller om man sidder med i en covid-arbejdsgruppe.
14. Overvej antallet af virtuelle afdelingsledermøder – suppler evt. med mere skriftlig kommunikation.
15. Inddrag i højere grad MED-systemet som kommunikationskanal for at nå så bredt som muligt ud til alle.
16. Overvej i højere grad at kommunikere direkte fra direktion til ansatte.

Oprettelse og drift af COVID-afsnit

Anbefalinger til videre håndtering af COVID19

17. At man forlods planlægger med en eksplicit strategi om maksimal kommunikation til og inddragelse af alle afdelingsledelser, så der skabes gennemsikuelighed i allokeringsprocesser.
18. Ved oprettelse af nyt afsnit på kort tid kan OUH arbejde videre med følgende udfordringer
 - a. Styrke hvordan nyoprettede afsnit kan arbejde fleksibelt, idet patientmængden var uforudsigelig og datagrundlaget for sygdommens forløb ikke stort.
 - b. Det er nødvendigt med særskilte indsatser ift. relationsdannelse og afklaring af snitflader til øvrig organisation.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

19. Klyngesamarbejdet bør genbesøges frem mod Nyt OUH, hvor vi skal arbejde med værtskaber. Rammer, ansvar og retning anses som afgørende for funktionsduelighed, ligesom der peges på manglende afklaring af direktionens relation og mandat til klyngerne/formændene.

Håndtering af OBS-COVID-19 patienter i alle afdelinger

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

20. Større åbenhed om eskaleringsplanen/planlægningen
21. Fastholdelse af COVID-afsnit i nærheden af afd. Q
22. Det kan overvejes, om det er relevant at få erfaringer med længerevarende aftaler for medarbejdere, der evt. i fremtiden skal udlånes.

Oprettelse og drift af fremskudte visitationsklinikker

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

Almen Praksis bør fra starten indgå i det samlede beredskab.

Håndtering af hygiejneindsatsen

Anbefalinger til videre håndtering af COVID19

23. Krisesituationer af infektionshygiejnisk karakter kræver detailstyring via retningslinjer og instrukser, som giver konkrete og fælles anvisninger/forholdsregler, der reducerer den lokale fortolkning mest muligt.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

24. Det anbefales, at der fremadrettet tænkes i løbende vedligeholdelse af både klinisk personale og personale uden for klinikens kompetencer med hygiejne, især håndhygiejne. Det kunne evt. gøres til en del af "intropakken" sammen med brandkursus og hjertestopskursus.

Laboratorie –kapacitet og flow

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

25. Ansvar og roller bør defineres på forhånd, så der er klarhed over mandater og snitflader både lokalt, regionalt og nationalt.
26. Overvej at etablere en gruppe på OUH med en direktør for bordenden til sikring af kapaciteten på tværs af laboratorierne.

Udstyr og værnemidler

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

27. Det bør afklares, om det er relevant og muligt at oparbejde og vedligeholde større lagre af hensyn til forsyningsikkerheden.

Sammenhængende forløb og udskrivning

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

28. Efterlevelsen af SAM:BO-aftalerne har været centralt for det gode samarbejde mellem kommunerne og afdelingerne, og OUH kan med fordel fortsat styrke implementeringen af SAM:BO.
29. De positive erfaringer med at stille kompetenceudviklingsmateriale til rådighed for kommunerne og arbejde med vidensdeling generelt bør give anledning til at OUH i større omfang fremadrettet stiller sig til rådighed for fælles kompetenceudvikling.

IT

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

30. Klinisk IT bør opruste i krisesituationer med udvidet beredskab til support i afdelingerne.

Lokale instrukser

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

31. Der skal være ekstra opmærksomhed på, at alle patientgrupper, matrikler og situationer er dækket i relevante, tværgående OUH dokumenter.
32. Særlige situationer kræver særlig opmærksomhed på konkrete anvisninger og detailstyring på tværs af hele organisationen, når der udgives tværgående dokumenter.

Test af patienter

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

33. Hav en robust plan for bemanning og tidsplan ift. podningsklinikker
34. Bemand om muligt klinikkerne med personale inden for ansvarlig afdelingsleders eget (eller nogle få andre) ledelsesområder.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

35. I forbindelse med bemanning af podningsklinikken i Odense har det vist sig, at det er svært at dele faglig og personalemæssig ledelse. Der kan være opmærksomhed på dette fremadrettet, også frem mod Nyt OUH.

Test af personale

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

36. Det kan overvejes, om Komiteen for Antibiotika og Infektionskontrol bør drøfte spørgsmålet om at benytte test og vacciner til personale med henblik på at reducere smitte.

Ressourceallokering

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

37. Ved annoncering af behov for lån af personale til andre afdelinger, bør formidlingen om opgavens indhold og forventninger til opgaveløsningens styrkes, så idet den viden kan understøtte, at medarbejderen føler sig trygkere.
38. OUH anbefales i den kommende tid at arbejde med ressourceallokering på tværs og dygtiggør sig heri, idet dette både har værdi for den ordinære drift og ekstraordinære krisesituationer. Det gælder særligt ift.
- Selve allokeringen (rette personer med rette kvalifikationer til rette sted samtidig med at der tages højde for drift på tværs)
 - Trivsel under udlån (ad relationsdannelse, motivation, ledelse og fysiske rammer ved udlån)
 - Organiseringen under ressourceallokering på tværs, jf. [afsnit om organisering og ledelse]
 - Brug af redskaber hertil (digitaliseret løsning)

Kompetenceudvikling og træning

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

39. Hvis OUH fremadrettet har en plan om, at personer med klinisk erfaring, der ligger flere år tilbage, skal stå i beredskab til lignende situationer, anbefales det, at man overvejer, hvordan de kan blive en større hjælp for afdelingerne hurtigere. Det kan overvejes at etablere brush-up eller "praktik" i klinikken, hvis man er sundhedsfagligt uddannet og arbejder på OUH, men fx har en stilling i stabene.
40. Kurser, der bliver udbudt fra centralt hold, skal afholdes på kliniktilpassede tidspunkter. Det anbefales, at der udbydes flere hold med det samme indhold, hvor holdene ligger på forskellige tidspunkter. Det ville give en større fleksibilitet for klinikken til at tilpasse deres kompetenceudvikling efter vagtskemaer.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

41. Det anbefales, at der fremadrettet tænkes i løbende vedligeholdelse af både klinisk personale og personale uden for klinikens kompetencer med hygiejne, især håndhygiejne. Det kunne evt. gøres til en del af "intropakken" sammen med brandkursus og hjertestopskursus.
42. Derudover kan det overvejes at sætte ind i forhold til et generelt løft af det kliniske personales basiskompetencer. Dette ville i så fald stemme overens med nogle bekymringer omkring niveauet af basiskompetencer i en anden undersøgelse foretaget i 2019 i forbindelse med udviklingen af den nye sygeplejestrategi.
43. Eftersom samarbejdet har fungeret så godt på de afdelinger, der skulle løfte samme type kompetenceudviklingsopgave, anbefales det, at man også fremadrettet drager nytte af, at der er kompetencer, der går på tværs. Således ville alle afdelinger ikke behøve at udvikle deres egne

kompetenceudviklingsprodukter, men i stedet kunne man samarbejde om ét fælles produkt, hvor det giver mening. Det ville sandsynligvis give afledte effekter også så som en større indsigt i og forståelse for andre specialers arbejde, hvilket, man kan forestille sig, ville komme patienterne til gavn ift. at personalet ville sparre mere med hinanden på tværs af specialer.

44. Man kan generelt overveje, om den måde, man har understøttet organisationen med materiale som slides, e-learning, video og ”læringspakker”, i endnu større grad kan benyttes fremover ved implementering af indsatser og retningslinjer, herunder bl.a. på kvalitetsområdet og i forhold til patientsikkerhed.

Forskningsforpligtigelser

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

45. Det bliver påpeget fra flere afdelinger, at forskningsområdet kan ligge stille i en periode på nogle måneder, uden at det går for meget ud over de enkelte projekter samt økonomien. OUH bør dog forberede sig på lignende situationer fremadrettet, da vi som universitetshospital ikke kan acceptere en for lang periode uden forskningsaktivitet.
46. Et af de områder, hvor der er behov for optimering, er i forhold til anvendelse af samme mødeplatform på SDU og OUH. Det vil gøre virtuelle møder langt lettere i en situation, hvor vi fortsat skal tænke på smitterisici, men samtidig vil f. eks. Ph. d forsvar kunne varetages virtuel, hvis landet nedlukkes igen.

Uddannelsesforpligtigelser

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

47. Det skal tilstræbes i større omfang at etablere aftaler med de uddannelsesinstitutioner, som har studerende tilknyttet OUH, ift. udmeldinger vedrørende studerende og elever på OUH. Det bør aftales, at OUH og den enkelte uddannelsesinstitution udarbejder fælles udmeldinger til studerende og elever og kommunikerer de nye retningslinjer samtidigt, så der ikke opstår unødige forvirring og frustration hos de studerende/eleverne og i klinikken.
48. Det anbefales, at OUH samlet samt de enkelte afdelinger afdækker muligheder for at afvikle uddannelse under forskellige forudsætninger, fx ift. antal personer samlet, afstandskrav osv.

Reduktion, omlægning og øgning af aktivitet

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19:

49. Særligt er der store potentialer at høste ved at holde fokus på innovation, både ift. arbejdsgange og ift. teknisk.
50. Der er fortsat store gevinster at høste ved brug af virtuelle konsultationer, virtuel dialog med pårørende, samarbejdsparter, møder m.v., og OUH bør fokusere på at implementere brug af virtuelle redskaber i bund.
51. De kliniske afdelinger skal fortsat understøttes i brugen af videosamtaler med patienter og i brugen af Mit Sygehus app'en til at informere patienterne om deres behandlingsforløb. Erfaringerne fra håndteringen af COVID-19 tyder på, at der et betydeligt potentiale for brug af videosamtaler med patienter i mange afdelinger.
52. Der er samtidig brug for indsamling af oplysninger om patienternes og personalets oplevelse af videosamtaler og telefonsamtaler for at sikre, at kvaliteten i denne type samtaler er tilstrækkelig høj. Dette kan være i form af patienttilfredshedsundersøgelser eller forskningsprojekter.

- Resultaterne vil også kunne indgå i den fortsatte udvikling af OUHs kliniske retningslinjer for anvendelsen af videosamtaler og telefonsamtaler med patienter.
53. Erfaringer fra de afdelinger, som har anvendt videosamtaler med patientgrupper, skal deles med andre afdelinger, således at afdelingerne kan lære af hinanden.
 54. Der er gode erfaringer i flere afdelinger med brugen af CADD pumper til infusion af kemoterapi, antibiotika mv. i eget hjem. Pumperne har således potentiale til at kunne flytte behandling af mange flere patienter til patienternes eget hjem, og derved øge kvaliteten i behandlingen. Afdeling C og X har således gode erfaringer, som kan være til gavn for andre afdelinger. Der bør dog samtidig foretages undersøgelser af patienternes og personalets oplevelse af kvaliteten, således at afdelingerne kan sikre, at de rigtige patienter tilbydes denne behandling. Mulighederne for at kombinere pumperne med information til patienterne via video eller Mit Sygehus, og derved skabe tryghed for patienterne, bør også undersøges.
 55. App'en MyMedCard har været anvendt, som en del af håndteringen af COVID-19, til at dele informationer om kliniske retningslinjer inden for de enkelte afdelinger og på tværs af afdelingerne. Teknologien kan sikre, at alle medarbejdere samtidig får adgang til opdaterede retningslinjer, og at alt personale har adgang til opdateret viden. Teknologien har således et stort potentiale i akutte situationer som en pandemi. Selvom erfaringerne med app'en er gode, bør der indsamles yderligere information om den praktiske anvendelse. Understøttelsen og kvalitetssikringen af app'ens information bør ligeledes styrkes.
 56. Det bør overvejes, om specialerådene i regionen kunne have haft en større rolle i at rådgive om, hvilke patienter der vurderes at være kritiske.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

57. Personalet i de kliniske afdelinger skal tilbydes kompetenceudvikling i videosamtaler med patienter, således at personalets kompetencer kan blive styrket og den kliniske retningslinje for videosamtaler iagttages.
58. Eksemplet med udlevering af vederlagsfri medicin burde give anledning til at vurdere om sådanne udfordringer i organisationen kunne håndteres med de samme virkemidler, dvs. entydig placering af ansvar sammen med beslutningskompetence til løsning af udfordringen, stramme deadlines i komprimerede forløb med klare mål og ledelsesmæssig opfølgning af resultatet.
59. Det anbefales, at OUH i en situation, hvor man skal øge aktiviteten hastigt, arbejder med den udfordring, det er, at patienter ikke kan møde op med kort varsel.

5 Kommissorium for evaluering af COVID19-indsatsen¹

Formål

OUH ønsker at evaluere håndteringen af COVID-krisen for at afdække, hvad der fungerede godt, og som vi skal fastholde og udbrede, og hvad der fungerede mindre godt, og som derfor bør ændres. Evalueringen vil fokusere på:

1. COVID-indsatserne, herunder organisering, ledelse og løsning af opgaverne
2. Hvordan OUH har arbejdet innovativt, herunder nytænkt arbejdsgange og arbejdsmetoder ift. løsning af de ordinære kerneopgaver.

Evalueringen gennemføres nu, så vi kan igangsætte dataindsamling, mens erfaringerne er friske i deltagernes erindring, og så vi kan øge sandsynligheden for, at OUH anvender konklusioner og eventuelle anbefalinger og dermed konkret forbedrer ikke alene parathed med konkrete initiativer til de næste faser af pandemien, men også drager nytte af erfaringerne til vores daglige drift. Evalueringen ser således bagud på tilrettelæggelse af arbejdet vedr. corona og ser fremad imod aktiviteter og opgaver, som bør fortsætte i de kommende år, også frem mod Nyt OUH.

Evalueringens resultater stilles desuden til rådighed for interesserede, således at også eksempelvis andre sygehuse i Region Syddanmark kan drage nytte af konklusionerne, hvor det måtte være relevant.

Opgaver

Det skal vurderes, om OUHs indsatser har:

- Været godt tilrettelagt, ud fra de på tidspunktet tilgængelige data og eksisterende viden, for at imødegå de potentielle udfordringer og problemstillinger, som de var rettede mod
- Haft det ønskede resultat og virkning
- Været bæredygtige ift. organisering og tidshorisont

Indsatserne skal måles ud fra OUHs patientpyramide, i særdeleshed:

1. Patienten først

- Vi ser patienten som ligeværdig. Vi er nærværende i vores relationer og inddrager patient og pårørende i behandlingen.
- Vi er tilgængelige og taler med patienten og den pårørende i et sprog, de forstår, så de føler sig trygge, og vi undgår misforståelser.
- Vi tager ansvar for rettidig behandling og slipper aldrig patienten, før andre har taget over.

2. Højeste faglighed

- Vi stræber efter at levere den højeste kvalitet i enhver opgave og at leve op til anerkendte standarder.
- Vi griber ind, hvis vi oplever, at opgaver bliver løst utilfredsstillende, og vi arbejder målrettet med at lære af vores fejl.
- Vi dygtiggør os hver dag via forskning, uddannelse og innovation for at sikre højeste faglighed.

3. Helhed og ansvar

- Vi kender vores særlige forpligtelser som universitetshospital regionalt, nationalt og internationalt, og vi arbejder aktivt med at udfylde denne rolle.
- Vi samarbejder tillidsfuldt på tværs for at sikre det gode og sammenhængende patientforløb hele vejen gennem hospitalet.
- Vi sikrer gode patientforløb gennem forpligtende samarbejde med den primære sundhedstjeneste.

Der skal således sættes fokus på, hvordan håndteringen har påvirket patientens oplevelser på OUH, og hvilke konsekvenser omstillingerne har haft for patienterne.

¹ Godkendt af styregruppen den 14. maj.

Evalueringen dækker indsatser for perioden fra den første direktionsdrøftelse den 24. januar 2020 til mandag den 27. april, hvor podning af asymptomatiske pt. blev iværksat.

Konkret skal følgende områder evalueres

1. OUHs direkte COVID-19-relaterede indsatser
 - A. OUHs organisering og ledelse af COVID-19
 - B. OUHs implementering af retningslinjer, herunder brug af innovation i bredeste forstand
 - C. Ressourceallokering
 - D. Kompetenceudvikling og træning
 - E. Udstyr og fysiske rammer
 - F. Håndtering af OUHs forsknings- og uddannelsesforpligtelser

2. Håndtering af OUHs ordinære drift under COVID-19
 - A. Omlægning og reduktion af aktivitet, herunder brug af innovation i bredeste forstand
 - B. Øgning af aktivitet, herunder brug af innovation i bredeste forstand

For hvert område vurderes det, om analysen foretages på baggrund af kvalitative data, kvantitative data eller begge typer af data. Indsamling af data blandt kliniske ledelser prioriteres. Kvalitative data indsamles gennem interviews med standardiseret interviewguide med personer, der har deltaget i eksempelvis styregruppe, arbejdsgrupper eller er repræsentanter for afdelingsledelser, direktion, samt eventuelt eksterne samarbejdspartner, fx kommuner, andre RSD-sygehuse eller regionen. Kvantitative data indsamles gennem spørgeskemaundersøgelser. Endvidere kan andre kilder, fx datamaterialer fra forskningsprojekter og lign., indgå.

Organisering og sammensætning

Den overordnede projektejer af evalueringsindsatsen af COVID-19 er OUHs direktion. Direktionen varetager organisationens interesser for evalueringen fra et forretningsmæssigt og et brugermæssigt perspektiv. Med andre ord har projektejeren et fokus på evalueringens udbytte og ressourcetræk. Projektejeren nedsætter en styregruppe. Styregruppen består af:

- Adm. direktør Niels Nørgaard Pedersen
- Direktør Michael Dall
- Oversygeplejerske Charlotte Mose, FAM
- Ledende overlæge Mette Worsøe, M-FAM
- Oversygeplejerske Susanne Sebens, V, Odense
- Repræsentant for FMU, Kirsten Nikolajsen
- Stabschefen for Klinisk Udvikling

Styregruppen har til opgave at fremme ejerskabet til evalueringen i organisationen, at sikre de fornødne ressourcer og at bestemme evalueringens retning, mens direktionen har til opgave at afgøre i hvilket omfang og hvordan rapportens resultater bringes i spil i organisationen.

Projektejeren udpeger stabschefen for Klinisk Udvikling som projektleder. Projektlederen er menigt medlem af styregruppen. Projektlederens opgaver er:

- at tilrettelægge arbejdet og inddrage interessenter og relevante ressourcer i processen, herunder nedsætte en arbejdsgruppe

- at indkalde til og lede møder i arbejdsgruppen
- at sikre sammenhæng mellem styregruppens interesser og arbejdet i arbejdsgruppen.

Referencegruppe

OUHs COVID-19-styregruppe anvendes som referencegruppe for evalueringen. Det ønskes at benytte gruppens viden inden for COVID-19-indsatsen til at kvalificere den endelige rapport. Gruppen forelægges derfor et første udkast for at kunne kommentere på den inden en eventuel revidering. Ligeledes benyttes udvalgte medlemmer af arbejdsgrupper i COVID-19-organisationen som informanter under dataindsamlingen. Det vurderes, at medlemmer af disse arbejdsgrupper, besidder erfaring og viden, som er relevant for evalueringen.

Arbejdsgruppen

Det udførende arbejde forankres i Klinisk Udvikling, med bistand fra øvrige stabe. Arbejdsgruppen for evalueringen udgøres af:

- Anna Skat Nielsen fra Klinisk Udvikling
- Lene Ladefoged fra Klinisk Udvikling
- Lars Oberländer fra Klinisk Udvikling
- Cassandra James Markussen fra Klinisk Udvikling
- Maja Borg Petersen fra Klinisk Udvikling
- Kristian Klidholm fra Klinisk Udvikling (som rådgiver)
- Mette Sørensen fra Klinisk Udvikling
- Line Skovby fra Direktionssekretariatet
- Nina Storm Petersen fra HR
- Sanne Jeppesen fra ØP

Arbejdsgruppen har til opgave at forestå evalueringen, herunder:

- At udvikle interviewguides og spørgeskemaundersøgelser
- At indsamle data
- At udlede anbefalinger af analyserne og kvalificere evt. tværgående anbefalinger i rapporten
- At udarbejde den endelige rapport

Det vil særligt være medarbejdere fra Klinisk Udvikling, som indsamler empiri, mens medlemmer fra øvrige stabe bistår i forhold til analyse og evalueringsdesign.

Tidsplan og mødeaktivitet

Det tilstræbes at holde organisationen løbende orienteret om evalueringens fremdrift og resultater. Derfor aflægger projektlederen status til styregruppen hver 14. dag. Resultater af evalueringen forelægges styregruppen for godkendelse, inden den præsenteres for direktionen. COVID-19-styregruppen, der fungerer som referencegruppe, forelægges resultaterne ved et ordinært møde. Evalueringen afsluttes senest 30. juni 2020, hvor rapporten forelægges direktionen med henblik på drøftelse af rapportens fremadrettede brug i organisationen. Styregruppen for COVID-19 modtager rapporten til orientering.

6 Metode

Evalueringen af COVID-19-indsatser er en opsamling af erfaringer på OUH fra perioden 24. januar 2020 til 27. april 2020. Undersøgelsen er bygget op om patientpyramiden, som er OUHs værdisæt. Det betyder, at der er afsnit i undersøgelsen, som retter spotlyset mod patienten for at vurdere, hvad indsatserne har betydet for patienten. Men denne vurdering sker primært på baggrund af afdelingsledelsernes opfattelser. Tilgangen til evalueringen gennemgås i de nedenstående afsnit.

Evalueringen gennemføres i perioden 6. maj 2020, ved første møde med arbejdsgruppen for evalueringen, til 22. juni 2020, hvor styregruppen for evalueringen forholder sig til evalueringen med henblik på godkendelse. Evalueringen betragtes i høj grad som en praktisk erfaringsopsamling og ikke som et videnskabeligt projekt.

Undersøgelse af afdelingsledelsernes opfattelse af COVID-19-indsatserne

Afdelingsledelsernes oplevelse af COVID-19-indsatserne omfatter dels en interviewundersøgelse, til indsamling af kvalitative data, med en række afdelingsledelser, dels en spørgeskemaundersøgelse, der er udfyldt af afdelingsledelsen til indsamling af kvantitative data.

Interviewundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen har til formål at søge svar, på hvordan vi på OUH har håndteret COVID-19. Dels ønskes det at forberede en eventuelt næste bølge af virussen, dels ønskes det at indsamle erfaringer til brug frem mod Nyt OUH. Interviewundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen er forankret i Klinisk Udvikling (KLU) med bistand fra øvrige stabe.

Interviewundersøgelsen

Interviewundersøgelsen er baseret på perioden fra den 24. januar og frem til den 27. april, og har fokus på OUHs direkte COVID-19-relaterede indsatser og håndtering af OUHs ordinære drift. Under indsatser, der er relateret til OUHs direkte COVID-19-relaterede indsatser, hører de overordnede indsatser:

- OUHs organisering og ledelse af COVID-19
- OUHs implementering af retningslinjer, herunder innovation i bredeste forstand
- Ressourceallokering
- Kompetenceudvikling og træning
- Udstyr og fysiske rammer
- Håndtering af OUHs forsknings- og uddannelsesforpligtelser

Under indsatser der er relateret til håndtering af OUHs ordinære drift, hører de overordnede indsatser:

- Omlægning og reduktion af aktivitet, herunder innovation i bredeste forstand
- Øgning af aktivitet, herunder innovation i bredeste forstand

I praksis fik repræsentanterne sendt en emneliste ud fra hver af de overordnede indsatser til inspiration før interviewet. Ud fra denne emneliste blev de bedt om at vælge op til tre emner der fungerede godt, tre der fungerede mindre godt, og tre der har potentiale. Ud fra disse emner blev interviewet udført ud fra en standardiseret interviewguide, der gik mere i dybden med emnerne.

Der blev udført 39 interviews med afdelingsledelser på OUH. Respondenterne blev udvalgt til deltagelse af interviewet ud fra et princip om at indsamle viden, som var repræsentativt for OUH. Afdelingsledelserne blev ikke interviewet i plenum, men på særskilte møder, hvor oversygeplejersken og/eller den ledende overlæge deltog.

Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen med afdelingsledelserne omhandlede spørgsmål, som vedrørte:

- Kommunikation på OUH i forbindelse med COVID-19
- Lån og udlån af personale i forbindelse med COVID-19
- Brugen af kompetenceudvikling under COVID-19
- Opretholdelse af forskningsaktiviteter under COVID-19

I praksis gennemførte arbejdsgruppen udsendelse og indsamlingen af spørgeskemadata.

Spørgeskemaundersøgelsen blev udsendt til alle afdelingsledelser, svarende til 81 personer, på OUH med undtagelse af stabenes ledelser. Der var mellem 40 og 45 respondenter. Ikke alle respondenter havde svaret på alle spørgsmål, og antallet af respondenter kan derfor variere gennem evalueringen.

Undersøgelse af medarbejdernes oplevelse af COVID-19-indsatsen

Den primære kilde til analysens konklusioner er afdelingsledelsernes udsagn og svar fra henholdsvis interviews og spørgeskema. Det er en grundantagelse ved evalueringens design, at afdelingsledelserne har en fortolkning af, hvordan medarbejdere har været berørt under COVID-19-perioden, og hvad deres vurderinger af indsatserne har været. Det kan dog ikke antages, at man ved brug af afdelingsledelserne som informanter får adgang til den "sande" vurdering fra et medarbejderperspektiv. Dertil er der for mange usikkerheder, f.eks. at medarbejdere ikke nødvendigvis deler informationer med lederen, som af medarbejderen opfattes som følsomme. Ikke desto mindre vurderes det, at afdelingsledelsen via personaleledelsen har et vist indblik i medarbejderperspektivet, og derfor i et vist omfang kan repræsentere facetter af medarbejdernes perspektiver ved evalueringen af indsatserne.

Center for Patientkommunikation har i forbindelse med en national undersøgelse "Sikker information i en usikker tid" indhentet data fra medarbejdere på OUH, svarende til 352 medarbejdere, vedr. deres oplevelse af information om retningslinjer under COVID-19. Data fra OUHs medarbejdere i undersøgelsen er i nærværende evaluering blevet benyttet til at belyse medarbejdernes oplevelse af adgangen til værnemidler samt i hvilken grad information har understøttet medarbejderne i at udføre deres arbejde under COVID-19.

Evalueringens undersøgelsesdesign lægger ikke op til at drage endegyldige konklusioner, hvad angår vurderinger fra et medarbejderperspektiv. Dertil er der behov for et undersøgelsesdesign, hvor medarbejdere er en af de primære kilder.

Undersøgelse af patientens oplevelse af COVID-19-indsatsen

OUHs patientpyramide har været et særligt omdrejningspunkt i evalueringens design – det gælder både i interviewguiden og i opbygningen af analysen, hvor der er et særligt fokus på indsatsernes betydning for patienten. Men patienter er i denne evaluering ikke blevet interviewet om deres oplevelse af indsatserne under COVID-19. Ej heller har de modtaget spørgeskema. Det faktum, at evalueringen skulle kunne benyttes til en eventuel ny bølge med virussen har begrænset tidsrummet for at udføre evalueringen, og det har derfor været nødvendigt at foretage prioriteringer i forhold til undersøgelsesdesignet.

Grundantagelsen i denne evaluering er, at afdelingsledelserne i et vist omfang har dannet sig et indtryk af patienternes oplevelser gennem de møder, de har haft med patienterne og gennem de fortællinger om patienter, som de har fået fra medarbejdere. Derudover har forfatterne af evalueringen under analysen forsøgt at vurdere oplagte konsekvenser for patienten ved de enkelte indsatser. Der er hermed også en subjektiv og fortolkende tilgang til analysen.

Evalueringens opbygning

Evalueringen er bygget op om udvalgte emner under COVID-19:

- OUHs organisering og ledelse af COVID-19

- OUHs implementering af retningslinjer, herunder innovation i bredeste forstand
- Ressourceallokering
- Kompetenceudvikling og træning
- Udstyr og fysiske rammer
- Håndtering af OUHs forsknings- og uddannelsesforpligtelser
- Omlægning og reduktion af aktivitet, herunder innovation i bredeste forstand
- Øgning af aktivitet, herunder innovation i bredeste forstand

For hvert emne findes en beskrivelse af indsatser samt en analyse af indsatsernes effekt.

Beskrivelse af indsatser

OUH s indsatser i forhold til at drive hospitalet under COVID-19 er systematisk beskrevet med henblik på at besvare:

- Hvilke opgaver var der i forhold til emnet?
- Hvor var opgaven forankret?
- Hvad bestod indsatsen af?
- Hvad førte indsatsen faktisk til?

Ved beskrivelse af nogle emner, er det ikke alle de ovenstående spørgsmål, som det har givet mening at besvare eller det har ikke været muligt at finde information, der kunne give svar.

Oplysninger til at beskrive OUHs indsatser er særligt fundet i referater fra møder i arbejdsgrupper, styregruppe og FMU samt ledelsesreferater. Dertil kommer information fra slides fra de under perioden afholdte store afdelingsledelsesmøder, dokumenter i infonet samt strategiske ledelsesbreve. Skribenterne i arbejdsgruppen har ad hoc indsamlet viden fra de praktikere som stod for at implementere indsatser under COVID-19 for at afdække de områder, som det skriftlige materiale ikke belyste. Særligt stabene er der i denne forbindelse indsamlet viden hos. Skribenterne har læst udsendte mails fra perioden samt trukket data i forhold til udvalgte emner. Det gælder f.eks. udsendelsestidspunkt for ledelsesbreve samt typerne af pakker for kompetenceudvikling.

Analysen af indsatser

Hvert emne i evalueringen er blevet analyseret med udgangspunkt i følgende arbejdsspørgsmål:

- Hvordan havde vi taget højde for patienten i indsatsen, og hvad betød det for patienten?
- Hvordan blev kvaliteten i indsatserne oplevet, og hvordan arbejdede vi med kvaliteten?
- Lykkedes vi med at tænke hele vejen rundt i organisationen, og var der et godt samarbejde?

Vurderingen af indsatserne, med udgangspunkt i disse arbejdsspørgsmål, er herefter blevet opsummeret i anbefalinger, som knytter sig til en eventuel ny episode med COVID-19 og til den løbende organisationsudvikling frem mod NYT OUH. Både arbejdsgruppen og styregruppen har kvalificeret anbefalingerne ud fra et helhedsblik på de samlede input.

Analysen bygger på data fra 39 interviews med afdelingsledelser på OUH, et spørgeskema udsendt til OUHs afdelingsledelser (med undtagelse af ledelse i stabe), data fra undersøgelsen "Sikker information i en usikker tid" samt en præliminær kvalitativ analyse fra et forskningsprojekt om patient- og pårørendeoplevelsen under COVID-19.

Validitet af metoderne

Usikkerhed i forbindelse med brugen af interviews

Tidsrammen for evalueringen har ført til, at det ikke var muligt at interviewe samtlige afdelingsledelser på OUH. Udvælgelsen af informanterne til interviews er sket ud fra styregruppens vurdering af de relevante kilder. Der kan således være viden på OUH blandt afdelingsledelser, som ikke er taget med i analysen.

Herunder er der et fravalg om at inddrage viden fra stabenes afdelingsledelser. Dette er sket ud fra en betragtning om, at evalueringen skal opsamle de erfaringer, der har været tæt på frontpersonalet og patienten. Konsekvensen heraf er, at vi i analysen ikke får forklaringer på nogle af de valg, som er blevet truffet i stabene under COVID-19, og at vi ikke får stabenes vurdering af indsatserne.

Arbejdsopgaven i forbindelse med at udføre interviews er blevet fordelt mellem ni personer i arbejdsgruppen for evalueringen. Ligeledes har de ni personer som skribenter fordelt analyseafsnittene mellem sig. Det betyder, at en skribent nødvendigvis ikke har deltaget under et interview, hvorfra man benytter sig af data. Skribenterne har haft adgang til alle noter fra interviews, og de har haft mulighed for at efterspørge lydfiler fra interviewene for at danne sig et bedre indtryk af udsagnene, hvor noterne ikke har været fyldestående. Fordelingen af opgaver skaber en usikkerhed i forhold til at indfange den mening, der kan ligge bag udsagnene. Udsagn kan være suppleret af fagter, smil eller andet, som er med til at understrege pointer, og denne helhedsopfattelse af udsagnene har man som skribent ikke nødvendigvis haft i analysen.

Med henblik på at reducere smitterisiko under interviewene, har langt de fleste interviews fundet sted over videomøder. Der har været interviews, hvor forbindelsen kortvist har svigtet, og det kan derfor i visse tilfælde have været svært for referenten at høre alt det sagte fra informanten. I disse tilfælde har referenten bedt informanten om at gentage sine pointer eller referenten har efterfølgende fået noter verificeret ved intervieweren.

Før interviewet har informanterne modtaget en liste med emner, som med evalueringen søgtes belyst. Ud fra denne emneliste har informanterne nævnt tre ting, som de synes er gået godt, tre ting som er gået dårligt og tre ting som har et stort potentiale. Denne ramme for interviewene har givet informanterne frie muligheder for at fremhæve det, som netop de syntes var vigtigt. I perioden, hvor interviews fandt sted, blev det klart, at ikke alle emner, som var undersøgelsesgenstand for evalueringen, blev belyst under interviewene. Derfor blev interviewererne opfordret til at stille specifikke spørgsmål til disse emner, såfremt der var tid til det i slutningen af interviewene. Alligevel mangles der ved interviewenes afslutning vurderinger fra afdelingsledelserne til nogle emner. Det gælder f.eks. emnet "test af personale", til trods for at dette emne også har været italesat i samfundsdebatten. Forklaringen herpå kan være, at afdelingsledelserne på interviewtidspunktet ikke har været optaget af netop dette emne, og at informanterne med de spørgsmål, der er blevet stillet, har svaret ud fra det, der fyldte mest hos dem på interviewtidspunktet. Dette er en generel usikkerhed ved interviewguiden. Interviews fandt sted i perioden 11. maj 2020 - 20. maj 2020. Der var til hvert interview afsat en time, hvilket af arbejdsgruppen blev vurderet som en smal tidsramme til at indhente informationer. Det viste sig dog hurtigt, at en time i de fleste tilfælde var tilstrækkeligt til at komme omkring de emner, informanten syntes var vigtige.

Arbejdsgruppen, som har stået for den praktiske udførelse af nærværende evaluering, er sammensat af medarbejdere på tværs af stabe på OUH. De fleste af dem, har haft opgaver under COVID19, og nogle har understøttet centrale indsatser, som behandles i evalueringen. Der har i arbejdsgruppen været enighed om at tilgå opgaverne som interviews og analyse på objektiv vis, men det kan selvfølgelig ikke udelukkes, at den forforståelse og baggrundviden, som arbejdsgruppen har haft, ubevidst har influeret på interviewerens motivation og mulighed for at stille opfølgende spørgsmål, og dermed også indirekte anspore evalueringen. Ligeledes kan det ikke udelukkes at nogle informanter kan have haft svært ved at rejse kritikpunkter over for en interviewer, som varetager en essentiel funktion på det område, som kritikken ville være rettet mod. Dette er et vilkår, så længe man benytter interne ressourcer til en kvalitativ evaluering. Arbejdsgruppen har dog været meget bevidst om metodevalget og haft fokus på en etisk tilgang.

Usikkerhed i forbindelse med brugen af spørgeskema

Spørgeskemaundersøgelsen blev udsendt den 15. maj 2020 om aftenen op til en weekend med en svarfrist den 20. maj 2020. Allerede mandag den 18. maj 2020 havde undersøgelsen 33 respondenter. Antallet af respondenter steg dog kun svagt frem mod svarfristen og sluttede med 45 respondenter, hvoraf 40 havde svaret på alle spørgsmål. Det er muligt, at flere modtagere af spørgeskemaet havde svaret, hvis de ikke havde modtaget mailen en fredag aften efter at de var gået på weekend. Omvendt kunne det også tænkes, at mange netop ved en weekend ville have mere overskud til at svare på en spørgeskemaundersøgelse end i løbet af en travl arbejdsuge. Udsendelsestidspunktet kan altså diskuteres.

Det vurderes, at der er en vis usikkerhed i forbindelse med spørgsmål om lån og udlån af personale.

Følgende spørgsmål stod i spørgeskemaet:

- *Har afdelingen fået dækket sit behov for tilførsel af personale fra andre afdelinger for at varetage opgaver i perioden 24. januar til 27. april? (i lav grad, i mindre grad, hverken eller, i nogen grad, i høj grad)*
- *Har afdelingen sendt flere medarbejdere til andre afdelinger, end den reelt kunne undvære i perioden 24. januar til 27. april? (i lav grad, i mindre grad, hverken eller, i nogen grad, i høj grad)*

I analysefasen er det blevet tydeligt, at der i denne forbindelse har været behov for svarmuligheden "ikke relevant". For hvad svarer man som afdeling, såfremt man ikke har haft brug for at få tilført personale eller ikke er blevet bedt om at udlåne personale til andre afdelinger? Den manglende mulighed for at udtrykke spørgsmålets irrelevans skaber usikkerhed i forhold til konklusioner om afbalanceret ressourcefordeling. Konklusioner i afsnittet om ressourcefordeling er baseret på antagelser om, at man som afdeling i disse tilfælde har svaret "hverken eller".

7 Oversigt over begivenheder i perioden – eksternt og på OUH

EKSTERNT

OUH

SSI informerer om covid-19 – første tilfælde var 8/12-19	Jan.	
SST udsender retn.linje V1	15/1	
SST udsender retn.linje for håndtering af covid-19	23/1	
	24/1	Orientering til Beredskab om håndtering af covid-19
Tillæg til SSTs retn.linje	30/1	
	4/2	Første møde i Beredskabsrådet om forekomst af covid-19 fra Kina (advisering fra afd. Q)
SST udsender retn.linje V3	5/2	
SST: Siden december 2019 er der fundet flere tilfælde af lungebetændelse i Hubei-provinsen i Kina og importerede tilfælde i andre lande. Tilfældene er fundet associeret med en ny type coronavirus; COVID-19	11/2	
SST udsender retn.linje V4	24/2	Første drøftelse i direktionen Der nedsættes en styregruppe til håndtering af covid på OUH
Første smittede i Danmark og iværksættelse af inddæmningsfase	25/2	OUH udpeget som et af seks sygehuse i DK til at modtage covid-patienter
	26/2	Første møde i styregruppen Strategi: identificer-isoler-diagnosticer. Patienter modtages på H4 (børn) og Q1 (voksne) + ITA3 (intensiv) uden om FAM
	27/2	Første ledelsesbrev fra direktion
SST udsender retn.linje V5	2/3	
	3/3	Første to smittede patienter indlagt på OUH
RSYD: Medarbejd. kan ikke deltage i konferencer m.m. SST reviderer retn.linje, V6, bl.a. om at borgere, der er hjemkommet fra risikoområder, frarådes at besøge hospitalet	4/3	Direktion godkender foreløbig plan med 100 allokerede senge til covid-patienter. Direktion melder ud, at OUH fastholder normal drift, da SST-udmelding formodes at være relevant for meget få. Fokus på håndhygiejne
Retn.linje fra SST revideres, V7	5/3	Direktion henstiller til, at der ikke gives hånd på OUH
SST udsender retn.linje V8, bl.a. om udredning via fremskudt testkapacitet	6/3	
DR: Alle unødvendige besøg skal undgås Alle sygehuse skal kunne modtage smittede	9/3	Direktion beslutter optælling af maks. antal sengepladser og strammer for besøg, uddannelsesaktiviteter og fysiske møder
	10/3	Direktion informerer om, at patienter ikke opfordres til ikke at møde op, hvis de har været i særlige risikoområder
Statsministeren meddeler nedlukning af Danmark. WHO erklærer COVID-19 for en pandemi	11/3	
Overgang til afbødningsfase + retn.linje V9+10	12/3	Direktion melder ud, at drift fortsætter, til direktion har drøftet omfang af aflysninger m.v. m/regionen. Yderligere tiltag i gang – bl.a. nedlukning ift. forplejning til besøgende og personale Åbning af podningsklinik i Odense for visiterede borgere
FT suspenderer behandlings- og udredningsret	13/3	Direktion udsender varsel til afdelinger om forberedelse på at aflyse patienter foreløbigt 14 dage Stop for åbne tider, f.eks. ultralyd og røntgenafdeling. 1. bølge af eskaleringsplan iværksættes; 2. bølge under etablering
	14/3	Direktion melder rammer ud for reduktion af aktivitet, da udrednings- og behandlingsret suspenderet Visitationsklinik etableret
RSYD opretter jobbank; opfordrer ledigt/pensioneret sundhedspersonale m.fl. til at stå til rådighed SST reviderer retn.linje (tillæg til V10) – præcisering ift. nære kontakter	15/3	
	17/3	3. og 4. bølge af eskaleringsplan "warned" OUH lukker ned for besøg Udmelding om klyngestruktur
STPS: Bekendtgørelse om begrænsning af besøg på sygehuse SST udsender retn.linje V11, bl.a. om kriterier for smittefrihed + visitation, herunder sårbare + personale med kritiske funktioner	18/3	
SST udsender retn.linje V12	20/3	Revideret eskaleringsplan godkendes

RSYD indfører stop for test af personale pga. manglende tests	21/3	
SST udsender retn.linje V13 med præcision af, hvem der skal vurderes og testes + prioritering af indikationer for test	25/3	Ud fra SSTs retn.linje: Podning af patienter m/symptomer eller i risikogruppe, som ikke indlægges – derfor testes alle patienter i vurderingsklinik
	27/3	Arbejdsgruppen for kliniske scenarier: Der er ro lige nu, men også utålmodighed og til dels angst for, om vi når at få aktiveret og oplært alle inden stormen
	30/3	Højeste antal indlagte på OUH gennem perioden: 44 (heraf 11 på intensiv) Svendborg åbner covid-afsnit
SST udsender retn.linje V14 om udvidede kriterier for test, herunder ved milde symptomer. PL kan visitere direkte til test	1/4	
	2/4	Antallet af indlagte covid-patienter er fortsat lavt og stabilt
	3/4	Eskaleringsplan er opdateret for at sikre robusthed i påske Første afsnit af "Spørg direktionen"
National udmelding om, at der nu påbegyndes en proces mod normalisering	7/4	
SST udsender plan for omstilling og gradvis øget aktivitet	8/4	Første drøftelse af deeskaleringsplan
	15/4	Styregruppen beslutter, at der fortsat skal være 55 senge til rådighed (afd. Q, J, N)
	17/4	Direktion udsender rammer for håndtering af gradvis øget aktivitet
SST udsender retn.linje V15; udvidede kriterier for henvisning til test, test af personer med milde symptomer, test af nære kontakter til covid-19-positiv. Test af patienter der forventes indlagt > 1 døgn + ambulante forløb og procedurer, som udgør særlig risiko m.fl.	21/4	
SST reviderer retningslinjen, V. 16, med præcisering af, at test forud for indlæggelse så vidt muligt skal foregå indenfor 48 timer før indlæggelse.	23/4	
	27/4	Arbejdsgruppen for kliniske scenarier melder alt fredeligt. To patienter i covid-afsnit på Q Status på indlagte på OUH: 7 (heraf 2 på intensiv)
	1/5	Styregr. sætter fokus på: "Tingene skal over i normalsystemet igen"

8 Fakta om COVID-19 på OUH

COVID-19 er en infektionssygdom forårsaget af en virus fra coronavirus familien kaldet SARS-CoV-2. Den forårsager bl.a. svært lungesygdom SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome. Den er i tæt familie med andre coronavirus, der forårsager f.eks. SARS (SARS-CoV1) og MERS (Middle East Respiratory Syndrome – MERS-CoV). Coronavirus familien er ellers mest kendt for at være almindelig forkølelsesvirus.

SARS-CoV-2 har sit formodede udgangspunkt i provinsen Wuhan i Kina og er formentlig overført til mennesker via et marked for frisk kød og fisk. Det er også i Wuhan provinsen i Kina, at man i december 2019 først rapporterer om ophobning af svært syge patienter med en lungeinfektion. Man får identificeret en coronavirus og beskrevet den genetiske sammensætning og meddeler dette til WHO ved årsskiftet. Virus viser sig at være meget smitsom og kan smitte fra person til person. De initiale mortalitetsdata fra Kina tydede på en mortalitet (case-fatality-ratio) på omkring 3%.

Diagnostik for COVID-19 (testning for SARS-CoV-2 virus) foregår ved en podning fra hals og næse, hvorefter man tester for genetisk materiale ved PCR-teknik. Senere tilkom mulighed for at teste om man har været inficeret ved test for antistoffer mod SARS-CoV-2 (IgM (tidlig markør) og IgG). Der foreligger dog endnu ikke analyser til antistoftest med tilstrækkelig sensitivitet.

Danmark ser sit første registrerede kliniske tilfælde i slutningen af februar. Den første patient blev registreret på OUH d. 1.3.2020.

Siden da har virus spredt sig til hele verden som en pandemi (udnævnt af WHO til at være en pandemi (verdensomspændende epidemi) d. 11. marts). I starten af marts så man i Danmark en begyndende kraftig stigning, og der indførtes derfor nationale foranstaltninger mod smitten med krav om afstand, lukning af skoler og andre uddannelsesinstitutioner, storcentre og restauranter, fitness-centre m.m. Alle kontor og offentligt ansatte sendes på hjemmearbejde.

Per 7.6.20 er konstateret 11.948 COVID-19 smittede i Danmark og 589 dødsfald relateret til COVID-19. I Region Syddanmark er der pr. samme dato i alt 1011 bekræftede smittede, 240 indlæggelser og 34 dødsfald. Som det fremgår af tabel 8-a, kan man se, at Region Syddanmark har en lav ratio for Case Fatality. Case Fatality Ratio angiver sammenhængen mellem antal konstaterede smittede og konstaterede døde. For sammenligning med øvrige fund i Danmark – se tabel 8-a.

Tabel ² Region	Population	Testede	Smittede	Døde	Case Fatality Ratio (%)	Døde/million
Hovedstaden	1.846.023	207.152	6783	338	5,0	183,1
Nordjylland	589.936	53.705	436	22	5,0	37,3
Midt	1.326.340	108.487	1601	69	4,3	52,0
Syddanmark	1.223.105	102.752	1011	34	3,4	27,8
Sjælland	836.738	78.869	1906	119	6,2	142,2
Danmark	5.822.142	550.965	11737	582	5,0	100,0

Tabel 8-a

² Opdateret 4.6.2020

Diagnostik af coronavirus infektion

Klinisk Mikrobiologisk Afdeling (KMA) har siden 4.3.2020 selv kunne analysere for SARS-CoV-2. De har derudover også været prøvecentral for hele Region Syddanmark og lidt af Region Sjælland ved behov for ekstra kapacitet. Svartider kan ses i tabel 8-b. Som det fremgår, kan svartider variere, afhængig af hvorfra prøven kommer, da transporttid for prøven også indgår. I skemaet ses svartider alene for OUH også. Her holder OUH sig stort set inden for ønsket fra myndighederne var at borgeren kunne få svar inden for 24 timer. Der er i perioden fra marts til maj sket en lille forbedring i svartiderne, men der er dog stadig 5–10 % af de modtagne prøver, hvor der først kan gives svar efter 24 timer. Årsagerne til de forlængede svartider kan skyldes tekniske problemer med prøven eller laboratorieudstyret, samt den interne transport eller tidspunkt for udskrivelse af prøvetagningsblanket i forhold til selve prøvetagningstidspunktet. KMA kan i øvrigt meddele, at i relation til de øvrige regioner er svartiderne i Region Syddanmark lavere eller på niveau og således bedre.

Svartider for Coronavirus SARS-CoV-2 PCR undersøgt på KMA OUH

Rekvirent	Periode	Antal prøver	Modtaget – besvaret			Prøvetaget – besvaret		
			50%	75%	95%	50%	75%	95%
Alle	Marts 2020	2.524	7	11	20	10	16	41
	April 2020	26.131	8	13	25	13	22	36
	Maj 2020	27.707	8	13	23	11	22	42
Kun OUH	Marts 2020	2.456	7	11	20	10	15	41
	April 2020	10.079	6	10	18	9	14	30
	Maj 2020	13.351	6	8	19	8	12	29

50%: Antal timer, hvor 50% af prøverne er besvaret

75%: Antal timer, hvor 75% af prøverne er besvaret

95%: Antal timer, hvor 95% af prøverne er besvaret

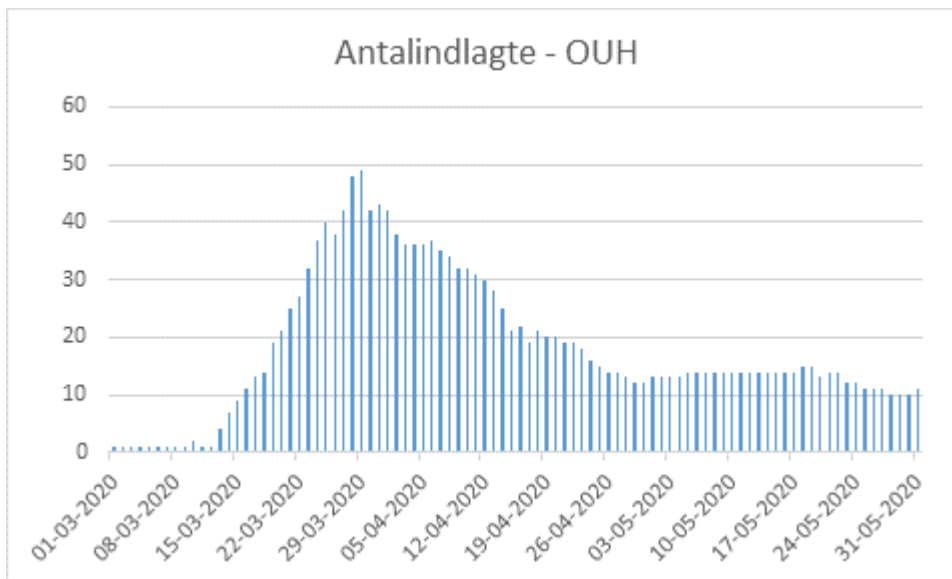
Tabel 8-b

Internt smittede

Blandt sundhedsfagligt personale på OUH, der har fået taget en serumtest (måling af antistoffer mod SARS-CoV-2 virus), var der 1,4 % positive. Her er den undersøgte gruppe personale, der frivilligt har henvendt sig for at få taget en test, hvilket kan indebære en risiko for en overvurdering af prævalensen af smittede, i og med at man kan formode, at der er større sandsynlighed for at søge undersøgelse, hvis man mener/ved at man har været i nærheden af sygdomsramte.

Indlagte patienter

OUH har haft i alt 116 indlagte patienter med verificeret COVID-19 (per 27.5). Derudover er der registreret omkring 900 henvendelser, hvor der har været mistanke om COVID-19 eller konstateret COVID-19, men uden at der har været behov for indlæggelse. Fordelingen af antal indlagte pr dag med COVID-19 kan ses i figur 8-a:

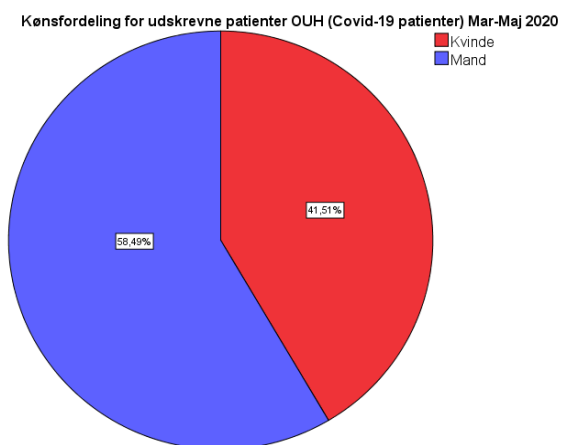


Figur 8-a

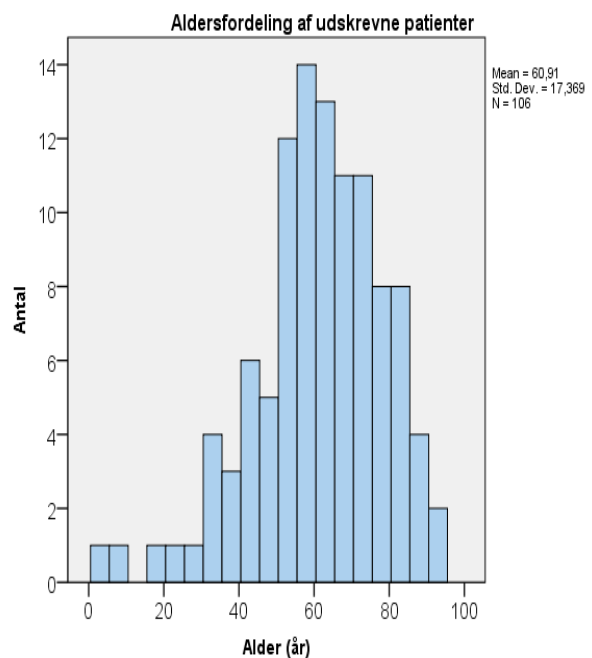
Gennemsnitsalderen var lige knap 61 år, og aldersfordelingen kan ses i fig. 8-b for de udskrevne patienter. Størstedelen af patienterne var over 50 år.

Der var en overvægt af mænd i patientgruppen med 58,49 % mænd og 41,51 % kvinder fig. 8-c.

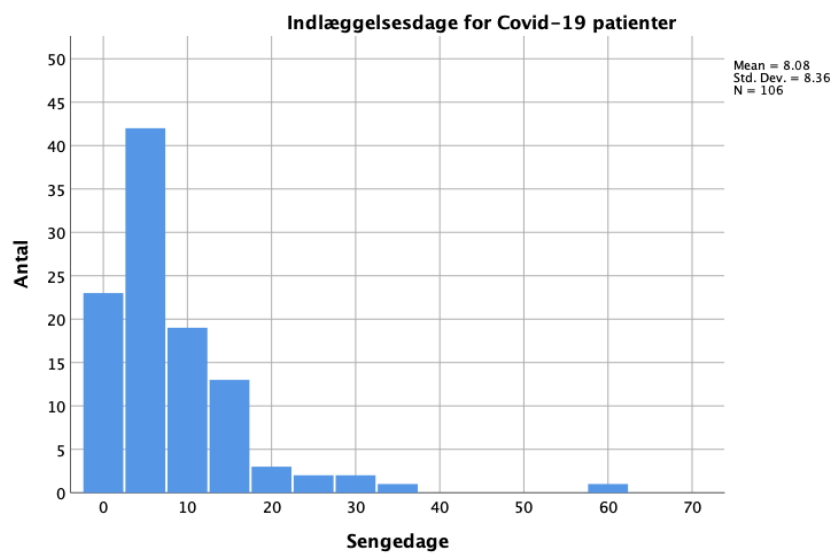
Gennemsnitsliggetiden for udskrevne patienter var på ca. 8 dage (median 6 dage og SD = 8,36) jf. Fig. 8-d.



Figur 8-c Kønsfordeling blandt udskrevne patienter

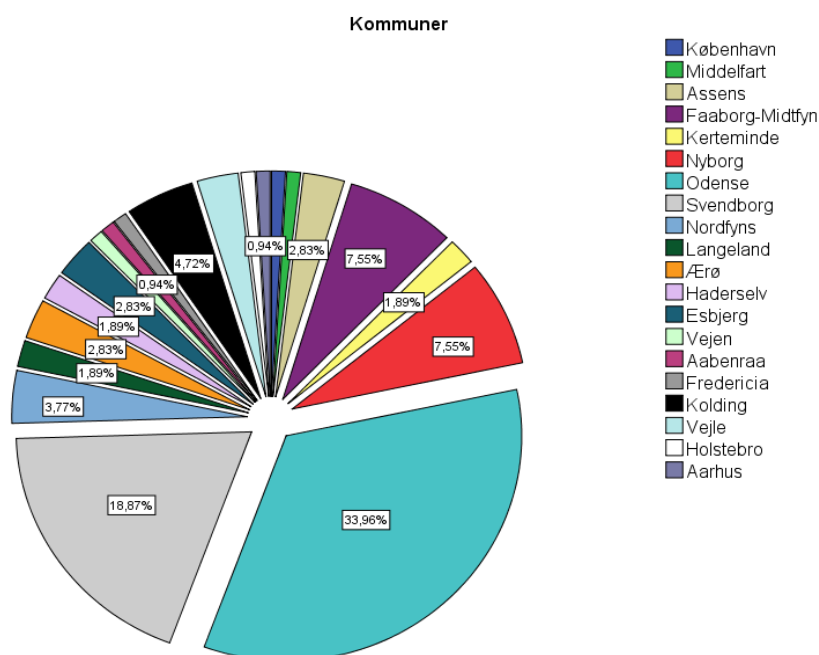


Figur 8-b Aldersfordeling af indlagte patienter på OUH (begge matrikler)



Figur 8-d Indlæggelsesdage for COVID-19 patienter på OUH

Fordelingen blandt kommuner kan ses i fig. 8-e. Her ses, at der i forhold til kommunestørrelse har været en overvægt af patienter fra Svendborg kommune.



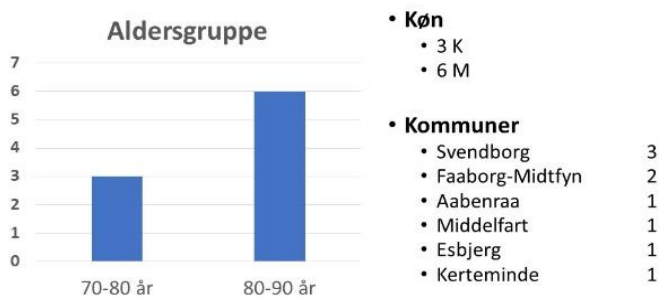
Figur 8-e Kommunefordeling af udskrevne patienter

Dødsfald blandt indlagte

På OUH har der indtil 27.5 været 9 dødsfald ud af 116 indlagte (~8 %). Nationalt har der per 17.6.2020 været 2323 indlagte og med 598 COVID-19 relaterede dødsfald (sv.t. ~25 %).

Aldersfordeling, køn og kommunetilhør kan ses i fig. 8-f. Her ses, at der har været en mandlig overvægt, blandt de døde. Lokalt ses en overrepræsentation af patienter fra Svendborg kommune i forhold til kommunepopulationen. Aldersfordelingen svarer til det, der er meldt ud på nationalt og internationalt plan. To af de afdøde patienter døde på intensiv, de resterende døde under indlæggelsen på anden afdeling på OUH. Kønsfordelingen blandt de døde svarer til det, der er set på landsplan, mens vi har haft færre døde i Region Syddanmark per indbygger og per smittet end i de øvrige regioner jf. tabel 8-a. Vi kan ikke isolere OUH i denne statistik, da vi ikke har tallet på antallet smittede på Fyn og øerne alene.

Døde på OUH ved Covid-19 (Marts-Maj 2020)



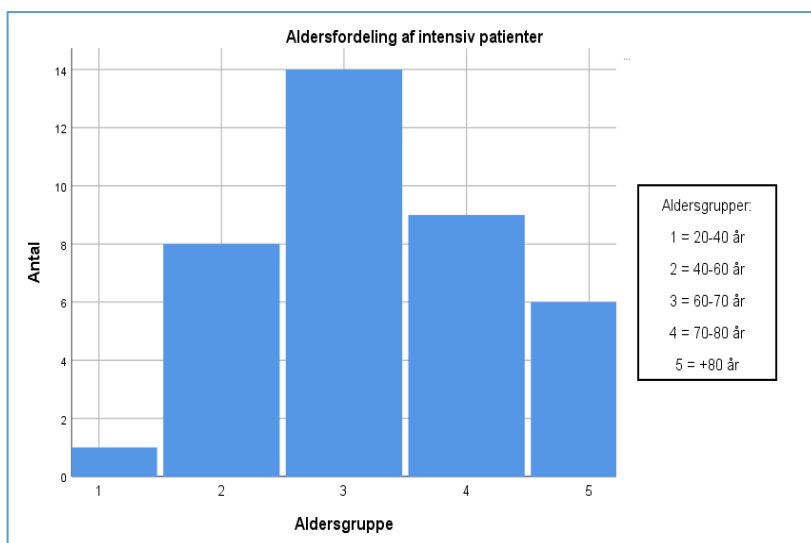
Figur 8-f

Indlagte på Intensivafdeling

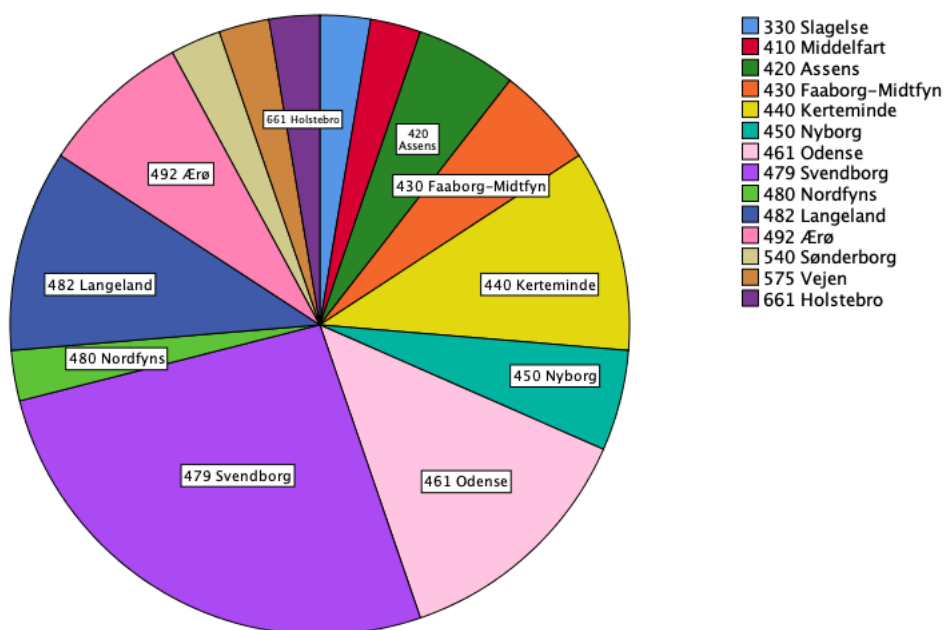
På OUHs to matrikler blev i alt 38 patienter indlagt på en intensiv afdeling, heraf var 21 indlagt på Odense matriklen og 17 på Svendborg matriklen.

Aldersfordelingen af indlagte på intensiv-afsnit kan ses i Fig. 8-g. Størstedelen af patienterne (76%) var over 60 år, men der er en ganske stor del i aldersgruppen 60-70 år (36,8 %).

Som det fremgår af Fig. 8-h, er der en overrepræsentation af patienter fra Svendborg kommune blandt de indlagte på intensiv i forhold til befolkningstallet i kommunen.



Figur 8-g

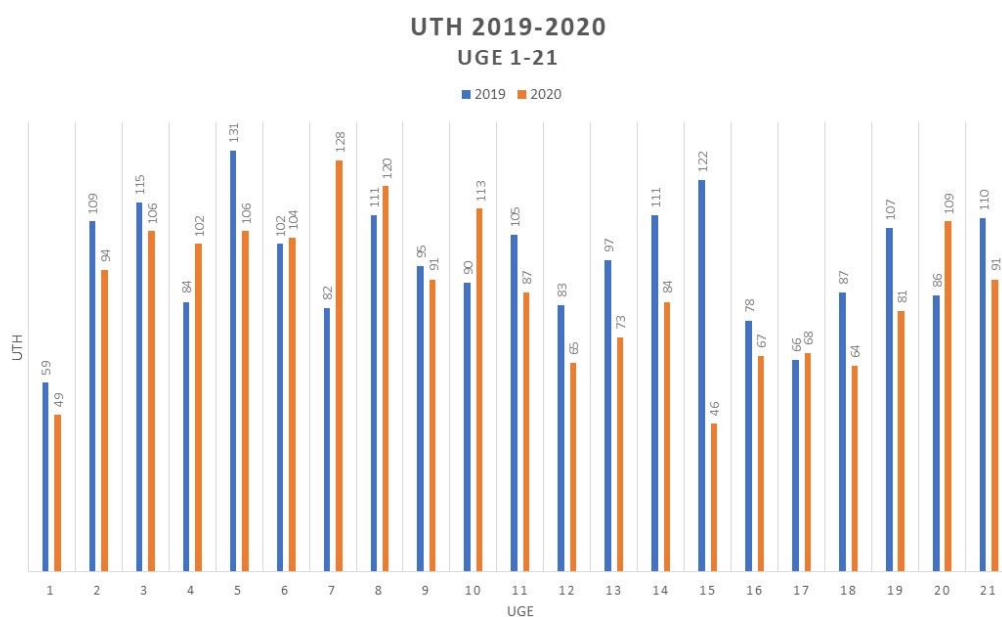


Figur 8-h Kommunefordeling af intensivpatienter

Utilisgtede hændelser i COVID-19 perioden

Der blev set en nedgang i indmeldte UTH'er i perioden uge 10-20 jf. fig. 8-i i forhold til indmeldte hændelser i 2019. Man kan overveje, om årsagen til dette fald er den nedsatte aktivitet på OUH. Der har dog været registreret ekstraordinære patientsikkerhedsmæssige udfordringer i forbindelse med COVID-19 udbruddet. Vi har skullet modtage en ny "type" patienter, ændre virkelig mange arbejdsgange og informationsveje, flytte personaler til afdelinger, de ikke har været på før etc. etc. Der har imidlertid været stor opmærksomhed på, at vi skulle organisere os sikkert, og der er fulgt hurtigt op, hvis der har været specielle udfordringer. I forhold til de utilisgtede hændelser kan der peges på især to mønstre:

- Isolation og værnemidler: Dvs. rapporterede UTH om brug (eller manglende brug) af værnemidler, manglende overholdelse af isolationsregimer etc.
- "Covid sygdomsudvikling": Der er set UTH'er, som rapporterer omkring, hvor hurtigt en COVID-19 patient kan blive kritisk syg, og evt. manglende opmærksomhed herpå. F.eks. har man skulle lære at være særlige opmærksomme på, at der medsendes relevant sundhedsfagligt følge i forbindelse med transport af COVID-19 patienter (rundt i huset og imellem matrikler).



Figur 8-i Antal af utilisgtede hændelser under corona-epidemien (fra uge 10)

9 Beskrivelse og analyse af direkte COVID-19-relaterede indsatser på OUH

9.1 OUHs organisering og ledelse af COVID-19

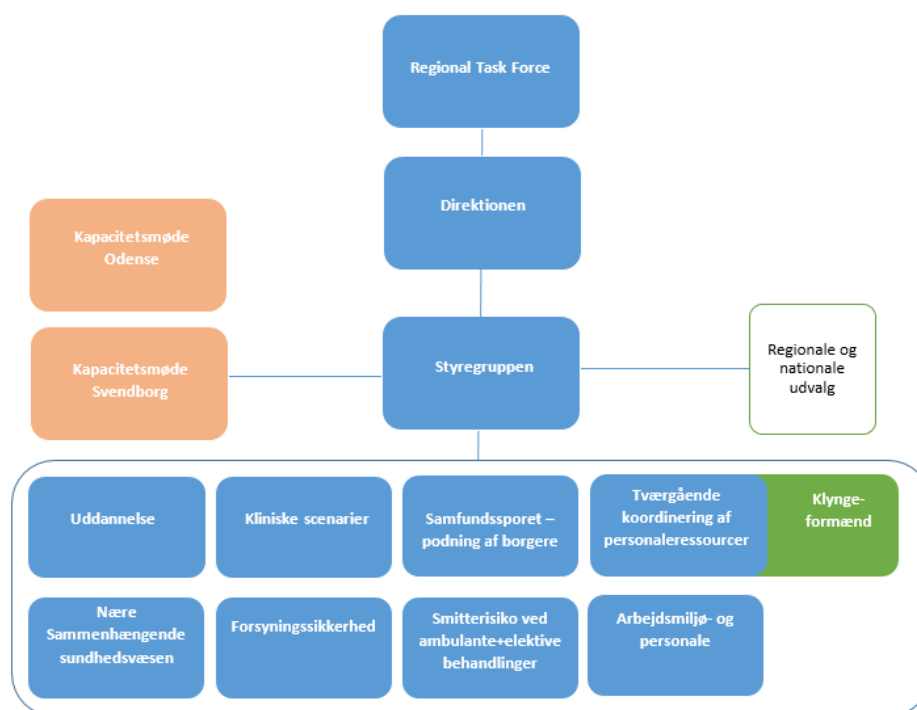
9.1.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

I løbet af februar 2020 steg behovet for en lokal organisering på OUH ift. håndtering af COVID-19. Det blev af direktionen besluttet ikke at betragte COVID-19-situationen som en beredskabssituation for OUH, men i stedet at nedsætte en styregruppe og et antal arbejdsgrupper. Baggrunden herfor var, at OUH fortsat skulle kunne aktivere det krisestyrende beredskab ved andre hændelser; f.eks. store trafikuheld. Udsigten til, at perioden med håndtering af COVID-19 ville strække sig over længere tid, understøttede dette valg af organisering. Styregruppens relation til beredskabet blev i denne sammenhæng drøftet mellem beredskabsorganisationen og direktionen.

Forankring af opgaven

Overblik over organisering:



Dertil var der en "Serologigruppe" ledet af direktør Kim Brixen.

Denne struktur fungerede i samarbejde med normalorganisationen, samtidig med at OUHs stabe inden for hver deres faglige områder understøttede arbejdet med covid-19, ligesom MED-systemet spillede en vigtig rolle.

Stabene understøttede direktionen, styregruppen, klyngerne og samtlige arbejdsgrupper med konsulentbistand.

MED-systemet

Covid-19 var på dagsordenen på ekstraordinære møder i FMU den 19. og 27. marts samt på et ordinært møde den 16. april. Punkterne bestod dels af orientering til FMU fra direktionen og dels af drøftelser af personalemæssige problemstillinger – herunder test af personale, værnemidler og bemanning ifm. håndtering af covid. På mødet den 16. april besluttede FMU at nedsætte en arbejdsgruppe til at se på personalevinklen ifm. omstilling og øget aktivitet. Behovet for dette fokus var stort, da der især blandt sygeplejerskerne var udfordringer med uforudsigelighed i vagtplanerne.

Styregruppe

Den 24. februar blev styregruppen nedsat med henblik på at adressere de løbende udfordringer ift. COVID-19 og de medfølgende forsyningsproblemer. Styregruppens formål blev beskrevet således:

1. Forberede og udarbejde instrukser, anbefalinger, planlægning m.m. i forbindelse med OUHs håndtering af coronavirus
2. Forholde sig til og faktisk håndtering af forsyningsproblemer afledt af produktionsstop/mangel af nødvendige materiale til OUHs almindelige drift

Styregruppens rolle var altså ikke at sagsbehandle, men at sætte retning og træffe beslutninger. Lægelig direktør Michael Dall var formand for styregruppen. De øvrige medlemmer var ledere af afdelinger³ på OUH i Odense og Svendborg med en særlig rolle ifm. COVID-19, næstformanden for FMU, den øvrige direktion samt stabschefer fra Økonomi og Planlægning, Klinisk Udvikling og Direktionssekretariatet.

Arbejdsgrupper

I relation til styregruppen blev der nedsat en række arbejdsgrupper, som skulle udføre de mere operationelle opgaver. Hver arbejdsgruppe havde en formand, som repræsenterede arbejdsgruppen i styregruppen, og som efter behov gav en status fra arbejdsgruppen på styregruppemøderne.

Arbejdsgrupperne var (/x angiver antal medlemmer):

- Kliniske scenarier⁴ (klinisk faglig arbejdsgruppe med fokus på kliniske scenarier ifm. COVID-19) /20
- Forsyningsikkerhed (sikring af beholdning af værnemidler m.m.) /9
- Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (samarbejde med kommuner og almen praksis) /5
- Uddannelse (kompetenceudvikling af personale til nye funktioner) 8
- Tværgående koordinering af personaleressourcer (bemanning) /8
- Samfundssporet (podning af borgere og kommunalt personale) /12
- Arbejdsmiljø og personale /8

Klynger

I relation til arbejdsgruppen for tværgående koordinering af personaleressourcer blev der fra medio marts holdt daglige møder mellem klyngeformændene om hhv. generel bemanning, lægelig bemanning og laboratoriebemanning. Klynge-samarbejdet som organiseringsform blev valgt, da ressourceallokeringen til afsnittene var en stor opgave, som der var behov for at bryde ned i dele, og det blev vurderet, at opgaven

³ I den oprindelige styregruppe var følgende repræsenteret: Direktionen, BDS, afdeling V, Q, FAM Odense, H, O, KMA, M/FAM Svb., Logistik, Rengøring og Hospitalsservice, KLU, ØP, DIS samt repræsentant for OUHs beredskabsorganisation, næstformand i FMU og FTR for sygeplejersker og radiologer

⁴ Med undergrupperne Fremskudt klinik, podningsklinikker, behandlingsinstruks, eskaleringsplan, centrale forsyninger, prøvetagningsmetoder og forhold omkring prøvetagning samt mor/barn-gruppen

bedst kunne varetages tæt på de afdelinger, der havde den fornødne indsigt. Samtidig havde OUH ifm. Nyt OUH-processen identificeret, hvilke områder der ligger tættere op ad hinanden.

Direktionens 8.30-møder

OUHs direktion afholdte fra medio marts til medio april daglige morgenmøder, hvor stabscheferne tillige deltog. Kadencen på disse møder blev sat ned i takt med faldende behov og færre møder i den regionale Task Force COVID-19.

Indholdet på møderne var dels problemstillinger, der skulle håndteres regionalt i Task Force; dels akut opståede problemstillinger på OUH, som krævede drøftelse i direktionen. På standarddagsordenen var stemning i huset, patienter, forsyning, eskaleringsplan, personale/HR og uddannelse/fordeling af personale. Stabscheferne mødtes et kvarter før og meldte sager ind, der skulle drøftes under de forskellige punkter.

Task Force COVID-19 i Region Syddanmark

Fra medio marts til medio april blev der afholdt daglige møder i Region Syddanmarks "Task Force COVID-19" med repræsentanter fra sygehusenhederne, de praktiserende læger, psykiatrien, AMK og en række ledere fra regionen; bl.a. for indkøb, HR og kommunikation. Forud for denne havde der været nedsat en regional gruppe med fokus på værnemiddelforsyning. I Task Forcen OUH deltog fra OUH, ud over direktionen, ledende overlæge fra Klinisk Mikrobiologisk Afdeling. Her drøftedes problemstillinger, som krævede handling på regionalt niveau, og enhederne havde mulighed for at sparre med hinanden om løsning af de COVID-19-relaterede opgaver. Fra medio april blev mødekadencen sat ned til to gange om ugen.

Forløb og handlinger

Organiseringen og gruppernes mødekadence blev løbende vurderet i de enkelte fora.

Ift. styregruppen reducerede man medio marts gruppen fra 25 medlemmer⁵ til 14 medlemmer med henblik på at gøre gruppens arbejde mere agilt. Deltagerantallet varierede på de forskellige møder afhængigt af dagsordenen og behovet for faglige ressourcepersoner. Der blev løbende oprettet nye arbejdsgrupper og underarbejdsgrupper, når der viste sig et behov for særlig opmærksomhed på et område – f.eks. podning.

Produkter af handlinger

Her ses et overblik over antallet af møder pr. uge i de forskellige fora:

Uge	Styregruppen	Direktion 8.30	Klynger*	Kliniske scenarier	Uddannelse	Tværgående kordinering af personale-ressourcer	Nære sam. sundheds-væsen	Forsynings-sikkerhed	Task Force (reg)
9	x			x				x	xxx
10	xx			xx				xx	xxx
11	x	xxx		xx	x			xx	xxx
12	xxxx	xxxxx	xxx	xxx	xx	xx	xx	xxx	xxxxxx
13	xxx	xxxxx		xx	x	xx	xx	xx	xxxxx
14	xxx	xxxxx	xxxxx	xxxx	x	xx	xxx	xxx	xxxxx
15	x	x	xxxxx	xxx	x		x	x	xxxx
16	xxx	xxxx	xxxxx	xx	x	xx	x	xx	xx
17	xxx	xxx	xxxxx	xx			x	x	xx

Tabel 9.1-a

⁵ I den reducerede styregruppe var følgende afdelinger repræsenteret: Direktionen, afdeling Q, O, KMA, M/FAM Sv., Logistik, KLU, ØP, DIS samt repræsentant for OUHs beredskabsorganisation, næstformand i FMU og FTR for sygeplejersker og radiologer

**Oversigten over møder i klyngerne er ikke komplet*

Eksempler på beslutninger, der blev taget i styregruppen:

- Oprettelse af drive-in-funktion til podning ved OUH
- Lukning af personalekantin på 15. etage for at mindske smittefare
- Håndtering af værnemidler til brug for OUHs hjertestophold

9.1.2 Analyse

Helhed og ansvar

Nedenfor gennemgås de forskellige fora enkeltvis på baggrund af de input, afdelingsledelserne har givet ved interviewene. Fælles for organiseringen med styregruppe, arbejdsgrupper og klynger er, at der hos nogle ledere er oplevet en mangel på tydelige roller og mandater; hvem havde hvilken rolle, og hvem tog hvilke beslutninger. Af det skriftlige materiale (referater, ledelsesbreve, slides fra store afdelingsledelsesmøder) fremgår det, at klyngernes opgave var at sikre allokering af de fornødne ressourcer og kompetencer på tværs af afdelingerne. Det ses ikke umiddelbart skriftligt gengivet, hvorfor klyngerne blev valgt som organisationsform.

Nogle fortæller, at de havde svært ved at få overblik over, hvem der sad med i hvilke grupper, og anbefaler at holde grupperne til få, kvalificerede folk.

Styregruppe

Sammensætningen af fagligheder i gruppen blev oplevet som god, idet både klinikere, hygiejne og andre fagligheder kunne trække hurtigt af på tingene. I starten var der for mange i gruppen, men efter reduktionen fra 25 til 14 medlemmer blev det bedre. Det var desuden positivt, at både Svendborg og Odense var repræsenteret.

Hos nogle ledere, som ikke selv sad i styregruppen, oplevedes det, at beslutningsprocesserne og kommandovejene mellem styregruppen og arbejdsgrupperne ikke var tydelig. Der manglede en person med det endelige ansvar for at tage en beslutning. Problemstillingen nævnes specifikt ift. samspillet mellem arbejdsgruppen kliniske scenarier og styregruppen, hvor nogle afdelinger oplevede forvirring, når begge grupper kontaktede dem, og de samtidig fik en tredje information gennem normalsystemet.

Arbejdsgrupper

Organiseringen med arbejdsgrupper blev oplevet som en god struktur ift. at komme omkring forskellige emner, så styregruppen ikke skulle dække alt. Grupperne gav den viden videre, der skulle til for at kunne træffe beslutninger. Dog nævner en leder, at det høje antal medarbejdere i nogle af grupperne påvirkede gruppens fokus på opgaven.

Spørgeskemaundersøgelsen, som inddrages i afsnittet med analyse af kommunikation og information, viser, at ledere, der ikke var i en arbejdsgruppe, manglede information og i højere grad fandt, at den kom for sent ud – men samtidig fandt den tilgængelige information brugbar, når man sammenligner deres svar med dem, der sad i en gruppe.

Klynger

En stor del af lederne fortæller, at det generelt har været rigtig positivt, at de gennem klyngesamarbejdet

lærte hinanden at kende på tværs af afdelingsledelserne og kunne give hinanden sparring. Det har givet en respekt for hinandens vilkår og forskelligheder, hvilket opleves som meget positivt frem mod Nyt OUH.

Nogle afdelinger efterlyser mere tværfaglighed i klyngesamarbejdet. Det fungerede godt, at der var et klyngespor for sygeplejersker – dog mener en afdelingsleder, det havde været bedre at samle læge- og sygeplejerskesporet. Det gav udfordringer, at lægesiden kørte separat, fordi der manglede transparens og kommunikation til afdelingslederne om planen. Nogle ledere nævner i den forbindelse, at ledende overlæger ikke har deltaget i klyngeformandsmøderne.

Det bliver opfattet som positivt, at det plejerrelaterede personale var i en klynge. En afdeling efterlyser et lignende spor for terapeuter. Samtidig medførte den indledende udmelding om, at klyngesamarbejdet skulle sikre plejepersonale på tværs, at nogle afdelingsledelser kun valgte at lade sig repræsentere af oversygeplejersken. Fremadrettet kan det overvejes, om man bør sikre mobilisering af den samlede afdelingsledelse.

Det er en generel oplevelse, at der manglede en klar specificering af rollen som klyngeformand. På tværs af klyngerne blev det oplevet som svært at arbejde sammen. Alle klyngeformænd var ligestillede, og ingen kunne trække af på noget, så alt blev drøftet, hvilket tog lang tid. Stort set alle afdelinger siger direkte, at der manglede en direktør, der kunne trække af. Dette blev især oplevet ved fordeling af ressourcer, hvor klyngeformændene havde svært ved sammen at tage stilling til, hvad der var vigtigst.

I forbindelse med oprettelse af COVID-19-afsnittene peges der generelt på en manglende koordination på tværs mellem klyngeformænd og inddragelse af direktionen, sammen med en usikkerhed omkring beslutningskompetencer. Klyngerne var i tvivl om, hvornår de kunne trække på en kontaktdirektør. Endvidere udtrykkes det i interviews, at der i klyngerne ved oprettelse af COVID-afsnit var behov for en direktør, som kunne viderebringe en afdelings særlige interesser og problemstillinger ved koordinering i direktionen. Nogle udtaler, at klyngesamarbejdet har været meget ambitiøst at teste i en krisesituation. Der er blevet brugt meget energi på at finde sine ben, også fordi ledelsesdelen ikke var på plads.

Rammer, ansvar og retning anses af flertallet af afdelingsledelser, som afgørende for klyngernes funktionsduelighed, hvor der har været en oplevelse af usikkerhed omkring roller, ansvar og mandater. Ligeledes skal der også være fælles regler omkring bestyknin og bidrag til COVID-19 afsnittene. En anden afdelingsledelse udtaler: "Den brændende platform kan give løsninger, der virker på kort sigt og i krisetid. Det betyder ikke, at de samme løsninger er langtidsholdbare og virker i normal drift". Flere afdelingsledelser påpeger, at der var en stor risiko forbundet med at aktivere klyngefællesskaberne i en krisesituation. Det gik heldigvis overordnet godt, men det oplevedes som et sats fra direktionens side, som måske kunne have været forberedt bedre.

Flere afdelingsledelser peger på, at etableringen af COVID-19-afsnit gav nogle udfordringer i samarbejdet mellem ledelserne, og at man ikke altid kunne regne med hjælp – eller blot råd – fra andre afdelinger. Samtidig gav og giver etablering og driften af COVID-19-afsnittene stadig stof til historier om dem og os med et element af retfærdighed eller mangel på samme. Det udtrykkes i interviews, at der i organisationen var fortællinger om afdelinger, som lukkede sig om sig selv og varetog egne interesser. Det nævnes af enkelte, at de måtte trække en direktør ind i afklaringer til sikring af ressourcer på tværs.

Spørgeskemaundersøgelsen, som inddrages i afsnittet med analyse af kommunikation og information, viser, at afdelingsledere, der ikke sad i en klynge, i højere grad manglede information, de syntes,

informationen kom for sent, og de fandt informationen mindre brugbar end de, der sad i en klynge. Disse resultater understøtter refleksioner i organisationen om oplevet ensomhed blandt de, som ikke var med i en klynge.

Øvrige opmærksomhedspunkter ift. roller i klyngerne:

- Formandskab for en klynge indebærer meget ekstra arbejde
- Klynger, der har afdelinger på flere matrikler, har mange møder
- Afdelinger, der er med i flere klynger, oplever dobbeltarbejde
- Afdelinger, der ikke er med i en klynge, har brug for at kende forventningerne til deres rolle

Flere afdelingsledere påpeger, at man skal være påpasselig med at tage læring om klyngesamarbejde fra en krisesituation som COVID-19 med videre til en normalsituation, da samarbejdet har været påvirket af situationen omkring COVID-19 og måske ville være anderledes under andre omstændigheder.

Direktionen

Som nævnt ovenfor oplevede mange afdelinger, at der manglede en direktør til at trække af for klyngeformandskaberne. I relation hertil har nogle afdelinger givet udtryk for, at afstanden mellem direktion og afdelingsledelser var for stor i perioden. Nogle afdelinger holdt møder med en direktør, mens andre fortæller, at de følte sig holdt uden for beslutninger. Nogle afdelingsledelser mener, at direktionen tog for meget med videre til møderne i Task Force i regionen for at få fælles afklaring frem for selv at træffe en beslutning.

9.1.3 Udviklingsmuligheder

Et alternativt forslag til organisering i en situation som med COVID-19 er at benytte beredskabsorganisationen med beredskabsrådet og den underliggende arbejdsgruppe "biologisk beredskab". Dog er beredskabsrådets rolle, som den er beskrevet i dag, ikke at påtage sig en styrende funktion i organisationen. OUHs beredskab er primært opbygget mhp. at håndtere kortvarige, akutte hændelser, og er derfor ikke nødvendigvis egnet til at absorbere håndtering af længerevarende virusudbrud o.lign. Man kan derfor, som et supplement til beredskabsplanen, i stedet overveje at beskrive, hvordan faserne i et længerevarende udbrud kan håndteres (akut fase, 1-3 måneder samt overgang til normalorganisation).

I relation hertil kan det være interessant at overveje, om OUHs eksisterende råd og nævn kunne være bragt i spil for at håndtere COVID-19 helt stringent i normalorganisationen. Brug af nøglepersoner m.v. kunne muligvis have været understøttet mere aktivt fra centralt hold. Det synes dog ikke umiddelbart at være en mulighed at benytte normalorganisationen fuldt ud, da de eksisterende råd og nævn m.v. ikke nødvendigvis er sammensat og orienteret mod de fokuser, der løbende har vist sig nødvendige i håndteringen af COVID-19, ligesom de vanligt ikke arbejder med samme hastighed og agilitet.

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

På baggrund af ovenstående kan følgende anbefalinger tages med til videre håndtering af COVID-19:

- Hav få, kvalificerede og beslutningskraftige medlemmer i arbejdsgrupperne og tydeliggør gruppernes og medlemmernes rolle og formål i et kort kommissorie. For at sikre den brede organisations interesser bredt, bør arbejdsgruppen til gengæld inddrage relevante interessenter ved behov.
- Definér rolle og mandat for klyngeformænd.
- Understøt klyngerne, når afdelingerne skal tilbage til normal drift og ift. fordeling af ressourcer.
- Arbejdsgrupper kan med fordel sammensættes tværfagligt og på tværs af specialer og med inddragelse af service- og stabsafdelinger

- Hav en hyppig mødekadence. En hyppig mødekadence har understøttet fremdriften i gruppernes opgaver, idet hyppigheden har ført til hurtig afklaring af spørgsmål, hurtigere beslutninger, kortere implementeringsproces, fastholdelse af momentum og skabt let tilgængelighed foruden styrket netværket blandt deltagerne.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

Anbefalinger til organisationsudvikling kan på baggrund af ovenstående formuleres:

- Vær opmærksom på, hvilke erfaringer der kan tages med videre – afdelinger kan arbejde mere eller mindre godt sammen i en krisesituation sammenlignet med ved normal drift.
 - Hav et tydeligt fokus på, at begrebet *klynger* ikke er en del af ledelse og organisering på Nyt OUH; begreberne i høringsmaterialet er ”sengeslanger” og ”værtsskab”.
- Definér klare roller og mandater ifm. sengeslangernes værtskaber på Nyt OUH.
- Se nærmere på organiseringen frem mod NYT OUH i forhold til at få alle kompetencer i organisationen i spil samt udnytte tværfaglige potentialer.
- Overvej allerede nu at sætte en opgave i gang med at planlægge, hvordan OUH ved en evt. anden bølge af COVID-19 eller andre virusudbrud er bedst organiseret – herunder evt. at supplere beredskabsplanen med en organisering for håndtering af længerevarende virusudbrud og med længerevarende bemandingsplaner.
- Det kan overvejes, om der er læring at drage om agilitet og beslutningskraft i OUHs normalorganisation.

9.2 Information og kommunikation til ledere og frontpersonale

9.2.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

I forbindelse med COVID-19 har der på OUH været behov for at intensivere kommunikationen; dels for at sikre en implementering af Sundhedsstyrelsens retningslinjer, dels for at omlægge organisationens ressourcer og aktiviteter. Kommunikationsopgaven bestod i at formidle nye vilkår og regelsæt fra Sundhedsstyrelsen og oversætte budskaber herfra til OUHs lokale kontekst, men den har også bestået i at opsamle lokale udfordringer på OUH og løfte disse problemstillinger ind i beslutningsdygtige fora.

Forankring af opgaven

Gennem perioden har der været information til ledere og frontpersonale, som var fælles for alle sygehuse i Region Syddanmark, og som derfor blev håndteret af regionens kommunikationsafdeling. Meget skulle dog kommunikeres lokalt på sygehusene. Her stod OUHs kommunikationsafdeling i samarbejde med Patient- og Pårørendeservice for at bringe information og kommunikation ud til ledere og personale.

Retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen blev, før de blev sendt ud til ledere og medarbejdere, skrevet igennem af de relevante fagligheder på OUH, f.eks. KMA og HR, for at sikre, at de gav mening i den lokale kontekst.

MED-systemet spillede, som i normale tider, en vigtig rolle ift. kommunikation til personalet. FMU blev, som nævnt ovenfor, benyttet af direktionen til orientering ud i organisationen og til at få indsigt i, hvad der rørte sig blandt medarbejderne.

De kliniske afdelinger kommunikerede desuden via egne nyhedsbreve, hvor afdelingsledelserne omsatte information, bl.a. fra de strategiske ledelsesbreve og afdelingsledermøderne, til medarbejderne og gav beskeder, som var særligt vigtige hos netop dem.

Forløb og handlinger

Følgende kommunikationskanaler var de primære til ledere og frontpersonale ifm. COVID-19:

Strategisk ledelsesbrev

I "normale tider" sendes strategiske ledelsesbreve ud ca. en gang om ugen. Grundet det øgede behov for kommunikation af bl.a. retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen vurderede Direktionssekretariatet i primo marts, at ledelsesbrevene var en vigtig og god kanal i situationen med COVID-19.

Stort afdelingsledelsesmøde

Stort afdelingsledelsesmøde afholdes normalt én gang om måneden. Også denne kanal blev taget ekstraordinært i brug ifm. COVID-19, ift. emner, hvor direktionen havde behov for at kunne sætte flere ord på, end der blev i ledelsesbrevene. Samtidig gav møderne, selvom de skulle afvikles over video, afdelingslederne mulighed for at få direktionens svar på aktuelle spørgsmål, som de kunne stille via mail forud for møderne eller skriftligt over platformen Mentimeter under møderne.

Intranet

Region Syddanmarks intranet blev løbende opdateret med information om COVID-19, og der blev linket fra OUHs intranet til disse sider.

På OUHs eget intranet blev kanalen "Mine meddelelser" brugt til nyheder om COVID-19. Valget af denne kanal blev truffet ud fra, at det er muligt at tilmelde sig mails med nyheder, og personalet derfor ikke behøver at gå ind på intranettet for at læse dem. Samtidig blev der lavet en "Corona-portal" med adgang

fra forsiden af intranettet, som ledte ind til alle nyheder, retningslinjer og værktøjer relateret til COVID-19. Denne portal kunne også tilgås via startskærmen på alle OUHs PC'er.

Direkte kommunikation fra direktionen

Ifm. krisekommunikation anbefales det, at kommunikeres tydeligt og direkte fra øverste ledelse til alle ansatte, hvor man taler direkte til alle. Som et nyt tiltag med dette in mente blev ”spørg direktionen” lanceret på intranettet. Medarbejderne blev opfordret til at stille spørgsmål, og direktørerne besvarede på skift i en kort video. Administrerende sygehusdirektør sendte også to gange i perioden en mail til alle ansatte på OUH for at anerkende den store indsats i en svær tid.

Produkter af handlinger

I perioden 24. januar til 27. april blev der sendt 52 strategiske ledelsesbreve ud – på nogle dage op til flere. For at kunne sikre rettidig kommunikation til ledere og personale arbejdede kommunikationsafdelingen i vagtrul og dækkede tidsrummet klokken 7-22. I tabellen nedenfor ses tidspunkterne for udsendelse af de strategiske ledelsesbreve. Tidspunkter markeret med fed skrift viser, at der er sendt en ny eller revideret retningslinje ud med ledelsesbrevet:

Dato:	Tidspunkt:					Dato:	Tidspunkt:	
27. februar	10.54	15.50				26. marts	19.28	
28. februar	11.45					27. marts	18.48	
2. marts	8.31					28. marts	13.07	
5. marts	16.22	18.14				30. marts	12.50	19.26
9. marts	13.04	17.52	20.40			31. marts	19.44	
10. marts	9.25	17.40	18.01			1. april	19.23	
11. marts	17.49	21.57				2. april	18.55	
12. marts	12.25					3. april	11.04	18.56
13. marts	11.58	13.12	17.11	18.51	23.32	6. april	18.21	
14. marts	11.09	13.38	18.11	20.56		7. april	19.49	
15. marts	10.30	12.51				8. april	20.26	
18. marts	21.11					14. april	18.45	
19. marts	21.32					15. april	16.32	
20. marts	21.09					16. april	16.01	
23. marts	20.39					17. april	17.24	
24. marts	21.06					21. april	16.00	
25. marts	21.02					24. april	15.08	18.35

Tabel 9.2-a

Der blev holdt 12 ekstraordinære stort afdelingsledermøder i perioden:

- 17., 19., 20., 24., 27 og 31. marts
- 3., 7., 12., 14., 17. og 22. april

”Spørg direktionen” blev lagt på intranettet 3. april, 8. april og 16. april, mens mails fra administrerende sygehusdirektør blev sendt den 13. marts og den 7. april.

9.2.2 Analyse

Patienten først

Gennem perioden kommunikerede OUH med patienterne via breve, telefonopkald, presse, sociale medier m.m. – samt naturligvis i mødet med de patienter, der i perioden besøgte eller var indlagt på sygehuset.

Patientrettet kommunikation er dog ikke en del af denne evaluering.

At ledere og frontpersonale er velinformerede under en pandemi som COVID-19 må formodes at have betydning for patienten. Bl.a. ved, at personalet har mulighed for at følge Sundhedsstyrelsens retningslinjer – f.eks. ift. brug af værnemidler. Samtidig betyder velinformeret personale, at patienterne kan få den rette besked på det rette tidspunkt.

Højeste faglighed

Undersøgelsen fra CFPK viser, at 44 % (151/352) af det adspurgte frontpersonale sjældent/aldrig har manglet information eller retningslinjer, som var nødvendige for arbejdet, mens 30 % (102/352) svarer noget/lidt af tiden, og 18 % (61/352) svarer lejlighedsvis/en del af tiden. Generelt har information og kommunikation på OUH altså understøttet frontpersonale og ledelse i at udføre arbejdet med patienterne. Dog har der, hvilket uddybes længere nede, været tidspunkter, hvor man f.eks. har ventet på kommunikation af en retningslinje og ikke har følt sig tryk i udførelsen af sit arbejde.

Helhed og ansvar

Der er udsendt et spørgeskema om kommunikation og information i relation til COVID-19 til 81 afdelingsledere, hvoraf 45 har svaret. I nedenstående analyse anvendes både kvantitative og kvalitative besvarelser fra spørgeskemaet samt data fra interviewene. I interviewene er flere af afdelingslederne også blevet spurgt til deres medarbejders oplevelse af at være informerede. For i endnu højere grad at få frontpersonalets synspunkter med suppleres data i analysen med undersøgelsen "Sikker information i en usikker tid" fra Center for Patientkommunikation (CFPK), hvor 352 medarbejdere fra OUH har svaret i perioden fra 7.-25. maj.

Overordnet set har afdelingslederne og frontpersonalet på OUH følt sig godt informeret i relation til COVID-19. Det bliver bemærket, at direktionen har brugt forskellige kommunikationskanaler og derved nået bredt ud. Afdelingsledelserne har deltaget i store afdelingsledermøder og langt de fleste har læst alle de strategiske ledelsesbreve, som er sendt ud i perioden. Flere afdelingsledere fortæller, at de med udgangspunkt i afdelingsledermøderne og ledelsesbrevene har kommunikeret videre til deres ledergrupper og medarbejdere, bl.a. via afdelingsspecifikke nyhedsbreve og ekstra sider på afdelingens intranetside. OUHs intranet har også været en kilde til information for både ledere og medarbejdere.

Jf. CFPKs undersøgelse har frontpersonalet fået "information ift. at tage forholdsregler i arbejdet" via en række kanaler, hvoraf de hyppigst valgte er arbejdsgiver/lokalt intranet: 90 % (316/352), nærmeste leder: 80 % (281/352) samt myndigheder som coronasmitte.dk og Sundhedsstyrelsen: 70 % (245/352). Af undersøgelsen fremgår det desuden, at frontpersonalet gennemsnitligt har brugt 24 minutter om dagen på at orientere sig i ny information.

Af spørgeskemaet til afdelingsledere ses det, at ledere, der ikke sad i en klynge, i højere grad har manglet information, har syntes, informationen kom for sent, og har fundet den givne information mindre brugbar end ledere, der har været med i en klynge. Relateret hertil ses det, at ledere, der ikke sad med i en COVID-19-arbejdsgruppe, manglede information og i højere grad fandt, at den kom for sent ud – men samtidig fandt den tilgængelige information brugbar, når man sammenligner deres svar med dem, der sad i en gruppe.

De hyppige ændringer i retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen synes at have været den største udfordring, idet afdelingerne ikke har kunnet nå at implementere en ny arbejdsgang, før en ny retningslinje blev sendt ud. I relation hertil har flere afdelingsledere kommenteret på, at de har savnet tydelig kommunikation om, hvad man på OUH skulle ift. retningslinjerne; enkelte efterlyser direkte påbud, f.eks. omkring hvor mange mennesker, man måtte være samlet til konference.

Nedenfor gennemgås de forskellige kommunikationskanaler, der er spurgt til i spørgeskemaet:

Strategiske ledelsesbreve

- 88 % af lederne har **læst** alle strategiske ledelsesbreve
- 86 % vurderer **antallet** af udsendte ledelsesbreve som *tilpas*
- 53 % vurderer **indholdet** i ledelsesbrevene var *relevant*, 44 % vurderer indholdet *meget relevant*
- 88 % vurderer, at ledelsesbrevene kom **rettidigt**, 12 % vurderer, at de kom *for sent*
- 53 % vurderer, at ledelsesbrevene *i høj grad* har været en **hjælp** i relation til covid-19, mens 42 % vurderer, at de *i nogen grad* har været en hjælp

Som det ses af ovenstående, har størstedelen af lederne læst de strategiske ledelsesbreve og vurderer, at de i høj eller nogen grad har været en hjælp i relation til COVID-19.

Ledelsesbrevene er sendt ud fra klokken 08:31 til 23:32. Mange nævner, at det var svært, når de kom ud sent, fordi de hurtigt skulle vurdere, om der skulle ageres på noget, og informationen skulle ud i afdelingerne. Samtidig fortæller flere, at de hørte om de nye retningslinjer i medierne, før der blev meldt noget ud i regionen eller på OUH, hvilket var svært at navigere i og skabte usikkerhed hos personalet. Flere efterlyser, at brevene skulle være kommet ud på faste tidspunkter, så man vidste, hvornår man skulle holde øje med mailen. Det bliver også foreslået af flere, at brevene skulle sendes ud om morgenen og med tidsfrist for implementering af den pågældende retningslinje et døgn efter, altså kommende morgen.

Enkelte afdelinger efterlyser desuden en pixiudgave af ledelsesbrevet til medarbejderne – evt. med links til intranettet for at gøre informationerne hurtigere og lettere tilgængeligt for medarbejderne.

Store afdelingsledermøder

- 88 % vurderer, at der var *tilpas* mange afdelingsledermøder relateret til covid-19
- 12 % vurderer, at informationen til møderne var *meget brugbar* – 72 % *brugbar* og 16 % *mindre brugbar*
- 16 % vurderer, at afdelingslederne *i høj grad* var en hjælp – 56 % *i nogen grad*, 19 % har svaret *hverken eller*, og 9 % har svaret *i lav grad* eller *i mindre grad*

Flere afdelingsledere fortæller, at møderne har været gode og en god måde at fortælle alle det samme samtidig. Nogle har betragtet møderne som et godt supplement til det strategiske ledelsesbrev, mens andre hellere havde nøjedes med den skriftlige kommunikation. Den virtuelle form gjorde, at møderne var præget af envejskommunikation. Det bliver nævnt, at Mentimeter gav god mulighed for at stille spørgsmål, og direktørerne var gode til at besvare dem. Desuden var det positivt, at der kom slides ud inden – disse kunne bruges til formidling til medarbejderne. En leder foreslår at køre møderne med struktur som pressemøder.

Enkelte afdelingsledere beskriver, at de på møderne manglede information om, hvilke opgaver der blev løst af de forskellige afdelinger og efterlyser mere gennemsigtighed ift. bemanning i takt med, at antallet af patienter faldt, men der fortsat skulle være ekstra personale i visse afdelinger. Samtidig blev der fortalt positivt om de møder, hvor KMA og Logistik bidrog til indholdet.

OUHs intranet

- 12 % har læst *alle* nyheder om COVID-19 på intranettet, 69 % har læst *de fleste*, og 17 % har læst *få*
- 22 % vurderer, at relevansen af nyhederne var *meget brugbar*, 71 % *brugbar* og 7 % *mindre brugbar*
- 93 % vurderer, at nyhederne kom *rettidigt*, 7 % at de kom *for sent*
- 27 % vurderer, at nyhederne på intranettet *i høj grad* har været en hjælp – 54 % *i nogen grad*

Flere afdelingsledere fortæller, at intranettet har været en god kanal til at informere alle og henvise til Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Det blev opfattet som positivt, at siderne løbende blev opdateret. Der har i perioden 1. marts til 5. maj været godt 10.000 unikke besøge⁶ og godt 30.000 sidevisninger. Dette er et ekstremt højt antal sammenlignet med normal trafik på OUHs intranet.

Nogle ledere savnede dog en oversigt i punktform til at give overblik over den store mængde information, som hurtigt skiftede. Andre afdelingsledere nævner, at det var svært for personalet at nå at kigge på intranettet. For dem havde en direkte mail været lettere at gå til.

Afdelingernes nyhedsbreve

Gennem interviewene har det vist sig, at flere afdelingsledelser gennem perioden har sendt nyhedsbreve ud i egen afdeling, hvor de formidlede den nyeste og mest relevante information til personalet.

Information om nye retningslinjer

- 22 % vurderer brugbarheden af information om nye retningslinjer vedr. covid-19 som *meget brugbar*, 68 % som *brugbar* og 10 % som *mindre brugbar*
- 5 % vurderer, at information om nye retningslinjer vedr. covid-19 kom *for tidligt*, 73 % *rettidigt* og 22 % *for sent*
- 17 % vurderer omfanget af information om nye retningslinjer vedr. covid-19 som *for mange*, 76 % som *tilpas* og 7 % som *for få*

Der er forskellige reaktioner på, at man på OUH har "oversat" Sundhedsstyrelsens retningslinjer, før man kommunikerede dem ud i organisationen. Nogle afdelinger oplever, at det har forsinket kommunikationen, og at personalet er blevet usikre, når de ikke kunne følge den nyeste retningslinje. Andre afdelinger mener, at det, der blev kommunikeret ud på OUH, ikke altid var rigtigt ift. Sundhedsstyrelsens beskrivelser. I relation hertil spørger CFPK til frontpersonalets tillid til information fra forskellige institutioner på en skala, hvor 1 er ingen tillid, og 10 er fuld tillid. Her er gennemsnitligt tillidsniveau til nærmeste leder 7,9, mens det til arbejdsgiver er 7,8 og til Sundhedsstyrelsen er 8,8.

Flere ledere efterlyser mere operationelle tolkninger – f.eks. direkte påbud ift. nogle retningslinjer og anbefalinger ift. andre. Herunder nævnes bl.a. skarpe, ledelsesmæssige udmeldinger om anvendelse og rengøring af visirer, maksimalt antal personer i lokaler og tilgang til madvogn.

I relation hertil spørger CFPK frontpersonalet, hvor ofte inden for den seneste måned, de har fået forskellig/modsatrettet information i relation. Hertil svarer 29 % (99/352) sjældent/aldrig, 36 % (123/352) svarer noget/lidt af tiden, 23 % (78/352) svarer lejlighedsvist/en del af tiden, og 8 % (27/352) svarer det meste af tiden. Samlet set er det en relativt stor del af de adspurgte, som har oplevet at modtage forskellig/modsatrettet information. CFPK har desuden spurgt til, hvordan man oplevede det at anvende

⁶ Unikke besøg angiver, at det er forskellige medarbejdere, der har besøgt siden. En medarbejder kan dog besøge siden fra flere forskellige devices og derved tælle som flere unikke besøge

nye retningslinjer, vejledninger og information i sin daglige praksis. Her er det gennemsnitlige niveau 5,9 på en skala, hvor 1 er svært, og 10 er nemt.

Kommunikation via MED-systemet

Som nævnt ovenfor ifm. organisation har der i perioden været holdt et ordinært og to ekstraordinære møder i FMU. I interviewene har afdelingslederne dog ikke nævnt disse møder som en kilde til information – ej heller er TR, AMR eller FTR blevet nævnt. Samtidig viser interviewene, ligeledes ovenfor, at flere ledende overlæger ikke har deltaget i klyngeformandsmøderne. Dette kan give overvejelser om, hvorvidt eksempelvis overlægegruppen har været tilstrækkeligt informeret gennem perioden.

På baggrund heraf kan det overvejes, om MED-systemet som kommunikationskanal er blevet benyttet optimalt i perioden – ikke som en erstatning af andre kommunikationskanaler, men som et supplement. Skulle organisationen udnytte denne mulighed i en fremtidig situation, kan der være fokus på at informere og understøtte ledere og medarbejdere i MED-systemet og gøre det tydeligt, hvad der forventes af dem i en sådan særlig situation.

Kommunikation fra direktionen

Der er i interviewene ikke blevet kommenteret på videoerne med direktionen. Dog bliver det ifm. interview med repræsentant fra OUHs beredskabsorganisation anerkendt med en overvejelse om, hvorvidt videoerne kom langt nok ud til medarbejderne, da nogle ikke ser intranettet. En anden overvejelse kan være, om "Spørg direktionen" burde være lanceret tidligere i perioden end primo april, hvor arbejdet med covid-19 havde pågået i over en måned.

Ved et interview bliver det nævnt, at mailen fra administrerende sygehusdirektør den 7. april (op til påske) kom sent ift., at man på det tidspunkt i pågældende afdeling oplevede, at situationen ikke længere var så kritisk ift. covid-19.

Spørg direktionen og mails til alle ansatte er kommunikationsformer, som har til formål at tale direkte fra øverste ledelse til alle ansatte, mens de øvrige benyttede kommunikationskanaler har "mellemlid"; kommunikationen tilgår afdelingsledere, som videreformidler til deres ledere og medarbejdere. Alle har adgang til nyhederne på intranettet, men direktionen har ikke været direkte afsender på nyhederne. En overvejelse kan være, om der i fremtidige situationer i højere grad skal kommunikeres direkte fra direktionen til medarbejderne.

Ligeledes kunne man overveje at være mere fokuseret på at "state the obvious"; altså at kommunikere mere, end man forventer er nødvendigt, fordi der ofte vil være behov for at oplysninger modtages flere steder fra for at blive modtaget i tilstrækkeligt omfang.

9.2.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

På baggrund af ovenstående beskrivelser kan følgende anbefalinger gives til videre håndtering af COVID-19:

- Fortsæt brug af strategiske ledelsesbreve, men overvej timing af udsendelse.
- Vær tydelig omkring, hvornår retningslinjer forventes implementeret.
- Overvej, i hvor høj grad OUH skal fortolke retningslinjer, før de sendes ud til afdelingerne.
 - Overvej, om der skal gives mere operationelle fortolkninger, evt. direkte påbud.
- Hav opmærksomhed på, at informationsniveauet kan opfattes forskelligt afhængigt af, om man er med i en klynge og/eller om man sidder med i en covid-arbejdsgruppe.
- Overvej antallet af virtuelle afdelingsledermøder – suppler evt. med mere skriftlig kommunikation.
- Overvej i højere grad at kommunikere direkte fra direktion til ansatte.

- Inddrag i højere grad MED-systemet som kommunikationskanal for at nå så bredt som muligt ud til alle.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

Flere afdelingsledere har nævnt, at det skabte usikkerhed, når strategisk ledelsesbrev med nye eller ændrede retningslinjer kom ud forskudt ift. Sundhedsstyrelsens udmelding eller for sent på dagen. Forskydningen ift. SSTs udmelding betød, at medarbejderne havde hørt om en retningslinje i medierne og blev usikre over, at skulle vente på en lokal udmelding, før de kunne følge retningslinjen. Kom ledelsesbreve for sent på dagen, kunne lederne ikke nå at implementere retningslinjen. Nogle gange var det indtrykket, at ændringen kunne have ventet til næste morgen.

Det kan være svært at undgå nogen af disse scenarier i en situation, hvor alle er under pres, og alt er ukendt. Det kan dog overvejes, om det kan vurderes, hvilke nye tiltag der er så vigtige, at de skal sendes ud med det samme eller sent på dagen. En mulighed for at skabe mindre frustration kan desuden være at italesætte, hvornår hvad sendes ud, og hvornår der forventes en reaktion på det udsendte.

9.3 Oprettelse og drift af COVID-19-afsnit

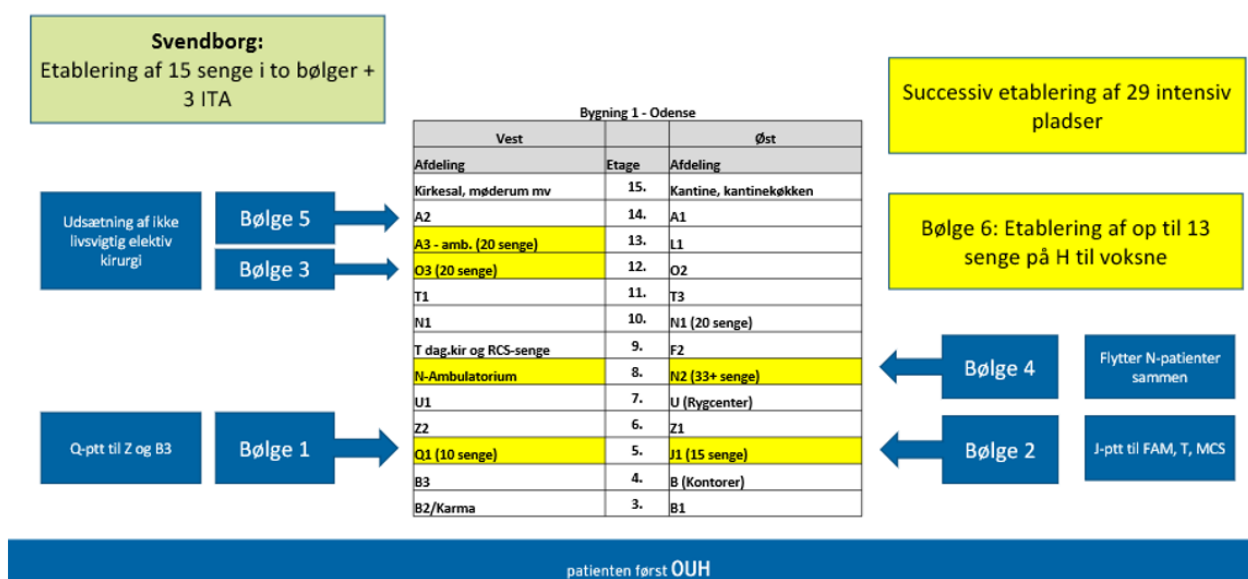
9.3.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

Oprettelsen af dedikerede afsnit, som var i stand til at modtage og behandle patienter, der var smittede med COVID-19, var på tegnebrættet fra de allerførste meldinger om pandemien ved indgangen til februar 2020.

Eskaleringsplanen omfattede både etablering af særskilte COVID-19-afsnit samt afsnit for børn og intensivpatienter.

Eskaleringsplan – Odense og Svendborg: pt. 158 senge



Plan præsenteret på stort afdelingsledelsesmøde d. 17. marts 2020

Forløb og handlinger

Det generelle COVID-19-afsnit i Odense blev placeret på 5. sal i højhuset i Q's normale sengeafsnit under ledelse af afd. Q. med plads til 13 patienter allerede i bølge 1. Det skete i første omgang ved at flytte ordinære Q-patienter ud af afdelingen for at give plads til COVID-19-patienter. Der var dog meget hurtigt enighed om, at fremskrivningsscenarierne gjorde, at man blev nødt til at forberede sig på et markant større antal smittede patienter. Det regionale bud lød i starten af februar 2020, at man skulle forvente 165 smittede, indlagte patienter om dagen i et år. Den første eskaleringsplan blev udarbejdet på få dage og var kun tænkt bemandet med det personale, der i forvejen var i afsnittene. Der var endnu ikke tænkt i ressourceallokering via klynger ved denne første eskaleringsplan, det kom først til senere.

Strategisk ledelsesbrev den 27. februar 2020 melder ud, at OUH er blevet udpeget som et af seks danske sygehuse, der kan modtage smittede patienter. Det betød, at man fra dette tidspunkt skulle gøre sig klar til at varetage undersøgelse, behandling og observation af alle syddanske patienter med COVID-19. Disse patienter skulle fordeles på tre afdelinger: Voksne, som blev visiteret til det dedikerede COVID-19-afsnit under Infektionsmedicinsk afdeling Q via den infektionsmedicinske bagvagt. Børn, som blev visiteret direkte til Infektionsmedicinsk børneafdeling HM 4 via H-bagvagt samt patienter med behov for intensiv behandling og overvågning, der skulle indlægges i ITA 3.

På baggrund af et nationalt skifte fra inddæmningsstrategi til afbødningsstrategi drøftes der i starten af marts en ny strategi for håndtering af reelle og potentielle COVID-19-patienter på sygehuset, hvor fokus skifter fra dem, der kan være syge, til de, der er syge. Det betyder, at der fra midt i marts er etableret telefonisk visitation til sygehusene fra de praktiserende læger, så de to FAM'er skal modtage, isolere og pøde patienter, der er indlæggelseskrævende. Det indebærer, at FAM'erne fra det tidspunkt skal modtage patienter med kliniske symptomer forenelige med COVID-19, som om, de er smittet med COVID-19, uanset rejsehistorik.

Den 13. marts 2020 er bølge 1 af eskaleringsplanen iværksat og bølge 2 er under etablering. Det betyder blandt andet, at afd. J skal etablere 15 senge til COVID-19-patienter over for afd. Q's COVID-19 på 5. sal ved at flytte senge til ordinære J-patienter til FAM, mens de ordinære Q-patienter placeres som satellitpatienter på B3 og Z. Resten af huset skal absorbere de øvrige, intern medicinske patienter.

Den 17. marts 2020 er status på eskaleringsplanen, at det har været vanskeligt at gennemføre bølge 2, da der er mangel på sygeplejersker i afd. J (ubesatte stillinger). Derfor blev bølge 3 varslet på dagens store afdelingsledelsesmøde.

Den 19. marts 2020 er status på eskaleringsplanen, at bølge 2 efter den første præsentation for afdelingsledelserne den 17. marts 2020 nu er under udrulning. Dog med den ukendte spiller, at den regionale plan ikke er kendt. Sygeplejepersonalet har nu meldt sig til opgaven med at bemane afd. J, og der er etableret et vældig godt samarbejde mellem lægerne på afd. Q og J. Trin 3 er "warned", som det fremgår af referatet fra arbejdsgruppen for Klinisk scenarier. For trin 4 er afd. N i gang med at undersøge mulighed for at skaffe yderligere pladser gennem etablering af de fornødne faciliteter (medicinsk luft, O2, sug mv). På intensiv afdeling har man ud fra de første erfaringer med COVID-19 set, at det ikke er hensigtsmæssigt at flytte de meget syge patienter, hvorfor de skal blive på hjemmehørende sygehus. Kun i tilfælde, hvor patienten ikke blot har COVID-19, men også en akut behandlingskrævende grundlidelse, overflyttes de til OUH.

Planen for intensivafdelingerne er fortsat inddragelse af ITA1, herefter ITA3 og til sidst COPA. Intensiv i Svendborg indgår også (snart efter debuterede Svendborg med en svært syg COVID-19-patient, der straks kom på intensiv). VITA friholdes og kun ved særlige thoraxkirurgiske indgreb + COVID-19 bliver patienten nødt til at være på VITA. Det øvrige Svendborg indgår nu også i eskaleringsplanen, som forventes at kunne modtage 15 COVID-19-patienter + 4-5 intensiv patienter, men mangler på dette tidspunkt assistance fra IHE til oplæring af personale.

Styregruppen godkender på sit møde den 20. marts 2020 den reviderede eskaleringsplan samt fordeling af personale mellem afdelinger, baseret på de kommende klynge-samarbejder på Nyt OUH. Det anføres mellem linjerne i referatet, at det er genstand for en vis usikkerhed og forvirring omkring opgavevaretagelsen, at eskaleringsplanen endnu ikke er afstemt med den samlede regionale plan. Ved samme lejlighed nedsættes en tværgående arbejdsgruppe til tværgående koordinering af personaleressourcerne, som sekretariatsbetjenes af Økonomi og Planlægning.

BESLUTNING I OUH STYREGRUPPE TIL HÅNTERING AF CORONAVIRUS DEN 20-03-2020

Der arbejdes videre med eskaleringsplanen med henblik på at sikre, at de involverede afdelinger har tilstrækkelig ilt og sug. Styregruppen havde en længere drøftelse af fordele og ulemper ved valget af afdelinger som inddrages i eskaleringsplanen, også i forhold til ilt, sug og air i væggene.

Den lokale plan for Svendborg matriklen efterprøves også i forhold til disse punkter og MW adviserer styregruppen hvis der er behov for ændringer.

Teknikken til rådighed skal være et fortsat opmærksomhedspunkt for styregruppen og eskaleringsplanen.

Punktet tages op igen på styregruppemødet mandag den 23. marts.

BESLUTNING I OUH STYREGRUPPE TIL HÅNTERING AF CORONAVIRUS DEN 23-03-2020

Plan på tværs af regionen: OUH har nu 25 COVID19-patienter. Så kan de andre sygehuse begynde at tage ind. OUH har ikke et umiddelbart behov for at blive fredet. Alle sygehuse tager fat i egne optageområder.

Arbejdsgruppen for Kliniske scenarier skriver den 23. marts 2020, at der i princippet nu er fyldt op på OUH med COVID-19-patienter med 25 indlagte patienter, heraf 4 på intensiv. De jyske sygehuse skal i følge den regionale plan nu selv aftage kommende patienter. Dog er udmeldingen, at der ikke skal flyttes fynske patienter til Jylland, med mindre OUH ikke kan tage flere. "Det forventes, at RSD i eftermiddag melder ud til alle om den regionale plan for eskalering af sengepladser".

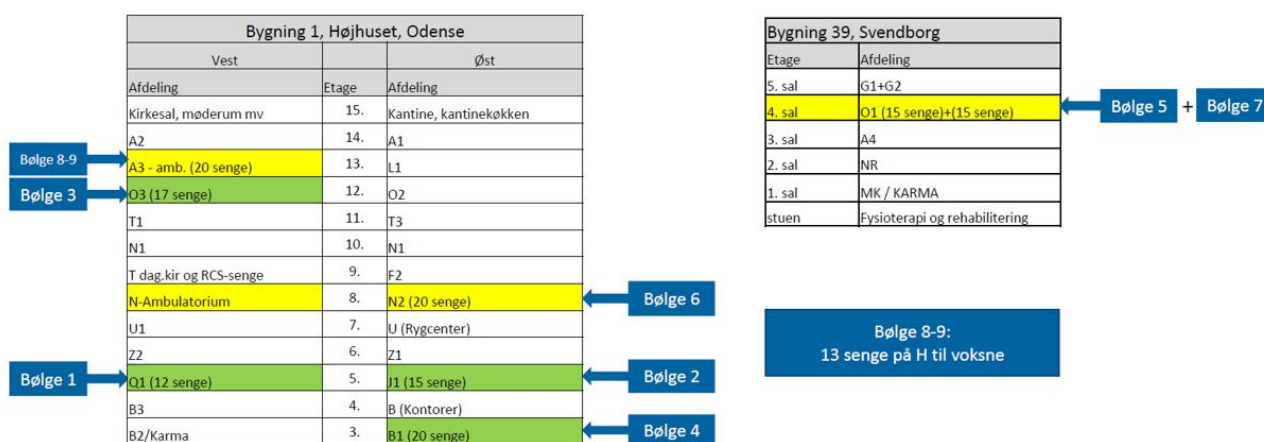
Arbejdsgruppen for tværgående koordinering af personaleressourcerne beretter den 26. marts 2020, at vagtplanen for de første 6 bølger i eskaleringsplanen nu er dækket. Bølge 1-6 vurderes at være robuste, men anfører at der samtidig kan blive knaphed på lungemedicinske kompetencer. Det bemærkes, at Svendborg muligvis har en større buffer i lægeligt personale end i Odense, da en stor del af den elektive aktivitet nu er aflyst. O-COVID er nu i drift og B-COVID planlægges i drift fra torsdag den 2. april 2020 (i første omgang med 5 senge), mens FAM er dækket ind på personalesiden.

Arbejdsgruppen for Kliniske scenarier opsummerer den 27. marts 2020 den reviderede, seneste plan for eskalering af COVID-19 sengepladser. Der åbnes 15 sengepladser i O1 i Svendborg i bølge 5. Startende med 5 senge på mandag og den 30. marts 2020 åbnes yderligere 15 senge i bølge 7. Afd. N er varslet om frigørelse af senge og forventes at være klar til modtagelse af COVID-19-patienter, så snart, der er skaffet centrale forsyninger til alle sengepladser. Afdelingssygeplejerskerne på COVID-19-afsnit har brug for sparring med hinanden. Derfor har de etableret et fagligt forum, hvor de drøfter evt. udfordringer 3 gange ugentligt. Der skal fortsat være plads til minimum 37 non-COVID-19 patienter på intensiv på OUH. Alle COVID+ vurderes af Afd. Q og flyttes til COVID-19-afsnit på afd. Q, så snart testen er verificeret positiv.

Arbejdsgruppen for tværgående koordinering af personaleressourcerne opsummerer den 27. marts 2020: "Grundlæggende er der en ro lige nu, men også en utålmodighed og til dels angst for om vi når at få aktiveret og oplært alle folk inden stormen". Bemanding og oplæring kom på plads.

Den reviderede eskaleringsplan ser således ud ved udgangen af marts 2020:

Eskaleringsplan senge i Odense og Svendborg



Revideret eskaleringsplan udsendt i Strategisk ledelsesbrev den 29. marts 2020

Eskaleringsplanen drøftedes igen i arbejdsgruppen for Kliniske scenarier den 2. april 2020. Det har vist sig vanskeligt at udvide med sengepladser på afd. A pga. bygnings- og personaleudfordringer. I stedet gøres afd. Z klar til rømning af patienter i forbindelse med et stort indtag af smittede. Kurven for indlagte COVID-19-patienter er aktuelt stabil på OUH, mens den stiger for de intensive patienter, som tilsyneladende har et langvarigt ophold på intensiv afdeling. Afdelingen i Svendborg udvides ikke før påske. Afd. Z rømmes heller ikke før påske, men skal kunne rømmes inden for 24 timer i en akut situation.

Arbejdsgruppen for Klinisk scenarier drøfter for første gang den 8. april 2020 på en de-eskaleringsplan med baggrund i at Sundhedsstyrelsen har udsendt: "COVID-19 i Danmark – status ved indgang til 6. epidemiuge. 7. april 2020". Det berettes, at den regionale gruppe for intensiv skal mødes i eftermiddag for at drøfte deeskalering. Der forventes at blive behov for 40 – 60 langvarige COVID-19-indlæggelser i RSD i de kommende måneder. Heldigvis er erfaringerne nu, at der i det typiske forløb er lidt tidsmæssigt delay fra symptomer og indlæggelse, til behov for intensiv kapacitet. I den aktuelle organisering er der rigtig mange involverede, og der foreslås en mere smal organisering ved fremtidig eskalering. I en organisation, hvor der skal være plads til både de daglige aktiviteter og COVID-19-afsnit, skal der tages særlige forholdsregler, som p.t. også er gældende i det øvrige samfund. Der er set smitte på OUH, og bl.a. omklædningsfaciliteter skal udvides. Der skal ligeledes tages stilling til, hvilke patienter der evt. kan holdes hjemme, fx med videokonsultation.

Den 11. april 2020 melder arbejdsgruppen for Kliniske scenarier, at alle afdelinger melder om fredelige forhold. Der er fortsat fald i antallet af COVID-19-indlagte – både på COVID-19-afsnit og på intensiv.

Styregruppen konkluderer den 15. april 2020 med baggrund i input fra stort afdelingsledelsesmøde den 14. april 2020, at den store opgave for organisationen nu er at have personale klar til at træde til ved COVID-19-aktivitet, mens der samtidigt skal arbejdes i egen afdeling. Der skal i alt være 55 senge til rådighed på OUH. I Odense er det i prioriteret rækkefølge afd. Q, J og N, mens det på dette tidspunkt er O1 i Svendborg. Afdeling B, Z og O i Odense er taget ud af planen. Samtidig skal lokaler til afd. N stå klar til brug, og må ikke bruges til andet.

Arbejdsgruppen for Kliniske scenarier opsummerer på deres møde den 17. april 2020 følgende omkring arbejdet med oprettelse og drift af COVID-19-forløbet med, at afdelingerne generelt ville have ønsket væsentlig mere åbenhed omkring organiseringen af 1. bølge. Det indebærer blandt andet, at afdelingsledelserne kunne have ønsket sig mere kommunikation omkring baggrunden for etableringen samt det, der blev oplevet som ændringer i strategien. Herunder, at man etablerede afsnittene inde i huset frem for fx i FAM. Der er blevet etableret nogle faglige netværk i COVID-19-afsnittene, som har haft stor betydning for afviklingen af det daglige arbejde. I arbejdet frem mod 2. bølge skal der sikres større åbenhed i planlægningen og en stringent tilbagetrækning af personale. Indtil videre skal personalet blive, hvor de er, selv om få COVID-19-senge er fyldt op. "Genåbning" af elektive og ambulante patienter har medført uro i organisationen. Det er vigtigt at fastholde specifikke COVID-19-afsnit i stedet for spredning af disse patienter.

Arbejdsgruppen for Kliniske scenarier anfører i en status den 27. april 2020, at det er meget fredeligt. Afd. Q har kun 2 COVID-19-patienter indlagt, så lægebemandingen er reduceret så meget som muligt. Samtidig er det vanskeligt at opretholde frie COVID-19-afsnit, når der er brug for personale i andre sammenhænge, hvilket skal drøftes med direktionen og eskaleringsgruppen.

**BESLUTNING I OUH STYREGRUPPE TIL HÅNDTERING AF CORONAVIRUS DEN
01-05-2020**

Tingene skal over i normalsystemet igen, så fremover er møderne en gang om ugen og med mulighed for at indkalde ekstra.

9.3.2 Analyse Højeste faglighed

Samlet set fortæller afdelingsledelserne, at organisationen og medarbejderne har stået sammen under krisen. Der har især i den indledende fase hersket en teamånd på tværs af huset. Det kalder på en stor anerkendelse af medarbejdere og ledelser for deres store indsats.

Afdelingsledelsen på afd. J, som var de første til at etablere et afsnit efter afd. Q, fortæller, at deres oprettelse og drift af COVID-19-afsnit (15 senge) lykkedes rigtig godt. Alle bød ind på opgaven både internt og i de syv øvrige afsnit, som stillede med ressourcer. På en søndag flyttede alle med involvering af både FAM, tekniske faciliteter mv. Alle løftede weekend og nat, og alle var fleksible, da det virkelig gjaldt. "Vi lykkedes endda med træning og oplæring, og vel at mærke, før de centrale løsninger var på plads. Godt med små hold, der undervistes af hygiejnesygeplejerske og Q sygeplejerske. Det gav ro omkring håndtering af corona-patienterne". Det vurderes, at det har været en fordel, at der var fysisk nærhed mellem de oprettede COVID-afsnit, da det har fremmet samarbejdet.

Om samarbejdet i klynger henvises til afsnit om organisering og ledelse.

Omkring den kompetencemæssige varetagelse af arbejdet i COVID-19 afsnittene vurderes det ikke af afdelingsledelserne, som værende den største udfordring. Derimod har det givet udfordringer for varetagelsen af egne patienter, idet det ofte var de erfarne sygeplejersker, som meldte sig til COVID-19. Samtidig vurderes det, at de opgaver, som de erfarne sygeplejersker har varetaget på COVID-19 afsnit, ofte

ikke har krævet deres ekspertise. Derfor peges på, om man fremadrettet burde overveje, om udpegning sker af afdelingsledelserne i højere grad end af frivillighedens vej.

Etableringen af flere COVID-19 afsnit, som det efterfølgende har vist, at der ikke var patienter til, har givet megen ledig kapacitet, som ikke kunne anvendes til "almindelige" patienter. Samtidig har det betydet, at arbejdsplanen kun kunne laves fra uge til uge. En anden ledelse påpeger, at vi har været for langsomme til at omstille os og frigive personale til at åbne op for aktivitet. Ofte vidste de ikke før dagen før, hvor meget personale de havde i egen afdeling, og de kunne ikke indkalde patienter med så kort varsel. Der peges på mange spildte ressourcer i den forbindelse.

Der er afdelinger, som udtaler bekymring om potentialer for relationsbrister i det store omstillingsarbejde, og flere mener, at transparensen skal være høj, så rationalet bliver gennemskueligt og opfattes som retfærdigt i fordelingen af ressourcer.

Flertallet fortæller, at det gik fint med at eskalere planen til over 100 senge på meget kort tid. Dog var det for nogle afdelinger tungt, at det skulle koordineres regionalt. En afdelingsledelse reflekterer over, at direktionen måske måtte afvente beslutninger og koordinering på regionalt eller nationalt niveau.

Patienters og pårørendes oplevelser

På OUH er der under COVID19 arbejdet med patienter og pårørendes oplevelser på de nye afsnit. Der er blev gjort innovative tiltag for at sikre en god oplevelse i den særlige situation, som isolation er. Der var dog ikke et egentlig struktureret systematisk samarbejde mellem COVID-afsnittene om patient- og pårørende inddragelse. I forbindelse med evalueringen er der opsøgt et forskningsprojekt på OUH under professor Dorthe Nielsens ledelse, som omhandler patienter og pårørendes oplevelser på OUH under COVID19. Disse oplysninger er, under udarbejdelsen af nærværende evaluering, fortrolige og kan derfor ikke oplyses her, men resultaterne kan efter offentliggørelse anvendes på tværs for at understøtte videre indsatser på området.

9.3.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- At man forlods planlægger med en eksplicit strategi om maksimal kommunikation til og inddragelse af alle afdelingsledelser, så der skabes gennemskuelighed i allokeringerprocesser.
- Ved oprettelse af nyt afsnit på kort tid kan OUH arbejde videre med følgende udfordringer
 - Styrke hvordan nyoprettede afsnit kan arbejde fleksibelt, idet patientmængden var uforudsigelig og datagrundlaget for sygdommens forløb ikke stort.
 - Det er nødvendigt med særskilte indsatser ift. relationsdannelse og afklaring af snitflader til øvrig organisation.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

- Klyngesamarbejdet bør genbesøges frem mod nyt OUH, hvor vi skal arbejde med værtskaber. Rammer, ansvar og retning anses som afgørende for deres funktionsduelighed, ligesom der peges på manglende afklaring af direktionens relation og mandat til klyngerne/formændene.

9.4 Håndtering af OBS-COVID-19 patienter i alle afdelinger

9.4.1 Beskrivelse af indsatser

Vigtigt, at alle afdelinger har struktur for håndtering af mulige Corona-smittede på plads

(Teksten kommer også på intranettet til alle medarbejdere)

Som tidligere nævnt er det vigtigt, at alle afdelinger har en veldefineret struktur for, hvordan de kan håndtere patienter med symptomer på COVID-19. Det skal gennemtænkes og planlægges nu.

Læs [OUHs tværgående retningslinje om håndtering af COVID-19 her](#).

I Onkologisk Modtagelse har man fx etableret en sygeplejefunktion, der visiterer, modtager, sikrer intern transport, isolerer og indhenter materiale til diagnostik hos patienter med symptomer, der giver mistanke om COVID-19. Det kunne være:

- Patienter der ringer ind, og hvor det skønnes, at patienten skal tilses af en onkologisk læge eller indlægges.
- Patienter, der møder op til ambulante behandling, og hvor det af hensyn til behandlingen er relevant at få diagnostik.

Onkologisk Afdeling R har inddraget 4 sengestuer til isolation af patienter, der afventer prøvesvar. Patienter med bekræftet COVID-19 og behov for indlæggelse konfereres med Infektionsmedicinske Afdeling Q med henblik på overflytning, og patienter med afkræftet COVID-19 indlægges i R-sengeafsnit ved behov.

Strategisk ledelsesbrev den 20. marts 2020.

Opgaven

Optakten til at alle afdelinger skulle kunne håndtere obs. COVID-19 patienter bliver af en del afdelinger oplevet som præget af usikkerhed og manglende forklaring. Det blev oplevet som en klar ændring af den udstukne strategi, at man nu gik fra dedikerede afsnit til, at de nu skulle kunne håndtere obs. COVID-19 i alle afdelinger. Et alternativ kunne have været at holde dem i FAM og COVID-19 afsnit, indtil der var viden om smitte eller ej.

Forløb og handlinger

Klinisk Mikrobiologisk afdeling præciserer siden ved interview, at håndtering af obs. COVID-19 patienter i alle afdelinger alene skulle være håndtering af patienter, der allerede var i afdelingen, som undervejs blev til obs. COVID-19 patienter. Men det ændrer ikke noget ved den oplevelse, som flere afdelingsledelser udtrykker ved, at strategien blev ændret.

Forberedelserne til at håndtere smitte på hele sygehuset var dog også pågået tidligere. Den tværgående retningslinje for smitteafbrydelse ved patienter med MERS blev af IHE suppleret i januar 2020 til også at omfatte Ny coronavirus, og fra 26/2 oprettedes en særskilt retningslinje for smitteafbrydelse ved verificeret eller mistænkt COVID. Arbejdsgruppen for Kliniske scenarier fastsætter allerede den 11. marts 2020 håndteringen af indlagte patienter, der har været på rejse i et risikoområde eller er bekræftet case og derfor er karantæne-ramte, skal behandles med isolationsregime som ved influenza, jf. eksisterende retningslinje (Infonet DokID#52860). Derudover reguleres en lang række situationer omkring smitte hos både voksne og børn i hele organisationen ved samme lejlighed.

På forsyningsområdet arbejdes der ligeledes med at give afdelingerne den fornødne support. Således klargøres såkaldte "Startpakker" til alle kliniske afdelinger, hvor hver afdeling modtager de fornødne værnemidler. Det viser sig dog hurtigt at give problemer, da nogle afdelinger bestiller op til 15 pakker.

Arbejdsgruppen vedr. Forsyninger beslutter derfor den 17. marts 2020 at ændre systemet, så der ikke laves pakker, og alle forsyninger fremover bestilles gennem normalsystemet. Det sker dog således, at Logistik styrer forsyninger baseret på en prioriteret liste med afdelinger, der har indlagt Obs. COVID-19-patienter.

Den 20. marts 2020 udsendes ovenstående strategisk ledelsesbrev. Den efterfølgende periode arbejdes der fortsat med at fastlægge strukturerne i afdelingerne til håndtering af Obs. COVID-19 patienter og gennemtænke alle hjørner af dette. Fx angives i referaterne fra arbejdsgruppen for Kliniske scenarier spørgsmål, som: "Kan alle af-isoleres efter 48 timer symptomfrihed, som angivet i SSTs retningslinje?". Er der nogen forsigtighedsprincipper, som der bør tages højde for? Fx hos immunsupprimerede patienter? Efter indlæggelse på intensiv afdeling? Hvad med patienter, som er COVID+ og skal genindlægges? Samtidig konkluderes, at der "er meget lidt eksakt viden om virus levedygtighed".

De næste 14 dage kommer der en række ændringer i den overordnede håndtering af Obs. COVID-19 patienter og den generelle hygiejne og rengøring. Dette ses blandt andet af ændringerne i retningslinjerne for området.

I strategisk ledelsesbrev den 8. april 2020 melder der på baggrund af national udmelding den 7. april 2020 ud, at der nu påbegyndes en proces mod normalisering. Det ændrer dog ikke ved procedurerne for Obs. COVID-19 smittede, selv om der rapporteres om fredelige forhold med et fortsat fald i antallet af COVID-19 indlagte både i de almindelige afdelinger og på intensiv. Det påpeges, at i en organisation, hvor der skal være plads til både de daglige aktiviteter OG COVID-19-afsnit, skal der tages særlige forholdsregler, som p.t. også er gældende i det øvrige samfund. Der er udfordringer med intern smitte også på OUH, uden for stuerne. Det ses også, at omklædningsfaciliteter skal udvides, fortælles fra mødet i arbejdsgruppen for Kliniske scenarier den 8. april 2020.

Efter påskeferien meldes der den 15. april 2020 i arbejdsgruppen for Kliniske scenarier om nogle travle dage med mange indlæggelser efter ferien. Den fremskudte vurderingsklinik i Odense fungerer godt og tager en del af presset fra FAM, som p.t. både har taget en del af afd. J's patienter og mange Obs COVID-19 i isolation og således har flere funktioner end normalt. I Svendborg har man også meget travlt og har nu overbelægning i både Ortopædkirurgisk og Hjertemedicinsk afsnit. Det samme gælder på afd. H, hvor skole- og institutionsstart har givet mange ekstra telefonopkald og podningshenvisninger. Der afholdes samtidig møder med alle afdelingsledelser med henblik på at etablere den bedste organisering af en fremtidig "normal-tilstand" med COVID-19-patienter på OUH.

Den 17. april 2020 pointerer KMA, at det – som altid, men ikke mindst i de kommende måneder – er meget vigtigt at overholde de hygiejniske spilleregler for ikke at blive udsat for smitte, idet flere og flere vil komme ind på sygehuset og være smittet med COVID-19 uden at vide det.

Den 5. maj 2020 melder FAM i Odense og Svendborg, at der trods få COVID-19 smittede samlet set, fortsat er et stort pres på dem i deres rolle som gatekeepere for hele huset. Ud af godt 100 modtagne patienter er 75 % medicinske og omkring 35 – 45 % af disse isoleres, indtil podesvar foreligger efter i gennemsnit 10 timer. Det belaster således afdelingen meget, og man ønsker snart frigivelse af deskaleringsplanen og dermed J-sengepladser i FAM. Der mangler medarbejdere – både læger og sygeplejersker. Der afholdes møde i eftermiddag i "klyngen", så der forhåbentlig kommer en plan for medarbejdersituationen.

Den 27. april 2020 melder afd. Q kun om 2 indlagte COVID-19 patienter hos dem. Imidlertid viser en episode i Svendborg, at der fortsat skal være stort fokus på smittede og Obs. smittede patienter

fremadrettet. Her brød en smittet patient sin isolation og smittede herved desværre, formodentligt 5 sygeplejersker og måske 1 læge. En afdelingsleder udtaler: "Vi har ikke haft COVID, men Obs. COVID, og medarbejderne har vidst, hvad de skulle. Der er ikke opstået usikkerhed".

9.4.2 Analyse

Den tværgående retningslinje indeholdende infektionshygiejniske forholdsregler ved undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering af patienter, der til Obs. for COVID-19 samt patienter med konstateret COVID-19 vidner om et område med konstante ændringer. Der er således foretaget 17 ændringer i den 13 siders lange retningslinje (Infonet Dok ID#765471) fra den 26. februar til den 13. maj 2020. Dette skal ikke tolkes som et udtryk for, at ændringerne ikke har været nødvendige eller at alt indholdet ikke er relevant og passende. Det skal alene ses som en erkendelse af, at en presset organisation har skullet konsumere og implementere en massiv og fluktuerende informationsmængde i deres kliniske dagligdag.

9.4.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Større åbenhed om eskaleringsplanen/planlægningen
- Fastholdelse af COVID-afsnit i nærheden af afd. Q
- Det kan overvejes, om det er relevant at få erfaringer med længerevarende aftaler for medarbejdere, der evt. i fremtiden udlånes.

9.5 Oprettelse og drift af fremskudte visitationsklinikker

9.5.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

Indledningsvis var vurderingselementet del af forberedelse til podningsarbejdet. Vurderingsklinikkerne i Odense og Svendborg blev efterfølgende oprettet med meget kort varsel, da det i starten af marts 2020 blev meldt ud fra centralt hold, at de praktiserende læger ikke længere måtte se patienter med luftvejsproblemer og feber.

De patienter, der visiteredes til vurderingsklinikken, var alle henvist af egen læge eller lægevagt med symptomer på luftvejsinfektion, men hvor det er usikkert, om de behøver indlæggelse. Opgaven for Vurderingsklinikkerne har gennem hele forløbet været at foretage en visitation til podning, indlæggelse, kontakt til egen læge eller hjem.

Forløb og handlinger

Arbejdsgruppen for kliniske scenarier drøfter referatført første gang vurdering på sit møde den 5. marts 2020 (der var allerede møder den 27. februar og 3. marts 2020 i gruppen – der har ikke været adgang til disse), hvor det anføres, at Akut Medicinsk Koordinering (AMK) varetager den fremskudte vurdering og podning af patienter, som er mistænkt smittede i eget hjem. Der er ikke tale om, at AMK varetager hele den fremskudte vurdering /podning, idet der allerede var etableret 3 stuer med podningsfaciliteter på HM4 til børn og voksne henvist fra egen læge via coronavagten. Der er således alene tale om et supplerende tilbud med 1 bil/1 paramediciner til patienter, der ikke selv kunne komme til sygehuset i perioden kl. 7.00 – 15.00. Det vil sige, at OUH skulle fortsat vurdere alle de, der selv kunne transportere sig - og alle efter kl. 15.00. Det viste sig, at det var meget, meget få podninger AMK i praksis kunne håndtere med den bemanning og kun 1 bil. Det ønskede scenarie havde været en hel mobil løsning, så vi undgik at få obs-patienterne ind i huset.

Arbejdsgruppen for Kliniske scenarier omtaler næste gang en fremskudt enhed på sit møde den 13. marts 2020, hvor de skriver, at klinikken for børn forventes at køre fra i morgen tidlig i et rum, som er indrettet på afd. H med adgang direkte fra terræn og med et forventet flow på 20 min. pr. patient afhængig af rengøringsmetode (initialt skulle der i hele huset anvendes klor). Dette blev senere afløst af sprit, hvilket er langt hurtigere). FAM/M havde den dag modtaget 4 patienter, som krævede et turn-over på ca. 1 time pr. patient. Denne hastighed ville kunne komme til at udfordre kapaciteten, hvis der kom mange flere patienter i det nuværende set-up. Samtidig benævnes funktionen for første gang som en fremskudt visitationsklinik.

Voksne patienter forventedes gennem en endog meget hurtig etablering, allerede at kunne modtage patienter i et set-up med en fremskudt visitationsklinik i Odense den 14. marts 2020, mens Svendborg ville være i gang i løbet af weekenden (14.-15. marts). AMK tilbød at bemane klinikkerne med paramedicinere, men OUH valgte aktuelt at bemane den fremskudte klinik med egne læger og sundhedspersonale. Det er allerede på dette tidspunkt et "markant ønske" at bemane disse klinikker med læger fra almen praksis i stedet, men det forbliver foreløbig et ønske. Den fornødne retningslinje og til patientinformation er under udarbejdelse for ikke-indlæggelseskrævende formodede COVID-19 patienter, ligesom der er opmærksomhed på en udfordring omkring dokumentation af denne nye form for aktivitet.

Den 27. marts 2020 reviderer og strammer Sundhedsstyrelsen op på sin retningslinje omkring obligatorisk podning af patienter med symptomer eller som tilhører risikogrupper, men som ikke indlægges. Det

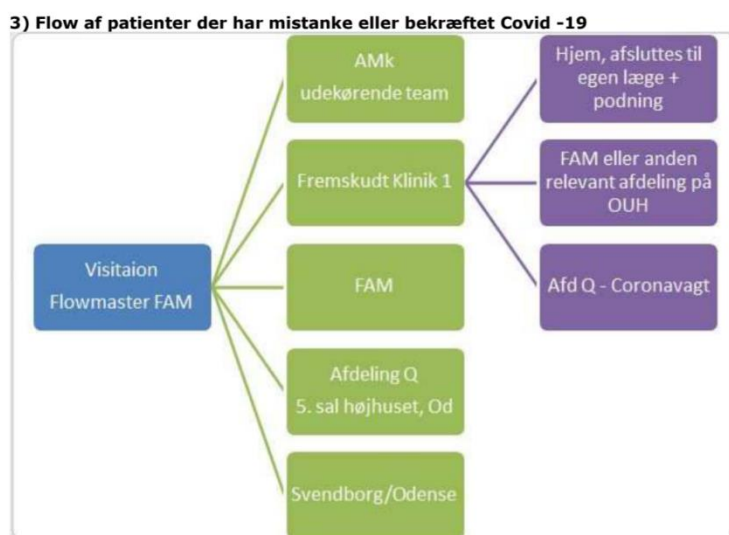
omsættes på OUH til, at alle patienter i vurderingsklinikken testes. Arbejdsgruppen for kliniske scenarier skriver: "Allerede i går eftermiddags var vurderings-/podningsklinikken på OUH klar til at foretage flere podninger ... På børneafdelingen omsættes det uændret til, at børn, der indlægges, podes".

Sideløbende med arbejdet i vurderingsklinikkerne blev det besluttet, at bede de praktiserende læger om hjælp til bemanning. Ultimo marts 2020 blev alle almen praksis på Fyn og tilknyttede øer anmodet om bistand til fremskudte visitationsklinikker ved FAM Odense og Svendborg. Status den 26. marts 2020 var, at otte læger på daværende tidspunkt havde meldt sig, ligesom KBU-læger i almen praksis også stillede sig til rådighed for OUH. De var klar til at blive indsat i driften uge 15 (6.-10. april 2020) og har siden vist sig "fremragende" og bedre end os selv" (afdelingsledelsen FAM OD) til at "vende patienterne i døren". 95 % af samtlige patienter set i vurderingsklinikkerne kan således gå hjem, frem for indlæggelse/at ses i FAM.

På børnesiden kunne de praktiserende læger, som hos de voksne, henvise patienter, som kunne ringe ind og få en tid i den etablerede vurderingsklinik. Det blev i løbet af forløbet overvejet, om man ville få pladsudfordringer og muligheden for drive-in blev overvejet på linje med drive-in på podningerne. Dette behov for udvidelse af kapaciteten inden for den undersøgte periode materialiserede sig heldigvis ikke.

Klinikken i Svendborg blev styret i et stramt og veltilrettelagt set-up, hvor alle kendte deres roller og ansvar jf. "Forløbsbeskrivelse for patienter der ses i Fremskudt Vurderingsklinik" (Infonet dok ID# 773633).

Klinikken i Odense bemannes primo maj 2020 af speciallæger i almen medicin samt en lægesekretær fra FAM i tidsrummet 10:00 – 18:00 alle dage. Uden for denne tid hjælper en lang række afdelinger på skift med bemanningen frem til kl. 22:00.



Flowet i Odense er hentet fra retningslinjen "Fremskudt vurderingsklinik for Covid-19" (Infonet Dok ID#771030).

Arbejdsgruppen for Kliniske scenarier giver en status den 15. april 2020, hvori det beskrives, at der var mange indlæggelser efter påskeferien. Den fremskudte vurderingsklinik fungerer godt og tager en del af presset fra FAM, som p.t. både har en del af afd. J's patienter og mange obs. COVID-19 i isolation og således har flere funktioner end normalt. Samtidig rejses en bekymring over, at der aktuelt henvises mange til såvel

podoklinik som til fremskudt vurdering med langvarig hoste. Der skal tages i betragtning, at klinikkerne ikke er gearet til dybdegående klinisk vurdering.

I løbet af april 2020 faldt behovet for vurderingsklinikkerne løbende, og det blev overvejet, hvorvidt de kunne lukkes eller reduceres til en matrikel. Vurderingsklinikkerne er fortsat i drift ved indgangen til maj 2020. FAM Odense nåede at have 8 praktiserende læger med meget tilfredsstillende resultat. Afdelingsledelsen i FAM oplevede, at de som forventet løste deres opgaver, var meget imødekomende og interesserede. Forløbet viser ifølge afdelingsledelsen, at de praktiserende læger er et enormt vigtigt bolværk for FAM i det akutte arbejde. Konstruktionen er dog sårbar, da der er begyndt at komme mere og mere arbejde i praksis og sommerferien er om hjørnet. FAM Svendborg nåede ikke at få ansat praktiserende læger i vurderingsklinikken i FAM Svendborg, inden det blev varslet, at de skulle tilbage til deres praksis.

Børneafdelingen har i forbindelse med oprettelse og drift af vurderingsklinikken haft den samme oplevelse, som på andre områder i forløbet med håndtering af COVID-19. De fortæller, at de har måttet arbejde hårdt for at nå at omsætte nationale retningslinjer til deres afdeling på grund af de hyppige ændringer, ligesom de indledningsvist følte sig på sidelinjen i forhold til resten af huset, der havde fokus på de voksne. "Vi manglede mellemregningerne, da fokus i starten lå på afd. Q". Siden blev der lavet en struktur med informationsflow og organisering både eksternt og internt i afdelingen samt i samarbejdet med resten af organisationen. Imidlertid blev der oplevet mindre fokus (fx i forbindelse med afgivelse af lægelige ressourcer til fællespuljen) på, at børneafdelingen skulle etablere et fuldt eget set-up i forhold til både podning og vurderingsklinik specifikt for børn med etablering af eget call-center, telefonsluse, stabilgrus, køreplader, telt osv. Alt det praktiske forløb, som på voksenområdet, utroligt let og gnidningsfrit med stor ros omkring det praktiske til Bygningsdrift og –Service samt alle de øvrige tværgående funktioner.

Afdelingsledelserne i FAM Svendborg og FAM Odense har oplevet etablering og drift af vurderingsklinikkerne, som værende udfordrende og spændende. Deres oplevelse er, at den praktiske etablering er gået rigtig godt, og materialiserede sig på meget kort tid. De angiver ligeledes, at patienterne har været meget samarbejdsvillige og helt med på, at det nu var de givne vilkår og rammer.

I Svendborg nævnes eksplicit det gode samarbejde med Hjemmeværnet, som har hjulpet med at instruere patienterne, når de kommer til den fremskudte vurderingsklinik. "Det har patienterne været glade for. Og der er blevet hældt kaffe op på de rigtige tidspunkter".

9.5.2 Analyse Helhed og ansvar

De fleste af de interviewede afdelingsledelser fortæller, at det er sværere at lukke op mod normaldriften, end det var at lukke ned. Ved nedlukningen var alle forstående overfor, at dette var en krise, som var ukendt og kun kunne løses ved at stå sammen. Omkring oplukningen, øjnes der visse revner i sammenholdet. For vurderingsklinikernes vedkommende kommer det til udtryk ved en manglende kommunikation og forståelse omkring, at mens resten af huset er i gang med at normalisere driften og har blikket rettet mod oplukning, pukkelafvikling og afvikling af overarbejde og vagtplaner for sommerferien, har FAM/vurderingsklinikkerne fortsat mange patienter, der kræver indledende isolation for at se, om de er smittede med COVID-19. I Odense mellem 40-60 patienter per døgn, hvilket stadig kræver ret mange ekstra ressourcer.

På den anden side oplever de afdelingsledelser, der afgav, og til dels stadig afgiver, ressourcer til FAM'erne at de nu bliver nødt til at kunne trække deres medarbejdere tilbage til egne afdelinger.

Organisationen som helhed kom derfor til at stå i et vadested med delvist modstridende interesser i dens forskellige afdelinger, som bliver tydelige i forhold til FAM'erne og vurderingsklinikkerne. Flere afdelingsledelser kalder på en samlet plan for oplukningen, så hele sygehuset har muligheden for at være afstemt i forhold til rationaler, spilleregler og nogenlunde fælles vilkår og rammer, for at kunne vende tilbage til normal drift både fysisk og mentalt.

Afdelingsledelsen i FAM Odense fortæller: Den måde at håndtere fronten i FAM som "FAST TRACK" kan udnyttes fremadrettet. Klinikken passes af praktiserende læger og de kan langt hurtigere end os vende patienter i døren. 95 % af patienterne set i vurderingsklinikkerne blev sendt hjem, hvilket sparede os for rigtig mange isolationspatienter og gav os erfaringer med, hvordan man hurtigt kan vurdere patienter.

9.5.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Almen Praksis bør fra starten indgå i det samlede beredskab.

9.6 Håndtering af hygiejneindsatsen

9.6.1 Beskrivelse af indsatser

Forankring af opgaven

Grundlæggende og over en bred kam giver hele organisationen, og rigtig mange af de interviewede afdelingsledelser udtrykker det eksplicit, en meget stor cadeau til hygiejneorganisationen, hygiejnesygeplejerskerne og Klinisk Mikrobiologisk Afdeling under hele forløbet. De få skønhedspletter, der anføres, skal derfor tolkes i den kontekst. ”Uden deres indsats, ville det potentielt være blevet meget værre”, som det udtrykkes af en afdelingsledelse.

Opgaven

Hygiejneområdet har i sagens natur været et centralt fokus gennem hele COVID-19-krisen. Ændringerne i retningslinjerne, herunder udmeldinger via Strategisk Ledelsesbreve var meget hyppige og til tider skiftende. Der er en bred forståelse af, at det skyldtes eksterne udmeldinger, som skulle ”oversættes” inden udmelding og implementering på OUH. Især i den første og mest usikre fase oplevedes en træghed i tiden fra central udmelding om adfærd og ændrede retningslinjer, til udmelding på OUH. Det anerkendes, at dette formodentlig var uforskyldt, men det gav anledning til mange spørgsmål og stor usikkerhed blandt medarbejdere, som ledelserne ikke kunne give entydige svar, eller de gav ufuldstændige svar, som efterfølgende blev ændret, enten på grund af misfortolkninger eller at der igen skete ændringer i retningslinjerne.

Direktionen erkendte med det samme problemstillingen omkring forsinkelse i information fra central udmelding, til lokal oversættelse og forsøgte at imødekomme denne udfordring. Dette ses blandt andet i udsendelse af Strategisk ledelsesbrev af 11. marts 2020 kl. 21:57, som fortæller: ”Statsministeren har her til aften på et pressemøde præsenteret en række nye tiltag i indsatsen mod corona-spredningen i Danmark. Vi er klar over, at det rejser mange spørgsmål om, hvad det helt konkret betyder for os her på OUH. Direktionen følger op og vender hurtigst muligt tilbage med nærmere information i løbet af formiddagen fredag”. Denne linje med at give information om, at vi ikke ved det lige nu, men vender tilbage med yderligere information på dette tidspunkt, er fulgt gennem hele forløbet. Den ses som en rød tråd i de 50 strategiske ledelsesbreve, der er udkommet i den periode, som evalueringen dækker, hvilket er blevet hilst meget velkomment i hele organisationen.

Der er, som nævnt, stor anerkendelse af hygiejneorganisationen under hele forløbet, ligesom behovet for de hyppige ændringer bliver fuldt accepteret bredt i organisationen. Men det angives ligeså bredt, at man i en krise skal afvige fra den normale ledelsesfilosofi med at give afdelingsledelserne et stort lokalt råderum. Hygiejneområdet, herunder anvendelsen af værnemidler, skal under en krise som denne styres rigtigt og detaljeret, så der ikke er mulighed for at lave afdelingsspecifikke fortolkninger på områder, hvor der kan formuleres *bør/kan*, hvis det er *skal*, som er det fornødne. Ligeledes var der behov for at ændringerne trådte hurtigt i kraft, og der var derfor ikke tid til at sende vejledninger i høring som vanligt. Arbejdsgruppen for Kliniske Scenarier understøttede dog KMA med bidrag og perspektiver ifm. udarbejdelse af retningslinjer.

Det angives af enkelte afdelingsledelser som afgørende, at hygiejnesygeplejerskerne skal være fuldstændig afstemte i deres rådgivning.

Forløb og handlinger

Arbejdsgruppe for kliniske scenarier var ind over en lang række områder omkring hygiejne og brugen af værnemidler, som blev accelereret primo marts 2020 i forbindelse med, at alle afdelinger skulle kunne håndtere obs. COVID-19 patienter. Det betød, at det var nødvendigt at nå ud til alle medarbejdere, som kom i kontakt med patienter, herunder læger, plejepersonaler, ambulanceredde, service og rengøring.

Arbejdsgruppen laver status den 2. marts 2020 og konkluderer, at alt personale nu er instrueret om værnemidler. Det gælder også for dem, der skal gøre rent og transportere patienter. Sluttelig anføres en generel udfordring om, at der skal aftales nærmere omkring håndteringen af dette med afdeling H.

9.6.2 Analyse

Patienten først

Afdelingsledelsen for afd. H og til dels afd. D anfører i deres interview, at det har været en udfordring for dem, at de kontinuerligt har måttet være afsøgende for dels at følge med i de hyppige opdateringer, dels, at de generelle udmeldinger har skullet oversættes til deres særlige patientgrupper. Det har også ført til, at personalet orienterede sig i retningslinjer eksternt for at finde den rette fremgangsmåde. På afd. D forestillede man sig eksempelvis ikke fra starten, at fødende kunne præsentere sig med COVID-19 i alle mulige afskygninger: "Vi skulle være gearet til at klare obs. barslende, børn på H, eller har en mand, der er obs."

Afd. H og D anfører dog samstemmende, at det var godt med en kort responstid, hvis man havde behov for kontakt til hygiejnesygeplejerske og infektionsrådgiver. Men behovet for henvendelse kunne være reduceret, hvis man konsekvent havde medtænkt børn og fødende, da afdelingerne skulle fortage egne fortolkninger og lave et fuldt set-up selv, når "huset" lavede ændringer, og kom med nye eller opdaterede forholdsregler og anvisninger.

Patienternes oplevelse af forløbet med COVID-19 har vi på nuværende tidspunkt ikke et systematisk overblik over på OUH. En del afdelingsledelser nævner dog, at patienterne efter deres vurdering har følt sig trygge ved personalets håndtering, selv om restriktionerne for besøg af pårørende har påvirket mange. Mange afdelinger angiver endvidere en stor forståelse fra patienterne omkring den bratte nedlukning, som medførte rigtig mange udskydelser og aflysninger. Langt størstedelen af patienterne anerkendte behovet for nedlukning af ikke akutte aktiviteter, ligesom mange der blev kontaktet, udtrykte at de heller ikke ønskede at komme ind på sygehuset på grund af smitterisikoen.

Usikkerheden blandt personalet omkring de infektionshygiejne procedurer nævner rigtig mange afdelingsledelser. Denne var især udpræget i starten, men opleves til dels stadig. Det skyldtes blandt andet en oplevelse af, at meldingerne, som nævnt, skiftede – nogle gange fra dag til dag – men også at der kom historier om, hvordan man nu skulle agere og det ikke blev – og til dels bliver - fortolket på samme måde rundt om i organisationen. Således er der aktuelle fortællinger om, at medarbejdere angiveligt bliver mobbet, fordi de insisterer på at anvende maske, kittel og visir, selv om det ikke længere er et krav for de angivne procedurer. Det skal dog understreges, at dette er historier, som enkelte afdelinger fortæller om forholdene på andre afdelinger.

Usikkerheden blandt personalet er en ting. En anden er, at der faktisk er flere afdelingsledelser, som nævner, at de er blevet overraskede over, at en del af deres personale har været bange for at komme i kontakt med smittede COVID-19-patienter. Afdelingsledelsernes overraskelse er desto større i og med, at angsten også opleves blandt det kliniske personale, som rutinemæssigt er vant til at håndtere smitterisiko

og tage deres forholdsregler. De fortæller, at der selvfølgelig stadig er mange ting, som er ukendte i forhold til COVID-19, men at smittevejene med ret stor sandsynlighed er erkendte, og kan imødegås med kendte metoder. Derfor burde pasning af COVID-19-patienter ikke adskille fra pasning af andre patientgrupper med tilsvarende smitterisiko.

Arbejdsmiljøfunktionen i HR oprettede i samarbejde med Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik og Ledelsesakademiet i Region Syddanmark et øget psykologisk beredskab specifikt til COVID-19. Det øgede beredskab trådte i kraft den 24. marts 2020. Det øgede psykologiske beredskab omfattede mulighed for via nærmeste leder eller ansvarshavende at blive henvist til 1-5 krisesamtaler ved krisereaktioner under akut opstået hændelse i forbindelse med arbejdet. Derudover tilbød beredskabet organisationspsykologisk sparring og støtte til ledere til håndtering af de krævede omstillinger, som var udløst af arbejdet med håndtering af COVID-19.

Frygten blandt personalet er søgt løst forskelligt på afdelingsniveau. I forbindelse med at bemane COVID-19-afsnittene har nogle afdelinger - hvis det overhovedet var muligt - alene fulgt frivillighedens vej, så ingen kom til at passe COVID-19-patienter, hvis de var bange for det. Andre afdelinger har ikke særskilt anerkendt frygten som diskvalificerende kriterie i deres udpegning. Alle har dog søgt frivillig udplacering og taget hensyn til øvrige private forhold, som manglende børnepasning og det, at man tilhører en risikogruppe. Samtidig angiver samtlige afdelingsledelser, at de selvfølgelig har sikret deres personale den fornødne kompetencemæssige opdatering i forbindelse med COVID-19 både i egen afdeling, såvel som hos udplacerede (se afsnittet om uddannelse og træning).

Højeste faglighed

Mange afdelingsledelser nævner, at de i forbindelse med COVID-19 har fået fokus på, at de nok ikke har været så gode til hygiejne, som de troede. Det udtrykkes, at der er rum til forbedringer på dette område, og at man vil sætte fokus på, at hygiejneregler sidder på ryggraden af alle. En del afdelingsledelser berører fra forskellige vinkler, at der til tider har hersket tvivl om, hvorvidt en retningslinje er baseret på, hvad der kan lade sig gøre, eller hvad der er mest sundhedsmæssigt forsvarligt. Der har været uforståenhed over for forskelle i hygiejnekrav til forskellige organisationer på tværs af samfundet, og teorier om det muliges kunst er således udsprunget herfra.

Den manglende forståelse og oplevelse af manglende logik har ledt til, at personalet skaber egne historier ude på afdelingerne omkring logikken og grunden til, at tingene er, som de er.

Mange afdelingsledelser har oplevet patienter, som har været bange for at komme på sygehuset. Samtidig opleves der ikke den store forståelse fra en del pårørende for de restriktioner, der har været som ledsagende.

Blandt andet er der udtrykt behov for, at man næste gang er tydeligere på, hvad det vil sige at have et kritisk forløb, hvor den pårørende må komme med. Der er generelt et ønske om, at "hygiejnefolket" tager beslutninger på området og melder dem entydigt og præcist ud.

Afdelingsledelserne oplever, at personalet generelt har følt sig velinformeret, men at der har været alt for mange informationer omkring værnemidler og nye retninger om hygiejne. Der opfordres til, at man dels kunne have været skarpere i udmeldingerne fra centralt hold, og man en anden gang dels kunne overveje, om alle de løbende ændringer har været nødvendige at udsende i så små bidder. Måske skulle man i stedet samle lidt mere sammen, inden man igen laver en ændring. "Det, personalet havde lært mandag, var

anderledes onsdag". En del af løsningen på disse udfordringer mener flere afdelingsledelser peger mod dem selv, og at de skal blive bedre til at få ledelsesansvaret frem. Derudover bringes AMR og hygiejnekoordinatorer frem, som ressourcer, der kunne have haft en opgave i at gå rundt og holde øje med, om folk overholder reglerne.

Rengøring og hospitalsservice fortæller, at de har oplevet, at noget personale blev opfattet som værende vigtigere end andre, men afdelingen arbejdede efter, at hvis plejepersonalet havde værnemidler på, så skulle deres medarbejdere også.

Logistik nævner, at retningslinjerne omkring hygiejne var meget målrettet de kliniske afdelinger og ikke eksempelvis portører. Dette er helt naturligt på et sygehus, men det gav mange spørgsmål fra en personalegruppe, som heller ikke er dem, der normalt læser lange instrukser.

Som nævnt indledningsvis, fremhæver afdelingsledelserne i særlig grad, at både hygiejnesygeplejerskerne og Ledende overlæge fra Klinisk Mikrobiologisk Afdeling har været meget pragmatiske hele vejen igennem. Som en udtrykker det: "De har trukket i den fornuftige retning, når det kammede over. De har været en stor hjælp og været virkelig gode".

9.6.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Krisesituationer af infektionshygiejnisk karakter kræver detailstyring via retningslinjer og instrukser, som giver konkrete og fælles anvisninger/forholdsregler, der reducerer den lokale fortolkning mest muligt.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

- Det anbefales, at der fremadrettet tænkes i løbende vedligeholdelse af både klinisk personale og personale uden for klinikens kompetencer med hygiejne, især håndhygiejne. Det kunne evt. gøres til en del af "intropakken" sammen med brandkursus og hjertestopskursus.

9.7 Laboratorie – kapacitet og flow

9.7.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

Laboratorierne fik deres egen klynge under formandskab af Ledende overlæge Niels Marcussen, Afdeling for Klinisk Patologi. Klyngen oplevede i starten nogen usikkerhed omkring opgavens størrelse og især, om der kunne leveres de fornødne forsyninger, så produktionen kunne skaleres til at imødekomme den formodede massive efterspørgsel på analyser.

Forankring af opgaven

Klinisk Mikrobiologisk afdeling (KMA) var nøglespiller i og med, at det var klart at de skulle foretage den største produktionsøgning og samtidig huser infektionshygiejnen, som ligeledes var en helt central hovedaktør med deres rådgivning af hele huset, og i deres arbejde med løbende revision af retningslinjer og instrukser.

Laboratorieklyngen afholdte indledningsvist hyppige møder og frigjorde beredvilligt personale til – om fornødent – at bistå KMA med både bioanalytikere, molekylærbiologer, sygeplejersker og lægesekretærer. Da worst-case scenariet i form af italienske tilstande ikke materialiserede sig, er klyngemøderne siden minimeret og blevet erstattet af løbende dialog. En laboratorieleder udtrykker det således: ”Klyngemøderne blandt ambulatorierne blev lidt tomme og afholdt en gang om ugen på video. Vi fandt hurtigt ud af, at vi ikke fik brug for at flytte ressourcer mellem hinanden”.

Forløb og handlinger

Som følge af specialeplanen for klinisk mikrobiologi, hvor diagnostik af emerging infectious diseases er forbeholdt Statens Serum Institut, var det først 24. februar 2020, at SST besluttede, at de store KMA'er i Danmark måtte sætte analysen op.

Mandag den 2. marts 2020 (uge 10) angiver laboratoriegruppen, at ”KMA har sat analysesystemet op, men risikerer at komme til at mangle PCR-reagenser, som er i restordre. Det kan blive en udfordring. Forhåbentlig kan der komme gang i de lokale analyser i løbet af fredag. Logistik undersøger leverancemuligheder”. Den 3. marts 2020 er PCR-kapaciteten udfordret i forhold til kits. KMA er i dialog med virksomheder omkring levering, der forventes i uge 13. KMA overvejer ligeledes alternativer (er der andre hospitaler eller andre steder, fx universiteterne, som kan hjælpe).

Den 6. marts 2020 begynder KMA på OUH at lave egne analyser for SARS-CoV2, hvorefter prøver ikke længere skal sendes til Statens Serum Institut. Rekvisition og prøve kan sendes i rørpost til KMA, mens analyserne foretages kl. 8.00 og kl. 15.00 med svar kl. 14.00 og 22.00. Der udsendes særskilt meddelelse til afd. H og Q, mens alle afdelinger den 7. marts 2020 modtager information om de ændrede procedurer for rutineprøver.

Den 27. marts 2020 anmodes KMA om at se, hvorvidt de kan reducere svartiderne ud fra et hensyn om, at der anvendes mange værnemidler i de ca. 12 timer, som det på daværende tidspunkt, tager fra podning for COVID-19, til der er svar på testen. KMA udvider kapaciteten og kører hyppigere runder end de hidtidige 3, hvilket også betyder at blandt andre FAM'erne får hurtigere svar. KMA mangler ikke reagenser til COVID-19-testning og kan derfor for nærværende køre 700 analyser pr. dag, og har forsyninger nok til 14 dage. Det nævnes dog, at disse skal deles med hele Region Syddanmark. KMA har haft kapacitet til også at udføre diagnostik for de jyske KMA'er og for Region Sjælland. KMA undersøger muligheden for at få forsyninger fra Syddansk Universitet, som er meget velvillige til at hjælpe, men desværre ikke har platforme eller reagenser, som kan anvendes til diagnostikken. I et samarbejde etablerer KMA og SDU et manuelt

oprensespor, hvor SDU ansatte oprenser prøver på KMA, som selv udfører PCR-analysen. Dette spor (TRIZol) kører i en periode som supplement og kan anvendes fremover, hvis leverancer til mere automatiserede systemer svigter. KMA anskaffer også et nyt oprenseapparat, hvor leverandøren kan skaffe mange oprensekits, som har været flaskehalsen for høj analyseaktivitet.

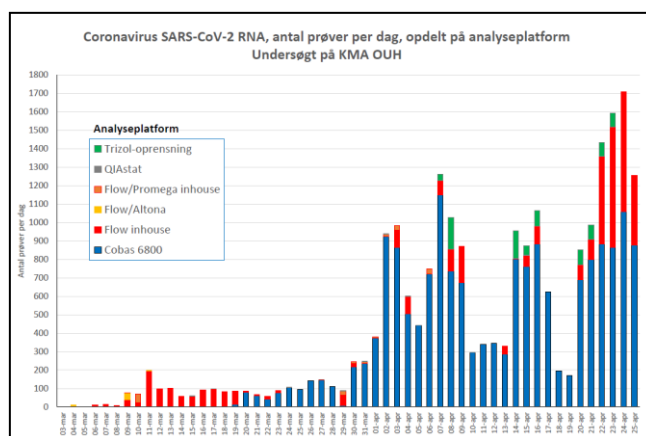
I slutningen af marts 2020 angiver klyngen i et referat, at KMA stadig er pressede, men at de stadig selv kan klare den øgede efterspørgsel.

9.7.2 Analyse Helhed og ansvar

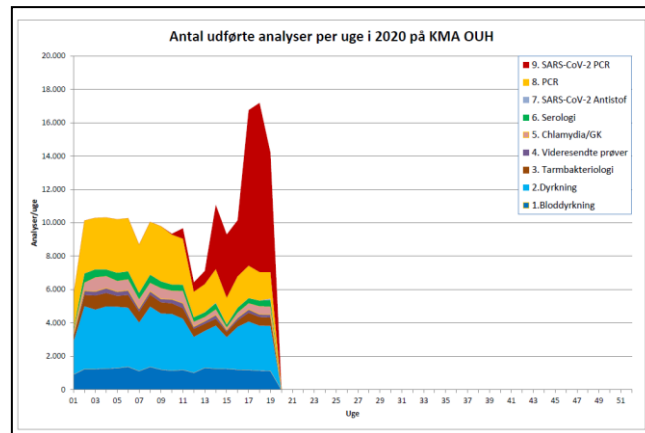
KMA har allerede fra de indledende faser søgt at øge deres kapacitet ved anskaffelse af reagenser og nyt apparatur, som meget hurtigt blev besluttet indkøbt og ibrugtaget. Denne strategi muliggjorde anvendelse af flere systemer. Gennemgående har strategien ligeledes været at få en så høj grad af automatisering, som muligt. Imidlertid har automatiseringen vist sig at have den ulempe, at man gør sig meget sårbar over for leverancer fra producenterne. Således gav det udfordringer, at Roche i en periode ikke kunne levere de fornødne kits til det ene fuldautomatiske system, og de fornødne komponenter til et andet system, hvorfor en del arbejde skulle laves semi-automatisk og håndholdt, til der igen kom leverancer. Derfor vil man opretholde kompetencerne hos bioanalytikere og molekylærbiologer, så de fortsat kan lave håndarbejde og in-house opsætninger. Det er i Danmark endnu ikke muligt at få et tilstrækkeligt antal kits til de fuldautomatiske systemer, hvorfor der fortsat er behov for at anvende en kombination af flere forskellige analyseplatforme.

Medio april 2020 angives status fra laboratorieområdet, som værende roligt, men at der forventes at komme nye aktiviteter i forbindelse med nationalt testcenter.

Den 28. april 2020 fortælles det, at der er travlt med opgaver omkring testcenter og pøde-klinikker, samtidig med at den normale aktivitet er på vej tilbage oveni et højt antal prøver for coronavirus.



Figur 9.7-a



Figur 9.7-b

Svartiderne har løbende været i centrum. Dels af hensyn til patienterne, som venter på et svar. Men også af hensyn til patient-flowet.⁷ Jo hurtigere svar, jo hurtigere mulighed for at af-isolere, ændrede forholdsregel ved transport, overflytning og så videre.

Organisatorisk har arbejdet med COVID-19 givet nogle udfordringer, som kunne overvejes fremadrettet. Det har været vanskeligt at agere i et område, der både har en kobling nationalt, regionalt og internt. Således har KMA siddet med i det nationale arbejde, hvor der er truffet beslutninger med afsmittende effekter nationalt og regionalt. Det virkede godt, men der var usikkerhed omkring mandatet og ledelsesstrengen. Samtidig er det ind i mellem gået så hurtigt, at det har været svært at sikre orienteringen hele vejen rundt til region, de øvrige sygehuse og egen direktion. Det samme gør sig gældende for beslutninger, der blev truffet regionalt, som ikke altid nåede ud til de relevante aktører, ligesom det blev oplevet at det infektionshygiejniske perspektiv ikke altid blev medtænkt i tilstrækkelig grad i første omgang. Fremadrettet kunne det være formålstjeneligt at få defineret aktørernes respektive roller og ansvar, så det ikke er op til den enkelte selv at vurdere, om det er sådan, det skal være.

Etablering og bemanding af testcentret i Odense blev placeret hos en afdeling; KBF. Det var godt set og gjorde ansvaret smidigt og entydigt. Det er blevet anset som en spændende opgave, der har skabt nye og positive samarbejdsflader til eksterne; telte, hjemmeværn, præhospital, brandvæsen osv.

Samarbejdet mellem laboratorierne og i forhold til resten af huset oplevedes overordnet under hele forløbet, som godt og konstruktivt. Det har været muligt med en hurtig og tæt kontakt til både interne og eksterne. Der har været muligheder for at lave et grænseløst samarbejde i forbindelse med COVID-19 anti-stof test. KBF har kunnet køre automatiserede analyser på eksisterende apparatur, men opgaven er ifølge KBF lagt som manuelt arbejde i KMA uden fornøden interesse for tværfagligt samarbejde med KBF.

KIA nævner, at JUST-IN-TIME har mange gode elementer i sig under normale omstændigheder, men at det ikke altid er den bedste løsning i forhold til forsyningssikkerheden, hvorfor det bør overvejes, om man skal have beredskabslagre.

⁷ Jf. afsnittet "Fakta om COVID19 epidemien på OUH"

KMA har gennem hele forløbet oplevet sig som værende ved godt mod og fuld af følelsen af, at vi sammen kan klare det. Samtidig har de følt sig pressede og gør det stadig medio maj 2020 på grund af det stadig eksisterende behov for at køre en høj produktion i forbindelse med test af patienter, personale og borgere. Som afdelingsledelsen udtaler: "Bjerget er ikke overstået". De kører stadig med en overproduktion og har 50-100 procent ekstra arbejde, der omhandler nye forsyninger, oplæringer, finde erstatninger for restordrer mv. Bioanalytikerne kan fortsat ikke regne med deres arbejdsplan. Der er i den forgangne periode ansat 10 ekstra, hvilket hjælper, men også er meget ressourcekrævende på grund af fornøden oplæring. Generelt tager de ansatte det pænt, men er slidte. Det gælder også overlægerne, som har arbejdet mange timer, inklusive lørdage og søndage. Det har simpelthen vist sig umuligt at få timerne til at gå op. Ved en eventuel anden bølge, kunne det måske overvejes at etablere en beredskabsgruppe.

Sluttelig peges der i laboratorie-gruppen på ulempen ved fælleskontorer, som i situationer som denne, kan udgøre en smitterisiko.

9.7.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Ansvar og roller bør defineres på forhånd, så der er klarhed over mandater og snitflader både lokalt, regionalt og nationalt.
- Overvej at etablere en gruppe på OUH med en direktør for bordenden til sikring af kapaciteten på tværs af laboratorierne.

9.8 Udstyr og værnemidler – forsyninger

9.8.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

I løbet af februar 2020 blev det klart, at udstyr og værnemiddelforsyningen kunne blive en udfordring. Styregruppen konstaterer den 26. februar 2020, at der opleves leveranceproblemer i forbindelse med en lang række værnemidler. Den største umiddelbare mangelvare er FFP3 masker. Fredag d. 21. februar 2020 konstateres det, at OUH har til ca. 14 dages normal drift.

Vurderingen var samtidig, at efterspørgslen ville stige markant, da OUH var udpeget som et af seks sygehuse, der skulle håndtere patienter med COVID-19 samt starte test for SARS-CoV-2. De normale leverandører kunne ikke efterkomme den stigende efterspørgsel på værnemidler, ligesom ordrebekræftelser ikke nødvendigvis blev overholdt. Der var allerede på dette tidspunkt ligeledes fokus på et område, der siden skulle komme til at fylde meget, nemlig behovet for opdaterede retningslinjer vedr. anvendelsen af værnemidler.

Forankring af opgaven

Arbejdet med forsyninger af udstyr og værnemidler blev placeret under en arbejdsgruppe, der blev nedsat til formålet med betegnelsen Arbejdsgruppen for Forsyningssikkerhed (nogle steder også benævnt Arbejdsgruppe vedr. udstyr). Dette blev meldt ud den 18. marts 2020 i Strategisk ledelsesbrev.

Gruppen blev besat af:

Ledende overlæge Lonnie Froberg, afd. O (formand)
Afdelingsleder Lars Krause Nielsen, Logistikafdelingen (formand)
Ledende overlæge Anette Holm, KMA
Ledende overlæge Henrik Stougaard, afd. V SVB
Stabschef Anna Skat Nielsen, Klinisk udvikling
Hygiejnesygeplejerske Mette Detlefsen, KMA
Hygiejnesygeplejerske Hanne Højvang, KMA
Indkøbs- og lagerchef Morten Rasmussen, Logistikafdelingen
Oversygeplejerske Lone Møller, HCA Børnehospital
Risikomanager Helle Rexbye, Klinisk udvikling (sekr).

Forløb og handlinger

Arbejdsgruppen konstaterer på sit møde den 5. marts 2020, hvorfra det først tilgængelige referat foreligger, at situationen overordnet vurderes som god. Der er modtaget 18.000 FFP3 masker, hvilket ved normal drift svarer til et halvt års forbrug. Regionen indkøber mundbind og OUH har bedt om 50.000 samtidig med, at der er 10.000 på lager, hvilket ved normal drift, svarer til 3 måneders forbrug. Logistik er ved at bygge lagre med kitler, handsker og visirer i det gamle vaskeri. Mht. håndsprit, servietter og klude forudses ingen leveringsproblemer og der er til 3-4 ugers forbrug på lager.

En afdelingsledelse oplevede bl.a. starten således: ”Efterhånden fik vi hånd om det i egen afdeling – men der var usikkerhed, om der ville komme italienske tilfælde”.

Kondylombehandling bliver sat i bero. Der er leverancer på vej, men de italienske erfaringer viser, at patientvolumen med COVID-19 pludselig kan stige betydeligt og sætte os under pres. Der udarbejdes en

”kritisk-liste” over produkter, hvor der kan forventes et øget forbrug, ligesom der er usikkerhed omkring ekstra udstyr til iltterapi og respiratorbehandling.

Arbejdsgruppen vurderer på sit møde den 10. marts 2020, at situationen omkring udstyr fortsat vurderes som god, men med stor usikkerhed omkring fremskrivning af forventet forbrug. FFP3-masker: RSD har til 286 ugers forbrug i normaldrift. Har desuden ordre liggende på 15.000 yderligere, som da vil sikre os et totallager på 40.000. R2-masker: Vi har 67.000 på lager, dvs. til 11 uger. Desuden 0,5 mio. i bestilling. Øvrige værnemidler (visir, kitler etc.): Lager er oparbejdet. Podepinde er det mest kritiske. KMA afsøger alternative muligheder. ”Kritisk liste”: Logistik har udarbejdet en samlet produktliste, og er ved at købe ind efter den. Indkøb af medicin – herunder iv. væsker - varetages fra national side.

Sideløbende med arbejdsgruppen på OUH oprettes en regional intensiv gruppe, og under den er der også en utensilieundergruppe med deltagelse fra OUH. Via denne gruppe bestilles 20 ekstra respiratorer ud fra erfaringerne fra Italien, der tilsiger, at 10-30 pct. af patienterne har brug for intensiv terapi.

Det besluttes, at alle sygehuse skal kunne modtage COVID-19 patienter, hvorfor der distribueres pakker/værnemidler til Svendborg.

Arbejdsgruppen konstaterer på sit møde den 12. marts 2020, at lagerbeholdninger på visirer lige nu er ”i gult”. Der forsøges at skaffe en type, som er lidt kortere. ”Kritisk liste” ser fornuftig ud. Der er sendt mail ud til alle afdelinger med, hvordan man skal forholde sig ved mangel på skaffeverer. Der har ikke været tilbagemeldinger om udfordringer.

Arbejdsgruppen konstaterer på sit møde den 16. marts 2020, at der har været en del aftræk i weekenden. Logistik køber alt, hvad der er muligt af kitler, visirer og masker. Beholdningen udgør 15.000 gule kitler, 6.300 blå kitler, 27.000 kirurgiske masker, 13.000 FFP3 masker. I tilfælde af akut mangel på værnemidler samarbejder Logistik og KMA om alternativer.

I forbindelse med at alle patienter fremadrettet forventes at kunne præsentere sig i alle afdelinger, tages der beslutning om at udsende ”start standard-pakke” til samtlige afdelinger, som ikke hidtil har haft COVID-19-patienter inkl. Radiologisk med: 25 kirurgiske masker, 25 kitler og 15 par briller (kan vaskes). Øvrigt udstyr bestiller afdelingerne via normalsystemet (ILS). Informationen formidles i Strategisk ledelsesbrev sammen med link til video fra RSD om, hvordan værnemidler anvendes.

Arbejdsgruppen anfører i referat fra møde den 21. marts 2020, at der nu opleves svigtende leverancer af masker. Der kommer måske masker fra Singapore tidligst den 30. marts. Der påbegyndes indsamling af masker fra dagskirurgi (i hvert fald fra OLAV), traume og medicinske nødkald i relevant omfang samt et mindre antal fra F, Z, K og D. Derudover anlagdes en stram styring på udlevering af type2R-masker sammen med en prioritering af Intensiv, J, Lungemed SVB, Q og så ned af efter eskaleringsplan. Sluttelig igangsattes en øget kommunikation omkring rationel og rigtig anvendelse af værnemidler sammen med rundringning til dyrelæger og andre, som måske kunne have et lager, de ville stille til rådighed for sygehuset.

Den 1. april 2020 vurderes situationen at være mere rolig. Der forventes en større sending type 2 masker i dag, ligesom der stadig er på lager. I forhold til FFP3 er beholdningen ikke kritisk. Der er ligeledes en

(større) beholdning fra Beredskabslageret med overskredet udløbsdato, som er testet og godkendt af Teknologisk Institut. Handsker, sprit og spande er på lager.

Den 3. april 2020 vurderes situationen stadig rolig.

Den 14. april 2020 er alt stadig ok, om end der har været et stort træk over påsken, da Logistik via RSD er blevet bedt om at aflevere 50.000 mundbind og 5.000 kitler til almen praksis i RSD og Region Nord. Der er pakket sæt med 50 mundbind og 5 kitler til hver praksis i RSD.

Arbejdsgruppen behandler på mødet den 23. april 2020 en ny instruks fra KMA for modtagelse af screeningspatienter (asymptomatiske patienter). Her anbefales full-face visir ved modtagelse af patienter, hvor der ikke kan holdes 1-2 m afstand, og hvor der er risiko for stænk og sprøjt.

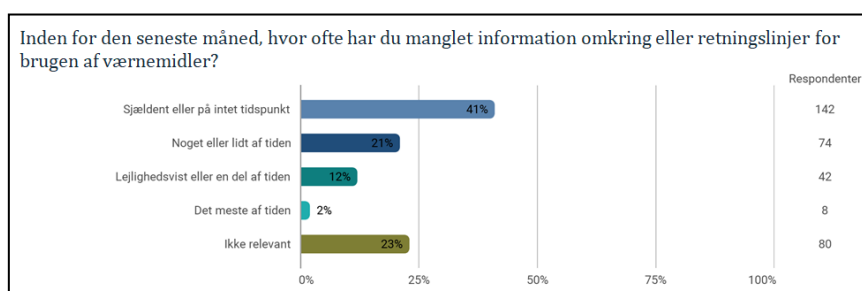
Arbejdsgruppen skriver den 5. maj 2020, at situationen generelt er fredelig, og der fortsat købes ind. "Det kan mærkes, at sygehuset er på vej tilbage imod normal drift i forhold til de varer, der nu bestilles". Mødekadencen nedsættes til møde en gang ugentligt.

Undersøgelse af medarbejdernes oplevelse af information om værnemidler

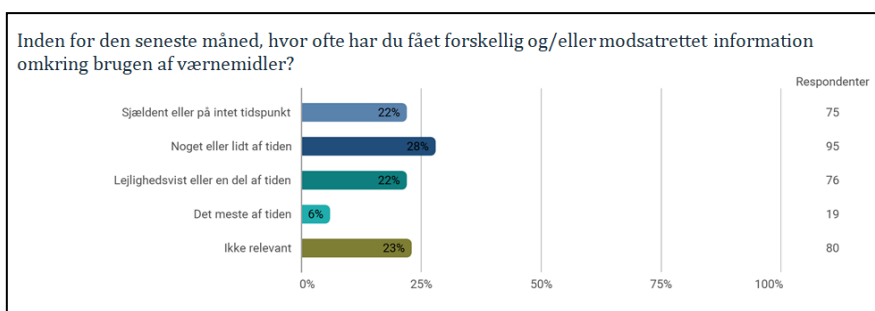
Spørgeskemaundersøgelse gennemført af Center for Patientkommunikation i perioden 7. – 25. maj 2020 dækkende 352 respondenter på OUH.

26 % (68 af 264) har oplevet at mangle værnemidler på et tidspunkt i løbet af corona-pandemien. I kommentarerne nævnes mangel på følgende: visirer, mundbind, handsker, forklæder, briller, overfladedesinfektion, og håndsprit. Endvidere er der flere der har skrevet følgende i kommentarfeltet: utryghed grundet forskellige anbefalinger og retningslinjer for brug af værnemidler, skepsis ift. sammenhæng mellem mangel på værnemidler og ændring af retningslinjer, tidsforbrug fordi man skal lede efter værnemidler, oplevelse af at nogle værnemidler er blevet gemt væk, stort fokus på genbrug af værnemidler eller at spare på disse.

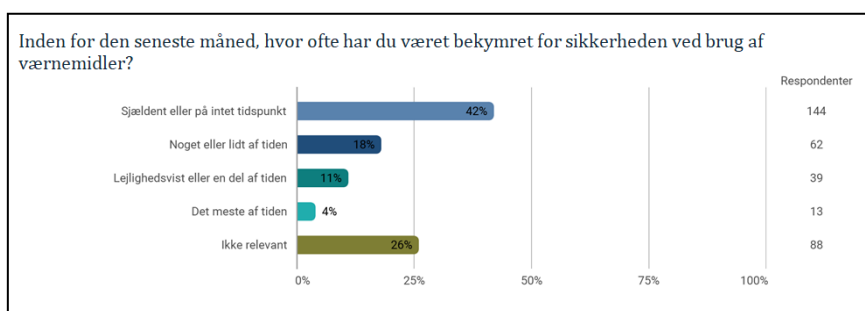
22 % oplyser, at de har haft den nødvendige information til at håndtere eventuel mangel på nødvendige værnemidler, mens 42 % at de delvist har haft den nødvendige information.



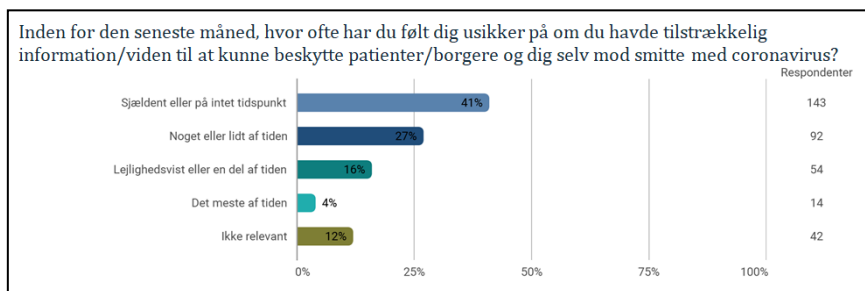
Figur 9.8-a



Figur 9.8-b



Figur 9.8-c



Figur 9.8-d

Interviews med afdelingsledelserne viser, at det var svært at kommunikere troværdigt over for personalet om værnemidler grundet de skiftende retningslinjer. Der var ikke konsensus om den konkrete anvendelse af reglerne på tværs af huset.

9.8.2 Analyse

Højeste faglighed

Der er bred konsensus omkring, at reglerne for brugen af værnemidler især i den indledende fase blev oplevet som slingrende og skabte usikkerhed. Dette er blevet forstærket af, at fortolkningen af retningslinjer har været uensartet rundt i de forskellige afdelinger. Fx anvendelse og rengøring af visirer på tværs af huset. Nogle fortæller, at de havde fået at vide, de skulle bruge værnemidler, mens andre ikke havde – bl.a. portører. ”Vi manglede retningslinjer omkring, hvornår man skulle beskyttes, men det manglede alle”. ”Efterhånden fik vi styr på brug af værnemidler. Drøftelsen afspejlede situationen uden om; forsyningsproblemer eller lægefaglig-hygiejniske årsager. Der kom ro på, og det gav ro”. Usikkerheden

nævnes også som rodfæstet i den generelle usikkerhed, der lå omkring hele situationen på både sygehus og i samfundet.

Mange ledelser har forsøgt at imødegå usikkerheden omkring situationen og beskyttelse af deres medarbejdere ved at være mere synlige i deres afdelinger, så de var lettilgængelige for besvarelse af spørgsmål og samtidig vise, at det her er vi sammen om. En ledelse fortæller, at de holdt daglige ledelsesmøder på gangen med mulighed for at stille spørgsmål fra alle dem, som var i afdelingen. De lavede daglige referater, som blev hængt op ved kaffestue og kom på lysavisen. Intet var for småt.

Fra en bred kreds af afdelingsledelser udtrykkes en stor anerkendelse af personalet, som på trods af egen usikkerhed om smitterisiko og risikogrupper, til stadighed har bevaret fokus på deres opgaver og hjulpet patienterne gennem hele forløbet.

Der var på intet tidspunkt tale om en reel mangelsituation på værnemidler, og det udtrykkes ikke af nogen i interviews, at der direkte har manglet værnemidler. Med faglig vejledning fra KMA blev det sikret, at de værnemidler, der blev brugt, blev brugt rationelt og var af rette kvalitet. Flere ledelser fortæller dog om situationer, hvor det har været tæt på og man via kreative løsninger med ændrede arbejdsgange (fx at sygeplejersker i stedet for laboranter tog blodprøver hos isolerede patienter, når de var inde ved patienten, at man samlede aktiviteterne i stedet for at gå ind mange gange, og at der blev lavet en springer på gangen, som fik rakt prøverne ud i stedet for selv at skulle forlade rummet osv.), fælles hjælp og lån fra andre, har fået det til at fungere på forsvarlig vis under hele forløbet. Det kan også være dette, der afspejles i data fra spørgeskemaundersøgelse gennemført af Center for Patientkommunikation, hvor som nævnt 26 % (68 af 264) har oplevet at mangle værnemidler på et tidspunkt i løbet af corona-pandemien.

Logistik nævner, at deres samarbejde med de kliniske afdelinger omkring prioritering og fordeling af værnemidler har været dynamisk og forbilledligt, så de hele tiden har kunnet fordele efter aktuelt behov.

Der er langt mellem de kritiske udsagn omkring udstyr og værnemidler fra afdelingsledelserne, selv om flere gerne havde set ind i en situation med større lagre end det, der var til stede i den foreliggende situation. Mange nævner, at COVID-19 må være en anledning til at revurdere måden, hvorpå man sikrer forsyninger i en kritisk situation over længere tid.

9.8.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Det bør afklares, om det er relevant og muligt at oparbejde og vedligeholde større lagre af hensyn til forsyningsikkerheden.

9.9 Sammenhængende forløb og udskrivning

9.9.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

Fra starten af COVID-19 forløbet var der opmærksomhed på, at kapaciteten på sygehuset kunne komme under pres. Det betød, at der blev nødt til at være et skærpet fokus på, at udskrivningskriterierne kunne ændre sig, ligesom det kunne betyde at kommuner og alment praktiserende læger potentielt ville få nogle andre opgaver end under normale omstændigheder.

Forankring af opgaven

Sygehuset nedsatte derfor en arbejdsgruppe, hvis opgave det var at sikre samarbejdet omkring det nære og sammenhængende sundhedsvæsen under forløbet. Arbejdsgruppen bestod af:

- Sygeplejefaglig direktør Mathilde Schmidt-Petersen (formand)
- Stabschef Anna Skat Nielsen, KLU
- Oversygeplejerske Ann-Britt Juul, afd. FAM/M
- Oversygeplejerske Marianne Lundegaard, afd. O
- Ledende overlæge, Søren Jakobsen, afd. G SVB
- Kvalitets- og Forbedringschef Peter S. Grøn, KLU
- Specialkonsulent Lasse Borre (sekretariat).

Forløb og handlinger

Arbejdsgruppens første referat er dateret den 16. marts 2020. Heri angives, at både kommuner og afdelinger fortsat skal have fokus på udarbejdelsen af de gode beskrivelser ved indlæggelse og udskrivning. Kommuner må forvente, at patienter kan komme hjem fra sygehuset på skæve tidspunkter. Derfor bør der være en skærpet opmærksomhed på at skalere og forberede hjælp i eget hjem så tidligt som muligt, ligesom man ønsker at understøtte kommunerne i at holde patienterne hjemme af hensyn til kapacitet og smittefare.

Kommunerne skal have adgang til rådgivning, der sikrer vejledning og sparring for at kunne varetage eventuel behandling i primær, og helt undgå (gen)indlæggelse. Til dette formål overvejes oprettelse af et call-center, hvor kommunale sundhedspersoner kan få rådgivning omkring patienter, der ikke nødvendigvis kræver (gen)indlæggelse. Dette blev dog ikke implementeret, dels da det ikke var nødvendigt, dels da afdelingerne i forvejen er forpligtet til at rådgive kommuner og samarbejdspartnere, hvilket allerede sker i praksis.

Den 19. marts 2020 indskærpes det, at alle afdelinger skal være indstillet på at rådgive kommunalt sundhedspersonale. Det er i princippet det samme som vanlig praksis i dag, dog med et forventet større volumen af patienter, der hjemsendes tidligere end "normalt" for at skabe plads på sygehuset. Det gælder som udgangspunkt ikke corona-patienter, men øvrige patientgrupper.

Den 20. marts 2020 anføres, at kommunerne vil gerne hjælpe med at hjemtage patienter tidligere end normalt. Afdelingerne skal (fortsat) være indstillede på at rådgive kommunerne ift. hjemsendte patienter og den forventede øgede volumen. Det skal afdækkes, hvilke patientkategorier kommunerne skal forberede sig på, OUH vil hjemsende tidligere end normalt. Hvilke kompetencer, det vil kræve, og hvordan kommunerne kan forvente, afdelingerne kan rådgive ud over den normale rådgivning.

De kommende dage søges en afklaring på, hvilke patientkategorier, der er tale om, skal hjemsendes tidligere, ligesom det lægges fast, hvilken hjælp kommunerne kan modtage i forbindelse med denne opgave. Det bliver fastlagt, at der fokuseres på IV antibiotika – Rehabilitering – Plejehjemsbeboere. Der forberedes aftaler via Sam:Bo samt med videoer og e-læring for at lave et hurtigt kommunalt kompetenceløft og for at øge aftaleefterlevelsen på OUH. Endelig undersøges mulighed for at afvige fra udskrivelsesfristen i Sam:Bo ift. varslingsfristen på 48 timer.

Den 25. marts 2020 er patientkategorierne fastlagt:

Patienter som kan udskrives tidligere af OUH til kommunerne		
Afdeling	Patientkategori	Aktionsdiagnose
O	Hoftefraktur	
O	iv-beh	
G, Odense	plejehjemsbeboere	DE869
G, Odense	plejehjemsbeboere	DJ189
G, Odense	plejehjemsbeboere	DN409
G, Odense	færdigbehandlede	varierende
G, Odense	terminale patienter	hjertesvigt, cancer
R-seng	alle	febrilia/iv-ab
R-seng		smerteoptimering
NeurokirurgiskAfd. U	Ptt. med behov for aflastningsplads efter vurdering af rehabiliteringspotentiale.	Laesio traumatica cerebri diffusa, sequelae
NeurokirurgiskAfd. U		Haemorrhagia subduralis traumatica , sequelae
NeurokirurgiskAfd. U		Sequelae haemorrhagia subarachnoidalis
NeurokirurgiskAfd. U		Sequelae haemorrhagia cerebri
X	Hæmatologiske patienter med feber	Mange forskellige
afdeling S1	HPN	DK912B DM463 DZ936A
afdeling S1	levercirrose m. fundusvaricer	DK625 DI864 DK766A DK703 DZ952
afdeling S1	terminalt leversvigt, går i HE	DK703
N	Neurorehabilitering	DZ50.8

Der udarbejdes information til de praktiserende læger og kommuner omkring håndtering af COVID-19. Samtidig oprettes et særskilt emnefelt på forsiden af Intranettet omkring Sam:Bo, så alle på sygehuset har let adgang til relevante materialer, aftaler, almen praksis og undervisningsfilm. Endelig slås det fast, at OUH ikke sender værnemidler med patienterne hjem ved udskrivelse.

Den 27. marts 2020 beslutter SOF-OUH, at patienter med COVID-19 godt kan hjemsendes til kommunerne, når de ikke længere kræver sygehusindlæggelse. Det virker til, at der foregår en lang række af initiativer og koordinering på tværs af sektorerne bilateralt, såvel som regionalt, så det er svært at holde overblikket. Emnerne giver imidlertid et godt praj om, hvad der er i fokus. Her drøftes opgørelse over indlagte borgere på kommuner og sygehusniveau, ekstra senge på kommunale plejecentre, retningslinjer for anskaffelse og brug af værnemidler, hurtig udskrivelse af patienter til kommunerne, brug af videokonsultation, behandlingsniveau og fravalg af livsforlængende behandling og fortolkning af Sam:Bo.

Alle parter er enige om, at man stadig skal følge Sam:Bo-aftalen, men at den i aktuelle situation betyder, at den er skærpet på en række punkter, som for OUH omfatter, at vi:

- udskriver alle ugens dage indtil kl. 22, som Sam.bo aftalen giver hjemmel til
- udskriver hurtigt, inden for 48 timer, efter telefonisk kontakt til kommunen
- udskriver hurtigt, hvis plejehjemsbeboere ikke har ændret sig, også efter indlæggelse over 48 timer
- udskriver hurtigt til rehabiliterings- og genoptræningsindsats, eksempelvis efter hoftefraktur
- udskriver patienter i iv-behandling med antibiotika og væsker

- udskrives patienter med COVID-19, selv om de stadig har symptomer, så snart de ikke længere har behov for sygehusbehandling
- udskrives hurtigt terminale patienter, som ikke har brug for sygehusbehandling.

Status for arbejdet med sammenhængende patientforløb og udskrivelser meldes ud i to Strategiske ledelsesbreve hhv. den 1. april og den 2. april 2020. Ved udgangen af marts 2020 opsummeres arbejdet på området i styregruppens referat af 30. marts 2020.

INDSTILLING

Til drøftelse

BESLUTNING I OUH STYREGRUPPE TIL HÅNDTERING AF CORONAVIRUS DEN 30-03-2020

SAM:BO-aftaler følges; de beskriver samarbejdet. Materiale er på intranettet.

Når patienter skal udskrives, er der aftalt med kommuner hvilke grupper. Kommuner uddanner sig til at modtage patienter. Kommunerne er parate til modtage patienter i IV behandling, som er terminale, KOL og patienter som er i smertebehandling.

Kommunikation omkring udskrivne patienter med C-19: SOF-OUH har aftalt med kommunerne, at disse patienter kan udskrives, og kommuner tager sig af dem på lige fod med deres andre C-19-positive patienter.

Ikke alle kommuner er klar til at få C-19-positive patienter hjem.

Ved indgangen til april 2020 handler drøftelserne om håndtering af podninger i kommunerne, som skulle analyseres på OUH samt arbejdsgangen i relation til disse, herunder hvordan der gives svar på testen. Herudover er udskrivelserne fortsat det centrale omdrejningspunkt. Med baggrund i en revision af den nationale retningslinje fra Sundhedsstyrelsen om håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet indføres skærpede krav til kommunikationen mellem OUH og kommunerne i forbindelse med udskriving af borgere med påvist COVID-19, som meldes ud til kommunerne og i Strategisk ledelsesbrev den 7. april 2020.

Hovedbudskaberne til Sam:Bo nøglepersoner og afdelingsledelser var:

- Ved mistanke om smitte eller påvist smitte med COVID-19, skal sygehuset sørge for, at kommunen underrettes både telefonisk og digitalt
- Den telefoniske meddelelse sker til et COVID-19-telefonnummer i den enkelte kommune, som svarer døgnet rundt
- I forbindelse med udskrivelser vil SAM:BO-nøgleordet "smitterisiko" blive gjort obligatorisk at udfylde i plejeforløbsplanen og i udskrivningsrapporten.

Allerede dagen efter – den 8. april 2020 – er der indgået en særskilt aftale mellem Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner om udskrivelse af COVID-19-patienter. Aftalens målgruppe er sårbare borgere, der modtager kommunal hjælp eller støtte (f.eks. på plejehjem, i ældrebolig), som har været indlagt, og hvor der er risiko for smittespredning til andre sårbare grupper. Af aftalen følger, at patienter, som er mistænkt for COVID-19 først udskrives, når testsvaret er kendt og kan formidles til kommunen. Patienter, som er påvist COVID-19-smittet, udskrives først, når de har været symptomfri i 48 timer, så længe sygehuskapaciteten tillader dette. I enkelte tilfælde kan der, efter en grundig dialog mellem sygehus og pågældende kommune, udskrives patienter, når de, ud fra en vurdering af deres samlede situation, har størst gavn af udskrivelse til plejehjem, ældrebolig eller botilbud. Disse patienter kan udskrives før

symptomfrihed i 48 timer, selvom der er kapacitet i sygehusene, ligesom de i øvrigt kan være COVID-19 positive, når de udskrives.

Der synes på dette tidspunkt at være sket en svips, da informationsmaterialet efter godkendelse og udsendelse måtte trækkes tilbage, idet regionen arbejdede parallelt med en aftale, som kunne få indflydelse på materialet fra OUH. Der blev i den forbindelse påpeget, at OUH over for regionshuset ville foreslå, at materialet til kommunerne fremadrettet gøres til fælles regionalt materiale. Det fremgår intetsteds inden for evalueringens tidsramme, hvorvidt dette fremadrettet blev tilfældet. Informationsmaterialet blev siden godkendt og anvendt fra slutningen af april 2020.

9.9.2 Analyse

Helhed og ansvar

Afdelingsledelserne er i langt overvejende grad glade for samarbejdet med kommunerne, som var parate og motiverede for at samarbejde. Mange synes det har været godt, konstruktivt og professionelt. Kommunerne er blevet oplevet som positive overfor at løse denne fælles opgave. Starten bliver dog af flere oplevet som slingrende og vaklende, da heller ikke kommunerne føler sig sikre på, hvad der forestår. Samtidig oplevedes det ikke, som om kommunerne fortolkede de mange udmeldinger og aftaler ens. Med tiden blev aftaler præciseret og der blev lavet de fornødne aftaler omkring, at de skulle tage patienterne tidligere hjem samt hvilke ekstra opgaver, dette medførte. Som en afdelingsledelse siger: "Vi kunne godt fornemme, at man så begyndte at følge aftalerne".

Det er indtrykket fra den fælles erfaringsopsamling i OUH-SOF, at OUH og kommunerne er lykkedes med at holde tæt dialog, og at dialogen har været oplevet som uundværlig, bl.a. ved daglige telefonmøder mellem formændene, ugentlige video SOF-OUH møder med meget stort fremmøde og tæt kontakt mellem afdelinger og plejepersonalet i kommunerne. Det har medført hurtig afklaring af spørgsmål, sikret hurtig beslutningshastighed, understøttet en kortere implementeringsproces og sikret let tilgængelighed. Det er også drøftet blandt deltagerne i OUH-SOF, at samarbejdet i perioden har været kendetegnet ved bl.a. stor fleksibilitet fra alle parter, stor vilje til at finde smidige løsninger og hjælpe hinanden, og at OUH har været hurtig til at give rådgivning og udarbejde vejledningsmateriale til kommunerne og almen praksis. Det er bl.a. drøftet, at det tværsektorielle samarbejde kan fokusere mere på sparring og deling af viden.

9.9.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Efterlevelsen af SAM:BO-aftalerne har været centralt for det gode samarbejde mellem kommunerne og afdelingerne, og OUH kan med fordel fortsat styrke implementeringen af SAM:BO.
- De positive erfaringer med at stille kompetenceudviklingsmateriale til rådighed for kommunerne og arbejde med vidensdeling generelt bør give anledning til at OUH i større omfang fremadrettet stiller sig til rådighed for fælles kompetenceudvikling.

9.10 IT

9.10.1 Beskrivelse af indsatser

Gennemlæsningen af referater fra styregruppe og arbejdsgrupper samt de strategiske ledelsesbreve viser ikke et stort fokus på IT i forløbet fra centralt hold. Samlet set er der 4 nedslag.

Forløb og handlinger

Klinisk IT tilbyder i Strategisk ledelsesbrev af 11. marts 2020 ekstra hjælp til videokonsultationer, blandt andet via "Mit Sygehus". I ledelsesbrev den 25. marts 2020 udsendes meddelelse om, at det nu er muligt at markere COVID-19 status på Cetrea, mens det i brevet den 30. marts 2020 nævnes, at der er lavet adgang for hurtig information til alle medarbejdere via appen MyMedCards. Endelig er der en meddelelse i ledelsesbrevet den 18. marts 2020, hvor det nævnes, at man skal huske korrekt dokumentation af ændringer i Cosmic, så det er i overensstemmelse med de faktiske hændelser i patientforløbet. "Det er vores eneste mulighed for at få overblik over ændringerne i jeres afdeling og på sygehusniveau, når vi senere skal dokumentere betydningen for vores samlede aktivitet".

9.10.2 Analyse

Patienten først

Fra interviewene med afdelingsledelserne kommer der lidt flere input. Flere afdelingsledelser nævner, at det nok ikke har været den bedste løsning at hjemsende dele af IT. I en situation, hvor der er behov for at rykke hurtigt, har det været frustrerende, at IT ikke har været døgnbemandet med mandskab, der kan etablere IT og telefon med det samme. Eksempelvis skulle der etableres COVID-19-afsnit med døgnvarsler, som indebar rokade af mange sengepladser og medarbejdere. Ved initial henvendelse til IT var det ikke muligt at modtage den fornødne support med den fornødne hastighed. De kliniske afdelinger var helt afhængige af, at være fuldt funktionsdygtige fra time 1, inklusive et fuldt funktionsdygtigt set-up med arbejdsstationer, telefoner, net, Pc'er og Cetrea.

Nedlukning af dele af IT udtrykkes også som en gene senere i forløbet. Det opleves som værende svært at få tilstrækkelig hurtig support. Selv om der ikke var tale om akutte opgaver nævnes det, at det alligevel trækker ressourcer og opmærksomhed fra hårdt pressede ledelser og personale, når der skal bruges energi på at få det lavet. Samme melding gælder omkring muligheden for hurtigt at få lavet ændringer i Cetrea og Cosmic.

9.10.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Klinisk IT bør opruste i krisesituationer med udvidet beredskab til support i afdelingerne.

9.11 Lokale instrukser

9.11.1 Beskrivelse af indsatser

I forbindelse med håndtering af COVID-19 har det været afgørende løbende at justere retningslinjer og instrukser på en meget lang række områder i takt med at spredning af sygdommen og dens afledte forholdsregler udviklede sig.

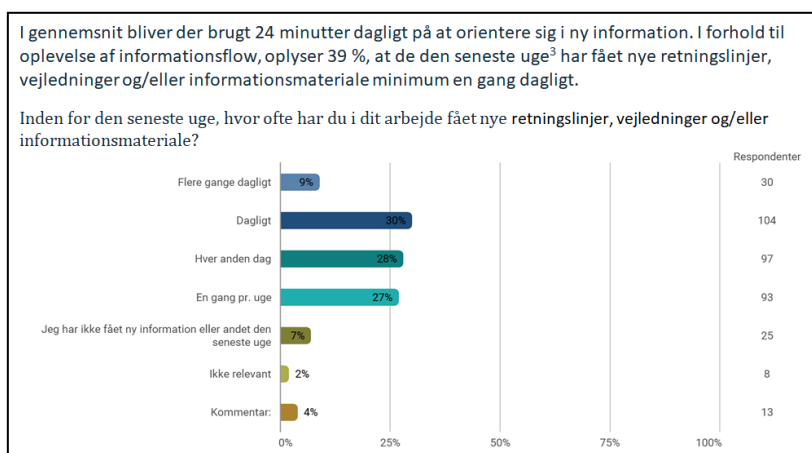
Opgaven

På OUH styres adfærd, anvisninger og forholdsregler i vid udstrækning gennem retningslinjer og instrukser. Forløbet med COVID-19 vidner om endog meget hyppige udgivelse af nye retningsgivende dokumenter eller justering af eksisterende, nogle gange med store konsekvenser for adfærd og arbejdsgange på hele OUH. Der er således anvendt et kendt og gængs virkemiddel i forbindelse med forløbet, men omfanget af opdateringer opleves af mange, som bydende nødvendigt, men af et hidtil uset omfang.

Centralt i arbejdet står retningslinjen ”OUH, COVID-19 – Infektionshygiejne” (DOK ID# 765471), der indeholder infektionshygiejniske forholdsregler ved undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering af patienter med obs. for COVID-19 samt patienter med konstateret COVID-19. Retningslinjen er for nærværende på 13 sider, har tilknyttet 14 bilag og har gennemgået 15 ændringer i perioden fra den 24. januar 2020, frem til mandag den 27. april 2020, hvor podningen af asymptomatiske patienter blev iværksat.

Gennemlæsningen af referaterne fra styregruppe og arbejdsgrupper bærer præg af en endog meget høj kadance for udmeldinger, især i de tidlige faser fra centralt og regionalt hold, som skulle modtages, bearbejdes og eventuelt udmeldes blandt andet i form af justerede retningslinjer på OUH og nogle gange med efterfølgende justering af dokumenter i den enkelte afdeling. Samtidig oplevedes det også i en del afdelinger i lighed med det øvrige samfund, at der blev forfulgt en strategi og en kurs, som ikke altid var entydig, eksplicit og lige.

En søgning på Infonet viser 88 retningslinjer og instrukser, som handler om håndteringen af COVID-19 patienter på OUH, hvor mange har gennemgået en ikke ubetydelig del ændringer i løbet af evalueringsperioden.



Figur 9.11-a Spørgeskemaundersøgelse gennemført af Center for Patientkommunikation i perioden 7. – 25. maj 2020 dækkende 352 respondenter på OUH.

De hurtige og hyppige udsendelser af Strategisk ledelsesbreve oplevedes som gode og nødvendige, men kunne ifølge en del afdelingsledelser være blevet timet bedre. Det oplevedes som opslidende at skulle være på næsten døgnet rundt, alle ugens dage. Udsendelse af hvert ledelsesbrev indebærer, at afdelingsledelsen skal vurdere, om informationen skal oversættes til egen afdeling, og hvordan informationen i givet fald skal videre ud i afdelingen. Det giver et reelt skisma mellem behovet for distribution af hurtig og hyppig information, som på samme tid giver et øget arbejdspress på en i forvejen, belastet afdelingsledelse. Den 14. april 2020 blev det i strategisk ledelsesbrev anført, at: "Ligesom resten af samfundet lægger strategisk ledelsesbrev også an til en mere normaliseret drift. Det indebærer, at vi fra i morgen, onsdag 15. april – sender ud om eftermiddag frem for om aftenen".

De kliniske afdelinger lavede for langt de flestes vedkommende hen ad vejen en meget fast struktur og allokerede dedikerede personer til at sikre, at implikationerne af opdateringerne hurtigt kom ud i afdelingen, men afdelingsledelserne har alligevel måttet allokere en del tid på at vurdere, hvordan og i hvilket omfang en given opdatering skulle kommunikeres ud i deres afdeling. COVID-siden, som hurtigt blev oprettet, tjente i den forbindelse som et godt supplement, men kunne ikke stå alene i forhold til udmeldinger i den enkelte afdeling.

Der er afdelinger, som ikke har følt sig fornødent inddraget i forbindelse med opdateringer af retningslinjer. Derudover er der afdelinger, som ikke har følt, at retningslinjerne direkte kunne implementeres uden bearbejdning. Interviewene med afdelingsledelserne viser, at der i formidlingen af retningslinjer er behov for i højere grad at tænke hele vejen rundt i organisationen, både i forhold til OUHs forskellige matrikler, de forskellige patientgrupper og de særlige fagligheder en afdeling kan have.

Flere afdelingsledelser fortæller, at de følte, at de fremstod utroværdige, fordi instrukser og retningslinjer hele tiden ændrede sig. De blev nødt til at besvare på spørgsmål, som de ikke havde svaret på. Som eksempel kan nævnes, at der har været usikkerhed og bekymring omkring værnemidler. Sundhedsstyrelsens regler blev hyppigt ændret, og dette affødte på OUH "en slingerekurs", som personalet havde svært ved at se logikken i.

Et andet aspekt omkring lokale instrukser og deres implementering er, at det er vigtigt, at alle følger de samme regler, som bliver udmeldt fra direktionen. Hos nogle er der en oplevelse af, at det der var tilladt i en afdeling, ikke gjaldt i andre. De forskellige fortolkninger af instrukser og retningslinjer i huset har især vist sig vanskelig for udlånte medarbejdere samt personale, der arbejder på tværs.

9.11.2 Analyse

En del afdelingsledelser udtrykker på forskellig vis, at en særlig situation kræver en særlig fælles styring på tværs af afdelinger. Og ud over en fælles styring, peges der på at denne styring skal være detaljeret og konkret, så der ikke er mulighed for forskellige, lokale fortolkninger.

9.11.3 Udviklingsmuligheder

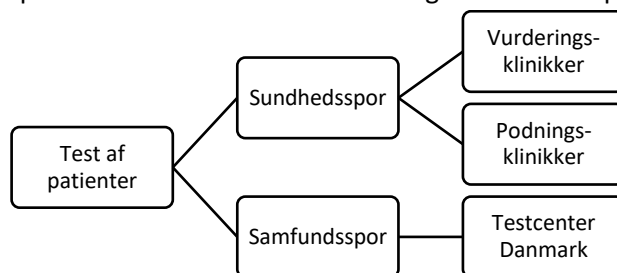
Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

- Der skal være ekstra opmærksomhed på, at alle patientgrupper, matrikler og situationer er dækket i relevante, tværgående OUH dokumenter.
- Særlige situationer kræver særlig opmærksomhed på konkrete anvisninger og detailstyring på tværs af hele organisationen, når der udgives tværgående dokumenter.

9.12 Test af patienter

9.12.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven omkring test af patienter var delt i et sundheds- og et samfundsspor med forskellige klinikker:



Test af patienter har haft stor politisk bevågenhed gennem perioden. Der kom løbende nye retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen, som skulle implementeres hurtigt, hvilket krævede mange ressourcer og omstilling hos personalet. Den overordnede teststrategi ændrede sig også gennem forløbet. Det var en stor ledelsesopgave at få beskrevet og forklaret teststrategien lokalt, bl.a. fordi strategien udfordrede den faglige meningsgivende. Man måtte acceptere at der var udstukket en ramme på nationalt niveau. Nedenfor ses tidslinjer for hhv. podnings- og vurderingsklinikken.

Ud over krav til hastigheden for implementering af nye retningslinjer var testkapaciteten en udfordring – det var vanskeligt at skaffe tilstrækkeligt mange testkits; både nationalt og på OUH. Kapaciteten i maskinerne, der kørte testene, var fuldt udnyttet, og også bemanningen i Klinisk Mikrobiologisk Afdeling (KMA) var presset (se desuden afsnittet Kapacitet og Flow).

Forankring af opgaven

Ansvaret for test af patienter var fordelt således:

Podningsklinikker	Afdeling Q, H og F samt M/FAM (Svendborg)
Vurderingsklinikker	FAM og M/FAM
Analyse af tests	Klinisk Mikrobiologisk Afdeling
Testcenter Danmark	Daglig drift: Klinisk Biokemi og Farmakologi og Logistik Analyse: Statens Seruminstitut

Forløb og handlinger

Podningsklinikker

Den 12. marts åbnede den første podningsklinik i Odense til visiterede borgere. Løbende blev der etableret i alt fire klinikker ved OUH: To i Odense (en til børn og en til voksne), en i Svendborg og en på Ærø.

Afdeling F havde ansvar for bemanning af podningsklinikken for voksne i Odense. I starten var der fra F fire medarbejdere – senere krævede opgaven 13 medarbejdere og en daglig leder. Herudover fik F hjælp af en fodterapeut fra afdeling Z, to sygeplejersker fra afdeling E og 3-4 medicinstuderende. Afdelingsledelsen og sekretæren var desuden involveret gennem hele forløbet.

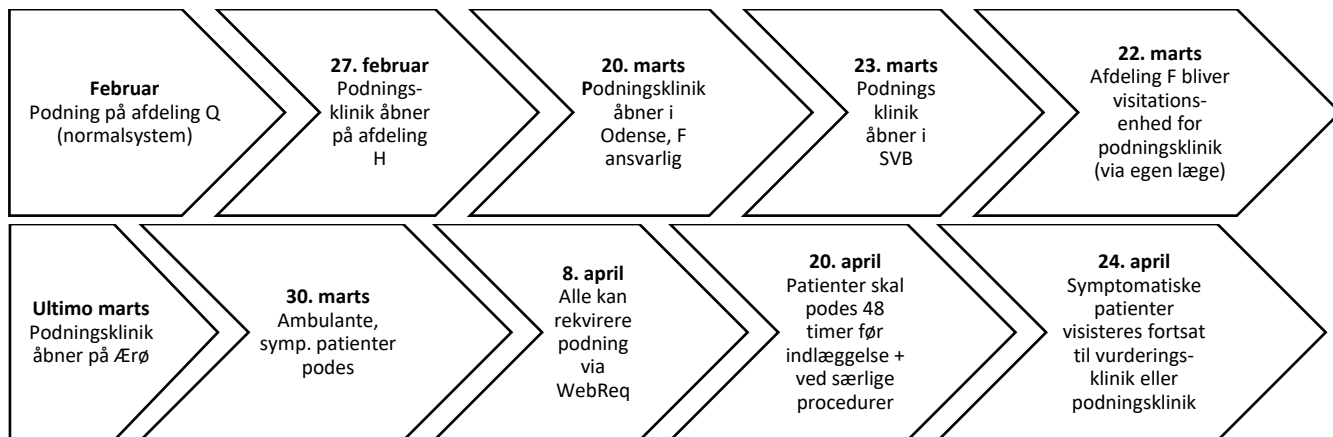
Afdeling F blev desuden telefonisk visitationsenhed for podning på tværs af regionen for at sikre en ensartet tilgang til visitering. Telefonerne var bemandede med 2-12 personer efter behov henover perioden. Afdeling F fik hjælp fra seks sygeplejersker fra KLU frem til 10. april. Efter den 14. april fik afdelingen desuden administrativ hjælp fra sekretærer fra afdeling M/Steno, G og D.

Podningsklinikken for børn var gennem perioden bemandede med 2-4 medarbejdere fra afdeling H.

Podningsklinikken i Svendborg, der blev drevet af M/FAM, var primært bemandede af fem (fra ultimo marts

ni) medicinstuderende, som i forvejen var timeansat. Herudover var to ergoterapeuter fra Rehabiliteringsafdelingen, som var tilknyttet COVID-19-afsnittet, udlånt til podningsklinikken.

Tidsmæssigt overblik over podningsklinikkerne:

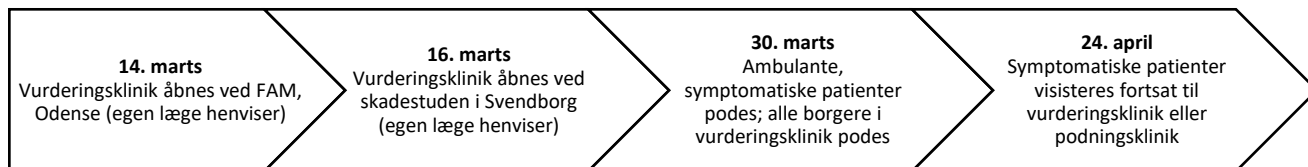


Figur 9.12-a

Vurderingsklinikker

Vurderingsklinikkerne blev oprettet, fordi praktiserende læger kun måtte tage de mest alvorlige patienter ind – og kun de, der ikke havde symptomer på COVID-19. I klinikkerne vurderede personalet, om en borger skulle indlægges, sendes til podning eller hjem. Der blev oprettet tre vurderingsklinikker – to i Odense og én i forbindelse med podningsklinikken ved skadestuen i Svendborg.

I Odense fik FAM hjælp af personale fra afdeling S, C, G, J, M, smerteklinikken samt af praktiserende læger i timelønsansættelse. I Svendborg blev vurderingsklinikken bemandet af læger fra M/FAM og en yngre læge fra afdeling A.



Figur 9.12-b

KMA

KMA analyserede prøver fra podnings- og vurderingsklinikkerne i Odense og Svendborg – og henover perioden også fra de øvrige sygehuse i Region Syddanmark samt fra Slagelse Sygehus.

Der blev løbende arbejdet med automatisering af processen for at kunne få prøverne hurtigere gennem systemet, og der blev indkøbt nyt udstyr i perioden for bedre at kunne følge med. Det har desuden været nødvendigt at ansætte ti nye bioanalytikere i perioden.

Primo april indgik KMA et samarbejde med SDU, som hjalp med at rense prøverne op manuelt.

Testcenter Danmark

Fra ultimo marts blev der fra nationalt niveau arbejdet på "Testcenter Danmark" med forventning om opstart op til påske. Klinisk Biokemi og Farmakologi (KBF) havde ansvaret for daglig drift af testcentret, i samarbejde med Logistik. I opstarten skulle der etableres et depot med værnemidler og andre nødvendige varer. Samtidig skulle der skaffes og udleveres uniformer til ca. 60 medarbejdere. Da Testcentret kom op at

køre, skulle Logistik dagligt pakke, udlevere, afhente og sørge for vask af uniformer – samt dagligt pakke og sikre leverance af værnemidler.

KBF havde 41 ansatte i vikariat (medicinstuderende, sygeplejersker og bioanalytikerstuderende), 2-3 faglige specialister og en funktionsleder til at hjælpe i teltene, mens ledende bioanalytiker og sekretær for afdelingsledelsen stod for ansættelser, lønftaler m.m. Undervisning af de nyansatte blev varetaget af KBFs fire bioanalytikerundervisere.

Produkter af handlinger

Med etableringen af ovenstående blev der sikret en systematik omkring test af patienter. Som det fremgår af ovenstående, har der været udvekslet personale på tværs af mange afdelinger og hentet ekstra ressourcer ind til at hjælpe med test af patienter.

9.12.2 Analyse

Patienten først

Der er ikke lavet undersøgelser af patienternes oplevelse af OUHs håndtering af COVID-19-test i de forskellige faciliteter. I perioden har der ikke været klager til ouh.kontakt@rsyd.dk, hvor klager oftest sendes til.

Højeste faglighed

Der blev med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens retningslinjer løbende arbejdet med håndtering af COVID-19-test på OUH. Overordnet set giver interviewene med afdelingslederne et billede af, at der på OUH var tilfredshed med kvaliteten af håndtering af test af patienter og den optimering af området, som de ansvarlige afdelinger stod for.

De største udfordringer synes at have været bemanning og adgang til tilstrækkeligt mange testkits. Ift. bemanning var der, jf. beskrivelsen, udlånt personale fra en række afdelinger til at hjælpe i testcentret, vurderings- og podningsklinikkerne, hvilket flere steder gav udfordringer i medarbejdernes stamafdelinger. Adgang til testkits svingede gennem perioden, og på visse tidspunkter var risikoen for mangel alvorlig.

Helhed og ansvar

Det interne arbejde på OUH ifm. etablering af podningsklinikker, vurderingsklinikker, Testcenter Danmark samt samarbejdet med KMA har, ifølge de involverede afdelinger, fungeret godt. Afdelingslederne beskriver, at deres medarbejdere stod klar og arbejdede ekstra timer for at få det hele til at lykkes. Serviceafdelingerne fortæller også om et rigtig godt samarbejde hele vejen rundt og har følt tillid fra COVID-19-styregruppen og direktionen. En afdeling roser beslutningen om at give opgaven omkring teltene til afdelinger, der ikke var så belastede.

9.12.3 Udviklingsmuligheder

Podningsklinikker

Flere af de afdelinger, der skulle udlåne personale til podning i Odense, oplevede udfordringer med at undvære medarbejderne, ligesom man i podningsklinikken oplevede vanskeligheder, da personalet, der var udlånt fra andre afdelinger, skulle trækkes tilbage. Der gives udtryk for, at der er behov for en mere robust plan for bemanning, hvis der en anden gang skal etableres en podningsklinik med personale fra forskellige afdelinger, og at planen også bør indeholde forventet tidsperspektiv.

I relation hertil nævnes det, at det kræver et tæt forhold til ens leder, hvis man skal kunne flekse meget – ellers opstår der utryghed. Det kan være svært som leder at skulle lede folk, der er ansat et andet sted. Opfordringen er derfor at bemane med fast fuldtids personale og evt. studerende.

I Svendborg var der lavet en guide til patienterne, så de selv kunne pøse sig ved at lave et mundskrab. I Odense vurderede man, at det, med det høje volumen af patienter og den stigende tilgængelighed af værnemidler, var mest effektivt, at personalet pødede.

Den telefoniske visitationsenhed, som afdeling F stod for, blev påvirket af det begrænsede antal testkits. Fra medio til ultimo marts var der brug for en restriktiv tilgang i visitationen af især personale – såvel ansatte på OUH som i kommunerne – for at have tilstrækkelige tests til patienterne.

Vurderingsklinikker

Vurderingsklinikken bliver, af en afdelingsleder i Odense, beskrevet som altafgørende, fordi der her blev "sorteret" i patienterne, før de kom ind til de øvrige afdelinger på sygehuset. En anden leder mener i tråd hermed, at vurderingsklinikken sparede andre afdelinger for mange isolationspatienter. Samtidig gav det erfaring ift., hvordan patienter hurtigt kan vurderes – de praktiserende læger i klinikken kunne hurtigt se, hvor patienterne skulle hen.

KMA

KMA har, bl.a. på møder i regional Task Force, italesat manglen på testkits – særligt i forbindelse med de stigende krav til, hvor mange tests OUH skulle gennemføre. Fra medio marts til ultimo marts måtte OUH være særligt restriktiv med, hvem der blev testet – bl.a. kunne der nogle dage ikke testes personale.

KMA undersøgte løbende samarbejde med forskellige firmaer, som planlagde fremstilling af tests. Lageret af testkits blev dog ikke så lavt, at der ikke kunne pødes de patienter, der havde behov.

Testcenter Danmark

En del af setuppet omkring Testcenter Danmark er varetaget fra nationalt hold. Umiddelbart synes den største problemstilling at have været at få klarhed over opgaven fra national hold side, mens det lokalt har været at skaffe arbejdstøj til personalet i teltene, da der var national mangel på termotøj i perioden. En overvejelse kan være, om OUH fremover skal have et lager af den slags overtøj.

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Hav en robust plan for bemanning og tidsplan ift. podningsklinikker
- Bemand om muligt klinikkerne med personale inden for ansvarlig afdelingsleders eget (eller nogle få andre) ledelsesområder.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

- I forbindelse med bemanning af podningsklinikken i Odense har det vist sig, at det er svært at dele faglig og personalemæssig ledelse. Der kan være opmærksomhed på dette fremadrettet, også frem mod Nyt OUH.

9.13 Test af personale

9.13.1 Beskrivelse af indsatser

OUH har gennem perioden haft en stor opgave med test af personale – ikke bare for ansatte på OUH, men også for øvrige arbejdspladser i Region Syddanmark, som er blevet visiteret af medarbejdere på OUH. Nedenfor ses tidslinje for test af personale.

Sundhedsstyrelsen udsendte løbende nye retningslinjer for test af personale i sundhedssektoren. Ligesom det var tilfældet ift. test af patienter, var det svært for ledelsen at kommunikere meningsfyldt om strategien for test af personale – især fordi mulighederne ændrede sig i perioden. Ændringerne skyldtes dels skift i strategien og dels løbende udfordringer med tilgængelighed og skiftende testtyper. Langt hen i foråret var kapaciteten af testudstyr lav, hvorfor det ikke var muligt at tilbyde test til andre end personale i ”særligt kritiske funktioner” med symptomer. Medarbejdere, som havde symptomer, f.eks. hoste eller snue, som efter normal adfærd ville være gået på arbejde med, måtte blive hjemme, til de havde været symptomfri i 48 timer. Udviklede medarbejderen symptomer som feber, kunne vedkommende blive testet hos egen læge.

Personalet efterspurgte muligheder for at blive testet, og det skabte usikkerhed, at det så langt hen i forløbet ikke var muligt at blive testet. Usikkerheden skyldtes bl.a. bekymring ift. at smitte nære pårørende, hvis man havde haft tæt kontakt til patienter, som muligvis var smittet med COVID-19.

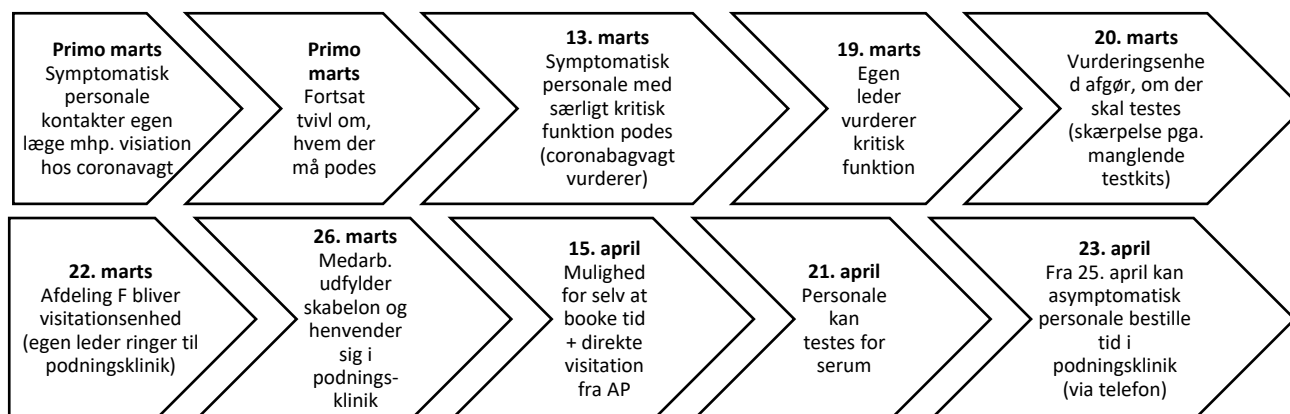
Samtidig var det vanskeligt for OUH som arbejdsplads at vurdere, hvornår medarbejdere kunne komme på arbejde efter udlandsophold eller symptomer. De, der kom hjem fra udlandsophold, skulle blive hjemme i to uger uafhængigt af symptomer på COVID-19.

Forankring af opgaven

Fra den 22. marts fungerede afdeling F som visitationsenhed for personale i hele regionen; dvs. for de andre sygehuse, praksissektoren, socialområdet og kommunerne. Testene blev analyseret i KMA.

Forløb og handlinger

Visitationsenheden på afdeling F fungerede sådan, at ledere af medarbejdere i særligt kritiske funktioner med lette eller moderate symptomer på COVID-19 kunne ringe og få medarbejderen vurderet. Ved behov for podning blev medarbejderen sendt videre til en af regionens podningsklinikker. Telefonerne var efter behov bemandet med 2-12 personer henover perioden. Afdeling F fik hjælp fra bl.a. KLU, M/Steno, G og D.



Figur 9.13-a

Produkter af handlinger

Der var omkring 6000 opkald om måneden til visitationsenheden på afdeling F.

I perioden 20. marts til 14. april⁸ er 2.688 medarbejdere fra forskellige arbejdspladser blevet podet på OUH på hhv. hverdage og i udvalgte weekender. Her ses podning af personale gjort op på de tre matrikler:

Odense	Marts	April	I alt
Ansæt i kommune	141	150	291
Ansæt i almen praksis		25	25
Ansæt i regionen	148	208	356
Samfundskritisk medarb.		16	16
Ansæt i staten	4	3	7
Podet i weekend			1131
I alt			1826

Svendborg	Marts	April	I alt
Ansæt i kommune	48	143	191
Ansæt i almen praksis		5	5
Ansæt i regionen	34	63	97
Samfundskritisk medarb.		10	10
Ansæt i staten	2	1	3
Podet i weekend			526
I alt			832

Ærø	Marts	April	I alt
Ansæt i kommune	2	17	19
Ansæt i almen praksis		1	1
Ansæt i regionen	2	5	7
Podet i weekend			3
I alt			30

Tabel 9.13-a

Gjort op på personalets ansættelsessted er overblikket således (her er podning i weekender ikke opgjort):

	Marts	April	I alt
Ansæt i kommune	191	310	501
Ansæt i almen praksis	0	31	31
Ansæt i regionen	184	276	460
Samfundskritisk personale	0	26	26
Ansæt i staten	6	4	10
I alt	381	647	1028

Tabel 9.13-b

⁸ Fra 15. april blev det, som det ses i tidslinjen ovenfor, muligt selv at booke tid eller blive henvist via egen læge

9.13.2 Analyse

Helhed og ansvar

Test af personale blev drøftet på FMU den 19. marts. Her orienterede direktionen om Sundhedsstyrelsens retningslinje ift. test af medarbejdere i særligt kritiske funktioner. Retningslinjen skyldtes den begrænsede adgang til testkits. Den 27. marts kunne direktionen på FMU fortælle, at der var åbnet mere for test af personale, men at efterspørgslen fra personalet ikke var så stor som forventet.

9.13.3 Udviklingsmuligheder

Der er ikke blevet spurgt specifikt ind til test af personale i interviewene med afdelingslederne, og lederne har heller ikke selv valgt at tale om netop det emne. Dette kan tages som et tegn på, at OUHs håndtering har fungeret for ledere og personale eller det kan være et udtryk for, at det at teste personalet på netop interviewtidspunktet ikke har fyldt hos afdelingsledelserne.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

- Det kan overvejes, om Komiteen for Antibiotika og Infektionskontrol bør drøfte spørgsmålet om at benytte test og vacciner til personale med henblik på at reducere smitte.

9.14 Ressourceallokering

9.14.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

I forbindelse med COVID-19 er der etableret en række nye funktioner på OUH. Bemandingen af disse blev forankret i arbejdsgruppen "Tværgående koordinering af personale" under styregruppen til håndtering af COVID-19. Gruppens medlemmer har ændret sig undervejs men har været centreret omkring følgende 3 kerneområder

1. Lægelig bemanding af COVID-19-funktioner
2. Sygeplejefaglig og anden bemanding af COVID-19-funktioner
3. Laboratorieområdet

Direktionen var repræsenteret ved adm. sygehusdirektør NNP og sygeplejefagligt direktør MSP. Endvidere deltog HR, KLU og ØP.

Antallet af COVID-19-funktioner har ændret sig undervejs – særligt hvilke sengeafsnit der indgik i eskaleringsplanen – men grundlæggende er de følgende:

- COVID-19 sengeafsnit i Odense
- COVID-19 sengeafsnit i Svendborg
- HC. Andersen børne- og ungehospital
- FAM Odense COVID-19-opgaver – herunder vurderingsklinik
- FAM Svendborg COVID-19-opgaver – herunder vurderingsklinik
- Intensiv Odense
- Intensiv Svendborg
- Podningsklinik Odense
- Podningsklinik Svendborg
- Podningsklinik Ærø
- Podningsklinik børn v. HC. Andersen børne- og ungehospital
- Nationalt testcenter ("de hvide telte")
- Udlevering af vederlagsfri medicin

Jf. de 3 kerneområder blev der etableret underarbejdsgrupper under Tværgående koordinering af personale.

De ledende overlæger fra afd. C og J fik opgaven med koordineringen af lægebemandingen i COVID-19-funktionerne.

Ansvar for bemandingen af COVID-19-funktionerne på pleje- og sekretærsiden blev forankret i klynger inspireret af samarbejdet om sengeslanger i forberedelsen til Nyt OUH. Følgende 5 sengeklynger med klyngeformænd nævnt først blev etableret:

- DYLA
- BTGIQJ
- XRFZK
- UNOSMC+STENO

- Svendborg (M/FAM er formand)

Intensivafdelingerne, FAM Odense og Børneafdelingen HCA udgjorde hver især deres egen klynge. Ansvar for bemanningen af laboratoriefunktionerne blev placeret i en laboratorieklynge, som fik lov til at "lukke" sig om sig selv og dermed ikke forventedes at bidrage til bemanning af andre funktioner.

Staben og andre tværgående funktioner deltog ikke i klyngerne, men radiografer, terapeuter, bioanalytikere og personale fra Klinisk Udvikling har også bidraget til bemanning af COVID-19-funktioner.

Fordeling af personalet i klyngerne

Klyngerne har savnet nogle overordnede retningslinjer fra direktionen for fordelingen af personalet, herunder kan nævnes prioriteringen af øvrige "skal" opgaver, som f.eks. føde- og kræftområdet. Der har været usikkerhed omkring fordelingen internt i klyngerne skulle foretages ud fra normeringerne, eller andet. Der er samtidig kritik af den overordnede fordeling til klyngerne, som er foretaget ud fra normeringer og ikke de faktiske ansatte, da nogle klynger har haft mange vakanser. Det anbefales, at der tages højde for det, hvis der kommer en lignende situation, og at der også på forhånd laves aftaler omkring arbejdstid og vilkår for de frivillige, så det er på plads forinden.

Klyngerne har derfor også grebet opgaven forskelligt an, men har også stået over for anderledes udfordringer. Nogle klynger har valgt at fordele opgaven ligeligt mellem afdelingerne i klyngen uden at se på antallet af ansatte og øvrige "skal" opgaver. Andre har set på antallet af ansatte, og her er det igen forskelligt om, der er anvendt normering eller det faktiske antal ansatte. Igen har andre klynger overvejet, hvor mange øvrige "skal" udfordringer, som den enkelte afdeling stod overfor, og fordelt til COVID-19 funktioner efter disse var håndteret.

Frivillighedsprincippet

Stort set alle afdelinger har kunne besætte funktionerne ud fra et frivillighedsprincip, hvis der ikke var frivillige nok er udpegningen sket efter kriterier udarbejdet af LMU. Der er set på, hvilken funktion de enkelte medarbejdere ønskede at varetage, samt fordelingen mellem sygeplejersker og SSA til de enkelte områder. Klyngerne har byttet rundt på opgaven, hvis der var mange personaler i en klynge som fx ønskede at være i FAM, mens der i en anden klynge var flere, som hellere ville være i eget COVID-19 sengeafsnit. I den enkelte afdeling har der foregået en løbende og tæt dialog med egne ansatte for at vejlede stemningen, svare på spørgsmål og fastslå den enkelte medarbejders ønsker. Der har dog været frivillige, som modvilligt er blevet flyttet fra et ambulatorie til et sengeafsnit, for at få kabalen til at gå op. Nogle afdelinger har valgt at prioritere frivillige ud fra de øvrige opgaver, som skulle varetages i afdelingen, mens igen andre ikke har taget hensyn til dette. Rehabilitering og Staben fik også til opgave at levere bemanning.

Forankring af opgaven

Bemanningen af COVID-19 funktionerne blev forankret i arbejdsgruppen "Tværgående koordinering af personale", som igen pålagde de enkelte klynger at sikre det nødvendige personale til opgaverne.

Forløb og handlinger

Klynger

Klyngernes opgave er at allokere relevant bemanning til COVID-19-funktionerne. Der har været holdt daglige møder mellem klyngeformænd (oversygeplejersker) for tværgående koordinering af processen.

Samtidig har klyngerne holdt interne møder mellem afdelingerne i klyngen.

Den primære opgave har været at sikre plejebemanding af COVID-19-funktionerne, men sideløbende har der også været en opgave omkring lægesekretærbemanding.

Koordinering af læger

Det er primært læger fra medicinske afdelinger, der har bemandet COVID-19-funktionerne. Baggrunden herfor var, at det primært er de medicinske læger, der har relevante kompetencer ift. COVID-19-patienterne. I første omgang tog man dem, som kunne træde ind i opgaverne uden oplæring. Senere trådte andre også til, men det var i altovervejende grad de medicinske specialer, der dækkede ind i COVID-19-funktionerne.

Ekstern bemanding via den regionale jobbank og OUHs vagtordning

Afd. J og Q har undersøgt mulighederne i den regionale COVID-19 jobbank mht. til rekruttering i klinikken.

Der blev søgt blandt flere faggrupper. Der var lidt udfordringer, da flere af dem, der blev kontaktet, viste sig reelt ikke at være interesserede.

I forbindelse med rekrutteringen til testcentre blev der lavet et "lynopslag", som blev sendt ud til en række relevante personalegrupper. De meldte så tilbage på, om de var interesserede, og så var det dem, som afdelingen fik adgang til. Dette viste sig at være en hurtig og effektiv måde at finde relevante kandidater på. Der er primært rekrutteret kandidater fra den regionale jobbank til testcentre.

OUHs Vagtordning er i perioden blevet meget begrænset brugt. Dette har været sidste mulighed, idet prisen her er forholdsvis høj.

Produkter af handlinger

Oversigt over sygeplejersker

HR-Afdelingen udsendte et Excel-skema til afdelingsledelsen, som udfyldte med oplysninger om nedenstående kompetencer og returnere skemaet til ouh.hr@rsyd.dk. Svarfristen var kort (4 dage) pga. epidemiens hastige udvikling, men der kom indmeldinger fra alle afdelingsledelserne. På baggrund af disse fik HR-afdelingen udarbejdet en oversigt over interne kompetencer (ca. 100 medarbejdere) vedr.:

- sygeplejersker med specialuddannelse, men som ikke anvender den i nuværende funktion, f.eks. anæstesi-, intensiv- eller akutsygepleje.
- hvor mange sygeplejersker, der er ansat i øvrige funktioner, f.eks. ikke-kliniske opgaver, stabe mv..

Dette for at kunne trække på deres kunnen (efter eventuel opkvalificering), hvis der bliver behov for det i forbindelse med håndteringen af Corona-epidemien.

Herudover er det også blevet afdækket, hvilken kapacitet der er inden for studerende, forskere og eksterne frivillige. KLU og afdelingerne selv (forskere) afdækkede selv de studerende. De eksterne frivillige henvendte sig selv direkte til nogle af afdelingerne eller via den regionale jobbank.

Oversigt på intranettet over ansættelsesforhold, arbejdstid og jobbank i forbindelse med COVID-19

HR-Afdelingen har samlet de informationer, der hidtil er udsendt, om håndtering af interne 'flytninger' af medarbejdere, registrering af arbejdstid og fravær samt registrering af tjenestetid på OUH's intranet

Corona (COVID-19)⁹ Her findes opdaterede vejledninger og informationer om kontaktpersoner i HR-Afdelingen og i Koncern-HR i regionen.

Ledelsesmæssig personalehåndtering

Til støtte for den ledelsesmæssige personalehåndtering i forbindelse med bemanningen af COVID-19-funktioner er der arbejdet med et ledelsespapir vedr. ledelsesmæssige tilgange omkring personalehåndtering i COVID-funktioner. Dokumentet blev uddraget med input til fra vores FMU.

Det skal bidrage til størst mulig forudsigelighed og tryghed for medarbejderne, og målgruppen for papiret er i høj grad funktionsledere, da det skal tjene til den lokale ledelsesdialog og ledelse i forhold til medarbejdere i en tid med fortsat COVID-19-aktivitet.

Ledelsespapiret findes på OUH's intranetside om Corona (COVID-19) og beskriver blandt andet:

- Særlige fokuspunkter med henblik på at motiverer medarbejdere til midlertidig udlån til Covid-afsnit bl.a. arbejdsvilkår.
- Uddannelse og kompetencer.
- Hvem har ledelsesansvaret over for medarbejderen.
- Hvilken arbejdsmiljøgruppen hører medarbejderen under.
- Øget psykologisk bistand under Covid-19

Håndtering af arbejdsmiljø for 'lånte' og 'udlånte' medarbejdere

Arbejdsmiljøudvalget under FMU har udarbejdet et notat, der beskriver, hvilket arbejdsmiljømæssigt ansvar man som leder har ift. 'lånte' og 'udlånte' medarbejdere. Notatet "Husk arbejdsmiljøet for lånte og udlånte medarbejdere findes" på OUH's intranetside om Corona (COVID-19)

Etablering af øget psykologisk beredskab under COVID-19 epidemien

HR-Afdelingen, Arbejdsmiljøfunktionen øgede i samarbejde med Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik og Ledelsesakademiet det psykologiske beredskab for at understøtte ledere og personale under COVID-19 epidemien. Det øgede beredskab trådte i kraft den 24. marts 2020.

9.14.2 Analyse

Helhed og ansvar

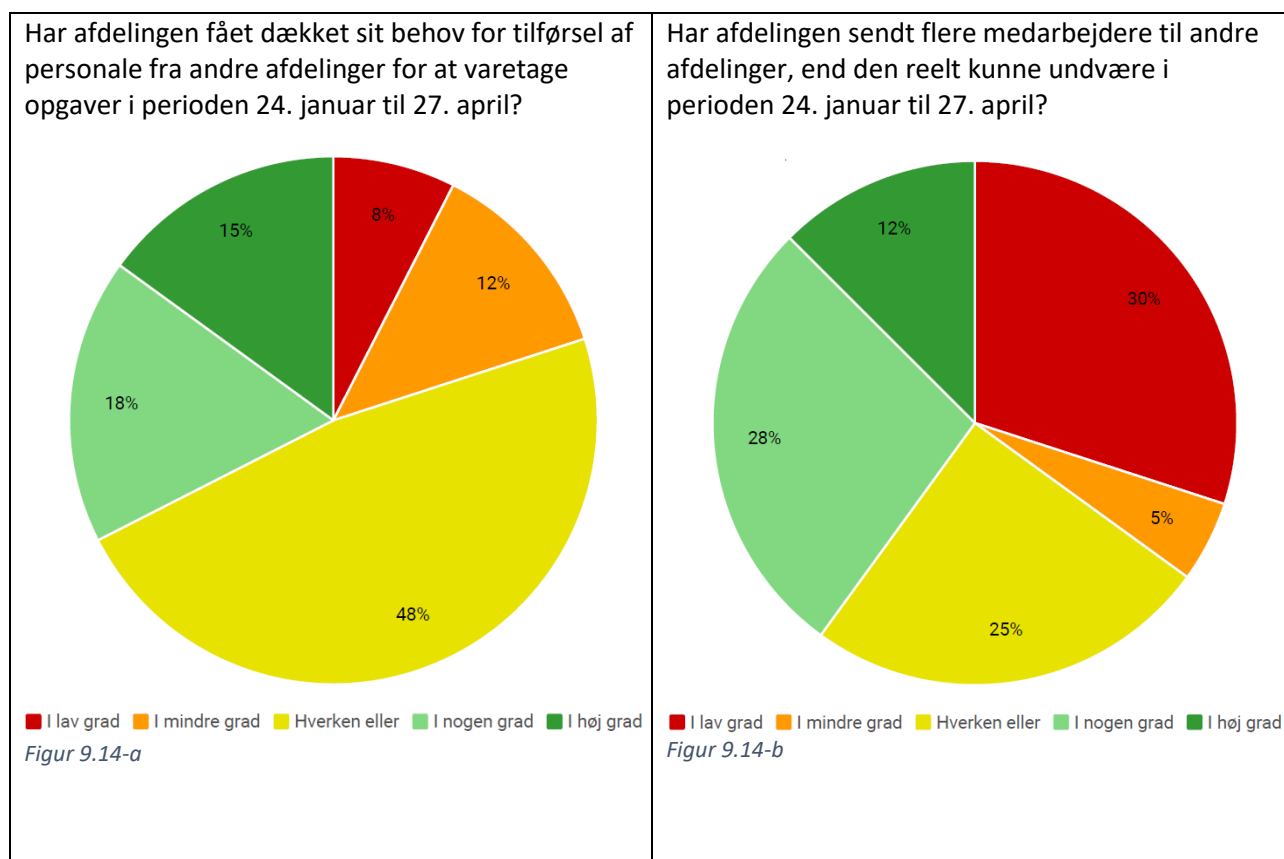
Analysen af afsnittet "ressourceallokering" er baseret på spørgeskemaundersøgelsen udsendt til alle kliniske afdelinger og interviews med udvalgte afdelinger. Afdelingerne er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt til følgende mht. modtagelse og afgivelse af personale til håndtering af COVID-19-indsatsen og opretholdelse af øvrig hospitalsdrift:

- Har afdelingen fået dækket sit behov for tilførsel af personale fra andre afdelinger for at varetage opgaver i perioden 24. januar til 27. april?
- Har afdelingen sendt flere medarbejdere til andre afdelinger, end den reelt kunne undvære i perioden 24. januar til 27. april?

40 ud af 81 respondenter har gennemført besvarelsen vedr. ressourceallokering.

⁹ Ouh intra : Tværgående portaler : Kvalitet & forbedring : Antibiotika og infektionskontrol : Corona (COVID-19)

Fordeling af besvarelser:



Af figur 9.14-a fremgår det at:

- 13 (33 %) af afdelingerne har fået dækket behovet for tilførsel af personale svarende.
- 8 (20 %) af afdelingerne har ikke fået dækket deres behov.
- 19 (48 %) af afdelingerne har svaret "Hverken eller" i forhold til dækning af behov for tilførsel af personale.

Antages det at de 19 (48 %) der har svaret "Hverken eller" ikke har haft et behov for tilførsel af personale fra andre afdelinger, kan procenterne omregnes til at:

- 13 (62 %) af de afdelinger, der har haft brug for tilførsel af personale fra andre afdelinger, har fået behovet dækket.
- 8 (38 %) af afdelingerne ikke har fået dækket deres behov.

Af figur 9.14-b fremgår det at:

- 16 (40 %) af afdelingerne har sendt flere medarbejdere til andre afdelinger, end de reelt kunne undvære.
- 14 (35 %) af afdelingerne har de sendt et passende antal afsted.
- 10 (25 %) af afdelingerne har svaret "Hverken eller" og det antages, at der ikke har været sendt medarbejdere afsted.

Nedenstående temaer har været gennemgående i interviewene, hvor der er spurgt ind til, hvad der fungerede godt og mindre godt samt hvilke potentialer der sås:

- Teamånd og godt samarbejde på tværs
- Forandringsparathed
- Klyngerne
- Frivillighedsprincippet
- Den regionale jobbank
- Koordinering af læger
- Drift af podningsklinikken
- Stabsunderstøttelse
- Plan for øget aktivitet
- Arbejdsmiljø relateret til COVID-19

Disse temaer uddybes i de følgende afsnit ud fra udsagn og anbefalinger i interviewene.

Teamånd og godt samarbejde på tværs

Personalet har stået sammen, og der har været positiv energi, som kan mobiliseres i en krisesituation, men det er lige så vigtigt at tænke, at det fortsat skal give mening nu, hvor der ikke er krise. Situationen har vist hvor hurtigt, vi omstiller os på OUH. Men man bør også i denne vurdering have for øje, at krisen varede i kortere tid, end den kunne have gjort. Det konstateres gennem interviews, at nogle medarbejdere arbejdede i betydeligt omfang, og at nogle følte sig slidte. Det kan overvejes, om der ved en længere krise ville have været behov for at kunne udskifte personale undervejs, og om OUH med fordel allerede nu kan overveje, hvordan det i givet fald kan planlægges.

Samarbejdet på tværs i organisationen har givet indsigt i andre afdelingers arbejde og skabt nye relationer. Personalet skal anerkendes for deres fleksibilitet, omstillingsparathed og store arbejde.

Forandringsparathed

For nogle medarbejdere har det været nemmere at omstille sig end for andre. Nogle har fundet det spændende, mens andre har været mere udfordrede. I starten var der en tydelig kampgejst, og rigtig mange ville gerne bidrage. Det er en erfaring i organisationen, at introduktion til afdelingen, man lånes ud til eller potentielt skal lånes ud til, er vigtig for den enkelte medarbejder. Forudsætningen for at kunne arbejde i en anden afdeling/funktion er, at der er gennemført fornøden oplæring af hensyn til patienter og egen sikkerhed og sundhed. Ligeledes er det ved annoncering af behovet for lån af medarbejdere vigtigt at tydeliggøre forventninger til de potentielle medarbejdere og muligheder for opgaver til dem. Som medarbejder er det vigtigt at have indsigt i det for trygt at lade sig låne ud.

Hvis der fremover skal kunne flekses meget mellem afdelinger, skal det opleves meningsfyldt, og der skal være en tydelig og nær ledelse. Ellers giver det utryghed. Ligeledes kan det overvejes, om der er grundlag for at overveje tilhørsforhold i ansættelsen i forhold til, om man er ansat på OUH eller på en afdeling.

En afdeling har oplevet, at medarbejdere, som fortsat er udlånt, er blevet stressramte og sygemeldt, idet de både fik en ny opgave og også skulle arbejde på en ny matrikel og i en ny kultur. De mistede relationen til deres kollegaer, og relationen til afdelingssygeplejersken har også været anderledes. Der peges på, at noget af den længerevarende stress måske kunne have været taget i opløbet, hvis ledelsen havde haft mere opmærksomhed på medarbejdernes trivsel, så psykologbistand kunne have været tilbudt. Evt.

psykologbistand kunne måske have bibragt medarbejdere de redskaber, de havde brug for til at kunne håndtere den nye situation.

Klyngerne

Generelt bestod klyngerne sin prøve i at samarbejde på tværs. Der var generelt et godt samarbejde i de fleste klynger, men organisatorisk var der uklarheder. Den manglende beskrivelse af formandsrollen gav usikkerhed i forhold til rollen, omvendt gav det mulighed for klyngen selv at definere formandsrollen. Nogle besluttede, at der var samlet ledelse med både læge- og sygeplejesiden. Der har været eksempler på manglende koordination mellem klyngeformænd og beslutningstagere.

Der har været et læge- og sygeplejespor, men manglet et for terapeuterne. Rehabilitering bør også indgå i klyngeformandsskabet, idet terapeuterne i Rehabilitering har dækket plejeopgaver på COVID-19 afsnit, men uden at kunne bidrage med deres faglighed i planlægningen. For betragtninger om klyngernes sammensætning henvises i øvrigt til afsnit 8 om organisering og ledelse.

Det er tilkendegivet, at der har været oplevet god hjælp fra staben fra dag et med f.eks. lønføring og opbakning i forhold til muligheder for at få læger til at afspadsere, mens der efterlyses hjælp fra staben ved ansættelser. Opgaven lå i stedet for hos klyngeformanden. Generelt er det vurderingen, at formandsskabet giver et stort ekstra arbejde for store afdelinger.

”Klyngemøder” blandt ambulatorierne blev kun afholdt en gang om ugen, idet der ikke var brug for at flytte ressourcer mellem hinanden.

For så vidt angår Afdeling A var der en særlig situation, idet 2/3 af A's aktivitet ikke kan udsættes. Derfor var det svært for afdelingen at levere det samme som andre afdelinger, der kun har lidt akut behandling. Den nøgle skal justeres hurtigere.

Det må anerkendes, at ressourceallokering er en svær opgave. Det har været udfordrende, og der bør arbejdes mere med det område. Det anbefales derfor, at OUH forbedrer sig på området til gavn for både ordinær drift og ekstraordinære krisesituationer.

Frivillighedsprincippet

I første fase har medarbejderne for det meste meldt sig frivilligt. Der har været forskellige opfattelse af, hvordan begrebet frivilligt fortolkes. Især erfarne sygeplejersker har meldt sig, hvilket har givet store udfordringer i varetagelse af patienter på stamafdelingen. Der er endvidere en oplevelse af, at de opgaver, som de erfarne sygeplejersker har varetaget på COVID-19-afsnit, ikke har krævet de erfarne sygeplejerskers ekspertise.

Nogle afdelinger har bidraget mere end andre. Der har været en oplevelse af mangel på fairness mellem afdelingerne i bidrag til løsning af COVID-19 opgaver. Nogle afdelinger satte hurtigt meget i gang og sendte meget personale til COVID-19-indsatsen. Det var nemt at rejse beredskabet, men det opleves som om, det var noget mere vanskeligt at få personalet tilbage igen, efterhånden som antallet af smittede faldt. Der er stor forskel på afdelingernes nuværende situation, nogle afdelinger har haft meget ekstraarbejde og er ved at være slidte, mens andre afdelinger har sendt medarbejdere hjem og har mere overskud.

Den regionale jobbank

Det kræver en stor oplærings og introduktionsindsats at bruge medarbejdere, der har været væk fra fagligheden i mange år. Derfor er der ikke gjort så meget brug af den regionale jobbank.

Koordinering af læger

Afdelingsledelserne oplever manglende involvering, gennemsigtighed og medejerskab i forhold til lægeplanen. Afdelingsledelserne har svært ved at genfinde de overordnede principper i den gældende plan, og derfor har der været ringe interesse for at arbejde med det.

Drift af podningsklinikken

Det har fungeret godt at bruge frigjort personale fra bl.a. høreklinikken og mange andre steder i huset. Mange afdelinger trækker nu personalet hjem igen, og der mangles erstatning af dem i podningsklinikken. Klinikken skal være åben hele ugen samtidig med at der skal tages mod patienter. Der er blevet tildelt 6-7 sygeplejersker; resten bliver medicinstuderende. Det er en udfordring, at personalet, der er oplært, sendes tilbage og at nye dermed skal oplæres.

Mange afdelinger har leveret personale til podningsklinikken. Der kunne være en fordel i at lade få afdelinger tage sig af podningsklinikken.

Plan for øget aktivitet

Planen for øget aktivitet er svær at gennemskue og realisere, fordi principperne opleves som uklare og urealistiske. Nogle føler ikke, at personalet bliver anerkendt for deres loyalitet og indsats i den akutte fase, nu når puklen skal til at afvikles. Omstilling til normal drift bør ske hurtigere med frigivelse af personale til åbning af aktiviteter. Det bør være et tværgående samarbejde om åbning pga. store forskelle i afdelingernes belastning under COVID-19.

Arbejds miljø relateret til COVID-19

I IPLK (elektronisk system hvor arbejdsmiljøorganisationen dokumentere deres arbejde) er der registeret over 100 problemstillinger i relation til COVID-19. Der er i marts og april registeret 25 ulykker vedr. COVID-19, heraf 23 vedr. smitte.

I starten af COVID-19 blev der etableret et psykologisk beredskab. Der har her været håndteret 22 sager, som dækker over samtaleforløb og ledersparringsforløb. Henvendelserne spænder fra medarbejdere med frygt for at blive smittet / smitte andre (egen familie, patienter, pårørende), medarbejdere der har svært ved en evt. omstilling, ledere der har ønsket sparring til håndtering af utryghed hos enkelte medarbejdere eller medarbejdergrupper, samt ledere der har ønsket sparring til håndtering af eget arbejdspress ifm. håndtering af COVID-19.

9.14.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

Det anbefales, at

- Ved annoncering af behov for lån af personale til andre afdelinger, bør formidlingen om opgavens indhold og forventninger til opgaveløsningens styrkes, så idet den viden kan understøtte, at medarbejderen føler sig tryggere.

- OUH i den kommende tid arbejder med ressourceallokering på tværs og dygtiggør sig heri, idet dette både har værdi for den ordinære drift og ekstraordinære krisesituationer. Det gælder særligt ift.
 - Selve allokeringen (rette personaler med rette kvalifikationer til rette sted samtidig med at der tages højde for drift på tværs)
 - Trivsel under udlån (ad relationsdannelse, motivation, ledelse og fysiske rammer ved udlån)
 - Organiseringen under ressourceallokering på tværs, jf. [afsnit om organisering og ledelse]
 - Brug af redskaber hertil (digitaliseret løsning)

9.15 Kompetenceudvikling og træning

9.15.1 Beskrivelse af indsatser

9.15.1.1 Kliniske funktioner

Opgaven

Med behovet for at øge beredskabet og kapaciteten til at håndtere et stort flow af indlagte patienter med COVID-19, måtte personaleressourcer omfordes, også til områder, som personalet ikke var specialiseret i. Dette affødte et stort behov for kompetenceudvikling af personale til at kunne varetage de specifikke opgaver relateret hertil.

I starten forventede OUH, at personalet primært ville have behov for kompetenceudvikling i hygiejne og værnemidler, og på specialiserede områder, særligt ift. intensiv, men efterhånden som eskaleringsplanen blev udviklet, og forskellige typer personaler med forskellige specialer skulle til at arbejde med nye områder, voksede behovet for viden om og træning i mange forskellige færdigheder.

Kompetenceudviklingen måtte tage udgangspunkt i, hvilken faggruppe man kom fra, og hvilket område man var vant til at arbejde i, og hvor man skulle flyttes hen. Der var vidt forskellige behov for kompetenceudvikling alt efter, om man kom fra anæstesi eller operationsgangen, eller om man var parakliniker eller sundhedsuddannet stabsmedarbejder og skulle indgå i COVID-19-sengeafsnit.

Forankring af opgaven: Arbejdsgruppe for nødvendig kompetenceudvikling

I april blev der nedsat en arbejdsgruppe for nødvendig kompetenceudvikling i forbindelse med COVID-19. Den havde til formål at rådgive om, hvilke materialer der skulle udarbejdes, og understøtte implementeringen af nødvendige kompetencer for personalet til håndteringen af COVID-19 på OUH.

Arbejdsgruppen skulle blandt andet udarbejde en uddannelsesplan i forbindelse med COVID-19, sikre sammenhæng mellem antallet af sygeplejevikarer og ventilatører og Region Syddanmarks forventede behov, udarbejde kompetenceudviklingsmaterialer og færdighedstræning samt sikre, at medarbejdere vedligeholder de nye kompetencer opnået i forbindelse med COVID-19-situationen, så de kan indgå i beredskabet om nødvendigt.

Arbejdsgruppen havde det overordnede overblik, igangsatte initiativer, fordelte opgaverne og håndholdt monitorering til direktionen. Langt det meste materiale blev produceret af Klinisk Udvikling i samarbejde med afdelinger, fx afd. KMA, O, C m.v. Klinisk Udvikling skulle desuden registrere, hvem der har deltaget i kompetenceudviklingsforløb gennem Plan2Learn.

Forløb og handlinger

Kompetenceudviklingspakker

Uddannelse og Kompetenceudvikling, KLU, udviklede i starten i samarbejde med hygiejneorganisationen tre kompetenceudviklingspakker kaldet COVID-Pakke 1, 2 og 3, hvilket der blev orienteret om på et møde d. 16/3-20. Disse tre pakker blev udgivet midt i og i slutningen af marts. Disse pakker blev løbende udviklet og tilpasset efterspørgslen fra klinikken.

Den oprindelige pakke 1 var en form for grundpakke med to videoer om basishygiejne og isolationshygiejne samt spørgetimer med hygiejnesygeplejersker to gange ugentligt. Disse spørgetimer blev dog droppet, da der ikke var tilmeldinger til dem. Derudover indeholdt Pakke 1 e-læring om dokumentation i Cosmic samt e-læring om hjertestop og brand. Målgruppen for denne pakke var studerende i vagtordningen og udefrakommende sundhedsprofessionelt personale som evt. ville komme ind via den Regionale jobbank.

Senere blev denne pakke udvidet med flere e-læringsvideoer og brugt til de studerende på vores uddannelsesinstitutioner for at give dem et kendskab til den viden, vi forventede de havde, såfremt de ville komme til at indgå i beredskabet.

Pakke 2 var en udvidet kompetenceudviklingspakke til paraklinisk personale og sundhedsprofessionelle, som ikke til daglig varetager kliniske funktioner (især stabene). Den indeholdt e-læring om Cosmic-dokumentation, Cosmic-lægemidler, video om ABCDE-princippet foruden elementerne fra Pakke 1. Det blev efterhånden klart, at denne målgruppe er meget bred og dermed har forskellige behov. Derudover viste der sig behov for yderligere kompetenceudvikling af denne gruppe, så de kunne indgå i arbejdet på COVID-19-afsnit. Der blev derfor oprettet tre særskilte pakker til denne målgruppe, hvilket der blev orienteret om på St. Afdelingsledelsesmøde d. 3/4-20. Pakkerne indeholdt også færdighedstræning og blev afviklet i perioden fra d. 9/4-14/4. Derudover fik Kvalitet og Patientsikkerhed, KLU, udviklet e-læring om SAM:BO og IV-pumper til den tredje pakke i samarbejde med afdeling O.

Indholdet af de tre pakker til paraklinikere og sundhedsprofessionelle i stabene var:

	Eks. på målgruppe	E-læring	Færdighedstræning
OUH COVID-19: Kursuspakke for målgruppe 1	Lægesekretærer Ergo – og fys. Audiologer Bioanalytikere Psykologer	Hygiejne og værnemidler Rengøring af senge Opredning af senge Ernæring	Rede senge Rengøre senge Betjening af madvogn – dvs. servicering og afrydning Oprydning i fælles arealer
OUH COVID-19: Kursuspakke for målgruppe 2	Ergo- og fysioterapeuter Radiografer Ssa'er Sygeplejersker	Hygiejne og værnemidler Udførelse af kropspleje Forflytninger Forebyggelse af tryksår Måling af vitale værdier Cosmic: Basis og lægemidler	Nedre hygiejne Øvre hygiejne Forflytninger Spisesituationer Målinger af vitale værdier
OUH COVID-19: Kursuspakke for målgruppe 3	Sygeplejersker Læger	Hygiejne og værnemidler ABCDE Håndtering af IV-antibiotika Håndtering af IV-pumper Podning Måling af vitale værdier SAM:BO Cosmic: Basis og lægemidler Lægemidler for læger (KUN læger)	Værnemidler Anlæggelse af KAD Anlæggelse af PVK Pleje af CVK og opsætning af væske Triage og ABCDE Podning

Tabel 9.15-a

Den oprindelige pakke 3 var målrettet intern klinisk personale på OUH, som skulle indgå i klinisk arbejde på akut-, intensiv og COVID-19-afsnit. Den indeholdt IV-antibiotika og IV-pumper foruden indholdet fra den oprindelige pakke 2.

Det blev undervejs erfaret, at kurserne i de tre pakker var mest brugbare for klinikkerne, hvis aktiviteterne blev oprettet som særskilte kurser frem for samlede pakker. Dette gav klinikkerne mulighed for at opkvalificere effektivt ud fra den enkelte medarbejders behov. Det gav også mulighed for løbende at lægge nye kurser op særskilt, efterhånden som det blev erfaret, at der var bug for dem, og de blev udviklet. Der blev bl.a. udviklet e-læring med kommunikationstips til den svære samtale og e-læring til service- og rengøringsassistenter om fx isolationsrengøring af sengestuer med COVID-19.

Alle kurser blev derfor tilgængelige særskilt via Plan2Learn, hvilket gav ledelserne mulighed for at monitorere, hvilke kurser medarbejderne havde taget.

Kompetencevideoerne blev delt med 3., 5. og 7. semesters-sygeplejestuderende. Videoerne blev også præstenteret for kommunerne på SOF-møde tirsdag d. 7/4-20, hvor de fik adgang til et eksternt link, så de kunne tilgå alle vores e-læringsvideoer. De blev også tilbudt at kunne få e-læringen som en scorm-pakke, hvor de kunne monitorere, hvem der havde taget kurserne.

Podning

I takt med Sundhedsstyrelsens ændringer i teststrategi ændrede organiseringen af podning sig på OUH. Efterhånden som der skulle testes flere og flere både patienter og personale, blev der et større og større behov for at oplære personale til at kunne teste.

Med oprettelsen af podeklinikken hos Afdeling F stod afdelingen i starten selv for oplæring af personalet i samarbejde med KMA og afdeling Q. Der blev efterspurgt en podningsvideo, og i et tæt samarbejde med e-læringscentret i Region Syd og Region Hovedstanden fik OUH adgang til dele af en video, som var produceret i Region H. Midt i april blev der et øget behov for personale i podeklinikken, da personale, som havde bemandet den, skulle tilbage til arbejdet i afdeling F. Det betød, at der skulle uddannes personale fra Vagtordningen til at varetage opgaven. Denne kompetenceudvikling bestod af e-læringsvideoen, færdighedstræning i SimC i at pode samt påtagning af værnemidler ved KMA.

Da der efterfølgende blev opsat podningstelte, som Afdeling for Klinisk Biokemi og Farmakologi (KBF) bemandede, skulle personalet til teltene findes blandt bioanalytikerstuderende, i Vagtordningen og i den regionale jobbank. Kompetenceudviklingen til dette personale bestod i podning, blodprøvetagning og påtagning af værnemidler.

I alt blev 59 trænet til podning, hvoraf 43 også blev trænet til blodprøvetagning. Færdighedstræningen foregik i perioden fra d. 21/4 - 5/5.

I FAM foregik podningstræning desuden som sidemandsoplæring.

Decentral kompetenceudvikling

I uge 16 havde OUH og Svendborg Sygehus omskølet følgende antal personaler til disse afdelinger:

Intensiv	Læger	0
	Sygeplejersker	287
FAM	Læger	10
	Sygeplejersker	25
Sengeafsnit	Læger	25
	Sygeplejersker	324
COVID-19-sengeafsnit	Læger	37
	Sygeplejersker og SSA'er	488

Tabel 9.15-b

Afd. G har i dialog med FAM udarbejdet et oplæringsprogram for ambulatoresygeplejersker, som skal indgå i sengeafsnit.

Intensiv og FAM har uddannet instruktører, som træner sygeplejersker, der frigives fra andre afdelinger, til visse, men ikke alle funktioner og opgaver i forhold til intensive patienter. For mange opgavers vedkommende er det nødvendigt, at de bliver varetaget af en specialuddannet intensivsygeplejerske. Samlet set regnede man med at udvide kapaciteten i Odense med 180 assisterende intensivsygeplejersker og i Svendborg med 120 på tre uger. Disse vil kunne bemande 75 intensivpladser i Odense og 20 i Svendborg.

Da operationssygeplejersker og anæstesisygeplejersker vurderes at have de bedste forudsætninger for at kunne assistere med de intensive patienter, var det dem, der blev fokuseret på at omskole til FAM og intensiv.

I forhold til læger har FAM og Intensivafdelingen undervist 7 læger i Kompetencekort 2 (genoplivning) i Simulationscenteret (SimC OUH) for at kunne gå i vagt. Endvidere er disse KBU-læger blevet undervist i praktisk hands-on og hjertestop algoritme træning på fantomer efter gældende retningslinje og guidelines. Endvidere har 13 medicinske læger gennemgået kurset "klar til vagt" i Svendborg, og omkring 10 medicinske læger har fået oplæring i hjertestopfunktion.

Alle afdelinger, der modtager personale til oplæring, gennemgår god hygiejne og brug af værnemidler ved afdelingernes egne hygiejnekoordinatorer samt sidemandsoplærere i afdelingspecifikke procedurer, specialistopgaver etc.

Alle afsnit vil til hver en tid have kendt personale for at sikre ledelsesunderstøttelse ifm. oplæring af OUH-personale som allokeres til afdelingerne. Oplæringen vil ske med udgangspunkt i:

- Afsnittenes allerede eksisterende materialer til introduktion af nye medarbejdere
- Materialer fra COVID-19-pakkerne

Medio april kom en henvendelse fra REHPA om, at de havde samlet viden og værktøjer om palliation og COVID-19 på deres hjemmeside.

Produkter af handlinger

I starten af maj 2020 blev der lavet følgende opgørelse over deltagelsen i den udbudte e-læring:

E-læring	Gennemført
ABCDE-principperne	716
Basis instruktion i brug af CADD pumper til IV behandlinger for ansatte på OUH	204
Cosmic basis - alle faggrupper	488
Cosmic lægemidler - for læger	36
Cosmic lægemidler - for plejepersonale	280
COVID-19 kursuspakke for SSA-elever i 3. praktik	38
COVID-19 kursuspakke for sygeplejestuderende	75
CPAP-behandling til COVID-19-patienter	176
Ernæring for ansatte på OUH	211
Forebyggelse af tryksår	217
Forflytning af patienter for ansatte på OUH	350
Hygiejne og værnemidler ansatte på OUH	5598
Hygiejne og værnemidler vagtordningen	486
Håndtering af IV-antibiotika	167
Isolationsrengøring af sengestuer med COVID-19	302
Kommunikationstips på OUH ved den svære samtale	127
Måling af vitale værdier på indlagte patienter for ansatte på OUH	308
Oplæring i rengøring for nyansatte	10
Opredning af ren seng og skift af lagen, når patienten ligger i sengen (Basismodul for alle sundhedsprofessionelle)	229
Podning for Coronavirus SARS-CoV-2 DNA/RNA for personale på OUH	875
SAM:BO	216
Udførelse af kropspleje	237

Tabel 9.15-c

Der skal tages det forbehold for tallene, at nogle kurser er blevet udbudt meget senere end andre. Så nok har der været et behov hos mange for at tage e-læringen i Hygiejne og værnemidler, men tallet (5598) er også et udtryk for, at det var et af de første kurser, der blev lavet, ligesom det fra Direktionens side blev meldt ud, at det forventedes, at klinisk personale tog kurset.

KLU har i alt uddannet 200 sygeplejersker fra ikke-kliniske afdelinger, som skal stå til rådighed hen over sommeren, hvis det viser sig, at pandemien bliver så udbredt, at det sædvanlige kliniske personale ikke har ressourcer til at løfte opgaven alene. Dette skal ses i forhold til, at der anslås at være ml. 300-400 sundhedsfaglige medarbejdere i ikke-kliniske funktioner på OUH.¹⁰

I forbindelse med indsatsen for at kompetenceudvikle medarbejderne til at kende og benytte SAM:BO, blev der ud over et kursus også lavet en webside for SAM:BO med en tile på forsiden af Intra. På websiden findes aftalen og retningslinjer beskrevet.

¹⁰ Økonomi og Planlægning undersøgte, hvor mange sundhedsprofessionelle der arbejder på OUH i ikke-kliniske funktioner. Opgørelsen er på 428 personer, men det viser sig, at tallet ikke er opgjort korrekt, idet der figurerer medarbejdere på listen, som ikke har en sundhedsfaglig baggrund.

Udfordringer undervejs

Der var tekniske problemer med at gøre pakkerne tilgængelige for udefrakommende fra Vagtordningen og den regionale jobbank.

Den praktiske træning på COVID-afsnit blev undervejs nødt til at neddrøses for at reducere risici for smitte internt.

Pga. omplacering af specialiseret personale fik nogle afdelinger undervejs udfordringer ift. mangel på personale med specialespecifikke kompetencer.

Mange assistenter og sygeplejersker fra Vagtordningen fik ikke i første omgang taget de kurser, der var tiltænkt dem, fordi der i beskrivelsen stod, at kurserne var henvendt til medicinstuderende. Vagtordningen måtte derfor tage dialoger med de enkelte personer.

9.15.1.2 Ikke-kliniske funktioner (rengøring m.v.)

Alle ansatte i serviceafdelingerne har mulighed for at gennemgå kompetenceudvikling inden for hygiejne (videoerne fra COVID-pakke 1).

Ellers er oplæring af rengøringspersonalet i starten foregået ved sidemandsoplæring, hvilket er meget tidskrævende. For at lette presset, blev følgende kompetenceudviklingsvideoer produceret til serviceassistenter:

- COVID-rengøring
- Sengevask
- Gennemgang af rengøringsvogn

Derudover planlagde og afholdt afdelingen selv servicepersonalets oplæring. Rengøringen er ligeledes en funktion, der skal følge eskaleringsplanen, da der skal omforderes ressourcer til COVID-19-afsnittene. Derfor havde e-læringen til formål at oplære allerede ansatte, som ikke var vant til at være på isolationsstuer, men også at understøtte de mange nye ansatte personaler, som evt. skulle ansættes ved en eskalering af beredskabsplanen.

9.15.1.3 Ventilatorer og sygeplejevikarer

OUH havde forud for COVID-19 et korpset af 396 SPV'er i vagtordningen. Det vurderedes d. 19/3-20, at korpset kunne øges med ca. 32 om ugen med undtagelse af påskeperioden. Dette tal blev sat op, så der i uge 15 og 16 blev uddannet 60 om ugen. Dette idet korpset skulle bemane hele regionen.

Foreningen for Danske Lægestuderende bistod med at annoncere behovet for SPV'er og ventilatorer gennem SoMe og SDU.

Ventilatoruddannelse

Af SPV'erne kunne ca. 24 uddannes til ventilatorer om ugen med undtagelse af påskeperioden. Inden COVID-19 var 50 SPV'er videreuddannet til ventilatorer. Efter ønske fra regionen blev uddannelseskapaciteten af ventilatorer sat op, så Vagtordningen kunne uddanne 48 pr. uge, og Respirationscenteret kunne uddanne 20 pr. uge.

Vagtordningen havde 16/3-20 etableret to nye kurser vedr. ventilatoruddannelse. KLU indgik i arbejdet med at uddanne til ventilatorer hurtigere end normalt.

Der var logistiske udfordringer i forhold til at afholde ventilatoruddannelsen i SimC, hvis lokaler også FAM og V brugte. Derfor måtte ventilatoruddannelsen foregå i weekenden.

Andre udfordringer var anskaffelse af undervisere, samt at SPV'er skal have 200 timers kliniske erfaring inden for somatikken, inden de kan uddannes til ventilatører. Som følge af dette blev det besluttet, at medicinstuderende, som kan dokumentere 200 timers arbejde som timelønnede på sygehuse, kan uddanne sig til ventilatører.

Denne dispensation var dog ikke tilstrækkelig til at nå ambitionen om at uddanne 68 VT'er om ugen. Dels kunne mange medicinstuderende stadig ikke leve op til kriterierne, dels havde de studerende ikke fri fra studiet som forventet. Ved udgangen af uge 16 var der i alt uddannet 80 nye VT'er og 119 nye SPV'er.

Der blev til gengæld ikke primo april oplevet et behov for yderligere ventilatører.

Fra ultimo april begyndte efterspørgslen på SPV'er til podede klinikkerne at stige.

9.15.2 Analyse

Det har været en stor opgave for afdelingerne og Klinisk Udvikling at kompetenceudvikle til opgaver inden for både de generelle emner, som COVID-19 satte fokus på, og inden for afdelingsspecifikke opgaver.

I et spørgeskema til afdelingsledelserne er der 68% af 40 respondenter, der har svaret ja til, at de i nogen eller høj grad har benyttet sig af de kompetenceudviklingspakker, der blev udbudt fra centralt hold. 63% af 40 respondenter har i nogen eller høj grad lavet supplerende lokal kompetenceudvikling.

I interviews med afdelingsledelser havde 15 ud af 39 kommentarer til kompetenceudvikling, når de blev spurgt til, hvilke emneområder der fungerede enten godt, skidt eller var potentielle i. Dette betyder, at datamængden på dette område er begrænset. Dette kan tages som et udtryk for, at der ikke har været store udfordringer, og at dette emne derfor ikke har interesseret ledelsen så meget i forhold til andre emneområder. Det kan dog også være et udtryk for, at de ikke er så tæt inde over dette emne, og at det derfor ville have været mere givtigt at spørge en anden personalegruppe så som vejledere.

Patienten først

Kompetenceudviklingsområdet er naturligt nok ikke direkte møntet på patienten, men nærmere personalet for at de kan indfri ambitionerne om patienten først. Personalets kompetencer og kompetenceniveauer har nemlig direkte effekt på kvaliteten af den behandling, pleje og rehabilitering, som patienten møder.

Med den store omfordeling af personale samt et beredskab af personale, som ikke er vant til at arbejde i klinik, er det med patientens perspektiv afgørende, at personalet har gennemgået kompetenceudvikling i de specifikke nye opgaver, de kan blive sat til at varetage, således at patienten ikke møder usikkerhed hos personalet og dårlig kvalitet.

Der er ingen i interviewene eller spørgeskemaet, der direkte har kommenteret på, hvordan kompetenceudviklingsinitiativerne har påvirket patienterne. Imidlertid er der et par afdelinger, der italesætter det som problematisk, at kompetenceudviklingspakkerne lå lige op til påske, hvilket ikke passede sammen med planlægningen på afdelingen. Én ting er, hvis det går ud over personalets ferie, men hvis afdelingen skal sende for mange mennesker afsted på kompetenceudvikling på én gang, kan man forestille sig, at bemandingsproblemerne kan gå ud over patienterne. Dette er dog spekulation, og det understøttes ikke af data.

Derimod er der stor ros fra flere sider til e-læringen og videoerne, herunder dem om hygiejne, som beskrives som korte, præcise og hurtigt ude. At personalet kunne oplæres i de ting, der ikke kræver færdighedstræning, så hurtigt, må have været til gavn for den kvalitet, patienterne mødte, samt opbremsningen af smittespredningen.

Højeste faglighed

Der har generelt været udtrykt tilfredshed med kompetenceudviklingsprodukterne, og en enkelt afdeling siger, at det har været på et højt niveau.

For læger blev fagligheden desuden understøttet af et callcenter, som Infektionsmedicinsk afdeling stod for. Her kunne læger få faglig sparring fra kolleger, men en afdeling kommenterer på, at der var problemer med nok bemanning i forhold til efterspørgslen. En overvejelse må være, at det potentielt kan gå ud over kvaliteten, hvis læger ikke kan få den nødvendige sparring på det tidspunkt, hvor de har brug for den.

Videndeling ser ud til at have fået mere fordelagtige vilkår i og med, at mere virtuel teknologi er taget mere i anvendelse – primært som telefonkonsultationer, videokonsultationer, instruktionsvideoer og digitale platforme som Mit Sygehus. Således er det ikke kun Klinisk Udvikling, der har udviklet instruktionsvideoer, men også mindst en af afdelingerne.

Hygiejne

I forbindelse med kompetenceudvikling til at kunne arbejde under en COVID-19-pandemi, har flere rost kompetenceudviklingen i hygiejne og værnemidler, og et par stykker har foreslået, at det bør være en del af de obligatoriske kurser, man skal igennem på OUH, ligesom brand og hjertestop. Især bliver der peget på, at man med fordel kunne fortsætte med at sørge for, at håndhygiejne er noget, alle husker og har styr på. Der er en enkelt afdeling, der har en oplevelse af, at kurserne, også i hygiejne, ikke var målrettet dem. Eftersom der var kurser til alle målgrupper med undtagelse af portører, giver det anledning til en overvejelse om, hvorvidt kommunikationen omkring kurserne kunne have været tydeligere og mere målrettet.

Det anbefales derudover, at man husker, at andet personale, herunder særligt portørerne, også har brug for træning i værnemidler, og at man derfor inkluderer dem i målgrupperne for de relevante kurser.

Derudover foreslår en afdeling, at det generelle niveau af kompetencer inden for basispleje løftes, hvorved organisationen vil være bedre rustet fremover til at kunne varetage en pandemi.

Man kan generelt overveje, om den måde, man har understøttet organisationen med materiale som slides, e-learning, video og ”læringspakker” kan benyttes fremover ved implementering af indsatser og retningslinjer, herunder bl.a. på kvalitetsområdet og i forhold til patientsikkerhed.

Helhed og ansvar

Bortset fra portørerne og en enkelt afdeling, der ikke oplevede, at kompetenceudviklingen var henvendt til dem, siger flere respondenter samstemmende, at kompetenceudviklingen fungerede godt på indholdssiden og kom hele vejen rundt. Derudover at kurserne blev udviklet på kort tid og fik sat skub i kompetenceudvikling på tværs af specialer – noget der ellers har været svært at få i gang førhen.

De afdelinger, der skulle lave kompetenceudvikling har også arbejdet hurtigt.

En respondent fortæller, at der var et godt samarbejde i forhold til kompetenceudvikling mellem alle de afdelinger, der skulle modtage COVID-19-patienter.

KMA's hygiejnesygeplejersker er blevet rost for at komme rundt på mange afdelinger på kort tid og hjælpe med at få et højt niveau.

Til gengæld er der tre afdelinger, der italesætter den tidsmæssige placering af kompetenceudviklingspakkerne som problematiske, både ift. ferie og ift. skemalægningen på afdelingen. Der burde også have ligget kurser efter påske ifølge en respondent. Dette perspektiv kan være forklaringen

på, at 25% af de afdelinger, der svarede på spørgeskemaet, har benyttet kompetenceudviklingspakkerne i lav eller mindre grad.

En anden afdeling pointerer, at det er tungt at oplære og anvende folk, der har været væk fra fagligheden i mange år.

Slutteligt har en afdeling en udfordring med en enorm og vedvarende ekstra mængde arbejde, som bl.a. indbefatter oplæring. Det er der endnu ikke fundet nogen løsning på.

9.15.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Hvis OUH fremadrettet har en plan om, at personer med klinisk erfaring, der ligger flere år tilbage, skal stå i beredskab til lignende situationer, anbefales det, at man overvejer, hvordan de kan blive en større hjælp for afdelingerne hurtigere. Det kan overvejes at etablere brush-up eller "praktik" i klinikken, hvis man er sundhedsfagligt uddannet og arbejder på OUH, men fx har en stilling i stabene.
- Kurser, der bliver udbudt fra centralt hold, skal afholdes på kliniktilpassede tidspunkter. Det anbefales, at der udbydes flere hold med det samme indhold, hvor holdene ligger på forskellige tidspunkter. Det ville give en større fleksibilitet for klinikken til at tilpasse deres kompetenceudvikling efter vagtskemaer.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

- Det anbefales, at der fremadrettet tænkes i løbende vedligeholdelse af både klinisk personale og personale uden for klinikkens kompetencer med hygiejne, især håndhygiejne. Det kunne evt. gøres til en del af "intropakken" sammen med brandkursus og hjertestopskursus.
- Derudover kan det overvejes at sætte ind i forhold til et generelt løft af det kliniske personales basiskompetencer. Dette ville i så fald stemme overens med nogle bekymringer omkring niveauet af basiskompetencer i en anden undersøgelse foretaget i 2019 i forbindelse med udviklingen af den nye sygeplejestrategi.
- Eftersom samarbejdet har fungeret så godt på de afdelinger, der skulle løfte samme type kompetenceudviklingsopgave, anbefales det, at man også fremadrettet drager nytte af, at der er kompetencer, der går på tværs. Således ville alle afdelinger ikke behøve at udvikle deres egne kompetenceudviklingsprodukter, men i stedet kunne man samarbejde om ét fælles produkt, hvor det giver mening. Det ville sandsynligvis give afledte effekter også så som en større indsigt i og forståelse for andre specialers arbejde, hvilket, man kan forestille sig, ville komme patienterne til gavn ift. at personalet ville sparre mere med hinanden på tværs af specialer.
- Man kan generelt overveje, om den måde, man har understøttet organisationen med materiale som slides, e-learning, video og "læringspakker" kan benyttes fremover ved implementering af indsatser og retningslinjer, herunder bl.a. på kvalitetsområdet og i forhold til patientsikkerhed.

9.16 Håndtering af OUHs forskningsforpligtigelser

9.16.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

Som led i indsatsen mod spredning af COVID-19 og behandlingen af patienter med sygdommen, har forskningen på OUH/Klinisk Institut været neddroppet. Syddansk Universitet har været lukket, og flere forskere har anvendt deres forskningstid på klinisk arbejde for at imødekomme udfordringerne i forbindelse med coronaudbruddet. Der blev i den forbindelse udarbejdet en aftale den 25. marts mellem OUH og SDU vedr. de ph.d.-studerendes midlertidige kliniske arbejde som konsekvens af COVID-19-krisen. Formålet var at sikre, at de ph.d.-studerende kunne indgå i Corona-beredskabet under ordnede forhold, samt skabe klare retningslinjer for Ph.d. skolens accept af det ekstra arbejde i et begrænset omfang. Der blev samtidig udmeldt en accept fra SDU af, at øvrige forskere ligeledes skulle anvende deres planlagte forskningstid i klinikken, hvis der var behov for deres ydelser.

I forbindelse med aftale om udvidet genåbning af Danmark den 17. april blev det fastslået, at forskningslaboratorier på universiteterne delvist kunne genåbne. Den 27. april udkom en national retningslinje fra Uddannelses- og forskningsministeriet, som fastslog en række krav til den delvise og meget begrænsede åbning. Retningslinjen blev senest opdateret 18. maj 2020.

OUH og SDU valgte den 13. maj at udsende en fælles plan og retningslinje for genåbning af forskningsområdet til afdelingsledelser og forskningsledere.

Forankring af opgaven

Opgaven vedr. de ph.d.-studerende var forankret på Klinisk Institut, Syddansk Universitet

Plan for genåbning var forankret i et samarbejde mellem OUH og Klinisk Institut

Forløb og handlinger

I forbindelse med nedlukningen af samfundet har det været meget varieret, hvor meget forskningsdelen har fyldt i de kliniske afdelinger. Der er i gangsat flere forskningsprojekter vedr. COVID-19, men den øvrige forskning har været ramt af, at flere forskere har anvendt deres tid i klinikken i stedet, og set i lyset af, at SDU var helt nedlukket, har det været vanskeligt at få forskningen vægtet højt, især projekter med forsøgspersoner har været udskudt grundet den manglende mulighed for inklusion af patienter. Der har dog været betydelig aktivitet ift. COVID-forskning og forskning i innovation.

Grundet grænselukningerne og forsamlingsforbuddet er flere konferencer blevet aflyst. Dette gælder både for internationale konferencer, som forskerne skulle deltage i, og konferencer med OUH som vært.

I forbindelse med åbning af samfundet, har SDU meddelt, at der påbegyndes en gradvis og kontrolleret genåbning af universitetet fra den 18. maj. Der forventes fuld åbning af offentlige forskningsaktiviteter, der kræver tilstedeværelse, fra d. 8. juni.

Der er i aftalen for genåbning af forskningsområdet på OUH forudsat, at der forsat kan være behov for at anvende forskernes tid på klinisk arbejde i forbindelse med pukkelafvikling af aktivitet, som har været udskudt grundet coronaudbruddet. Samtidig bliver der dog fra SDU's side påpeget, at professorer, lektorer, postdocs og adjunkter, som har anvendt forskningstid på klinisk arbejde, skal levere arbejdstimerne tilbage til universitetet senere hen på året. Forskningslederen på de enkelte afdelinger har i den forbindelse fået til opgave i samarbejde med afdelingens forskere at udarbejde en justeret arbejdsplan for resten af året i forhold til at øge forskningstiden.

Plan for genåbning af forskningsområdet blev drøftet med OUHs forskningsråd den 12. maj 2020, og her blev Region Hovedstadens plan for området blandt andet anvendt som inspiration. Planen for genåbningen af forskningsområdet på OUH blev sendt ud til afdelingsledelser og forskningsledere fra Direktør Kim Brixen den 13. maj 2020. Der er i planen beskrevet alt fra hygiejneregler, inddragelse af raske patienter i studierne og muligheder for tjenesterejser.

De økonomiske konsekvenser for forskningsområdet forventes at være begrænset. Der kan muligvis være udfordringer med at få udmøntet visse puljer pga. COVID-19 som f.eks. Internationaliseringspuljen.

Produkter af handlinger

OUH har fået bevilget midler til mindst 7 forskningsprojekter i forbindelse med COVID-19, og samtidig er der en række projektansøgninger, som afventer mulig bevilling.

Forskningsrådet har desuden på mødet den 12. maj besluttet, at der skal foretages en spørgeskemaundersøgelse vedr. erfaringer om ændrede arbejdsmetoder under COVID-19-nedlukningen.

9.16.2 Analyse

Patienten først

Forskningsområdet har ikke vægtet højt i interviewrunden, hvor kun 6 afdelingsledelser har valgt at fokusere på emnet. Det er ligeledes meget forskelligt fra afdeling til afdeling, hvor meget forskningsområdet generelt har fyldt i COVID-19 tiden. På nogle afdelinger har alt forskningsaktivitet været inddraget, og personalet har anvendt deres forskningsdage på driftsmæssige opgaver for at sikre mest mulig fokus på patienterne. På andre, især kirurgiske afdelinger, har der fortsat været overskud til forskning, og tiden er f. eks. anvendt til case-dag for yngre læger, udarbejdelse af forløbsprogrammer, samt beskrivelse/fremsendelse af diverse forskningsprojekter. Det har samtidig fungeret godt for personalet at arbejde hjemmefra på diverse forskningsartikler/projektbeskrivelser.

Der har desuden været sendt en spørgeskemaundersøgelse til afdelingsledelserne, hvor der er spurt til: Har afdelingen kunnet fortsætte sine forskningsprogrammer i perioden fra 24. januar til 27. april? Til dette spørgsmål har 63 % af respondenter svaret i mindre grad, og kun 25 % har svaret i nogen grad. De resterende har svaret hverken/eller.

Helhed og ansvar

Forskningsområdet er en stor ressource i epidemitider, hvor der hurtigt kan blive frigivet mange personaleressourcer til driften. Hovedudfordringerne på området er også først opstået efterfølgende i forbindelse med genåbning af forskningsområdet. Her er afdelinger utilfredshed over, at nogle afdelinger giver personalet lov til at genoptage forskningsdage, mens afdelingen samtidig får tilført ressourcer fra øvrige afdelinger til drift af COVID-19 funktioner. Der efterspørges en samlet plan med overordnet styring i forbindelse med den udmeldte direktionsbeslutning om, at forskningen skulle genoptages.

Samarbejdet med SDU i COVID-19 tiden har været velfungerende, og der var klarhed over rettigheder vedr. forlængelse af ph.d. forløb, og der var enighed om, at de nødvendige ressourcer skulle anvendes driftsmæssigt for at sikre den bedst mulige behandling af patienter.

I den efterfølgende periode, hvor forskning er blevet genoptaget, er der utilfredshed med den manglende forståelse fra SDU's side om, at OUH står i en situation, hvor COVID-19 og pukkelafvikling fortsat kræver mange ressourcer. SDU's meddelelse om, at alt tabt forskningstid skal indhentes i løbet af 2020 bliver fundet usolidarisk og lægger unødvendig pres på håndteringen af en i forvejen vanskelig situation for

afdelingsledelserne. Man kan overveje, om møder med SDU kan være gavnligt i forhold til at klarlægge behov og forventninger.

9.16.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

- Det bliver påpeget fra flere afdelinger, at forskningsområdet kan ligge stille i en periode på nogle måneder, uden det går for meget ud over de enkelte projekter samt økonomien. OUH bør dog forberede sig på lignende situationer fremadrettet, da vi som universitetshospital ikke kan acceptere en for lang periode uden forskningsaktivitet.
- Et af de områder, hvor der er behov for optimering, er i forhold til anvendelse af samme mødeplatform på SDU og OUH. Det vil gøre virtuelle møder langt lettere i en situation, hvor vi fortsat skal tænke på smitterisici, men samtidig vil f. eks. Ph. d forsvar kunne varetages virtuel, hvis landet nedlukkes igen.

9.17 OUHs håndtering af uddannelsesforpligtelser under COVID-19

9.17.1 Beskrivelse af indsatser

9.17.1.1 Grunduddannelserne

Pr. 1/3-20 var der på OUH og Svendborg sygehus følgende elever og studerende i praktik: 276 sygeplejestuderende, 185 lægestuderende, 89 SSA-elever, 27 lægesekretærelever, 50 bioanalytikerstuderende, 12 elever fra køkkenuddannelser, 23 ergoterapeuter, 22 fysioterapeuter, 2 radiografstuderende, 2 kontorelever, 1 procesteknologistuderende, 10 psykologistuderende og 9 jordemoderstuderende.

Opgaven på området

Inden for grunduddannelsesområdet har opgaven under COVID-19 været todelte:

- Det skulle sikres, at så mange studerende og elever som muligt fortsatte i deres praktikker
- Det skulle sikres, at der kom færrest muligt nye uddannelsessøgende ind på OUH
- Kommunikationen på området skulle afstemmes med uddannelsesinstitutionerne, Region Syddanmark og de fynske kommuner.

Baggrunden for, at flest muligt studerende og elever skulle fortsætte i deres praktikker, var:

- at sikre, at de uddannelsessøgende kunne gennemføre deres uddannelsesforløb på den normerede tid
- at sikre et så højt beredskab som muligt i forhold til COVID-19
- at minimere behovet for supplerende praktik på et senere tidspunkt, hvor de så ville komme oveni den mængde, der normalt skulle komme i praktik.

Kommunikationen skulle kontinuerligt afstemmes mellem parterne, således at der var overensstemmelse i de informationer, der gik videre til ledere, administratorer, studerende, elever, praktikvejledere og kliniske vejledere.

Opgaven var forankret i KLU's afdeling for Uddannelse og Kompetenceudvikling (U&K), som også til daglig har opgaven med at fordele studerende og elever samt støtte ledere og vejledere i håndtering af uddannelsesopgaven.

Dog har opgaven med at monitorere og styre praktikkerne for ergo- og fysioterapeuter været forankret i Rehabiliteringsafdelingen samt i Neurorehabiliteringen i Svendborg på vanlig vis.

Forløb og handlinger

Den 11. marts om aftenen skrev U&K ud til alle afdelingspostkasser, at alle elever og studerende skulle forblive i deres praktikker. Dette blev de følgende dage opfulgt med kommunikation til kliniske afdelinger med et budskab om ikke at hjemsende studerende og elever men i stedet prøve at finde alternative løsninger for den kliniske praktik. U&K gennemgik alle kliniske uddannelsesforløb med henblik på at give uddannelsesinstitutionerne U&K's perspektiv på, hvordan de forskellige praktikforløb skulle håndteres. Ligeledes indgik U&K i en tæt dialog med uddannelsesinstitutionerne omkring de studerende, der var i klinikken og omkring de ændringer, som berørte de studerende.

U&K fik oprettet to websider, som var tilgængelige via OUHs hjemmeside og Intra. Den ene side var specifikt målrettet studerende og elever og blev oprettet d. 13. marts. På denne side blev der desuden oprettet undermapper til de uddannelsesretninger, der var særskilt information til.

Den anden webside var målrettet ledelse og vejledere og blev oprettet d. 18. marts. Afdelingen administrerede selv siderne og lagde de nyeste informationer og beslutninger fra både OUH, regionen, de fynske kommuner og uddannelsesstederne vedrørende praktik op.

I marts var der opdateringer næsten hver dag, nogle få dage flere gange om dagen. I april aftog informationsstrømmen betragteligt. Der blev kun lagt ny information ud tre gange i løbet af de første 17 dage, og siden da har der ikke været ny information på websiderne.

Derudover kommunikerede U&K også ud via strategisk ledelsesbrev samt direkte på mails til vejledere, så vigtig information hurtigt nåede frem til de relevante personer.

U&K monitorerede løbende, hvor mange elever og studerende der blev sendt hjem fra praktik.

Et helt hold social- og sundhedsassistentelever fik forlænget deres igangværende praktik på OUH med fire uger for at bevare deres ressourcer og for at afbryde potentielle smittekæder, når de skiftede til et nyt praktiksted.

Et andet hold af SSA-elever fik udskudt deres starttidspunkt med to uger.

Alle elever og studerende modtog besked om at gennemføre COVID-19-e-læringspakken (se nærmere om kompetenceudviklingspakker i kapitlet om kompetenceudvikling).

Praktikperioder på under tre ugers varighed blev aflyst. Internationale studerende blev hjemsendt og fik aflyst deres planlagte praktik. Danske studerende, der skulle have været i udlandet, blev der fundet plads til på OUH.

Beslutningen om, at praktikforløb af under tre ugers varighed blev aflyst, var for at mindske risikoen for smittespredning med nye personaler på afdelingerne. Den vurdering blev også holdt op mod, hvor i uddannelsesforløbet de pågældende elever/studerende var. Studerende og elever, som var længst i deres uddannelsesforløb, blev prioriteret, da det sammen med uddannelsesinstitutionerne blev vurderet, at studerende, som havde længere tid tilbage på studiet, nemmere kunne indhente uddannelsesmålene senere.

Ved den generelle nedlukning fortsatte de lægestuderende, der var i gang med deres klinikophold. De studerende, der skulle i kortere klinikophold i den resterende del af marts og april fik udsat deres ophold. Det var stadig muligt for afdelinger, der ønskede det at modtage studerende, enkelte afdelinger havde studenter i klinik, men de fleste afdelinger mente ikke, at de kunne rumme dem. Det var dels pga. nedsat aktivitet, dels pga. hygiejnemæssige forhold inkl. kravet om social distance.

Efterfølgende blev der etableret erstatningsophold i maj og juni for de, der ikke havde opnået deres klinikophold.

[Produkter af handlinger](#)

Al fællesundervisning i perioden blev aflyst. Uddannelsessamtaler (samtale med afdeling, elev, ansættende myndighed og uddannelsesansvarlig sygeplejerske på OUH om udfordringer for SSA-eleven) og dialogmøder (samtale med afdeling, den studerende, uddannelsesstedet og uddannelsesansvarlig sygeplejerske på OUH om udfordringer for den sygeplejestuderende) blev udsat eller afholdt som telefonmøder/videomøder.

Indtil der kom en klar udmelding fra Sundhedsstyrelsen d. 2.4.20, var der stor usikkerhed om gravidens praktikforløb med divergerende tolkninger fra hhv. uddannelsesstederne og OUH. Praktiksteder og de

gravide studerende var i tvivl om, hvorvidt den gravide skulle sendes hjem. Her meldte UCL ud, at det skulle de, hvor OUHs holdning var, at de gravide skulle forblive i praktik.

I alt blev 11 sygeplejestuderende, 6 SSA-elever, 1 international ergoterapeutstuderende, 4 fysioterapeutstuderende og 6 lægesekretærelever sendt hjem fra deres praktikker i kortere eller længere tid. Årsagerne var graviditet, manglende kapacitet til oplæring, manglende aktivitet på afdelingen eller at personen eller deres nærmeste familie var i gruppen af særligt sårbare. En del af de uddannelsessøgende var studieaktive hjemmefra med support fra uddannelsesstedet eller uddannelsesinstitutionen.

For de 6 SSA-elever, der var regionalt ansatte på OUH i praktik, og som blev sendt hjem, blev der i løbet af en måned fundet løsninger, så ingen skulle forlænge deres uddannelse.

I Neurorehabiliteringen (NR) i Svendborg fik de tre fysioterapeutstuderende ikke lov til at tage deres eksamen som afslutning på praktikken pga. COVID-19. Den skal de tage i efteråret inden deres næste praktik.

Derudover fik NR besked på at tage 1. semesters fysioterapeutstuderende, men ikke 1. og 2. semester ergoterapeutstuderende ind i praktik. Disse fysioterapeutstuderendes praktik skulle foregå udelukkende virtuelt.

Efter påske modtog afdelingen igen henholdsvis tre ergo- og tre fysioterapeutstuderende, som har fået lov til fysisk fremmøde.

Meget få studerende har derfor måttet forlænge uddannelsesforløbet på grund af COVID-19-situationen.

9.17.1.2 Den lægelige uddannelse og videreuddannelse

I januar havde OUH ca. 50 klinisk basisuddannelseslæger (KBU), ca. 90 læger i introduktionsstillinger (I) og godt 330 læger i hoveduddannelsesstillinger (H).

OUH modtager også lægestuderende i praktik i forbindelse med deres studier. I marts og april skulle der have været 184 studerende i praktik på OUH.

Opgaven på området

Opgaven har været at sikre, at læger i KBU-stillinger, I-stillinger og H-stillinger, uddannelsesmæssigt fik opnået de kompetencer, de skulle.

Derudover skal det sikres, at de lægestuderende opnår den praktik, de skal, i forbindelse med deres studie.

Udfordringer

For uddannelsessøgende læger (KBU-, I- og H-læger) på medicinske afdelinger har COVID-19 ikke haft den store indflydelse, om end COVID-19 har fyldt lidt meget med omlægning af tjenestetid. For uddannelsessøgende læger på kirurgiske afdelinger har der været lidt større udfordringer i og med, at mange operationer er blevet aflyst, hvilket har medført, at opnåelse af flere kirurgiske kompetencer ikke har været muligt siden starten på COVID-19-pandemien.

Obligatoriske kurser for KBU-læger og H-læger blev aflyst i marts-maj. De vil blive genoptaget snarest muligt. Sundhedsstyrelsen har givet tilsagn om dispensationer ved godkendelse af KBU-forløb (ret til selvstændigt virke) og godkendelse af speciallægeuddannelse, uden at man har haft de aflyste kurser. De skal dog tages senere. OUH har omkring 40 KBU-læger, der har været påvirket. Hvor mange, der har været påvirket i deres hoveduddannelsesforløb, kan ikke opgøres aktuelt.

Der er enkelte læger, der har været hjemsendt (1-3 personer) pga. fx graviditet. De har derfor problemer med at opfylde kravet om maksimalt 10% fravær i deres KBU- eller introduktionsstilling.

Forankring af opgaven

Center for Lægers Videreuddannelse, Klinisk Udvikling, monitorerer den manglende uddannelse, og det er den lokale afdeling, som den enkelte læge er tilknyttet, der beslutter, om vedkommende har opnået de aftalte kompetencer. Ved manglende kompetenceopnåelse aftales enten forlængelse med henblik på kompetenceopnåelse, eller der laves en aftale med det næste sted, en uddannelsessøgende skal videre til, om at de pågældende kompetencer opnås dér.

Forløb og handlinger

Lægestuderende, der skulle have været i praktik på OUH i marts og april, fik udskudt deres ophold, da afdelingerne ikke kunne tage imod dem. De fleste har fået flyttet og opnået deres ophold på afdelingerne i løbet af april, maj og juni.

Det er endnu ikke afklaret, hvad der skal ske i forhold til de kurser, der blev udskudt i foråret. Planen er dog, at de enten skal ligge i løbet af sommeren (juni eller august) eller i det næste halvår.

For læger i I-stillinger, der ikke kan opfylde 10%-kravet, kan der blive tale om at forlænge deres stilling med en måneds tid eller lignende.

For læger i H-stillinger kan der gives dispensation, så de stadig bliver speciallæger og så skal tage kurserne i løbet af deres første tid som speciallæge.

De læger, der arbejder på kirurgiske afdelinger, og derfor ikke har været i stand til at træne de kompetencer, de skulle, mener afdelingerne, at de vil følge op på det nu, og at det godt kan indhentes. Worst case scenario er, at lægerne må forlænge deres stillinger med et par måneder.

9.17.2 Analyse

Helhed og ansvar

Der er 6 respondenterne, der kommenterer på indsatsen omkring uddannelse. Deres kommentarer centrerer sig omkring retningslinjer og kommunikation.

Tre afdelinger stiller sig undrende over for, at de ikke måtte afholde undervisning for læger på alle niveauer, selv om det kunne gøres rent virtuelt uden at gå på kompromis med de faglige mål, når de nu ikke havde travlt med patienter. Deres kommentarer er dertil, at det har resulteret i to problemer, som kunne have været undgået:

1. De uddannelsessøgende er nu bagud med deres uddannelse.
2. OUH har en pukkel af uddannelsesaktiviteter (kurser, praktikker og eksamener), der skal afholdes oveni de uddannelsesaktiviteter, der i forvejen er planlagt.

I forhold til læger, der er ved at blive færdiguddannet som speciallæger, beskrives det som, at det kan udgøre et særligt problem, for selv om de får dispensation og kan tage de manglende kurser, imens de arbejder som speciallæger, så kan det være svært at få passet de kurser ind i deres kommende arbejdsliv.

Et andet problem, som påpeges af tre afdelinger, er, at der har manglet kommunikation mellem OUH og uddannelsesstederne på den måde, at det har været udfordrende, at retningslinjer for uddannelse på OUH ikke er blevet samstemt tilstrækkeligt. Det har ført til følgende problematikker:

- Usikkerhed omkring, hvorvidt de uddannelsessøgende skulle møde frem

- Forskellige forståelser og udmeldinger omkring forskning
- Tvivl om, hvilke opgaver man kan give til de studerende
- Sidste øjeblikks-meddelelser omkring, hvorvidt nogen skulle i praktik
- Sidste øjeblikks-meddelelser omkring, hvorvidt nogen skulle til eksamen.

9.17.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19

Baseret på ovenstående anbefales det, at:

- Det skal tilstræbes i større omfang at etablere aftaler med de uddannelsesinstitutioner, som har studerende tilknyttet OUH, ift. udmeldinger vedrørende studerende og elever på OUH. Det bør aftales, at OUH og den enkelte uddannelsesinstitution udarbejder fælles udmeldinger til studerende og elever og kommunikerer de nye retningslinjer samtidigt, så der ikke opstår unødigt forvirring og frustration hos de studerende/eleverne og i klinikken.
- OUH samlet samt de enkelte afdelinger afdækker muligheder for at afvikle uddannelse under forskellige forudsætninger, fx ift. antal personer samlet, afstandskrav osv.

10 Håndtering af OUHs ordinære drift

10.1 Reduktion og omlægning af aktivitet

10.1.1 Beskrivelser af indsatser

Opgaven

Omkring perioden frem til den 9. marts (uge 11) var antallet af COVID-19 smittede fortsat stigende, men der var endnu ikke national udmelding omkring reduktion af aktivitet. OUH valgte derfor at orientere afdelingsledelserne via et strategisk ledelsesbrev om at nedsætte mødeaktivitet grundet smittefare, og samtidig blev staben bedt om at foretage en optælling af alle mulige fysiske senge på OUH. Herunder kontorlokaler, hvor der ville være mulighed for at etablere ilt til kritiske patienter.

Et par dage efter besluttede Folketinget ved særlov den 12. marts at suspendere udrednings- og behandlingsretten foreløbig for 14 dage for at imødekomme det forventede pres på det danske sundhedsvæsen som følge af COVID-19. Afdelingsledelserne på OUH blev orienteret herom i et strategisk ledelsesbrev samt på et stort afdelingsmøde den efterfølgende dag. På mødet blev ledelserne varslet om at forberede udsætning af ikke kritiske patienter foreløbigt 14 dage frem.

SST udsendte den 13. marts i forbindelse med særloven et notat om "reduktion af hospitalsaktivitet ifm COVID-19". I anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen beskrives en række konkrete eksempler på, hvor sygehusene med fordel kunne reducere sine aktiviteter, for i stedet at fokusere på behandlingen af patienter med coronavirus, eller andre kritisk syge patienter.

De generelle patientrettigheder vedr. udredningsretten og behandlingsretten blev samtidig pauseret. I hele perioden har de maksimale ventetidsrettigheder dog fortsat været gældende for kræft- og hjertepatienter, ligesom screening også blev fastholdt.

Da de første 14 dage efter særloven om suspendering af udrednings- og behandlingsretten var ved at udløbe, blev der den 25. marts udmeldt via et strategisk ledelsesbrev, at ordningen med at enten at udsætte eller konvertere ikke kritiske patientkontakter til virtuelle kontakter, blev forlænget yderligere 14 dage frem til 8. april.

Forankring af opgaven

SST udmeldte, at sygehusene beholdt behandlingsansvaret i forbindelse med udsættelse af kontroller, operationer mv. Sygehusene blev derfor pålagt at oprette ventelister og informere alle patienter, der fik udsat deres planlagte tid og baggrunden for udsættelse.

Direktionen havde til opgave at sikre, at afdelingsledelserne fik alt den relevante information, men selve den konkrete beslutning om udsætning af patienter var alene et skøn fra afdelingsledelsernes side.

Staben understøttede afdelingernes administrative arbejde i form af lister over bookede patienter. Der var dog flere udfordringer hermed, da flere afdelinger har anvendt "skuffesystemer", hvorfor en total digital løsning ikke kunne gennemføres. Der manglede en hurtig udmelding fra regional side over, hvordan afdelingerne skulle agere i forhold til "aflysning/udsættelses" breve. Som konsekvens af manglende hurtig udmelding var flere afdelinger desværre begyndt at aflyse/udsætte, hvilket har gjort, at data desværre ikke er helt valide.

Forløb og handlinger

Efter stort afdelingsmøde den 13. marts udsendte direktionen en liste over mulige operationer og undersøgelser, som forventede at kunne udsættes i første omgang. Listen blev anvendt som inspiration af de ledende overlæger på stamafdelingerne, som stod for den individuelle lægefaglig vurdering af, hvorvidt hver enkelt patient skulle tilbydes udredning og behandling under COVID-19.

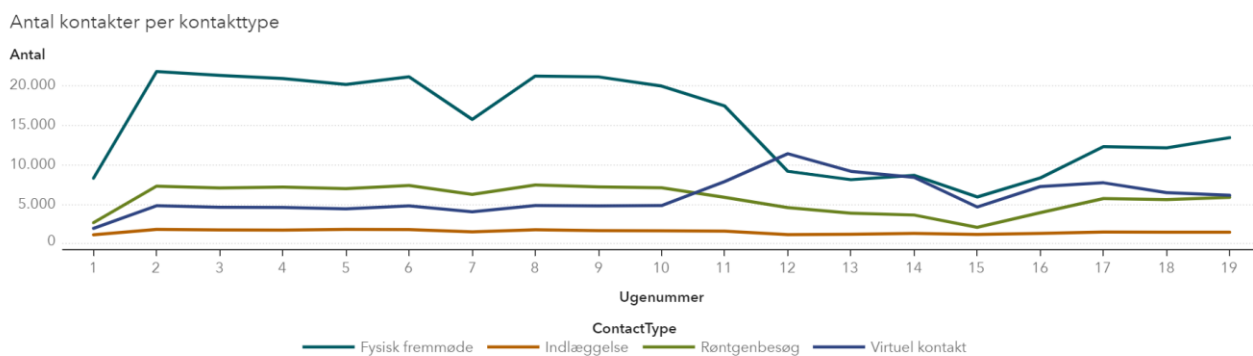
Der blev samtidig fra direktionens side udsendt en vejledning i, hvordan afdelingerne skulle registrere aflysninger, og hvilke brevskabeloner der skulle anvendes til formålet. Der blev desuden henledt opmærksomhed på, at patienter kunne have flere besøg på andre afdelinger, hvorfor afdelingerne indbyrdes skulle koordinere udsætningerne. De patienter, som havde tid kort efter nedlukningen, blev kontaktet telefonisk, men alle øvrige patienter, som skulle aflyses modtog skriftlige henvendelse. Region Syddanmark satte desuden deres SMS-påmindelser til patienter om aftaler på regionens sygehus på pause. Det skete for at sikre, at patienterne ikke fik automatiske påmindelser om aftaler, der allerede var udsat eller ændret. Patienter, der ikke fik brev fra sygehuset, skulle møde op som aftalt.

De ledende overlæger blev anmodet om at triagere patienterne ud fra, om kontakten var kritisk eller ej, og om de kritiske patienter kunne ses virtuelt. I forhold til ikke kritiske patienter blev afdelingsledelsen ligeledes bedt om at vurdere, om patientkontakten kunne varetages virtuelt under hensynstagen til, at afdelingen fortsat skulle afsætte personale til COVID-19 funktioner. Triagen var med udgangspunkt i anbefalingerne fra SST.

Foruden den planlagte nedgang i aktivitet var der ligeledes en utilsigtet nedgang, hvilket skyldes flere faktorer, herunder færre influenzapatienter, bedre hygiejne, og samtidig søgte færre i befolkningen læge, hvorfor OUH også oplevede et fald i henvisninger til fx kræftområdet fra de praktiserende læger på trods af, at aktiviteten på kræftudredningen ikke var medtaget i nedlukningsstrategien. Der var ligeledes en del patienter, som ikke mødte op til deres aftalte tid, eller ringede for at udsætte tiden, da de var bekymrede for smittefaren på sygehuset.

Produkt af handlinger

Nedenstående figur viser aktivitetsniveauet for henholdsvis fysiske fremmøder, indlæggelser, røntgenbesøg samt virtuelle besøg i perioden fra 1. januar 2020 og frem til 10. maj 2020.



Figur 10.1-a

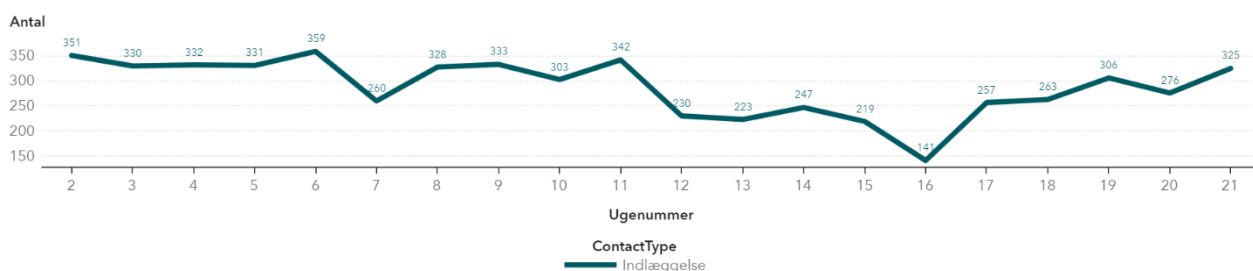
I perioden frem til den 9. -12. marts, hvor antallet af COVID-19 patienter steg og de indledende drøftelser om en reduktion af aktiviteten begyndte, ses et fald sammenlignet med ugen forinden på 11.909 fysiske fremmøder. Fra den 23. marts og ugen ud var faldet i antallet af fysiske kontakter på 12.966. En nedgang på henholdsvis 56 og 61 % mod aktiviteten før den planlagte reduktion af aktiviteten.

Antallet af indlagte blev i samme periode reduceret med henholdsvis 478 i uge 12 og 435 i uge 13, hvilket svarer til en nedgang på 28 og 26 % på trods af indlagte COVID-19 patienter.

Der var et naturligt fald i aktiviteten i uge 15, som faldt i påsken. I uge 16 begyndte sygehusene gradvist at åbne op for aktivitet igen, men langt fra på samme niveau som før COVID-19, da der fortsat er afsat et beredskab til håndtering af COVID-19 patienter.

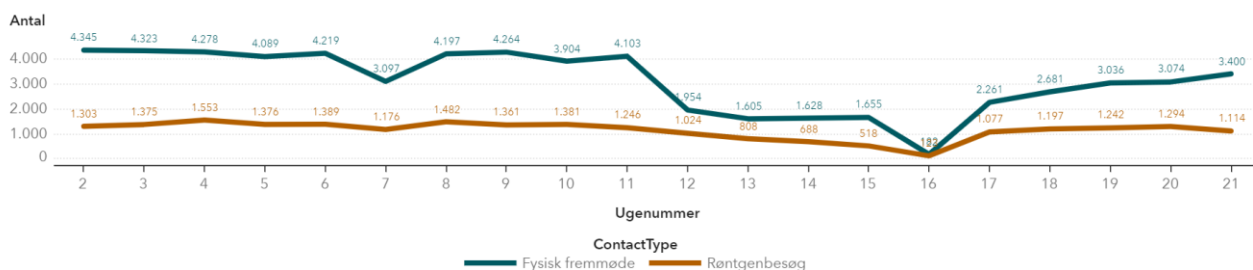
De næste figurer udspecificer henholdsvis antallet af indlæggelser, ambulans aktivitet samt operationer i samme periode. Alle tre grafer viser det samme billede, hvor der i perioden frem mod udmeldingen af den nationale nedlukning af Danmark den 12. marts (slutningen af uge 11) ses et markant fald i aktiviteten. Det gør sig også gældende for antallet af indlæggelser på trods af indlagte COVID-19 patienter indgår i grafen. I perioden efter påske fra den 13. – 19. april ses igen en stigning i aktiviteten (uge 16), hvilket stemmer overens med at de nationale myndigheder gav besked om at øge aktiviteten i forhold til også at inkludere ikke helt så kritiske patienter.

Antal nye indlæggelser



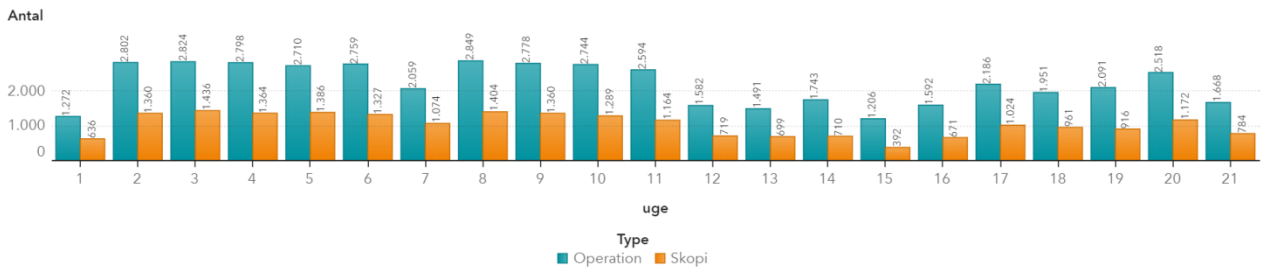
Figur 10.1-b

Ambulant fremmøde aktivitet



Figur 10.1-c

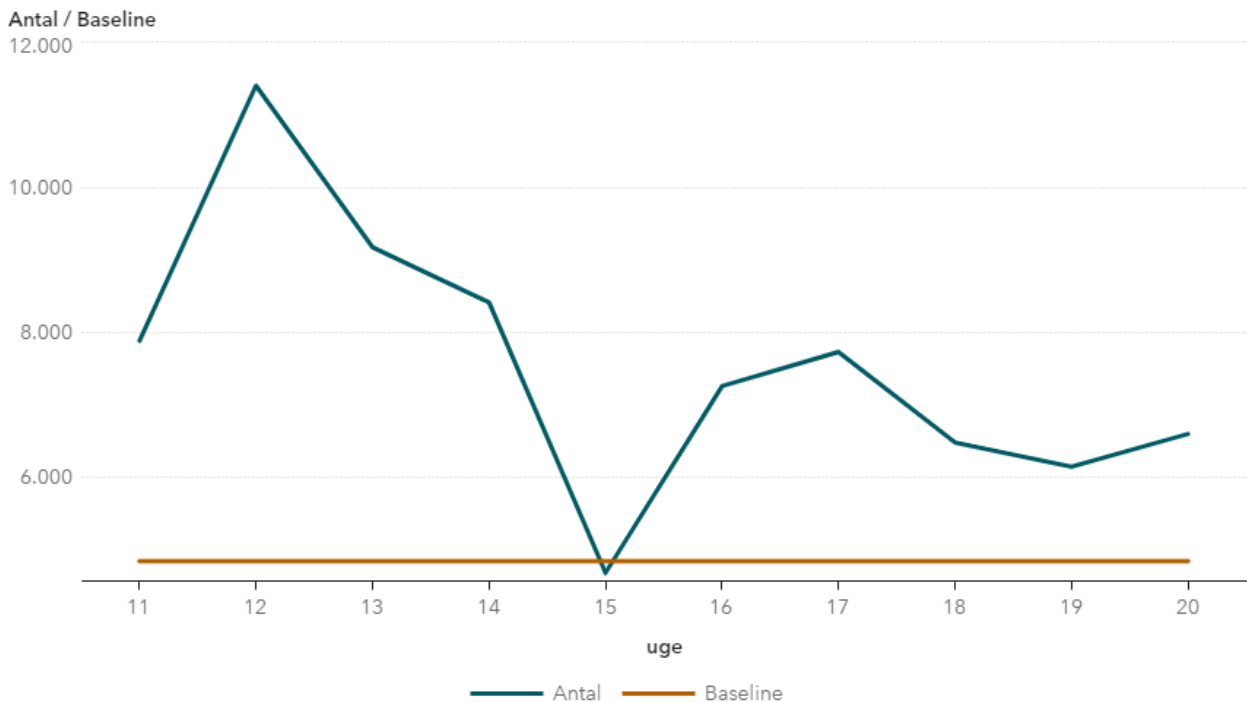
Antal primæroperationer



Figur 10.1-d

Udmeldingen fra direktionen om, at ordningen med enten at udsætte eller konvertere ikke kritiske patientkontakter til virtuelle kontakter skulle forlænges frem til 8. april, afspejles i nedenstående graf, der viser omlægning af aktiviteten. De virtuelle kontakter dækker over e-mail, telefon, video, samt virtuelle kontakter der mangler registrering af type virtuel kontakt, hvoraf telefonkonsultationer er anvendt i større grad end de resterende virtuelle konsultationer.

Baseline ifht antal kontakter per uge efter corona

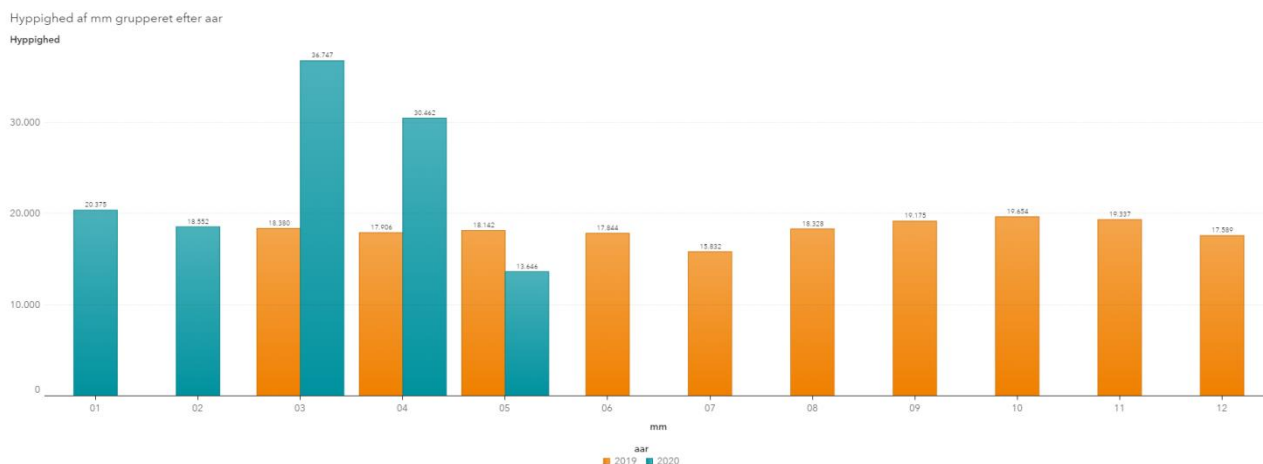


Figur 10.1-e

Med start i uge 11 svarende til datoerne 15. – 21. marts ses der en stigning i antallet af faktisk præsteret virtuelle kontakter og frem mod uge 15, som faldt i påsken. Stigningen afspejles i den blå kurve sammenlignet med baseline, der er defineret som gennemsnittet af virtuelle kontakter fra uge 8, 9 og 10.

Med et antal virtuelle kontakter i baseline på 4.837 ses den største stigning i virtuelle kontakter i uge 12 og 13 på hhv. 11.400 og 9.173 antal virtuelle kontakter, svarende til en stigning på hhv. 136 og 90 % sammenlignet med baseline.

Omlægning af aktiviteten ses ligeledes i nedenstående søjler, der viser antallet af virtuelle kontakter per måned, hvoraf marts, april og maj, er vist for år 2019 og 2020.



Figur 10.1-f

Det ses, at omlægningen har medført hhv. 36.747 og 30.462 virtuelle kontakter i marts og april måned 2020 mod hhv. 18.380 og 17.906 virtuelle kontakter i marts og april måned 2019, svarende til en stigning på hhv. 100 og 70 %. Derimod ses der et fald i maj måned 2020 sammenlignet med maj måned 2019.

10.1.2 Analyse

Patienten først

Afdelingsledelserne oplyser i interviewrunden, at reduktionen i aktiviteten er forløbet overraskende godt. Der har været stor fokus på, at sundhedsvæsnets stod i en krisituation, som skulle håndteres. Det gør sig gældende for både afdelingsledelserne, personalet og ikke mindst har afdelingerne oplevet fuld forståelse fra patienternes side.

Der har dog været nogle mindre udfordringer undervejs, som afdelingsledelserne nævner, kan forbedres til en mulig ny bølge for at sikre en bedre patientoplevelse.

Generelt har det ikke været vanskeligt for afdelingsledelserne at finde ud af, hvilke patienter der fortsat skulle ses i COVID-19 tiden, men på nogle områder har der været forskellige fortolkninger selv internt i regionen, hvor nogle sygehuse har valgt at se en specifik patientgruppe fortløbende, mens samme patientgruppe på andre sygehuse har måttet afvente behandling, hvilket har skabt en ulighed internt i regionen. Fremadrettet kunne man overveje at drøfte enten nationalt eller i de regionale specialeråd, hvilke patienter som vurderes kritiske, hvis sundhedsvæsnets kommer i en lignende situation.

Enkelte afdelinger valgte/fik besked på at lukke helt ned for ikke kritiske patientgrupper på trods af, at afdelingsledelsen vurderede patienterne kunne ses virtuelt. Det er uheldigt med forskellige udmeldinger, da disse afdelinger nu står over for en endnu større pukkelfavikling.

RSD valgte desuden at stoppe sms-notifikationen til patienter for ikke at skabe forvirring, men flere afdelinger oplevede, at patienterne udeblev fra aftaler, og de vurderer, at den manglende notifikation kan være en af årsagerne. En anden årsag til udeblivelser kan være, at patienterne virkede utrygge ved at fremmøde på sygehuset.

Det var desuden meget forskelligt, hvor travlt afdelingerne havde de første uger under COVID-19. Flere afdelinger nævner uretfærdigheden i, at de selv havde meget travlt, mens andre afdelinger kunne sende personale hjem. OUH skal fremadrettet se på, hvordan afdelingerne bedre kan hjælpe hinanden på tværs.

I forhold til reduktion i aktiviteten forlyder det fra afdelingsledelserne, at det overordnet er forløbet godt, og alle afdelinger mere eller mindre har stået sammen i krisesituationen. Der kan være behov for at se nærmere på en national tilkendegivelse af triagering af patientgrupper, så der er klarhed over, hvilke patienter, som i en mulig ny krisesituation fortsat kan få behandling. Patienterne accepterede reduktionen fuldt ud, hvilket også kan hænge sammen med der var utryghed ved fremmøde på et hospital.

Innovation

Under COVID- perioden har afdelingerne arbejdet innovativt både ift. arbejds gange og ift. brug af tekniske hjælpemidler.

Særligt telemedicin har været benyttet, og det blev i perioden muligt at bruge digitale platforme ud over appen Mit Sygehus. Nedenstående tabel viser en oversigt over afdelinger, der under interviewet har oplyst om brug af innovation og telemedicin i forbindelse med afdelingernes håndtering af COVID-19.

I alt har 26 afdelinger i forbindelse med interviewet oplyst, at de har arbejdet med innovation og telemedicin i forbindelse med håndtering af COVID-19. Heraf har 24 afdelinger oplyst, at de har benyttet telemedicin i form af videosamtaler eller telefonsamtaler med patienterne. Selvom telefonkonsultationer er anvendt i større grad end andre former for virtuelle konsultationer, beskriver mange afdelinger, at de har haft positive erfaringer med brugen af videosamtaler, og fem afdelinger oplyser, at patienter oplever videosamtaler positivt. Tilsvarende oplyser mange afdelinger, at de vil arbejde videre med tilbud om videosamtaler til patienter efter pandemien. Der kan være flere afdelinger, der har benyttet telemedicinske løsninger, men da afdelingerne ikke blev spurgt systematisk ind til telemedicin, vides det ikke om flere afdelinger har gjort brug af telemedicinske løsninger i perioden.

Afdelingerne oplyser også, at de ud over video- og telefonsamtaler har indført eller videreudviklet brugen af andre medicinske teknologier i forbindelse med håndteringen af COVID-19. Det drejer sig om:

- Tekniske robotter
- My MedCard (App til hurtig opslag af retningslinjer)
- Mit Sygehus (RSDs app til skriftlig kommunikation med patienter)
- CAD-pumper til infusion (IV-behandling)
- PRO – Patient Rapporterede Outcomes

Afdelingerne oplever også en række udfordringer, herunder behov for bedre videoudstyr og teknologi, behov for uddannelse af personale og registrering af videosamtaler i COSMIC.

Udlevering af vederlagsfri medicin til patienter blev iværksat på meget kort tid. Således medvirkede COVID-19 til en acceleration af omlægning af arbejdsgangen, så der fra apoteket kunne udleveres medicin via tidsbestilling og drive-in. Denne omlægning af arbejdsgangen har været diskuteret i årevis. Det entydige fokus, der var under COVID, har bidraget til, at organisationen lykkedes med nye arbejdsgange, som

understøttede arbejdet på OUH i en COVID-tid. Både tekniske og ikke-tekniske løsninger blev fundet, og der er eksempel på, at personale, som eksempelvis grundet graviditet havde svært ved at udføre sit arbejde på sygehuset, udførte sit arbejde hjemmefra ved at have samtaler med patienter over video. Der kan muligvis være et potentiale i sådanne omlægninger af arbejds gange, hvor medarbejderens situation i øvrigt tilsiger det.

I lyset af de innovationer, som afdelingerne fremhæver, kan det overvejes, om OUH fra central side i perioden kunne have tilskyndet mere aktivt til brug af innovative løsninger til de afdelinger, som måtte have ønske om det. Dette da der i perioden alene har været sparsomme erfaringer med brug af meget nye teknologier, eksempelvis wearables, eller andre innovationer ift. arbejds gange, eksempelvis på forbedringsområdet. Det kan overvejes, om udmeldingen til stabene om at give klinikken fred til at prioritere COVID og reduktion af aktiviteter kunne have været modificeret, sådan at stabene aktivt bød sig til, og således at afdelingerne kunne have en større bevidsthed om mulighederne for understøttelse i denne henseende også. Det kan også overvejes, om det evt. kunne have været understøttet datamæssigt, således at et eventuelt målrettet opsøgende arbejde kunne have været iværksat.

10.1.3 Udviklingsmuligheder

Anbefalinger til videre håndtering af COVID-19:

- Særligt er der store potentialer at høste ved at holde fokus på innovation, både ift. arbejds gange og ift. teknisk.
- Der er fortsat store gevinster at høste ved brug af virtuelle konsultationer, virtuel dialog med pårørende, samarbejdsparter, møder m.v., og OUH bør fokusere på at implementere brug af virtuelle redskaber i bund.
- De kliniske afdelinger skal fortsat understøttes i brugen af videosamtaler med patienter og i brugen af Mit Sygehus app'en til at informere patienterne om deres behandlingsforløb. Erfaringerne fra håndteringen af COVID-19 tyder på, at der et betydeligt potentiale for brug af videosamtaler med patienter i mange afdelinger.
- Der er samtidig brug for indsamling af oplysninger om patienternes og personalets oplevelse af videosamtaler og telefonsamtaler for at sikre, at kvaliteten i denne type samtaler er tilstrækkelig høj. Dette kan være i form af patienttilfredshedsundersøgelser eller forskningsprojekter. Resultaterne vil også kunne indgå i den fortsatte udvikling af OUHs kliniske retningslinjer for anvendelsen af videosamtaler og telefonsamtaler med patienter.
- Erfaringer fra de afdelinger, som har anvendt videosamtaler med patientgrupper, skal deles med andre afdelinger, således at afdelingerne kan lære af hinanden.
- Der er gode erfaringer i flere afdelinger med brugen af CADD pumper til infusion af kemoterapi, antibiotika mv. i eget hjem. Pumperne har således potentiale til at kunne flytte behandling af mange flere patienter til patienternes eget hjem, og derved øge kvaliteten i behandlingen. Afdeling C og X har således gode erfaringer, som kan være til gavn for andre afdelinger. Der bør dog samtidig foretages undersøgelser af patienternes og personalets oplevelse af kvaliteten, således at afdelingerne kan sikre, at de rigtige patienter tilbydes denne behandling. Mulighederne for at kombinere pumperne med information til patienterne via video eller Mit Sygehus, og derved skabe tryghed for patienterne, bør også undersøges.
- App'en MyMedCard har været anvendt, som en del af håndteringen af COVID-19, til at dele informationer om kliniske retningslinjer inden for de enkelte afdelinger og på tværs af afdelingerne.

Teknologien kan sikre, at alle medarbejdere samtidig får adgang til opdaterede retningslinjer, og at alt personale har adgang til opdateret viden. Teknologien har således et stort potentiale i akutte situationer som en pandemi. Selvom erfaringerne med app'en er gode, bør der indsamles yderligere information om den praktiske anvendelse. Understøttelsen og kvalitetssikringen af app'ens information bør ligeledes styrkes.

- Det bør overvejes, om specialerådene i regionen kunne have haft en større rolle i at rådgive om, hvilke patienter der vurderes at være kritiske.

Anbefalinger til organisationsudvikling på OUH

- Personalet i de kliniske afdelinger skal tilbydes kompetenceudvikling i videosamtaler med patienter, således at personalets kompetencer kan blive styrket og den kliniske retningslinje for videosamtaler iagttages.
- Eksemplet med udlevering af vederlagsfri medicin burde give anledning til at vurdere om sådanne udfordringer i organisationen kunne håndteres med de samme virkemidler, dvs. entydig placering af ansvar sammen med beslutningskompetence til løsning af udfordringen, stramme deadlines i komprimerede forløb med klare mål og ledelsesmæssig opfølgning af resultatet.
- Det anbefales, at OUH i en situation, hvor man skal øge aktiviteten hastigt, arbejder med den udfordring, det er, at patienter ikke kan møde op med kort varsel.

Oplysninger om brug af innovation i interviews

Afdeling	Bemærkninger om innovation og telemedicin
Onkologisk Afdeling R	<p>Afdelingen har benyttet telefon og videokonsultationer i forbindelse med COVID-19 og i nogen udstrækning ønskes det at dette fastholdes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen er i gang med at undersøge om patienterne er glade for det. • Kvalitet afhænger af medierne patienterne har tilgængelig. <p>Oplevelse af patientens oplevelse af kvaliteten af forløbet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienterne har ikke haft et ønske om at møde ind, så det er en kvalitet at de kan omlægge til telefonmøder. <p>Oplevelse af arbejdet med forbedringer og innovation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videokonferencesystemet er forbedret i forløbet med hjemmearbejde.
Anæstesiologisk Intensiv Afdeling V Svbg	<p>Afdelingen bruger mere af den teknologi, de har taget ind f.eks. undersøgelse før man skulle bedøves og videosamtale inden bedøvelse (i opstart).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vil gøre mere brug af Mit Sygehus. • Opmærksomhed på videomøder. • Fået en koordineringstavle.
Bygning, drift og service	<p>Afdelingen ser videomøder som et potentiale til at spare transporttid.</p> <p>Oplevelse af arbejdet med forbedringer og innovation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videomøder og telefonmøder vil fortsat komme til at blive brugt. • Fokus på robotteknologi som de vil arbejde videre med.

<i>Endokrinologisk Afdeling M</i>	Afdelingen har anvendt virtuelle konsultationer i forbindelse med COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> • Giver frie tøjler til at planlægge driften selv. • Har ikke set patienter, men første gang en patient ses, vil de helst ikke bruge virtuel kontakt. Dette vil de tage med på nyt OUH. • Udstyret kan blive bedre teknisk. • Kollegaerne er ikke afvisende, men nogle savner deres patienter.
<i>Hudafdeling I og Allergicentret</i>	Afdelingen har gode erfaringer med virtuelle kontakter med patienter: <ul style="list-style-type: none"> • Nemt at planlægge. • Haft mange virtuelle kontakter. • Vil lave flere initiativer om virtuelle kontakter. • Alle løsninger fungerer, brugervenlighed. • Patienterne virker til at tage godt imod det. • Ser virtuelle kontakter som et potentiale. • Vil gerne have det er lettere at oprette patienter med en teknisk løsning, og taksterne skal der tænkes over fra OUHs side.
Rehabiliteringsafdelingen	Afdelingens har gode erfaringer med videosamtaler med patienter: <ul style="list-style-type: none"> • Fået fokus på videokonsultationer med patienter og ser det som et potentiale. • Opfølgning på patienter fungerer godt med video. • Teknikken har dog været vanskelig i forhold til patientkontakt og møder mellem personale.
<i>Hæmatologisk Afdeling X</i>	Afdelingen har ombooket ambulante besøg under COVID-19 over telefon. <ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen ser et potentiale i at bruge videosamtaler med patienter • Afdelingen vil gerne have mere vejledning i at bruge video, for man får mere ud af at bruge video.
Medicinsk Afdeling M/FAM, Svendborg	Afdelingen har haft mange telefonkonsultationer, og lavet flere videomøder end normalt med patienter, og har en oplevelse af, at patienterne er glade for det: <ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen vurderer, at de er lykkedes med brugen af førstegangssamtaler med patienter over telefon. • Afdelingen har lavet video i fremskudt vurderingsklinik, og patienterne har været samarbejdsvillige. • Afdelingen har brugt Ipads for at patienter kunne kommunikere med sygeplejersken.
Nuklearmedicinsk afdeling	Afdelingen har benyttet videomøder med personalet under COVID-19 og vurderer, at der er et potentiale i teknologien: <ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen vil gerne holde fast i videomøder i forhold til i en almindelig hverdag og ved en evt. ny bølge. • Afdelingen har en oplevelse af større fremmøde. • Med videomøder undgår afdelingen tidspild. • Afdelingen fortæller, at en ulempe er, at man ikke får det samme netværk, da der ikke er mulighed for at snakke efter et møde.

Sygehusapotek Fyn	Apoteket har lagt besked til patienter i e-boks og derved sparet telefontid til at besvare henvendelser om spørgsmål om medicin.
Kæbekirurgisk Afdeling K	<p>Virtuelle møder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fungerer godt, men svært at bruge når man skal oprette sig som bruger. Der måtte gerne være mere support på den del. • Besværligt at SDU og regionen bruger forskellige systemer. <p>Telemedicinske løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det virtuelle kan bruges til kontrol efter en operation, men ikke en indledende undersøgelse og diagnosticering.
S - Afdeling for Medicinske Mavearmsygdomme	Afdelingen har anvendt virtuelle konsultationer til ambulante patienter. Det er især velegnet for de patienter, der kommer langvejs fra.
Kirurgisk Afdeling A	<p>Afdelingen har gode erfaringer med Videomøder og –konsultationer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Møder kan holdes over video – mere effektivt og tidsbesparende. Dog fungerer det ikke så godt til diskussion. • De medarbejdere der var lidt skeptiske ift. videokonsultationer med patienter, er blevet mere positive. <p>Oplevelse af arbejdet med forbedringer og innovation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videokompetencen er blevet stor blandt medarbejderne. • Men brugen af video skal differentieres – det virker til nogle møder og til patienter i kontrolforløb, ikke behandlingsforløb. • Det er ikke en god erstatning at bruge video til kliniske konferencer. Alle klinkere er enige om, at det ikke giver den samme dialog over video, fordi man ikke kan melde ind på samme måde.
Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D	<p>Virtuelle kontakter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen har brugt videosamtaler med patienter • Afdelingen er ved at se på, hvordan det kan bruges endnu mere.
Øre-Næse-Hals/Hørelinik Afdeling F	<p>Afdelingen har brugt videomøder med medarbejdere, således at medarbejdere kan deltage i møder hjemmefra, og det kommer de til at køre videre med.</p> <p>Afdelingen har gennemført telefon- og videokonsultation med patienter i klinikken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har fungeret fint. Patienterne efterspurgte det. Det har gået langsomt med at implementere det. • Kan lade sig gøre i flere situationer end de havde troet. <p>Telefonopkald:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yngre læger har ringet patienter op, der ikke tidligere har været i behandling på OUH. • Kan spare et fremmøde. • Det vil de køre videre med.

	<ul style="list-style-type: none"> • Kan gøres via Mit Sygehus.
Logistik	<p>Afdelingen har gennemført møder via video, hvilket har været meget effektivt.</p> <p>Afdelingen arbejder med My MedCard på telefonen, som vurderes at være god til få nyheder.</p>
REHPA	Ved patienter, hvor behandlingen på OUH har været aflyst, har nogle samtaler med patienter kunne tages over telefon og video.
Neurokirurgisk ambulatorium U	<ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen har benyttet videomøder med medarbejdere. Det vurderes at mediet er fremragende som kommunikationsform, hvis man er velforberedt. • Afdelingen er hurtigt kommet i gang med videokonsultation med patienter. • De virtuelle kontroller blev et must – det blev kickstartet og er implementeret.
Plastikkirurgisk Afdeling Z	<p>Telekommunikation og videokommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter de ikke troede kunnet komme i "tele", viste sig godt at kunne. F.eks. kræftkontroller har fungeret. De kan ikke fortsætte i samme gear, men meget af det er kommet for at blive. • Afdelingen har opdaget at kommunikation via Mit Sygehus og lign. også er en måde at gøre det på.
Radiologisk Afdeling	<p>Oplevelse af arbejdet med forbedringer og innovation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lægerne har kunnet sidde derhjemme og beskrive billeder. • Har kunnet lave en fortyndingseffekt ved at de sidder spredt på kontorerne, så teknologien er udnyttet.
Anæstesiologisk - Intensiv Afdeling V	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppearbejde med video er ikke op på fuldt niveau, bl.a. fordi apparaturet ikke er professionelt når det anvendes til større grupper. • Det er en fordel for patienterne. • Video er også brugt til møder.
Geriatrisk Afdeling G	<p>Videomøder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I organisationen har videomøder fået et løft. • I forhold til patienterne afsøges muligheder. • Patienterne vil gerne, men der er en nogle tests, som ikke er så let for en stor del af patientgruppen.
Hjertemedicinsk Afdeling B	<p>SOS postkassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har hjulpet rigtig meget. Hurtigt svar og konkret viden. Super betjening. <p>Intranettet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er blevet opdateret og gjort overskueligt. <p>COVID-19 har givet et teknologisk løft og vist nye muligheder:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Dog er der uvished omkring det juridiske ved brug af video – kunne være hjælpsomt at få dette præciseret. <p>Videokonsultationer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videokonsultationer skal sættes ind i en systematik, når det går i normal drift igen. • Det må ikke ske med kompromittering af den kliniske kvalitet. • Der er et potentiale, men det skal gøres omhu. • Begyndt at anvende PRO skema, som tilsendes patienten allerede ved modtagelse af henvisning. Det betyder, at de kender patientens opfattelse samt kan prioritere mellem henvisninger.
<p>Reumatologisk Afdeling C</p>	<p>Implementering af CADD infusionspumper til kontinuerlig infusion af antibiotika:</p> <ul style="list-style-type: none"> • betyder at patienter kan komme hjem, og modtage infusionen i eget hjem – Lige som Kemo to go i Afdeling X. • Sygeplejerskerne sparer meget tid – fordi de ikke skal give antibiotika fire gange i døgnet. • Kører det i 5 afdelinger: L, U, M, C, S. Det aflaster sygeplejersker. • Der er lavet en introduktionsvideo der er lagt ind i Mit Sygehus. • Det er også lagt ind i FMK. Det skal nu rulles ud til flere afdelinger og flere patientgrupper. • En patient har vist at hun kan skifte pumpen selv, og bare komme herind hver anden dag. Det betyder at de kan være hjemme i flere dage. • Patienterne er meget glade for denne løsning – de slipper for at være indlagt. De vil lave en artikel om erfaringerne. • Afdelingen bruger telefon meget mere nu – stor stigning • Der er færre rum på nyt OUH, og derfor vil erfaringer med telefon hjælpe, når man skal ind på nyt OUH. • Afdelingen prøver nu video: Kroniske patienter med bindevævssygdom, højt specialiserede patienter som kommer langvejs fra. • En læge har opgaven og samler erfaringer til de andre læger. • Video kan bruges til at se patientens led og se om der er blå led. • Nu er der kommet en stor pukkel med patienter med behov for ambulante besøg, den kan delvist løses ved at tilbyde telefonsamtaler. • Erfaringen er, at cirka halvdelen af besøgene kan klares på telefon. • De besøg, der kan klares på telefon, bliver klaret per telefon.
<p>KBF OD</p>	<p>Store afdelingsledelsesmøder på video:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har fungeret godt og kan godt anvendes som informationskanal fremover. • De fungerer så ikke så godt, når noget skal drøftes. • Fint teknisk set up, som hurtigt blev etableret.

<p>Klinisk genetisk Afdeling</p>	<p>Patienter og video:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fungerer godt, og det vil de gerne arbejde videre med. • Sparer ikke tid på video. Men, når der er en udeblivelse, så går det hurtigere med at finde ud af, at der er en udeblivelse, hvor de førhen ventede 10-15 minutter, før de fandt ud af, om der var en udeblivelse. <p>Videokonferencer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afdelingen er blevet endnu bedre til video end før. Video er ikke brugt internt tidligere, men i forhold til samarbejdspartnere har det fungeret godt. • Dem der arbejder hjemme, kan stadig være med i mødeaktivitet. • Tvunget ud i virtuel kontakt, hvilket er godt for dem, der har været lidt utrygge ved det førhen. <p>Videokonsultationer tæller ikke altid med som en del af forløbet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det bliver ikke registreret, at der har været en videokonsultation. Altså kodning ved video og telefon tæller ikke med, da det indgår i et samlet forløb. • De bidrager meget til virtuelle konsultationer, men det bliver ikke registreret i kodningen. Dette er der blevet gjort opmærksomt på. • Anbefaling: Blive registreret <p>Videomøder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekræftet i at det fungerer godt • Der er dog forskellige systemer på OUH og på SDU som bruger zoom, hvilket OUH ikke må bruge. <p>Patienter og video:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det vil de arbejde videre med.
----------------------------------	--

Tabel 10.1-a

10.2 Øgning af aktivitet

10.2.1 Beskrivelse af indsatser

Opgaven

SST udsendte 14. april en retningslinje for omstilling og gradvis øgning af aktiviteten i sundhedsvæsenet. Retningslinjen erstattede den tidligere retningslinje udsendt 13. marts vedr. reduktion af hospitalsaktivitet i forbindelse med COVID-19. Baggrunden for den nye retningslinje var, at COVID-19 epidemien i Danmark blev vurderet til at have et længerevarende forløb med et betydeligt lavere toppunkt for epidemien end hidtil antaget.

I retningslinjen blev det beskrevet, hvordan sygehusene bedst muligt kunne omstille sig til en mindre og mere langtrukken epidemi. Det betød, at nu var det ikke kun kritiske funktioner, som var i fokus, men også øvrige patientgrupper, mens der fortsat var beredskab til COVID-19 funktioner. Retningslinjen indeholdte også en liste over patientgrupper, som sygehusene kunne vælge at prioritere i den indledende åbningsfase.

SST's retningslinje blev sendt til afdelingsledelserne via det strategiske ledelsesbrev den 14. april, men allerede tilbage til den 7. april blev afdelingsledelserne bedt om, at forholde sig til mulighederne for en gradvis åbning af aktiviteten.

Region Syddanmark præsenterede en regional plan for øgning af aktiviteten den 15. april, hvor der var forslag til fordeling af intensiv- og sengekapaцитet til COVID-19 patienter på baggrund af befolkningsgrundlag for de enkelte sygehuse. Der blev samtidig fremlagt en skaleringsplan til håndtering af de mulige forskellige faser i epidemien.

Regionens notat fastslog desuden, at patientrettighederne fortsat er suspenderet, idet der fremadrettet både skal afsættes ressourcer til COVID-19 funktioner samt pukkelaflvikling. Det er desuden vigtigere i forhold til de ventende patienter at se på konsekvenserne af manglende behandling for den enkelte patient fremfor at leve op til udredningsretten. Dvs. at den lægefaglige individuelle vurdering fortsat var måden at prioritere patienterne på. Muligheden for på sigt at anvende privathospitaler og specialelægepraksis til at omgå kapacitetsudfordringerne blev ligeledes beskrevet.

Den 17. april blev der via strategisk ledelsesbrev udsendt et notat "Gradvis øget aktivitet på OUH - COVID-19 som en del af den normale hverdag og med fokus på kritiske funktioner", som vedrørte OUHs egen vurdering af muligheder for en gradvis åbning. Det bærende princip for behandling af COVID-19 patienter var, at behandlingen samles i hele sengeafsnit for at fastholde og udvikle personalets kompetencer, og for at mindske smitterisiko i resten af huset. Der er i notatet desuden beskrevet en udførlig eskaleringsplan med en oversigt over hvilke sengeafsnit, som kommer i spil i forhold til volumen af COVID-19 patienter. Der blev desuden orienteret om, hvordan frigjort kapacitet på intensivområdet ville blive fordelt ud mellem de kirurgiske specialer efter dialog med afdelingerne.

Afdelingsledelserne blev endvidere orienteret om, at en gradvis og kontrolleret øgning af aktiviteten skulle ske efter følgende principper:

1. Sikring af kapacitet til COVID-19 og andre kritiske funktioner
2. Øgning af øvrig aktivitet ud fra en konkret lægelig prioritering og individuel vurdering
3. Fokus på fortsat at minimere smitterisiko
4. Fokus på fortsat udbredelse af telefon- og videokonsultationer og andre innovative tiltag.

Fokus på den fortsatte udbredelse af telefon og videokonsultationer og andre innovative tiltag, betyder at

- Patienter ikke skal fremmøde fysisk, hvis konsultationen kan gennemføres virtuelt
- Mulighederne for virtuelle konsultationer må bero på en individuel vurdering af den enkelte patient. Det samme gælder fx mulighederne for ambulante patienter i hjemmebehandling
- Til den fremtidige arbejdstilrettelæggelse skal der være fokus på fortsat brug af virtuelle virkemidler til møder på tværs af sygehuset og med patienter for at mindske smitterisici.

Direktionen besluttede at nedsætte en arbejdsgruppe: "Infektionshygiejniske forholdsregler ved øgede aktiviteter på OUH". Gruppen refererede til Direktionen og ikke COVID-styregruppen. Første møde blev afholdt 17. april, hvor der blev udpeget fælles områder, der fra central side skulle tages hånd om i forbindelse med øget aktivitet. Herunder fremlagde gruppen forslag til fjernelse af stole/borde/aviser, sikring af afstand mellem stole i ambulatorie, sikring af hyppigere transport af patienter, flere spritdispensere, plexi-glas-plader til skranke, ekstra rengøring af kontaktflader og der blev taget initiativ til mange flere tiltag. Gruppen mødtes jævnligt de første 2 uger for at sikre en hurtigt fremdrift. Der var endvidere fokus på at mindske smittefaren ved en gradvis genåbning, og afdelingerne blev bedt om at se på muligheder for udvidet åbningstid i ambulatorierne for at undgå for mange patienter samlet på samme tid.

For at orientere patienterne om de særlige hygiejneudfordringer samt sikring af, at de pårørende fortsat ikke fremmødte på OUH, blev der fra regionens side udarbejdet nye skabeloner til indkaldelsesbreve.

Forankring af opgaven

Direktionen og herunder klyngerne fik ansvaret for at sikre, at der fortsat var personaleressourcer til at varetage COVID-19 afsnit, FAM, vurderingsklinik samt pødeklinikker. Mens prioritering af patienter og vurdering af muligheder for øgning af aktivitet, var op til en ledelses- og lægefaglig vurdering på de enkelte stamafdelinger.

Forløb og handlinger

For direktionen var det vigtigt med en fælles plan, da nogle afdelinger i princippet kunne gå i gang med det samme, imens andre afdelinger havde brug for at få tilbageført personaler fra COVID-19 afsnittene før, at de kunne åbne for ikke kritiske patienter. Det var derfor nødvendigt med en prioritering af, hvilke områder der kunne øge aktiviteten, og i hvilken rækkefølge det skulle foregå under hensynstagen til, at OUH fortsat i fællesskab skulle bemande COVID-19 funktionerne. Alle patienter, dvs. både ny-henviste samt udskudte patienter, bliver derfor gennemgået ud fra en konkret lægefaglig vurdering.

For at få et samlet overblik over, i hvilken takt det var muligt for den enkelte afdeling at øge aktiviteten, og ressourcetrækket til COVID-19 funktioner, blev der den 22. april sendt en forespørgsel til alle afdelinger vedr. antal ventende patienter, hvilke patientkategorier som var særligt udfordret, og hvordan de enkelte afdelinger så deres muligheder for at øge aktiviteten. Denne forespørgsel dannede baggrund for drøftelser om pukkelaflvikling med både RSD og afdelingsledelserne.

I forbindelse med den gradvise åbning var der endvidere fokus på, at afdelingsledelserne integrerede den læring som COVID-19 situationen har givet, herunder en langt større fleksibilitet fra personalets side, og samtidig skulle der ses ind i om, der var behov for at genåbne alle senge. Men også virtuelle kontakter er blevet omtalt som en vigtig læring og en ting, som vi ikke skal give slip på.

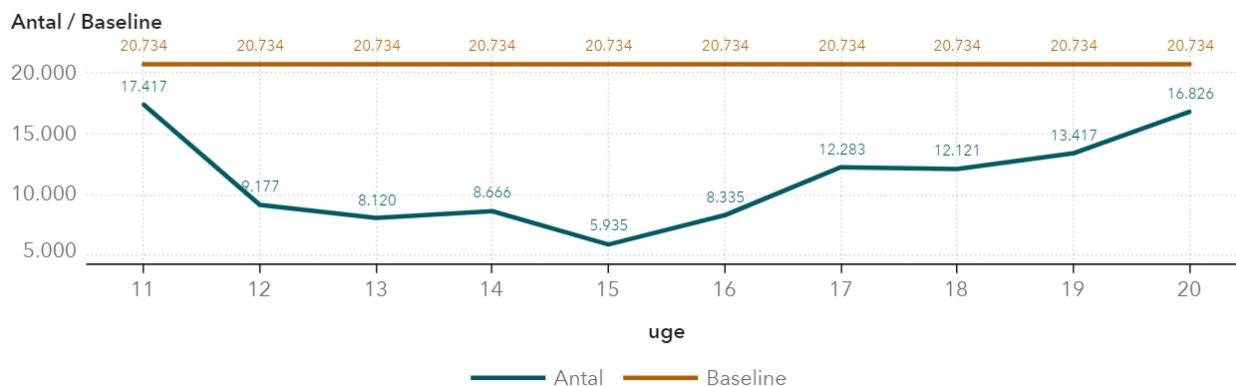
Produkt af handlinger

I grafen nedenfor ses OUHs niveau for fysiske fremmøde fra uge 11 og frem til uge 20. Muligheden for en øgning af aktiviteten kom fra slutningen af uge 16, hvorefter grafen viser en stigning i fremmødet. Som

baseline er anvendt OUHs gennemsnit fra uge 8, 9 og 10 inden sundhedsvæsnet blev lukket ned. I slutningen af uge 20 er OUH fortsat 3.900 kontakter under niveau fra før COVID-19 tiden.

Grafen illustrerer baseline ift. antal fremmøder pr uge i coronatiden

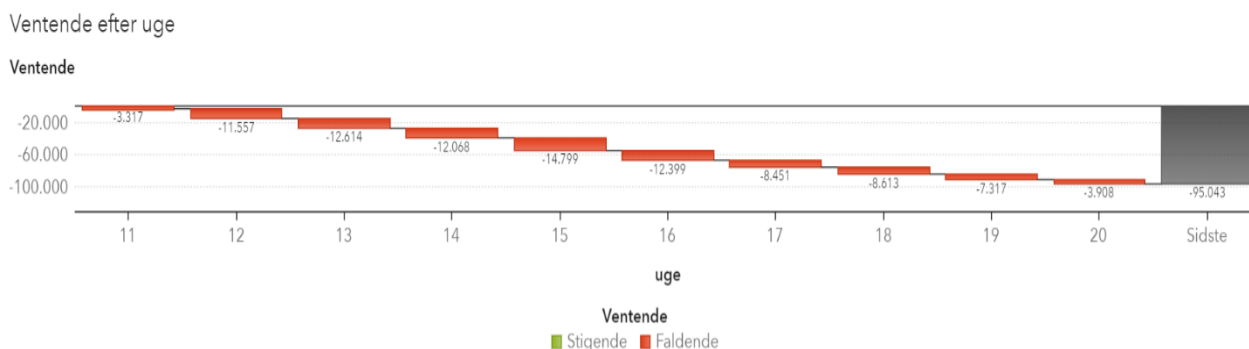
Baseline ifht antal kontakter per uge efter corona



Figur 10.2-a

Figur 9.2-b illustrerer antallet af ventende fysiske fremmøder per uge i perioden fra uge 11 til uge 20. Den yderste grå boks summer alle ugerne op fra uge 11 og fremad. OUH havde i uge 20 en pukkelafvikling på omkring 95.000 fysiske fremmøder. Det er ikke ensbetydende med, at 95.000 patienter venter på en indkaldelse, da en patient kan være på venteliste til flere fremmøder. Det er på trods af, at sundhedsvæsnet delvist har åbnet op for øvrige patientgrupper siden slutningen af uge 16, og at antallet af henvisninger fra praktiserende læger er faldet i COVID-19 perioden.

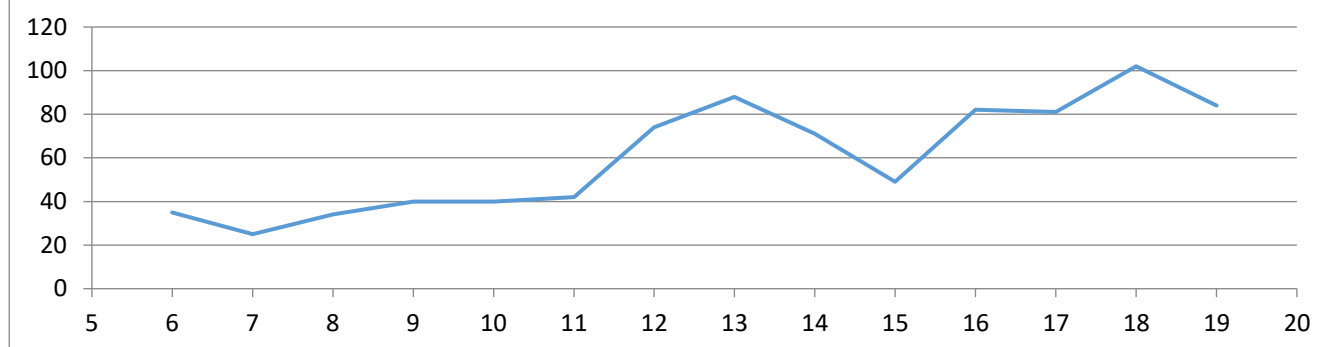
Grafen illustrerer antal ventende fremmøder fordelt på uger



Figur 10.2-b

Det fortsatte fokus på virtuelle konsultationer kan afspejles i figur 9.2-c, hvor grafen viser en stigning i videokonsultationer med data fra Mit Sygehus.

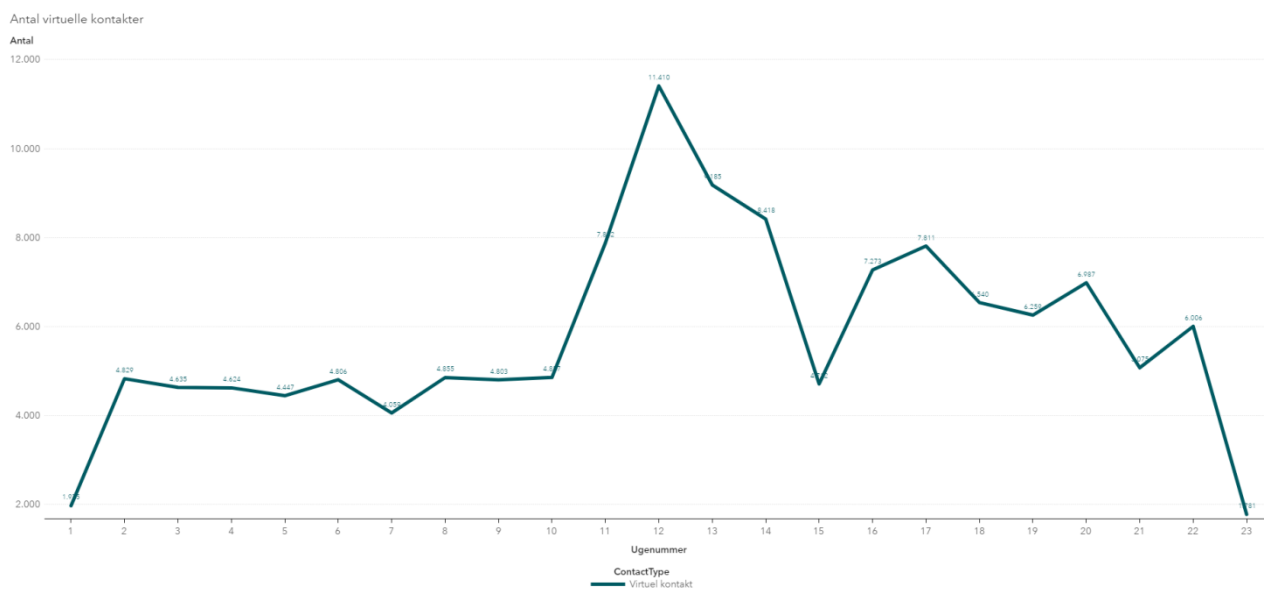
Antal gennemførte videokonsultationer fra Mit Sygehus



Figur 10.2-c

Grafen viser antal gennemførte videokonsultationer fra Mit Sygehus appen per uge. Det ses, at der er en stigning i antallet af videokonsultationer, undtaget af en mindre nedgang i uge 14 og 15 sammenlignet med ugerne efter, og den største stigning ses i uge 18 med 102 gennemførte videokonsultationer.

Øgning i aktiviteten af virtuelle kontakter kan ligeledes afspejles af det samlede antal virtuelle kontakter som ses nedenfor:



Figur 10.2-d

Øgning af aktiviteten i samlede antal virtuelle kontakter ses at have været jævnt fordelt på ugerne indtil uge 10, hvorefter det samlede antal virtuelle stiger efter uge 10, og ses at være højest i uge 12 med 11.411 virtuelle kontakter.

10.2.2 Analyse

Patienten først

Afdelingsledelserne har den enslydende holdning, at reduktionen af aktiviteten forløb uden de store udfordringer, mens øgning af aktiviteten har følt sig rigid i forhold til bemanning af COVID-19 funktionerne. Afdelingsledelserne finder også, at der har manglet en samlet plan for OUH i forbindelse med øgningen af aktivitet, og de har oplevet, at den gode fællesskabsfølelse fra COVID-19 tiden forsvandt.

Det er oplevelsen, at mange patienter er utilfredse med de tider, som de får stillet i udsigt. Der er ikke forståelse for ventetiden, og der mangler mere offentlig information, eksempelvis i pressen, om de udfordringer, sygehusvæsenet står overfor i forhold til at øge aktiviteten. Herunder fylder afstandskravet og hygiejne en del i hverdagen, hvilket man forsøger at omgå ved at bibeholde mængden af virtuelle kontakter.

Helhed og ansvar

Der er frustration over de mange ressourcer, som prioriteres til COVID-19, selvom der er ganske få indlagte patienter, mens der er et stort ønske om at komme i gang med de ventende patienter i egen afdeling. Personalet bliver ramt af modløshed, når de på COVID-19 afsnittene ikke har et stort arbejdspress, mens de kan se, at deres kollegaer knokler i stamafdelingen. Personalet (og patienter) var hurtige til at omstille sig i en krisesituation, og alle skal nok stille op igen, hvis det bliver nødvendigt, hvorfor der er ønske om en mere smidig håndtering af COVID-19 fremadrettet.

Afdelinger, som i den indledende COVID-19 tid, har bidraget mest, føler de bliver straffet, da direktionen har meldt ud, at det frivillige beredskab vedbliver i COVID-19 afsnittene. Der efterspørges langt mere styring fra direktionen, og uden en omfordeling af ressourcer på COVID-19 afsnittene, bliver afdelingerne stillet i en uens udfordring i forhold til varetægelse af ventende patienter. OUH var fælles om "nedlukningen" af sundhedsvæsenet, mens fokus nu i højere grad er individuelt på afdelingsniveau.

Flere afdelinger påpeger desuden, at det har været vanskeligt at agere i en situation, hvor egne ressourcer af personale og sengekapaцитet er ukendt i dagene frem. Der har været spildte ressourcer, idet patienter ikke kan indkaldes med så kort varsel. Der mangler i det hele taget mere information omkring nødvendigheden af beredskabet. Der har især været frustrationer over de ressourcer, som skulle afgives til FAM, da afdelingsledelserne har haft fokus på, hvor få COVID-19 patienter, som blev indlagt dagligt, og ikke på den store opgave i FAM med at få isoleret mellem 40-60 obs. COVID-19 patienter dagligt.

Enkelte afdelinger står ligeledes over for den udfordring, at frivilligheden i COVID-19 beredskabsplanen bevirker, at der mangler nogle specifikke specialiserede sygeplejersker i egen afdeling, hvorved flere patientkategorier ikke kan varetages før, at afdelingen får personalet tilbage.

OUH står over for en stor udfordring i forhold til at få nedbragt antallet af senge frem mod udflytningen til Nyt OUH. Nogle afdelinger har i den forbindelse allerede nu fokus på, at fremskynde beslutning om at nedlukke senge, og målrettet udflytningen til Nyt OUH i stedet for blot at genåbne det samme antal senge som før COVID-19. På baggrund af interviewrunden med afdelingsledelserne kan det opsummeres, at øgningen af aktiviteten skulle have været styret af direktionen ud fra en lighedsbetragtning. Der har været frustration over, at genåbningen har været så ufleksibel, da der fortsat skal afgives meget personale til COVID-19 funktioner. Det virker som et spild af ressourcer, og afdelingerne melder alle ud, at de nok skal stille op igen, hvis antallet af indlagte med corona stiger, men at de nu gerne vil have mulighed for at afvikle mængden af ventende patienter.

Innovation og øgning af aktivitet

Der henvises til innovation under overskriften Omlægning og reduktion af aktivitet. Emnet innovation favner begge afsnit, og bringer derved de samme pointer og anbefalinger til videre håndtering af COVID-19 og organisationsudvikling på OUH.

11 Bilag

11.1 Interviewguide

Indledningsvis:

- *Tak for at du/I vil sætte tid af til at snakke med os*
- *Interviewet bliver brugt til en større evalueringsrapport, hvor vi interviewer en række afdelinger. Jeres navne kommer ikke til at fremgå, og det bliver ikke brugt andre steder. Som udgangspunkt bruger vi ikke citater*
- *Formålet med rapporten er dels at undersøge, hvordan vi på OUH har håndteret covid-19 – og dels at forberede en eventuelt næste bølge af virussen samt indsamle erfaringer til brug på Nyt OUH*
- *Den endelige rapport bliver givet til direktionen og styregruppen for covid-håndteringen – og så kommer den til at ligge åbent for f.eks. andre sygehuse, som kunne have interesse*
- *Når du om lidt svarer på mine spørgsmål, vil jeg gerne have dig til at tænke på perioden fra 24. januar og frem til den 27. april. Det er nemlig erfaringer fra denne periode, vi er interesseret i.*
- *Du må meget gerne besvare spørgsmålene på vegne af både dig selv og de ledere, du har ledelsesfællesskab sammen med*
- *Vi optager interviewet for at få det hele med; det er svært at nå at skrive alt.*

Emner for interviewet:

- *Har du/I nået at se på listen over emner? (hvis nej; printet liste vises)*

Spørgsmål til "de gode" erfaringer:

- Hvorfor fungerede netop [emnet] godt?
- Hvad betød det for din afdelings arbejde, at [emnet] fungerede godt?
- Hvad betød det for patienten, at [emnet] fungerede godt?

Spørgsmål til "de mindre gode" erfaringer:

- Hvorfor fungerede [emnet] mindre godt?
- Hvad betød det for din afdelings arbejde, at [emnet] fungerede mindre godt?
- Hvad betød det for patienten, at [emnet] fungerede mindre godt?
- Hvad kan gøres bedre ift. [emnet] en anden gang?

Der spørges ind til hver af potentialerne:

- Hvorfor har netop [emnet] potentiale?
- Hvordan kan vi med fordel arbejde med [emnet] en anden gang?
- Hvordan vil det påvirke patienten, hvis vi arbejder med dette?

.....

Når der er talt om de emner, respondenten har udpeget, stilles følgende generelle spørgsmål:

- Hvordan oplevede du den kliniske kvalitet i patienternes forløb?
- Hvordan tror du, patienterne oplevede kvaliteten af deres forløb?
- Hvordan oplevede du samarbejdet på tværs af OUH? (både covid-drift og almindelig drift)
- Hvordan oplevede du samarbejdet uden for OUH; f.eks. med andre sygehuse, PL, kommuner osv.?
(både covid-drift og almindelig drift)
- Hvordan vil du vurdere håndteringen af hygiejne og smitteafbrydelse?

- Hvordan oplevede du, at der blev arbejdet med – eller at du selv arbejdede med – forbedringer og innovation? (f.eks. nye tekniske løsninger eller arbejdsgange)
- Hvordan oplevede du medarbejdernes omstilling i denne periode? Hvilke behov oplevede du, at de havde?
- Hvad har du oplevet som de store milepæle under COVID19?

11.2 Emneliste til interview

Ved interviewet vil vi bede dig/jer om at nævne op til tre emner/indsatser, der har **fungeret godt** – op til tre, der har **fungeret mindre godt** og op til tre, der har **potentiale**. Perioden er fra slut januar til slut april.

I listerne her er nogle emner til inspiration. Den første liste er indsatser relateret direkte til COVID, mens den anden liste er relateret til håndtering af OUHs normale drift. Du kan også vælge emner, der ikke er oplistet.

OUHs direkte COVID-relaterede indsatser

Overordnet indsats	Herunder:
OUHs organisering og ledelse af COVID-19	COVID-19 organisering med styregruppe, arbejdsgrupper og klynger
OUHs implementering af retningslinjer, herunder brug af innovation i bredeste forstand	Lokale instrukser F.eks.: hygiejneinstruks, COVID-behandlingsinstruks, vejledning om asymptomatiske patienter ift. screening for COVID-19, hjertestopsinstruks m.v.
	Oprettelse og drift af COVID-afsnit (både børn og voksne)
	Oprettelse og drift af fremskudte visitationsklinikker (både børn og voksne)
	Håndtering af OBS-COVID patienter i alle afdelinger
	Sammenhængende forløb og udskrivning
	Laboratorie (kapacitet og flow)
	Test af patienter (både sundheds- og samfundsspor)
	Test af personale (både sundheds- og samfundsspor)
	Information og kommunikation (til ledere og frontpersonale)
	Håndtering af hygiejneindsats
	Særligt om innovation, både teknisk og øvrigt målrettet COVID-19 (f.eks. videokonsultationer og virtuelle møder)
	Ressourceallokering
Rekruttering (træk fra den regionale jobbank og brug af Vagtordningen)	
Kompetenceudvikling og træning	Kliniske funktioner <ul style="list-style-type: none"> • Intensiv • Sengeafsnit • Til alle (f.eks. hygiejnevideoer)
	Ikke kliniske funktioner (rengøring m.v.)
	Særlige områder: VT og SPV (ventilatør og sygeplejevikar)
Udstyr og fysiske rammer	Udstyr og værnemiddelforsyning
	Bygninger, telte m.v.
	IT
Håndtering af OUHs forsknings- og uddannelsesforpligtelser	Grunduddannelserne
	Den lægelige uddannelse og videreuddannelse
	Forskning

Håndtering af OUHs ordinære drift

Overordnet indsats	Herunder:	
Omlægning og reduktion af aktivitet, herunder brug af innovation i bredeste forstand (både i kliniske afdelinger, fx telemedicin, IV-pumper osv. og øvrigt, fx Sygehusapotekets omlægning af udlevering af vederlagsfri medicin)	Brug af innovation [ej teknisk] på OUHs matrikler	
	Brug af teknisk innovation på OUHs matrikler (brug af wearables mv.)	
	Særligt om udvikling af tilbud til behandling af ambulante patienter over afstand via telefon og video	Afdelinger, som har indført telemedicinske behandling pga. corona
		Øget telemedicinsk aktivitet
		Kvalitetssikring af den telemedicinske behandlingen
Øgning af aktivitet, herunder brug af innovation i bredeste forstand	Brug af innovation [ej teknisk] på OUHs matrikler	
	Brug af teknisk innovation på OUHs matrikler	
	Særligt om udvikling af tilbud til behandling af ambulante patienter over afstand via telefon og video	Afdelinger som har indført telemedicinske behandling pga. corona
		Øget telemedicinsk aktivitet
		Kvalitetssikring af den telemedicinske behandlingen

11.3 Skabelon til noter fra interviews

Spørgsmål til "de gode" erfaringer:

	Noter
Hvorfor fungerede netop [emnet] godt?	
Hvad betød det for din afdelings arbejde, at [emnet] fungerede godt?	
Hvad betød det for patienten, at [emnet] fungerede godt?	

Emne 1:

Emne 2:

	Noter
Hvorfor fungerede netop [emnet] godt?	
Hvad betød det for din afdelings arbejde, at [emnet] fungerede godt?	
Hvad betød det for patienten, at [emnet] fungerede godt?	

Emne 3:

	Noter
Hvorfor fungerede netop [emnet] godt?	
Hvad betød det for din afdelings arbejde, at [emnet] fungerede godt?	
Hvad betød det for patienten, at [emnet] fungerede godt?	

Spørgsmål til "de mindre gode" erfaringer:

Emne 1:

	Noter
Hvorfor fungerede [emnet] mindre godt?	
Hvad betød det for din afdelings arbejde, at [emnet] fungerede mindre godt?	
Hvad betød det for patienten, at [emnet] fungerede mindre godt?	
Hvad kan gøres bedre ift. [emnet] en anden gang?	

Emne 2:

	Noter
Hvorfor fungerede [emnet] mindre godt?	
Hvad betød det for din afdelings arbejde, at [emnet] fungerede mindre godt?	
Hvad betød det for patienten, at [emnet] fungerede mindre godt?	
Hvad kan gøres bedre ift. [emnet] en anden gang?	

Emne 3:

	Noter
Hvorfor fungerede [emnet] mindre godt?	
Hvad betød det for din afdelings arbejde, at [emnet] fungerede mindre godt?	
Hvad betød det for patienten, at [emnet] fungerede mindre godt?	

Hvad kan gøres bedre ift. [emnet] en anden gang?	
--	--

Spørgsmål til "potentialer":

Emne 1:

	Noter
Hvorfor har netop [emnet] potentiale?	
Hvordan kan vi med fordel arbejde med [emnet] en anden gang?	
Hvordan vil det påvirke patienten, hvis vi arbejder med dette?	

Emne 2:

	Noter
Hvorfor har netop [emnet] potentiale?	
Hvordan kan vi med fordel arbejde med [emnet] en anden gang?	
Hvordan vil det påvirke patienten, hvis vi arbejder med dette?	

Emne 3:

	Noter
Hvorfor har netop [emnet] potentiale?	
Hvordan kan vi med fordel arbejde med [emnet] en anden gang?	
Hvordan vil det påvirke patienten, hvis vi arbejder med dette?	

Generelle spørgsmål:

	Noter
Hvordan oplevede du den kliniske kvalitet i patienternes forløb?	
Hvordan tror du, patienterne oplevede kvaliteten af deres forløb?	
Hvordan oplevede du samarbejdet på tværs af OUH? (både covid-drift og almindelig drift)	
Hvordan oplevede du samarbejdet uden for OUH; f.eks. med andre sygehuse, PL, kommuner osv.? (både covid-drift og almindelig drift)	
Hvordan vil du vurdere håndteringen af hygiejne og smitteafbrydelse?	
Hvordan oplevede du, at der blev arbejdet med – eller at du selv arbejdede med – forbedringer og innovation? (f.eks. nye tekniske løsninger eller arbejdsgange)	
Hvordan oplevede du medarbejdernes omstilling i denne periode? Hvilke behov oplevede du, at de havde?	
Hvad har du oplevet som de store milepæle under COVID19?	

Noterne blev taget fra interviewet med afdeling:

11.4 Spørgeskema

Kære leder på OUH

Med dette spørgeskema undersøger vi to ting:

Hvordan du har oplevet kommunikationen på OUH i forbindelse med covid-19.

Hvordan du har oplevet det at låne og udlåne personale i forbindelse med covid-19.

Besvarelser vil indgå i OUHs evaluering og erfaringsopsamling, som skal undersøge OUHs håndtering af covid-19. Målet er, at vi på baggrund af disse erfaringer forbereder og forbedrer os til en eventuel næste bølge. Svarene gives anonymt, og svarene vil indgå i analyserne sammen med andre data, herunder interviews.

På forhånd tak for dine svar.

Har din afdeling direkte kontakt til patienter eller pårørende?

- (1) Ja
- (2) Nej
- (3) Ved ikke

Er din afdeling (kryds af)

- (1) En medicinsk afdeling
- (2) En kirurgisk afdeling
- (3) En paraklinisk afdeling
- (4) En serviceafdeling

Har du deltaget i en covid-arbejdsgruppe?

- (1) Ja
- (2) Nej

Har du siddet i en klynge?

- (1) Ja
- (2) Nej

De første spørgsmål handler om de strategiske ledelsesbreve, der er sendt i relation til covid-19:

Hvor mange strategiske ledelsesbreve relateret til covid-19 vil du vurdere, du har læst?

- (1) Ingen
- (2) Under halvdelen
- (3) Halvdelen
- (4) Over halvdelen
- (5) Alle

Hvordan vil du vurdere antallet af udsendte strategiske ledelsesbreve relateret til covid-19?

- (1) For få
- (3) Tilpas
- (2) For mange

Hvordan vil du vurdere relevansen for dig af informationer i ledelsesbrevene relateret til covid-19?

- (1) Mindre relevant
- (2) Relevant
- (3) Meget relevant

Hvordan vil du vurdere rettidigheden af ledelsesbrevene relateret til covid-19?

- (1) For sent

- (2) Rettidigt
- (3) For tidligt

Samlet set – i hvilken grad har strategiske ledelsesbreve relateret til covid-19 været en hjælp?

- (1) I lav grad
- (2) I mindre grad
- (3) Hverken eller
- (4) I nogen grad
- (5) I høj grad

Skriv her, hvis du vil uddybe dine svar omkring strategiske ledelsesbreve:

De næste spørgsmål handler om de store afdelingsledermøder, der har været holdt ifm. covid-19:

Hvordan vil du vurdere antallet af store afdelingsledermøder relateret til covid-19?

- (1) For få
- (3) Tilpas
- (2) For mange

Hvordan vil du vurdere brugbarheden af informationen i store afdelingsledermøder relateret til covid-19?

- (1) Mindre brugbar
- (2) Brugbar
- (3) Meget brugbar

Samlet set – i hvilken grad har store afdelingsledermøder relateret til covid-19 været en hjælp?

- (1) I lav grad
- (2) I mindre grad
- (3) Hverken eller
- (4) I nogen grad
- (5) I høj grad

Skriv her, hvis du vil uddybe dine svar omkring store afdelingsmøder relateret til covid-19:

De næste spørgsmål handler om kommunikation på intranettet i relation til covid-19:

Hvor mange nyheder på OUHs intranet relateret til covid-19 vil du vurdere, du har læst?

- (1) Ingen
- (2) Få
- (3) De fleste
- (4) Alle

Hvordan vil du vurdere relevansen for dig af informationen i nyheder på OUHs intranet relateret til covid-19?

- (1) Mindre brugbar
- (2) Brugbar
- (3) Meget brugbar

Hvordan vil du vurdere rettidigheden af nyhederne på OUHs intranet relateret til covid-19?

- (1) For sent
- (2) Rettidigt
- (3) For tidligt

Samlet set – i hvilken grad har nyheder på OUHs intranet relateret til covid-19 været en hjælp?

- (1) I lav grad
- (2) I mindre grad
- (3) Hverken eller
- (4) I nogen grad
- (5) I høj grad

Skriv her, hvis du vil uddybe dine svar omkring nyheder på OUHs intranet relateret til covid-19:

De næste spørgsmål handler om kommunikation om retningslinjer ifm. covid-19:

Hvordan vil du vurdere brugbarheden af information om nye retningslinjer vedr. covid-19?

- (1) Mindre brugbar
- (2) Brugbar
- (3) Meget brugbar

Hvordan vil du vurdere rettidigheden af information om nye retningslinjer vedr. covid-19?

- (1) For sent
- (2) Rettidigt
- (3) For tidligt

Hvordan vil du vurdere omfanget af information om nye retningslinjer vedr. covid-19?

- (1) For få
- (3) Tilpas
- (2) For mange

Som opsamling på hele afsnittet om kommunikation til OUHs ansatte i relation til covid-19:

Skriv her, hvis du har uddybende kommentarer ift. kommunikation:

De sidste fem spørgsmål handler bl.a. om lån og udlån af personale i relation til covid-19:

Har afdelingen fået dækket sit behov for tilførsel af personale fra andre afdelinger for at varetage opgaver i perioden 24. januar til 27. april?

- (1) I lav grad
- (2) I mindre grad
- (3) Hverken eller
- (4) I nogen grad
- (5) I høj grad

Har afdelingen sendt flere medarbejdere til andre afdelinger, end den reelt kunne undvære i perioden 24. januar til 27. april?

- (1) I lav grad
- (2) I mindre grad
- (3) Hverken eller
- (4) I nogen grad
- (5) I høj grad

Har afdelingen benyttet sig af de kompetenceudviklingspakker, der blev udbudt fra centralt hold?

- (1) I lav grad
- (2) I mindre grad
- (3) Hverken eller
- (4) I nogen grad
- (5) I høj grad

Har afdelingen lavet supplerende lokal kompetenceudvikling?

- (1) I lav grad

- (2) I mindre grad
- (3) Hverken eller
- (4) I nogen grad
- (5) I høj grad

Har afdelingen kunnet fortsætte sine forskningsprogrammer i perioden fra 24. januar til 27. april?

- (1) I lav grad
- (2) I mindre grad
- (3) Hverken eller
- (4) I nogen grad
- (5) I høj grad

Tak for din tid. Tryk afslut for at afslutte og indsende din besvarelse.

Odense Universitetshospital
Klinisk Udvikling
Klørvænget 8 C, Indgang 101, 4 . 5000 Odense C
Tlf. 24 88 20 46
ouh.klu@rsyd.dk
www.ouh.dk/kfm

www.ouh.dk